

***LA ESTIGMATIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL COMO FACTOR DE
RIESGO DE SUICIDIO***

Maria Alegre Martí

Tutor: Luís Maria Planchat

Cuarto Curso

Trabajo de Final de Grado

Criminología y Políticas Públicas de Prevención

Universidad Pompeu Fabra

RESUMEN

La enfermedad mental es en la actualidad una causa frecuente en los individuos de nuestra sociedad. En la mayoría de las ocasiones las personas diagnosticadas de algún trastorno mental se ven estigmatizadas por la comunidad que les rodea. Este estigma puede acabar provocando una dificultad añadida en la vida de estas personas y acabar provocando una tentativa de suicidio o un suicidio consumado.

En el presente trabajo, se desarrollaran los conceptos de trastorno mental y estigma y el vínculo que se establece entre sí, tratando las consecuencias que produce éste en las personas con trastorno mental. Con esto, podremos plantear si la estigmatización de la enfermedad mental es un factor de riesgo de suicidio con las distintas teorías que existen a partir de una recogida bibliográfica y finalmente evaluar la efectividad de los distintos programas que existen para prevenir o tratar el estigma que sufren las personas que son diagnosticadas de enfermedad mental.

ÍNDICE

1. Introducción
2. Enfermedad mental y estigma
3. Consecuencias del estigma y la discriminación
 - 3.1 Estigma público
 - 3.2 Autoestigma
 - 3.3 Consecuencias del estigma
 - 3.3.1 Autoestigma y refuerzo
 - 3.3.2 Estigma y servicios de sanidad
4. Modelos de suicidio y factores de riesgo
 - 4.1 Modelos de suicidio
 - 4.2 Factores de riesgo
5. Iniciativas para reducir el estigma
 - 5.1 Protesta
 - 5.2 Contacto
 - 5.3 Educación
 - 5.3.1 Educación pública
 - 5.3.2 Educación dirigida
 - 5.4 Evidencias empíricas
6. Conclusiones
7. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España. Según el Instituto Nacional Español (INE), en el año 2016 casi 4.000 personas fallecieron por este motivo en el estado español.

Muchas o la mayoría de veces, una persona toma la decisión de acabar con su propia vida porque busca un alivio, viendo el suicidio como la única solución. Según un estudio¹, los factores predominantes que desembocan en el suicidio son, en primer lugar, el trastorno mental seguido de los problemas de pareja y la crisis económica.

Según datos del INE, la población española en 2017 era de 46.528.966 habitantes y de ésta, el 19%, es decir, 8.840.503 personas han sido diagnosticadas con un trastorno mental.

Por otro lado, y según datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016² del consumo de fármacos referidos al año 2015, los psicofármacos constituyen 19,2 millones de envases y han aumentado su venta 1,5% respecto al año 2014 por lo tanto, se entiende que los psicofármacos se prescriben e indican para patologías psíquicas y se debería deducir que la población diagnosticada de trastorno mental sería mucho mayor que los datos oficiales reflejan. Esta diferencia se podría explicar por una característica específica y propia de la enfermedad mental, que la diferencia de la mayoría de enfermedades somáticas, que es la **estigmatización** entendiendo por ésta “un producto de varios procesos de **etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación**, que ocurren por lo general en un contexto de poder asimétrico”(Pedersen, 2005).

Una de las más graves consecuencias de dicha estigmatización es el suicidio de la persona. Ahora bien, la relación entre estigmatización y suicidio, constituyendo aquella un factor de riesgo para éste, es una relación etiológica que solo en los últimos tiempos ha empezado a ser valorada y que, dado su indudable interés criminológico, constituye el objetivo de este trabajo.

Así, el objetivo del presente trabajo consiste en comprobar si existe relación entre enfermedad

¹ Simpson, G., & Tate, R. (2007). Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: Prevalence, risk factors and implications for clinical management. *Brain Injury*, 21(13–14), 1335–1351. <https://doi.org/10.1080/02699050701785542>.

² Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2016). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, 1008. <https://doi.org/NIPO: 680-17-086-X>

mental, estigma y suicidio y la relación etiológica de aquél como factor de riesgo de éste. Para ello, la metodología utilizada en este trabajo ha sido la de una revisión bibliográfica del tema utilizando las bases de datos PubMed, PsycInfo y Google Académico. Utilizando como palabras clave: *mental illness*, *stigma*, *suicide*, *mental disorder*, suicidio, enfermedad mental, estigma, estrategias de prevención.

2. ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA

La enfermedad mental es definida por la OMS como un síndrome o un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.

Los trastornos mentales son consecuencia de distintos factores como: factores biológicos, ambientales o psicológicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica en nueve categorías los trastornos mentales: sintomáticos y orgánicos (delirium), esquizotípicos (esquizofrenia), neuróticos (ansiedad, agorafobia), del comportamiento y de la personalidad (trastorno ansioso de la personalidad), del comportamiento en la infancia y adolescencia (tics, tartamudez), trastornos por consumo de psicotrópicos (síndrome de abstinencia), del humor o afectivos (distimia, trastorno bipolar), trastornos mentales producidos por disfunciones de tipo fisiológico (anorexia, bulimia) y retraso mental (autismo, afasia, disfasia).

Por otra parte, el DSM³, en su quinta edición define trastorno mental como un síndrome que es caracterizado por una alteración clínica significativa de estado cognitivo, emocional y comportamientos de la persona que se ve refleja en las disfunciones de distintos procesos biológicos o psicológicos.

El estigma del trastorno mental se inicia con el etiquetamiento de la persona que padece los síntomas de un trastorno mental. Por esta razón, el texto del DSM evita el uso de expresiones como un “esquizofrénico” o “un alcohólico” y emplea las frases “un individuo con esquizofrenia” o “un individuo con dependencia del alcohol” (“Trastorno Mental: Definición según la OMS y el DSM,” 2016).

³ Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sistema que se utiliza para clasificar los trastornos mentales a partir de las descripciones claras para diagnosticar.

Los seres humanos tendemos a **etiquetar** y clasificar cosas y personas y en muchos casos, esta etiqueta conlleva un estigma hacia la persona. Este complejo fenómeno social que resumimos bajo el término estigma, no afecta únicamente a las personas con enfermedad mental (López et al., 2008). El concepto de estigma es aplicable literalmente a decenas de circunstancias que van desde la incontinencia urinaria, hasta el baile exótico, la lepra, el cáncer y enfermedad mental (Link & Phelan, 2001).

Pionero en el análisis de este tema, Erving Goffman (1963) en su libro *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* define el **estigma** como un atributo que es profundamente desacreditador. Además en esta definición hay que añadir el concepto de discriminación (Link & Phelan 1999).

Ahora bien, esta caracterización que desvaloriza al individuo y que constituye al estigma no se da solo por la presión y el etiquetamiento social, sino que “se produce si las personas estigmatizadas experimentan un daño relacionado con el estigma que excede sus recursos de afrontamiento” (Xu et al., 2018).

Goffman distingue tres grandes grupos dentro del estigma según la característica desacreditadora y que siguen actualmente vigentes.

En primer lugar, se refería a las “abominaciones del cuerpo” que comprende cualquier malformación o deformidad física; en segundo lugar, las “huellas o manchas del carácter”, en la que se incluyen la enfermedad mental, el alcoholismo y las adicciones, los intentos de suicidio, la homosexualidad, y aquellos que mantienen convicciones políticas extremas o radicales, como es el caso de las disidentes en ciertos sistemas políticos. Y por último, el estigma llamado “tribal” que comprende la discriminación por raza, origen, nación o religión (Pedersen, 2005).

