

---

## ESTIGMA Y ESQUIZOFRENIA

---

**E. González-Pablos**

**C. Martín-Lorenzo**

Centro Sociosanitario Hermanas Hospitalarias. Palencia.  
ch.palencia@hospitalarias.es

### Resumen

Revisión sobre el estigma en la esquizofrenia. Se abordan el concepto, los diferentes tipos de estigma y las consecuencias en las personas que lo padecen. Se aportan estrategias de tratamiento según la Organización Mundial de la Salud y otros autores.

**Palabras clave:** Estigma, esquizofrenia, consecuencias, tratamiento

### STIGMA AND SCHIZOPHRENIA

#### Abstract:

Review of stigma in schizophrenia. The concept, the different types of stigma and the consequences for people who suffer from it are addressed. Treatment strategies according to the World Health Organisation and other authors are provided.

**Keywords:** Stigma, schizophrenia, consequences, treatment.

## Estigma y esquizofrenia

Para el DSM-V (1) la esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por un conjunto de síntomas, entre los que se pueden presentar: ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del curso del pensamiento, desorganización conductual y síntomas negativos primarios.

Se asocia a disfunción cognitiva, social y laboral. Es frecuente la comorbilidad médica y la esperanza de vida se ve reducida.

Para la Organización Mundial de la Salud, OMS (2), la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, afecta más a hombres que a mujeres (12 millones frente a 9). Las personas con esquizofrenia suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos. La estigmatización de la enfermedad genera discriminación, que a su vez puede limitar el acceso a la atención sanitaria, la educación, la vivienda y el empleo.

El estigma para la Real Academia Española (3):

Del lat. **stigma** “marca hecha en la piel con un hierro candente”, “nota infamante”, y este del gr. **στίγμα** *stigma*. Tiene varias acepciones y reproducimos algunas: 1. m. Marca o señal en el cuerpo. 2. m. Desdoro, afrenta, mala fama. 3. m. Huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la pasión de Cristo.

6. Med. Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria.

Si consultamos el diccionario de uso del español María Moliner (4):

1. Marca o señal en el cuerpo, particularmente, cuando procede de un castigo corporal o de la aplicación de hierro candente

como pena infamante o como signo de esclavitud. 2. Huella de las que aparecen en el cuerpo de algunos santos y místicos, como signo de su participación en la pasión de Jesucristo. 3. Acto o circunstancia que constituye una deshonra para alguien. Mancha. 4. Med. Lesión o trastorno que indican enfermedad hereditaria.

En Wikipedia (5) encontramos: “En sociología, estigma es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores”.

El concepto fue acuñado por el sociólogo canadiense Erving Goffman, en un libro aparecido en 1963 (6), quien parece ser su creador o más bien el reinventor de su aplicación en antropología social. Para este autor, los griegos crearon el término para referirse a signos de cortes o quemaduras en el cuerpo, para advertir que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor. Más tarde, durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, a los signos corporales de perturbación física, como referencia médica indirecta de esta alusión religiosa.

Posteriormente la palabra ha sido utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero designando al mal en sí mismo, y reconocía tres tipos de estigma. En primer lugar, las señales del cuerpo - las distintas deformidades físicas -. En segundo lugar, los defectos del carácter del individuo, que se infieren socialmente: perturbaciones mentales, adicciones a las drogas, situación de desempleo, etc. Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos de

una generación a la siguiente y contaminar por igual a todos los miembros de una familia.

Desde la fecha de la primera edición del libro de Goffman, se han producido muchas investigaciones y publicaciones sobre estigma de los trastornos mentales, en particular de la esquizofrenia.

Hoy se considera que hay tres conceptos previos que nos ayudan a entender el estigma: 1. El *estereotipo*: las creencias que tiene la mayoría de la gente acerca de la esquizofrenia, basadas en el nivel cultural general de la sociedad, en las leyes, en experiencias previas, en mitos, etc. 2. El *prejuicio*, es la interiorización del estereotipo y las emociones que se generan. 3. La *discriminación*, se trata de la conducta resultante de lo anterior.

La dinámica sería: “*el esquizofrénico*” es incapaz, incurable, peligroso, etc. Me genera miedo, incompreensión, incomodidad. Yo le rechazo, aílo, discrimino, etc.