El estigma que sufren las personas diagnosticadas de una enfermedad mental varía en función de cada trastorno mental. Las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relaciones con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión (Mueser et al., 1998). Como hemos nombrado anteriormente, existen distintos instrumentos para medir el estigma social, los cuales relacionaremos directamente con la enfermedad mental. Los estereotipos afectan, dentro del TM, principalmente a las personas con trastornos mentales graves considerando, por lo menos, en los países occidentales a éstas como: peligrosas, impredecibles, extrañas, incurables y culpables de su enfermedad. Todas estas ideas

están asociadas a sentimientos concretos, prejuicios, de miedo o rechazo a la vez que también transmiten lástima o piedad, aunque en la mayoría de veces manteniendo las distancias con las personas que sufren el trastorno mental. Este distanciamiento daría lugar al tercer aspecto estudiado donde se produce una disminución de contacto con los individuos recalcando que “ellos” son diferentes a “nosotros” creando así dos grupos sociales imaginarios.

3. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

El estigma en la enfermedad mental es un problema extenso y significativo en todo el mundo aparte de debilitador para la gente que padece un trastorno mental (Corrigan, 2008). Este fenómeno va asociado a barreras continuas que se dan en muchos ámbitos provocando de esta manera que se ralentice el desarrollo de servicios sociales comunitarios y la integración en la sociedad de las personas afectas por este fenómeno. Los efectos del estigma se distinguen en distintas formas que veremos a continuación.

3.1. Estigma público

Se define como las “reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo” (Arnaiz & Uriarte, 2006) y que aparece cuando la sociedad aprueba estereotipos negativos y discriminaciones hacia esas personas como pueden ser las personas afectadas por una enfermedad mental y que produce discriminación persona y estructural y en consecuencia su perjuicio.

Los seres humanos tendemos a estar continuamente etiquetando a distintos grupos existentes en la sociedad según las distintas características que tienen. Dichas características pueden no permitir su etiquetamiento discriminatorio como es el caso de tener una talla de pie u otra, o el color del coche. Sin embargo, otras que hacen referencia a rasgos personales como por ejemplo el color de la piel, la orientación sexual o los ingresos económicos guardan a menudo una relación con la apariencia social de uno (Arnaiz & Uriarte, 2006).

El estigma se relaciona con rasgos simples, los cuales se pueden identificar fácilmente y además se relaciona con distintos tipos de individuos que la sociedad considera con un potencial peligroso: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. En concreto, los tres aspectos que van unidos y se refuerzan mutuamente en el estigma público y que se diferencian por sus aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma son (López et al., 2008):

a) Estereotipos, todas aquellas creencias, generalmente equivocadas, que gran parte de la población tiene hacia un grupo social determinado y acaban condicionando el recuerdo y las características de los individuos del grupo afectado. El resultado que dan los estereotipos es que se dan a conocer muy fácilmente por la sociedad y por lo tanto, la población es consciente “del grupo estereotipado y las expectativas hacia ellos” (Arnaiz & Uriarte, 2006). Que exista un estereotipo no significa que todo el mundo éste de acuerdo con que éstos sean adecuados o no.

b) Prejuicios, tendencias emocionales, normalmente negativas, cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. Muchas veces los prejuicios van atados a personas sin conocimientos e información que puedan justificar aquello que dicen, simplemente se basan en informaciones benévolas provocando así un reforzamiento a los estereotipos negativos y consecuentemente, sienten emociones negativas hacia estas personas. (“¡Es cierto! Todas las personas con enfermedad mental son violentas!”) (Arnaiz & Uriarte, 2006).

c) Discriminación, desarrollo de acciones tanto positivas como negativas, que comportan distancia social (“ellos” frente “nosotros”).

Así, cuando se etiqueta, inconscientemente se está produciendo una separación entre “nosotros” y “ellos”. Esto provoca que automáticamente la sociedad entienda que “nosotros” no somos iguales que “ellos”, es decir, que somos diferentes. En el caso de la enfermedad mental se produce un continuo etiquetamiento ya que, por ejemplo, cuando un individuo es diagnosticado de esquizofrenia y éste es conocido por su entorno, se habla de él como un “esquizofrénico” en vez de referirse a él como “una persona que padece esquizofrenia”. Sin embargo, cuando llevamos este etiquetamiento a personas que padecen por ejemplo, cáncer, el deterioro que puede conllevar este tipo de enfermedad no es etiquetado ni la persona tampoco y la sociedad no se referirá a él como una persona “cancerígena” sino como una persona que padece cáncer. Por lo tanto, la persona diagnosticada de cáncer seguirá inmersa en la sociedad y como consecuencia será una de “nosotros”, en cambio, la persona que sufra esquizofrenia pasará a ser directamente uno de “ellos”. Con esta ejemplificación, podemos darnos cuenta que según la manera que utilizamos nuestro lenguaje puede acabar siendo una fuente peligrosa de promover el estigma.

3.2. Autoestigma

Se produce autoestigma cuando los componentes de este grupo estigmatizado vuelven éstas

actitudes negativas hacia ellos mismos (Arnaiz & Uriarte, 2006). Este estigma consta de los mismos elementos que el estigma público.

En el momento que una persona acepta el estereotipo que se le ha adjudicado y lo hace suyo, entra en juego la autoestima: “el autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente baja autoestima y autoeficacia negativa” (Arnaiz & Uriarte, 2006). En muchos casos, las personas que padecen enfermedad mental acaban fracasando en aquello que se proponen a causa del comportamiento autodiscriminatorio al que se someten.

El autoestigma viene dado por el mismo grupo estigmatizado, así, aquellas personas que padecen enfermedad mental son conscientes de los estereotipos a los que están atados y por lo tanto, acaban pensando que son personas inútiles para la sociedad.

A pesar de todo, existen muchas personas que padecen enfermedad mental que no se ven definidas por los estereotipos y prejuicios que sufren éstas personas y como consecuencia no padecen autoestigma.

Los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y los sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa (López et al., 2008). Muchas de las opiniones y actitudes que se dan alrededor de la persona con enfermedad mental son las mismas opiniones que tiene la población en general, lo cual conlleva un aumento de estereotipos negativos que se les atribuye a estos individuos, como por ejemplo: peligrosidad, incapacidad de empleo e incurabilidad. Todos estos elementos acaban creando una desmoralización a los enfermos mentales que lo sufren.

Sin embargo diferentes autores hablan de la existencia de más estigmas. Por un lado, el **estigma institucional**. Según Rüschi et al., 2005, las regulaciones sociales pueden desfavorecer sistemáticamente a las personas con enfermedades mentales, lo que se llama **discriminación estructural**; por ejemplo, la financiación relativamente más pobre de los servicios de salud mental en comparación con los servicios de salud física puede conducir a una peor calidad de la atención y un acceso reducido a los servicios de salud mental. Por otro lado, existe también, el **estigma por extensión o “asociación”** (López et al., 2008). Éste hace referencia a los efectos que se producen en los familiares más cercanos de las personas con algún tipo de trastorno mental a los que se asocia con la enfermedad mental, tanto por dedicar mucho tiempo en el cuidado y la atención que necesita la persona, como por el hecho de que pueden existir componentes genéticos que estén relacionados con estos trastornos mentales.

3.1. Consecuencias del estigma

En cuanto a la enfermedad mental se refiere, el estigma es apoyado por la comunidad. Ciertamente es que, no en todos los países la intensidad del estigma es igual. Según Nicolas Rüsch et al. 2005⁴ se han realizado investigaciones que sugiere que, las actitudes públicas hacia las personas con enfermedades mentales parecen haberse vuelto más estigmatizantes en las últimas décadas.

En Estados Unidos se realizó una investigación con una muestra de 1996 personas. Los resultados mostraron un aumento de 2,5 veces en el pensamiento de que las personas con enfermedad mental son más peligrosas y aumentando así el estigma de peligrosidad de las personas que sufren una enfermedad mental.

Otros estudios realizados en otros países, muestran resultados similares. Un análisis de diversos materiales filmados e impresos de los medios de comunicación y detectó abundantes reportajes sensacionalistas, siendo común el mal uso popular y periodístico de los trastornos de psiquiátricos. Según Arnaiz & Uriarte, 2006 existen tres conceptos erróneos sobre las personas con enfermedad mental (Arnaiz & Uriarte, 2006):

- *Son maníacos homicidas a los que hay que temer*: la consecuencia social que tiene este etiquetamiento social es el temor y la exclusión social. Estos dos conceptos están relacionados ya que, lo que se dice es que hay que tener miedo de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental grave y por lo tanto, debe estar fuera de la comunidad.
- *Son espíritus libres y rebeldes*: este pensamiento da lugar al autoritarismo. Se ve a la persona con enfermedad mental como irresponsable y por lo tanto, con carencia de tomar decisiones vitales.
- *Tienen percepciones sobre el mundo análogas a las infantiles que deben ser maravillosas*: la consecuencia en este caso es la benevolencia. El enfermo mental es visto como un niño y debe ser cuidado como tal.

Por lo tanto, las consecuencias de estigma público se resumen en el “aislamiento social y el deterioro de las relaciones sociales entre personas de la comunidad y las personas etiquetadas como enfermos mentales” (Stuart, 2012), (Rüsch, Zlati, Black, & Thornicroft, 2014). Este tipo

⁴ Rüsch, N., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma, 20, 529-539.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

de estigma también contribuye al desempleo de las personas con trastornos mentales, siempre y cuando la persona que da empleo apoye a los estereotipos negativos provocando que sus habilidades queden dañadas al igual que su rutina de vida. Así, estigma y discriminación pueden conformar un debacle social que puede contribuir a la tendencia suicida (Taylor, 2011).

3.1.1. Autoestigma y potenciación

Muchas personas que son discriminadas y sufren de estigmatización pública no experimentan autoestigma, mientras que otros sí que lo hacen (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). El factor determinante de una u otra situación es la autoestima: así, por un lado, están las personas con baja autoestima las cuales se ven llevadas y afectadas por visión negativa de la enfermedad mental, provocando así la autoestigmatización de la persona. Por otro lado, están las personas con una autoestima alta que padecen alguna discapacidad psiquiátrica y no se ven afectadas por los estándares de la sociedad, lo que da lugar al fortalecimiento.

Normalmente, las personas que aceptan el estigma es porque creen que éste es justificado y legítimo, apareciendo sentimientos negativos que comportan la creencia por parte del individuo de no ser digno de haber obtenido los objetivos de su vida. Esto lleva a la “vergüenza, retiro social y desmoralización” (Stuart, 2012). En el caso de que consideren el estigma público como ilegítimo e injusto, tendrán una reacción de indignación la cual da lugar al fortalecimiento de las personas que tienen como objetivo reivindicarse para pedir unas mejoras asistenciales y mejor calidad de los servicios.

En el caso especial de la enfermedad mental hay que incluir tres aspectos especiales a tener en cuenta (Arnaiz & Uriarte, 2006):

- Diferenciar el autoestigma que provoca la disminución de la autoestima, con la disminución de autoestima que se da en distintos trastornos mentales.
- La reacción a estigmatizar depende de la gravedad de los episodios psicóticos.
- La reacción a la estigmatización que se da por parte del entorno, depende de cómo la persona con enfermedad mental percibe este estigma.

Además el autoestigma y el fortalecimiento están relacionados con el hecho de hacer pública la enfermedad mental que pueda tener un individuo provocando una disminución de beneficios (aumento de la autoestima y tener menos estrés al no tener que mantener la enfermedad en secreto) y un aumento de costes (desaprobación social). Que la persona sea consciente de los

beneficios y los costes que tiene revelar su enfermedad mental, dará lugar a que dé el paso de hacer pública su enfermedad a su entorno o no.

La sociedad solo habla y conoce la enfermedad mental de los pacientes violentos, los sin hogar psíquicamente enfermos, refractarios al tratamiento... mientras que la sociedad no conoce el hecho de que muchas personas de esta sociedad, como por ejemplo conductores de camiones, secretarios, profesores, abogados, médicos e incluso políticos, padecen una enfermedad mental, responden al tratamiento y trabajan y funcionan en la sociedad con éxito, como cualquier otro ciudadano (Arnaiz & Uriarte, 2006).

3.1.2. Estigma y servicios de salud

Por todos los profesionales de la salud mental es conocido el hecho de que una gran proporción de la sociedad que se beneficiaría de un tratamiento psiquiátrico no accede al mismo (Arnaiz & Uriarte, 2006). Este hecho ocurre tanto en las enfermedades mentales más leves como en las más graves. Menos de dos tercios de las personas con esquizofrenia no participan en el tratamiento, pero si lo hacen con más frecuencia aquellos con trastornos mentales menores (Rüsch et al., 2005). Además, muchas de las personas que se inician en el tratamiento, no acaban completándolo.

Existen distintos motivos por los que las personas que no asisten a centros para recibir tratamiento como son, por ejemplo, los efectos secundarios que pueda tener la medicación. Sin embargo, también existen otras causas por las que una persona abandone el tratamiento o ni siquiera lo empiece como es que, “seguir el tratamiento conlleve a ser etiquetado y estigmatizado como una persona con enfermedad mental” (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Así pues, la clave individual más importante que produce el estigma público es el etiquetado, que deriva normalmente del contacto con los servicios psiquiátricos (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Investigaciones adicionales tienen todavía que confirmar el vínculo que existe entre el estigma y el uso de los servicios; pero los datos disponibles actuales parecen suficientes para indicar que la reducción del estigma público y del autoestigma sería un modelo importante para aumentarla.

Finalmente, también existen otras tres consecuencias más relacionadas con el estigma.

En primer lugar, las personas con enfermedad mental tienen la sensación de que la situación en la que se encuentran nunca va a mejorar. Estas personas que creen que forman parte del grupo estigmatizado, normalmente tienden a transmitir esa desesperanza y ven el enfoque cognitivo del estigma como una amenaza que, al final se convierte en un mecanismo para defenderse ante los demás. Más tarde empiezan a sentir síntomas depresivos.

En segundo lugar, la necesidad que tienen las personas con enfermedad mental de enfrentarse al estigma provoca un factor estresante a la vez que la percepción de éste lo ven como una amenaza que excede los recursos de afrontamiento. El aumento del estrés relacionado con el estigma se asocia con ansiedad social, vergüenza y desesperanza (Rüsch et al., 2014).

Y en tercer lugar, como hemos dicho, el estigma es una barrera más para el individuo a la hora de buscar tratamiento para su trastorno mental. Las palabras más utilizadas para describir a las personas que han intentado suicidarse o se han suicidado son: arrogante, búsqueda de atención, patético, débil y egoísta (Stuart, 2012). Las personas que han intentado suicidarse, pero que finalmente no lo han conseguido, tienen un pasado suicida y como consecuencia de esto, estos individuos no van en busca de un tratamiento adecuado para éste. Este proceso de no pedir ayuda está relacionado con altos niveles de vergüenza y autoestigma.⁵

⁵ Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G and Van Audenhove C: *Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2014; 49; 231-239.

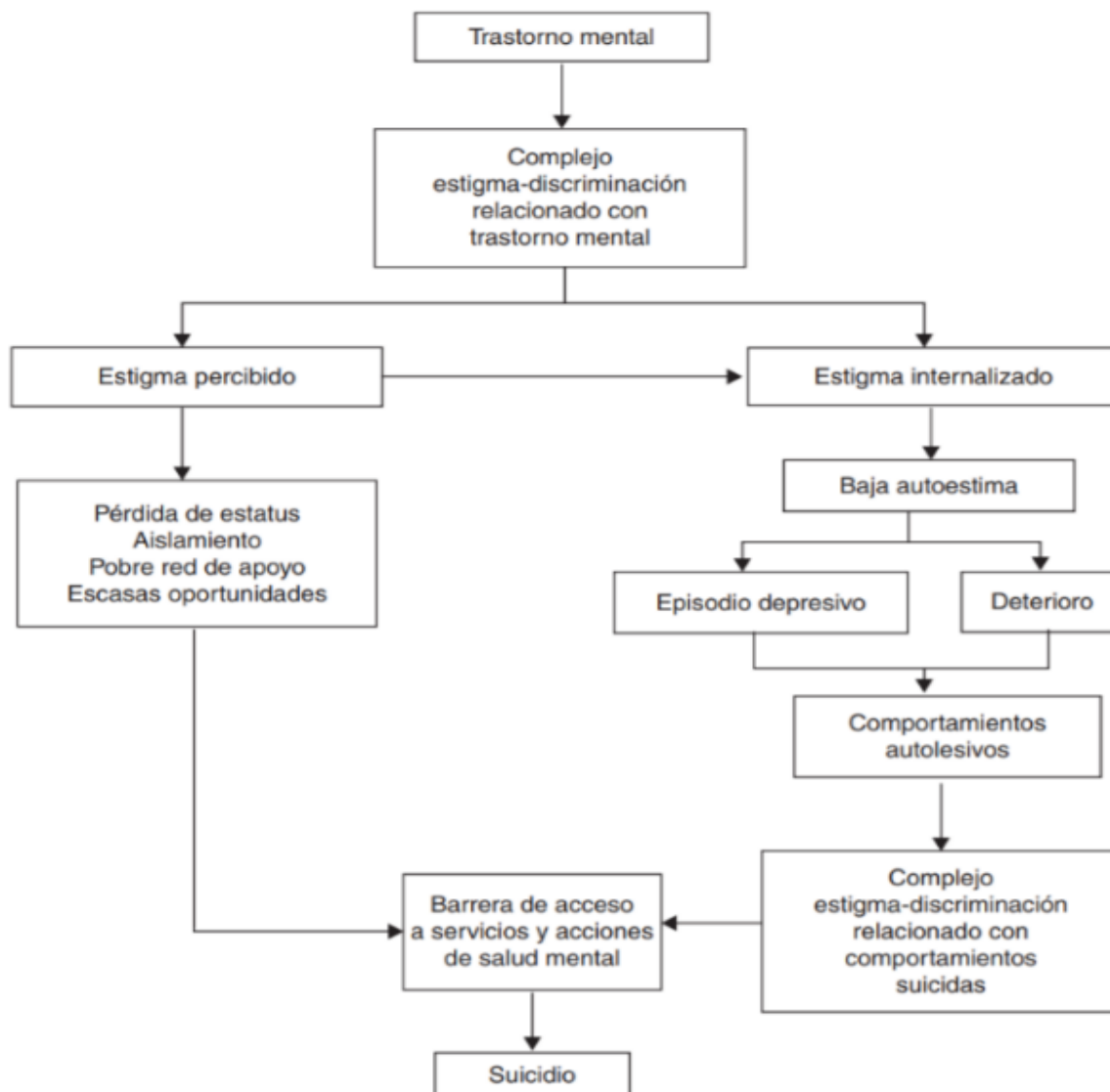


Ilustración 1. Fuente: el complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio

4. MODELOS DE SUICIDIO Y FACTORES DE RIESGO

4.1. Modelos de suicidio

Existe una literatura emergente que apoya la hipótesis de que el estigma es una variable que contribuye a las tendencias suicidas.⁶ En primer lugar, en distintos estudios de población, se observa que en aquellos lugares donde la vergüenza y la baja autoestima son menores, el

⁶ Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8:75-81.

número de suicidios también es menor. En un estudio cualitativo entre las personas con un trastorno mental y un historial de crisis suicidas, la mayoría de los individuos confirmaron que el estigma les había provocado un peor sentimiento en ese momento.

Por otro lado, según estudios, el hecho de que una persona conviva con un trastorno mental incrementa estadísticamente, de manera significativa, la posibilidad de que el individuo sufra alguna vez en su vida un acto autolesivo. Por lo tanto, el riesgo de suicidios en estas personas es de 4 a 25 mayor que en personas que no tienen ningún trastorno mental. Además aumentan las posibilidades de que exista un acto suicida en el caso de que haya comorbilidad.⁷ Así pues, la conducta suicida no es una conducta aleatoria, sino que desde hace tiempo se pudo observar que se encontraba relacionada con distintos factores sociales, psicológicos y biológicos.⁸ Esta conducta es un desenlace fatal que se asocia en aproximadamente el 90% de los casos a la presencia de un trastorno mental (Campo-Arias & Herazo, 2015) y que de todos estos un 25% estaba en tratamiento de salud mental en el último año, y un 40% habían sido atendidos en atención primarias en les previo al acto suicida.⁹

Estos datos plantean que el estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental “son también factores asociados a las tendencias suicidas” (Rüsch et al., 2014). Esta hipótesis ha sido valorada desde diferentes perspectivas que según orden cronológico serían:

A) Teoría social de Durkheim

En el año 1897, momento en que este autor plantea que todos los suicidios que se cometen en una sociedad durante un periodo de tiempo determinado siempre acaban siendo un hecho nuevo, diferente a otros suicidios, y el hecho se produce porque tiene una naturaleza social; además, el autor admite que el suicidio es más provocado por lo que sucede alrededor de nosotros que no dentro de la persona.

Este estudio divide las causas de suicidios en dos grupos: por un lado, aquellas causas extrasociales como por ejemplo, estado psicopático, estado psicológico normal (raza y

⁷ Costa L, Alencar A, Neto PJ, Dos Santos MS, Da Silvia CG, Pinheiro SF, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015; 170:237-54.

⁸ García de Jalon, E., & Peralta, V. (2015). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 87–96. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Elena_Jalon2/publication/277053103_Suicidio_y_riesgo_de_suicidio/links/565305a908ae1ef92975a7d6.pdf

⁹ Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. Doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.

herencia), factores cósmicos (climatología y temperatura) y la imitación, y las causas sociales y tipos sociales propiamente dichas (Koller, Preuß, Bottlender, Wenzel, & Soyka, 2002).

El hallazgo más importante que hizo Durkheim fue la distinción de tres tipos sociales de suicidio:

- *Altruista*: la característica principal de este tipo es el vínculo que hay entre el individuo y los valores que predominan en la sociedad: el suicidio se explica como reparación de la deshonra que significa para el individuo que pertenece a la comunidad una conducta realizada por este. Un ejemplo sería el hara-kiri.
- *Egoísta*: es contrario al altruismo. El suicida realiza su conducta por la poca integración social que presenta, así, según el autor, el suicidio variará de manera inversa al grado de integración del individuo en la sociedad.
- *Anónimo*: aparece cuando existen circunstancias de desorganización social. Por ejemplo, crisis financieras.

B) Teoría cognitiva de la conducta social o el estrés- diátesis

En este modelo explicativo elaborado por Beck y Wenzel en 2008, se describen en la conducta suicida factores de vulnerabilidad disposicional, es decir, factores predisponentes en el individuo por tener determinadas psicopatologías las cuales provocan un aumento de la posibilidad de que la persona cometa un acto suicida. Y asociados a los anteriores aparecen los procesos cognitivos relacionados a la enfermedad mental, como por ejemplo aquello que piensa la gente sobre uno o cómo la gente puede pensar eso de uno, los cuales están la mayoría de veces relacionados con trastornos mentales. Por tanto, las crisis suicidas pueden aparecer más probablemente cuando la frecuencia, y/o la duración de estos procesos cognitivos se incrementa (Baham, 2017) activados por la ansiedad.

En definitiva, una persona que tenga bajos factores de vulnerabilidad disposicional y los síntomas de la enfermedad mental leves, necesitaría una mayor cantidad de estrés en su vida para acabar activando un proceso suicida relevante. En cambio, si una persona tiene altos factores de vulnerabilidad disposicional y altos síntomas del trastorno mental, necesitará un nivel y condiciones de estrés en su vida más bajos para que acabe desembocando en conductas suicidas relevantes.

Este es un modelo heurístico que puede ser usado como punto de partida para entender un acto suicida en cualquier individuo, entendiendo que cada persona es caracterizada como única y que tiene una constelación de factores de vulnerabilidad disposicional y procesos cognitivos asociados con síntomas o trastornos psiquiátricos, por tanto, cuando mayor sea la carga de estas variables, mayor será la probabilidad de que en un futuro la persona pueda presentar una crisis suicida (Rudd, 2004, citado en Baham, 2017). Según Wenzel & Beck (2008)¹⁰, se ha demostrado a través de evidencias empíricas que, existen 5 factores que están relacionados con la vulnerabilidad disposicional y las condiciones para las crisis suicidas.

- *Impulsividad y constructos relacionados.* La impulsividad es aquella predisposición que tiene una persona a actuar de manera rápida y sin pensar, provocada por estímulos tanto internos como externos, y que por lo tanto, la persona no tiene en cuenta los efectos negativos de su acción.

Un estudio de este factor realizado por Zhang, & Lin, (2014)¹¹ demuestra que únicamente un 50% de la población China que había cometido un acto suicida sufrían un trastorno mental. Esto significa que, existen otros tipos de factores en la sociedad y personalidad del individuo que provocan estos acontecimientos.

- *Déficit en la resolución de problemas.* Se entiende como solución de problemas la capacidad que tiene una persona para resolver los problemas que se le pueden presentar a lo largo de su vida.

Pollock & Williams (2004)¹² sugieren que sí existe una relación primordial entre la capacidad de las personas para resolver problemas y la aparición de una crisis suicida, pues cuanto mayor sea la habilidad de la persona para resolver problemas, menor será la probabilidad de que la persona piense en la idea de suicidarse como una solución a la percepción de un problema o problemas (Pollock & Williams, 2004, citado en Baham, 2017).

- *Estilo de memoria sobregeneralizado.* Algunos individuos tienen problemas para recordar cosas específicas y esto puede provocar una pérdida de recuerdos. lo cual puede provocar que las personas no accedan de manera adecuada a su almacenamiento de recuerdos a la hora de tomar decisiones. Las investigaciones empíricas confirman que

¹⁰ Wenzel, A & Beck, A. (2008) A cognitive model of suicidal Behavior: Theory and treatment. Applied and Preventive Psychology 12

¹¹ Zhang, J. & Lin, L. (2014). The moderating effects of impulsivity on Chinese Rural Young Suicide. Journal of Clinical Psychology, 70 (6), 570-588. Doi: 10.1002/jclp.22039.

¹² Pollock, L & Williams, J. (2004). Problem-solving in suicide attempters. Psychological Medicine, 34.

existe una significativa asociación entre el fracaso para recuperar recuerdos específicos y el déficit en solución de problemas en pacientes suicidas (Pollock & Williams, 2001, citado en Baham, 2017).

- *Estilos cognitivos maladaptativos*. Hablamos de este estilo cuando existen disfunciones no específicas. El individuo no adapta la respuesta en situaciones determinadas.
- *Personalidad*. Tener una personalidad perfeccionista (tratar de hacer todo bien, trabajar con el máximo potencial, etc.) ha sido desde siempre, uno de los factores más estudiados en la relación de ésta con el riesgo suicida. Una persona perfeccionista se centra en los errores que comete a lo largo del tiempo y como consecuencia, deja de lado todas las cosas que ha hecho bien en la vida. Ver siempre errores, puede provocar situaciones de estrés y con ello una probabilidad de tener riesgo de suicidio.

Las personas con rasgos de personalidad perfeccionista, muchas veces necesitan tener todo bajo control, sin embargo, esta característica puede ser no adaptativa y que el individuo sienta demasiada presión que pueda dar lugar a una enfermedad mental como la depresión y además, incrementar el riesgo de una crisis suicidio (Franchi, 2010, citado en Baham, 2017).

C) Teoría de la psicología interpersonal

Propuesta por Thomas Joiner ha sido de las más importantes por los componentes y procesos que se tratan.

Dos son las bases fundamentales de la teoría: en primer lugar, la percepción equivocada de ser una carga para la sociedad, y en segundo lugar, que el sujeto no tiene un deseo de muerte (a no ser que se hayan desarrollado distintas capacidades para poder hacerlo, las cuales se potencian por medio de habituarse a experiencias dolorosas). Por tanto, la teoría interpersonal propone dos cuestiones importantes: el deseo de morir y la capacidad que tiene el individuo para hacerlo (Joiner, et. al. 2009).

La teoría de Joiner afirma que, la persona que quiere cometer un acto suicida experimenta dos estados psicológicos; uno de ellos, el sentimiento de carga para su círculo más cercano y el pensamiento de que sin él todo ira mejor. Y el otro, acostumbrarse a eventos dolorosos que provocan una desensibilización en el individuo creando una situación de habituación en acontecimientos como autolesiones, lesiones accidentales, etc. Esta normalización en

determinados casos puede provocar más vulnerabilidad en las personas a la hora de cometer un acto suicida.

Tres son los componentes, de los que habla el autor de esta teoría, como detonantes para cometer una conducta suicida.

- *Percepción equivocada de carga.* Este componente es considerado como un error de percepción fatal ya que el sujeto percibe una sobrecarga personal, familiar y social (Baham, 2017). El individuo cree que es un problema para los demás y que sin su presencia todo será mejor.
- *Baja pertenencia.* La persona tienen desapego con los diferentes grupos (familia, sociedad) y que no pertenece a ninguno de estos. Como consecuencia de este sentimiento, aparece la marginación o aislamiento social. Por lo tanto, si una persona no se siente vinculada a un grupo tiene más posibilidades de llevar a cabo un acto suicida.
- *Capacidad para autolesionarse.* Esta teoría hace hincapié en que, no solo basta que una persona sienta el deseo de morir, sino que también debe de ser capaz de poder llevar a cabo el hecho. El ser humano no está predispuesto biológicamente a provocar su propia muerte de manera temprana, por ello, sino existe una vivencia de situaciones dolorosas, ya sean propias o ajenas, que habitúen a la persona a estas experiencias, no habrá una tolerancia al dolor ni una sensación baja frente la muerte (Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin, y Deeks, 2001).

4.2. Factores de riesgo

Existen dos tipos de factores de riesgo en el ámbito suicida: factores de riesgo fijos y factores de riesgo modificables.

- A) Factores de riesgo fijos son por ejemplo la genética, el intento de suicidio, el género, edad y etnia, situación económica, estado civil y preferencias sexuales. Estos serán muy difíciles de modificar con un buen tratamiento psiquiátrico ya que son parte de la persona.
- B) Los factores de riesgo modificables, serían el propio trastorno mental (la ansiedad y la depresión, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas (García, Ana, Carlos, Rodríguez, & Chantal, 2006)). Como se ha dicho a lo largo del trabajo, una de las consecuencias del estigma en la enfermedad mental es el desempleo y la pobreza, al igual que la ruptura de relaciones con otros individuos y el aislamiento social, formando de esta manera un círculo que es muy difícil de romper.

El consumo de diferentes drogas puede ser un posible factor desencadenante: aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol (Koller et al., 2002).

El estigma como factor de riesgo de suicidio ha sido especialmente valorado en dos investigaciones.

La primera de ellas realizada por Assefa et al.¹³, cuantifico el estigma interno en un grupo de 212 personas diagnosticadas de esquizofrenia el estigma interno mediante la Escala para Estigma Internalizado y la historia de intento de suicidio con la pregunta: ¿Alguna vez se ha sentido tan desesperado/a que incluso ha intentado hacerse daño o quitarse la vida? Los resultados fueron que un 71% de los individuos sufrían un alto autoestigma y el 45% había tenido como mínimo un intento de suicidio en alguna etapa de su vida. Aquellas personas que presentaron un autoestigma alto también tenían el doble de riesgo de cometer un acto suicida.

La segunda investigación hecha por Schomerus et al.¹⁴, en el año 2010 en 24 países de la UE, consistió en un estudio ecológico mediante la cuantificación de “aceptación o rechazo social” para poder medir el estigma que los individuos percibían con dos preguntas: ¿Podría resultar difícil hablar con alguien con un problema de salud mental? y ¿No tendrías ningún problema en hablar con alguien con un problema de salud mental? También se tuvieron en cuenta las tasas de suicidios de los países incluyendo: lesiones autoinfringidas y suicidios. El estudio mostró la relación directa entre estigma y suicidio (coeficiente beta estandarizado 0,46). Lo que significa que por cada unidad que incrementa el estigma, la tasa de suicidio en la población general aumenta 0,46.

En definitiva, de estas investigaciones se puede ver como el estigma, tanto estigma público como autoestigma, es una variable entre el trastorno mental y la tentativa de suicidio o el suicidio consumido.

Sin embargo, las evidencias que se han encontrado sobre este tema son incompletas. En primer lugar, porque la mayoría de los estudios que existen sobre la relación entre estigma y tendencia suicida son transversales y por lo tanto, no se puede aclarar la dirección de la causalidad entre los síntomas, tendencias suicidas y variables estigma. En segundo lugar, porque el suicidio es

¹³ Assefa D, Shibire T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:239.

¹⁴ : Schomerus G, Evans-Lacjo S, Rüsç N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2015; 24:166-71.

un acontecimiento complejo y por esta razón, es difícil de estudiar empíricamente ya que presenta limitaciones. Y por último, las investigaciones empíricas se deben distinguir entre el estigma de la enfermedad mental como un factor de riesgo de suicidios y por otro lado, el estigma que existe por el acto suicida en sí. Además, la evidencia sobre la influencia y el poder predictivo de los factores de riesgo psicológicos aun no es concluyente, por lo que no son considerados en los protocolos de detección e intervención del riesgo suicida (Isabel & Rovegno, 2016).

En conclusión, hay evidencias iniciales de que existe una relación entre el estigma de la enfermedad mental y las tendencias suicidas. Sin embargo, sería necesario que se realizaran más investigaciones en torno a este tema.

5. INICIATIVAS PARA REDUCIR EL ESTIGMA

El estigma es una consecuencia de la ignorancia acerca de los trastornos psiquiátricos y sólo la educación o la información pueden cambiar los prejuicios hacia las personas que padecen trastornos psiquiátricos. El estigma de las personas con trastornos psiquiátricos conduce a la discriminación en el entorno social, conduciendo consecuentemente a la progresión del desorden y causando el aislamiento del entorno sociocultural (Bravo-Mehmedbašić & Kučukalić, 2017).

Las primeras campañas empezaron en el año 1990. La primera campaña antiestigma fue lanzada en Canadá por la Asociación Mundial Psiquiátrica con el nombre *Open the Doors*. Ésta tuvo buenos resultados y se extendió a 19 países a la vez que sirvió para incentivar otros nuevos programas alrededor del mundo.

Muchas de las campañas antiestigma utilizan métodos e intervenciones con la finalidad de cambiar actitudes discriminatorias y estigmatizantes. Existen muchos programas, pero los más utilizados son: protesta, contacto y educación.

5.1. PROTESTA

Investigaciones en Escocia han determinado que, para luchar contra la discriminación, el estigma y la exclusión social debe haber una disminución del desequilibrio en el poder político,

económico y social.¹⁵

En los medios de comunicación aparecen en muchas ocasiones anuncios, declaraciones, películas y reportajes que promueve mensajes estigmatizadores hacia las personas con enfermedad mental. Cuando esto sucede, aparece la protesta para hacer frente a estos fenómenos.

En Estado Unidos se creó uno de los primeros programas exitosos llamado *StigmaBusters* promovida por la NAMI (National Alliance for the Mentally Ill). Esta asociación se encarga de utilizar estrategias de educación de la población para conseguir una disminución del estigma público; por ejemplo, presionar para tener una mejor protección legal para las personas con enfermedad mental en las áreas de vivienda y empleo (Rüsch et al., 2005). Este programa tiene como objetivo la intervención de las representaciones inadecuadas en películas, televisión, diarios, etc. Uno de los logros más importantes de esta campaña fue la retirada del programa televisivo americano *Wonderland* cuya temática giraba en torno a un Hospital Psiquiátrico.

Se ha hablado de la efectividad que tiene la protesta en relación a los medios de comunicación, sin embargo, existe muy poca información del efecto que tiene sobre los prejuicios de la población general. Según Rüsch et al. 2005, las investigaciones psicológicas sociales que se han realizado entorno a la protesta, conduce a la supresión de pensamientos estereotipados y comportamientos discriminatorios. Esta supresión puede dar cabida a dos problemas. Por un lado, la supresión es un gran esfuerzo para aquella persona que se siempre oprimida, provocando una disminución de atención que tiene como consecuencia la falta de interés para aprender información nueva que refute el pensamiento estereotipado que lleva a la estigmatización. Por otro lado, en los grupos más pequeños que se produce un pensamiento estigmatizador, éste en vez de reducir, aumenta con el tiempo. Así pues, la protesta es una estrategia útil para reducir el estigma que se trasmite a través de los medios de comunicación pero no para incorporar nuevas actitudes positivas y así, reducir los prejuicios de las personas.

5.2. CONTACTO

El contacto con personas que padecen enfermedad mental es una de las tres estrategias para reducir el estigma y que a la vez sirve como complemento para potenciar la educación.

¹⁵ Health Scotland. (2008). Stigma: An international briefing paper. Edinburgh.

El resultado de distintas investigaciones señala al contacto como la parte más eficaz de la intervención. Para que el contacto interpersonal sea efectivo, los participantes deben: tratarse como iguales, darse la oportunidad de conocerse, compartir información que ponga en entredicho los estereotipos negativos, cooperar de manera activa y tener una meta común. Muchas investigaciones han demostrado que un contacto directo con las personas que conviven con una enfermedad mental es la manera más efectiva para que disminuya el estigma que sufren. El contacto interpersonal directo se puede hacer por medio de una obra de teatro, una clase o tener una conversación cualquiera con una persona.

La Campaña Nacional de Concientización de la Salud Mental creó *The Heard*, una junta de oradores jóvenes que explican sucesos de su vida sobre el tratamiento de una enfermedad mental en distintos lugares, como escuelas y espacios públicos. La visión que dan estas personas es de ser individuos activos que luchan diariamente por obtener una mejor vida y a la vez provocar esperanza y fortaleza a otras personas que conviven con una enfermedad mental

La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales también ha apostado por un programa de personas con enfermedad mental que han realizado presentaciones en varios lugares, este programa se llama *In Our Own Voice* que, según Rusch et al. 2008¹⁶ ha conseguido que el estigma disminuya en comparación a la educación basada en acontecimientos reales que se proporcionó por profesionales de la salud mental.

Algunos investigadores afirman que el contacto interpersonal directo es exitoso y se obtienen buenos resultados, sin embargo se pone en duda la calidad de metodología de esta estrategia ya que se observan cambios en las actitudes hacia las personas con enfermedad mental durante un gran tiempo, aunque de manera reducida.

5.3. EDUCACIÓN

La educación tiene como objetivo la disminución del estigma proporcionando información veraz. Son distintos los medios que se utilizan para transmitir este tipo de información (libros, programas de enseñanza etc). Existen un gran número de estudios que confirman la efectividad de reducción de comportamientos estigmatizadores de la enfermedad mental a partir de cursos

¹⁶ Rusch L., Kanter, J., et al. (2008). *The impact of In Our Own Voice on stigma*. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11, 373-389.

educativos sobre ésta. Para que funcione cualquier campaña antiestigma, la educación debe ser pública o dirigida.

5.3.1. Educación pública

La mayoría de las campañas que se han impartido de este tipo han tenido un resultado positivo en las actitudes y las conductas en el ámbito de la salud pública, también para reducir la discriminación y el estigma de la enfermedad mental. Por ejemplo como dice el Plan de California, una campaña de educación puede incrementar la conciencia y reducir las actitudes estigmatizantes. Algunos de los medios para promover esta educación son: televisión, periódicos, Redes sociales, radios, ropa, etc.

Muchas investigaciones han demostrado que los esfuerzos educativos producen una mejora de actitudes a corto plazo (Corrigan, 2001). Sin embargo, los resultados podrían ser mayores y se darían a largo plazo si la educación fuese bidireccional en vez de tener un formato de lectura.

Hay que tener en cuenta la manera de educar, ya que una desinformación sobre la enfermedad mental podría provocar un desajuste en la mentalidad de aquellas personas que reciben la información, en lugar de tener una imagen nueva, más apropiada y positiva.

En 1997 se inició en Nueva Zelanda una campaña para luchar contra la discriminación de personas con una enfermedad mental a raíz de un estudio que ponía en alerta lo importante que es reducir el gran estigma hacia las personas que padecen una enfermedad mental. La campaña recibió el nombre de *Like Minds*, una plataforma multimedia basada en la sensibilización pública. En 2006, se redujo más de un 50 por ciento el estigma y la discriminación de la familia en los individuos que participaban en el programa, y 50 por ciento también redujo el estigma y la discriminación en el ámbito laboral. Según El Ministerio de Salud de Nueva Zelanda, a lo largo del tiempo, la evolución de este programa ha sido satisfactoria ya que, se ha disminuido un 14 por ciento el porcentaje de personas que ven a individuos con una enfermedad mental como peligros.

Los métodos del programa han sido varios: hacer campañas de publicidad en las radios y las televisiones a nivel nacional, conferencias dadas por personas que conviven con una enfermedad mental y éstas compartiendo su experiencia, programas locales y actividades (arte, fotografía, etc.), asesorar a los medios de comunicación para hacer difusión de experiencias personales positivas, siempre guiadas por un periodista y además evitar que existan reportajes

u otro tipo de programas discriminatorios y promover las políticas de prevención existentes para prevenir la discriminación y conseguir un tratamiento igualitario en trabajo, vivienda y educación.

5.3.2. Educación dirigida

Hablamos de campañas dirigidas cuando se focaliza en un determinado grupo de una edad en concreto, como son los niños, jóvenes, adolescentes, adultos o adultos mayores. La campaña preventiva más importante es la que se les realiza a los niños ya que las actitudes discriminatorias y estigmatizadoras no se han desarrollado firmemente.

En una población escolar, es importante educar a los maestros y asociados para que acepten y proporcionen ayuda activa y apoyen a los estudiantes con problemas de salud mental. Esto se puede lograr a través de: elevar el nivel de conocimiento, conciencia y educación sobre la salud mental; lograr un cambio positivo en las actitudes de los estudios hacia sus pares con problemas de salud mental en términos de aceptación y asistencia activa y apoyo (Luka, 2017).

En 1999 se forma, en Estados Unidos, la Campaña Nacional de Concientización de la Salud Mental. Esta campaña lanzó un anuncio dirigido a los adolescentes y por lo tanto, se emitió en distintas cadenas vistas por adolescentes y jóvenes. Los resultados fueron totalmente revolucionarios e impresionantes ya que, en los cinco primeros meses 12 millones de personas visitaron la página web, www.whatadifference.samhsa.gov, lo que provocó una gran disuasión e investigación sobre la enfermedad mental.¹⁷

Por un lado, es importante hacer referencia a que las campañas también deben de estar dirigidas a grupos étnicos, raciales u otros tipos de comunidades. Por ejemplo, se han desarrollado diferentes campañas antiestigma como la de SAMHSA¹⁸ que se elaboró en español, o *Shiff*, campaña iniciada en Reino Unido que estaba dirigida a personas afroamericanas y otras etnias. Por otro lado, las campañas dirigidas a amigos, padres y familiares también son importantes. *What a Difference* de SAMHSA es una campaña que fue dirigida a los adultos para incentivar el contacto con personas que sufren una enfermedad mental.

¹⁷ Corrigan, P.W. (2004). *Target-specific stigma change: A strategy for impacting mental illness stigma*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 113-121.

¹⁸ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Agencia de salud pública del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Objetivo: disminuir el abuso de sustancias y las enfermedades mentales en comunidades de Estados Unidos.

5.4. EVIDENCIAS EMPÍRICAS

La evidencia de un metaanálisis de 34 estudios¹⁹ reveló que las intervenciones educativas solas o cuando se combinan con otras intervenciones son efectivas para reducir el estigma personal de los diferentes tipos de trastornos mentales. En el mismo metaanálisis, las intervenciones con un elemento de contacto del usuario se asociaron con una reducción del estigma asociado con la enfermedad mental. También, la evidencia de un metaanálisis de 72 estudios²⁰ indica que las estrategias educativas son medios efectivos para el cambio de estigma positivo. Según Carrigan & Bink (2016), tanto la educación como el contacto son efectivos para provocar el cambio y el contacto en concreto produjo una reducción gradual en el estigma. Además, los contactos cara a cara con una persona con experiencia vivida tienen el impacto más convincente sobre las actitudes y el comportamiento. Las percepciones del estigma público contribuyeron a la experiencia del autoestigma que, a su vez, influyó en las actitudes de búsqueda de ayuda y, finalmente, en la voluntad de buscar ayuda. Schreiber y Hartrick (2002) sugieren que las personas pueden sentir menos autoestigma si sus síntomas se normalizan y si se les da una explicación para sus síntomas. Las personas tienden a ver sus problemas con menos vergüenza y culpabilidad cuando se les brinda información que indica que sus problemas no son su culpa, y que mejorarán a través del tratamiento.

La evidencia de una revisión sistemática de 14 estudios reveló que son dos los enfoques prominentes para la reducción del autoestigma. El primer enfoque incluyó intervenciones que intentan alterar las creencias y actitudes estigmatizadoras de las intervenciones individuales y el segundo enfoque, las intervenciones que mejoran las habilidades para afrontar el autoestigma a través de mejoras en la autoestima, el empoderamiento y el comportamiento de búsqueda de ayuda. En consecuencia, las intervenciones bien diseñadas dirigidas a la reducción del estigma ayudarán a disminuir el impacto del estigma de la enfermedad mental.

6. CONCLUSIONES

Cada vez más se está haciendo visible el estigma existente en los trastornos mentales y como éste impacta en la calidad de vida de los individuos que lo padecen.

¹⁹ Griffith KM, Carron – Arthur B. Parsons A & Reid R: *Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomised controlled trials*. World Psychiatry 2014; 13: 161-175.

²⁰ Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al: *Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies*. Psychiatr Serc 2010; 63:963-973.

Los principales efectos se presentan en dos formas distintas: estigma público y autoestigma. El primero, consiste en las reacciones que tiene la sociedad hacia un grupo de personas, basando éstas en el estigma sobre este grupo. Y el segundo, es la asimilación de determinadas actitudes estigmatizantes hacia un grupo determinado. En ambos casos, estas actitudes o reacciones crean consecuencias similares como son el aislamiento social, desempleo, vergüenza, desesperanza, entre otras. Así pues, el estigma en la enfermedad mental está asociado a barreras en ámbitos distintos, especialmente en el desarrollo de servicios sociales comunitarios y en la integración en la sociedad de las personas afectadas por éste. Sin embargo, todas las personas que conviven con una enfermedad mental no aceptan el estigma y utilizan éste como un empoderamiento de su persona.

A lo largo del tiempo se han realizado diferentes hipótesis que hablan sobre las consecuencias del estigma y la discriminación respecto a las tendencias suicidas. En primer lugar, la teoría social de Durkeim habla de la consecuencia del suicidio a partir del entorno de la persona que comete esta conducta. En segundo lugar, la teoría cognitiva de la conducta social o el estrés-diátesis de Beck y Wenzel habla de las diferentes psicopatologías pero también tiene en cuenta factores de vulnerabilidad disposicional. Y por último, la teoría de la psicología interpersonal de Thomas Joiner que se basa en la percepción de carga para la sociedad del individuo y el no deseo de muerte del éste. En estas tres teorías existen dos factores de riesgo básicos: factores de riesgo fijos y factores de riesgos modificables.

Así pues, se observa como existen evidencias entre la enfermedad mental y tendencias suicidas, por tanto, para reducir el estigma que parecen las personas con enfermedad mental y a la vez, reducir las tendencias suicidas, existen tres campañas pioneras: protesta, contacto y educación. Por esta razón, la reducción del estigma y la discriminación asociados con la enfermedad mental se está convirtiendo en un enfoque cada vez más importante para las políticas, la programación y el trabajo de intervención. Sin embargo, las iniciativas para reducir el estigma y la discriminación en la enfermedad mental son fenómenos en desarrollo y prematuros en la actualidad además de que hay que ser conscientes que muchas de las campañas no tienen un efecto inmediato, sino que el impacto que tienen en la población sobre la que se ha actuado puede tardar un tiempo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental.
- Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*. 2012; 12:239
- Baham, M. J. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento, (November).
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243–250. <https://doi.org/10.1016/J.RCP.2015.04.003>.
- Corrigan PW, Larson JE, Rüsçh N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8:75-81.
- Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al: *Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies*. *Psychiatr Serc* 2010; 63:963-973.
- Corrigan, P.W. (Ed.). (2001). On the stigma of mental illness. *Patriarcal strategies for Research and Social Change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Corrigan, P.W. (2004). *Target-specific stigma change: A strategy for impacting mental illness stigma*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 113-121.
- Corrigan, P. W. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 143–151. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x>
- Costa L, Alencar A, Neto PJ, Dos Santos MS, Da Silvia CG, Pinheiro SF, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015; 170:237-54.
- FARINA, A., <<Stigma>>, en MUESSER, K.T.;TARRIER, N., *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston, Allyn and Bacon, 1998, pp. 247-279.
- Franchi S. (2010). Estilo de personalidad perfeccionista y depresión. *Perspectivas en Psicología*. 13. Recuperado en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Estilo_de_personalidad_perfeccionista_y_depresion.pdf

García, G., Ana, G., Carlos, M., Rodríguez, O., & Chantal, R. (2006). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>.

Goffman, E., Estigma. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Griffith KM, Carron – Arthur B. Parsons A & Reid R: *Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomised controlled trials*. World Psychiatry 2014; 13: 161-175.

Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S., & Deeks, J.J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority, and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55.

Health Scotland. (2008). *Stigma: An international briefing paper*. Edinburgh.

Isabel, C., & Rovegno, I. (2016). *Procesos psicológicos de riesgo de intento suicida en usuarios de servicios de salud mental de nivel especializado de la Provincia de Concepción Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología*.

Joiner, T., Van, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R. & Rudd, D. (2009). Main Predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior: Empirical Tests in Two Samples of Young Adults. *Journal Abnorm Psychol*. 118(3), pp. 634–646. Doi: 10.1037/a0016500.

Koller, G., Preuß, U. W., Bottlender, M., Wenzel, K., & Soyka, M. (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), 155–160. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0362-9>

Like Minds, Like Mine. (2009). Retrieved January 21, 2009 from website: <http://www.likeminds.org.nz/about>

Link BG, Phelan JC. 1999. Labeling and stigma. In *The Handbook of the Sociology of Mental Health*, ed. CS Aneshensel, JC Pherlan, New York: Plenum.

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de La Asociación Española de*

Neuropsiquiatría, 28(1), 43–83. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352008000100004>

Luka, B. (2017). Stigma and mental disorders in developmental age, 29, 906–909.

Ministerio de Sanidad, S. S. e I. (2016). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016, 1008. <https://doi.org/NIPO:680-17-086-X>

Ministry of Health. (2007). *Like minds, like mine national plan 2007-2013: Programme to counter stigma and discrimination associated with mental illness*. Wellington Ministry of Health

Parcesepe AM & Cabassa LJ: Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. *Adm Policy Ment Health* 2013; 40. doi:10.1007/s10488-012-0430-z

Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusion social en la enfermedad mental: apuntes para el analisis e investigacion. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental Hermilio Valdizan*, VI(September), 3–14.

Plan estratégico de California para reducir el estigma y la discriminación asociados con la salud mental Plan estratégico de California para reducir. (n.d.).

Pollock, L & Williams, J. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine*, 34.

Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G and Van Audenhove C: *Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2014; 49;231-239.

Rössler W & Laube C: Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19:157-178

Rudd, M. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of contemporary psychotherapy*.

Rusch L., Kanter, J., et al. (2008). *The impact of In Our Own Voice on stigma*. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 373-389.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma : Concepts , consequences , and initiatives to reduce stigma, 20, 529–539.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Rüsch, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *British Journal of Psychiatry*, 205(4), 257–259. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.145755>.

Schomerus G, Evans-Lacjo S, Rüsch N, Mojtabai R, Angermeyer MC, Thornicroft G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 2015; 24:166-71.

Schreiber R & Hartrick G: Keeping it together. How women use the biomedical explanatory model to manager the stigma od depression. *Issues Ment Health Nurs* 2002; 23 91-105.

Simpson, G., & Tate, R. (2007). Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: Prevalence, risk factors and implications for clinical management. *Brain Injury*, 21(13–14), 1335–1351. <https://doi.org/10.1080/02699050701785542>

Stuart, H. (2012). Stigma and suicide. *Suicide from a Global Perspective: Public Health Approaches*, 29, 153–160.

Trastorno Mental: Definición según la OMS y el DSM. (2016). *Oms, 4to*, 1–3. Retrieved from <http://alimentaciondietaynutricion.com/wp-content/uploads/2012/09/Definición-de-Trastorno-Mental.pdf>

Taylor PJ, Gooding P, Wood AM, TARRIER N: *The role of defeat and entrapment in depression, anxiety; and suicide*. *Psychol Bull* 2011; 137: 391-420.

Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.

Wenzel, A & Beck, A. (2008) A cognitive model of suicidal Behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology* 12

Xu, Z., Müller, M., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., ... Rüsch, N. (2018). Involuntary hospitalization, stigma stress and suicidality: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(3), 309–312. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1489-y>

Zhang, J. & Lin, L. (2014). The moderating effects of impulsivity on Chinese Rural Young Suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (6), 570-588. Doi: 10.1002/jclp.22039.