Se consideran tres tipos de estigma:

1. *Estigma social*. Creencias negativas y prejuicios que se producen en la sociedad.
2. *Estigma estructural*. Se refiere al conjunto de leyes, normas, procedimientos sociales, que regulan los derechos de los pacientes.
3. *Estigma internalizado o autoestigma*. Es la interiorización del estigma por el paciente, de tal manera que va a reproducir la misma dinámica descrita anteriormente: estereotipo, prejuicio, discriminación (no puedo trabajar, no se trabajar, no busco trabajo).

Han aparecido también numerosos trabajos acerca de las consecuencias del estigma en varias áreas de la clínica, evolución, funcionalidad, sociales, etc.

Así, para Corrigan (7) el estigma en las personas con trastorno mental puede privar

a quienes lo padecen de las oportunidades para conseguir sus objetivos vitales, especialmente aquellos relacionados con su independencia económica y personal.

La Red de Investigación INDIGO (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes) (8) en su primer proyecto de estigma global, utilizó la escala la Escala de Discriminación y Estigma (DISC). Se utilizó para entrevistar a 729 personas con diagnóstico clínico de esquizofrenia en 27 países. Los resultados demostraron que más del 90% habían experimentado discriminación a causa de su estado de salud mental. La mayoría de las personas (72%) manifestaron una necesidad de ocultar su diagnóstico. Los resultados confirmaron la universalidad de la discriminación que afecta de manera adversa a personas con esquizofrenia.

Para Thornicroft (9), la estigmatización de personas con enfermedades mentales puede ocasionar consecuencias negativas, tales como el acceso deficiente a la atención sanitaria, mental y física; disminución de la esperanza de vida; exclusión de la educación superior y del empleo; aumento del riesgo de contacto con el sistema penal; victimización; pobreza y desamparo.

Para otros (10), el estigma asociado a la esquizofrenia podría obstaculizar la capacidad de estas personas para obtener un empleo debido a la discriminación, que aumenta aún más su estigmatización.

Lahera (11) describe la asociación entre el estigma y la mayor dificultad para encontrar y mantener un empleo, conseguir un alquiler de vivienda o ser tratado correctamente por el sistema judicial.

En el estudio realizado en Madrid por Manuel Muñoz (12) en personas con enfermedad mental grave y prolongada, en su mayor parte con esquizofrenia y alto nivel de funcionamiento, buen seguimiento del tra-

tamiento y autonomía personal, consideraron que existe un gran desconocimiento de la enfermedad mental y un fuerte estigma centrado en los estereotipos de peligrosidad e incompetencia y se llegaron a sentir discriminados en distintas áreas de funcionamiento. Estas personas anticipan el rechazo por parte de los demás, lo que les lleva al ocultamiento de la enfermedad y al aislamiento. Estas formas de comportamiento se relacionan con las dos dificultades fundamentales que encuentran estas personas: las dificultades laborales y las referentes a las relaciones sociales, especialmente entre pares.

En los últimos años parece haber mayor interés por el estigma internalizado. Algunos autores (13) que lo han evaluado señalan que una gran parte de los participantes refieren niveles altos de auto-estigma. Otro trabajo confirma la relación entre el estigma interiorizado y los síntomas negativos (14) y extienden este hallazgo a la neurocognición. Lysaker también han comunicado una relación entre la cognición social y el estigma internalizado (15). Otros trabajos indican una relación entre la calidad de vida y autoestigma (16). Livingston (17), en una revisión y metanálisis de la investigación existente sobre la relación entre el estigma internalizado y variables sociodemográficas, psicosociales y psiquiátricas para las personas con enfermedades mentales, descubrió una relación negativa entre el estigma internalizado y variables psicosociales (por ejemplo esperanza, autoestima y empoderamiento). Con respecto a las variables psiquiátricas, el estigma internalizado se asoció positivamente con la gravedad de los síntomas psiquiátricos y negativamente con la adherencia al tratamiento.

En un importante trabajo realizado en Italia (18) con 921 pacientes con esquizofrenia que viven en la comunidad, se determinaron que las variables relevantes para la enferme-

dad, los recursos personales y el contexto social explican 53,8% de la varianza del funcionamiento en la vida real. La neurocognición mostró la relación más sólida, aunque indirecta, con el funcionamiento en la vida real. Los síntomas positivos y la desorganización, lo mismo que la abolición, resultaron tener efectos directos e indirectos. La disponibilidad de una pensión por discapacidad y el acceso a incentivos sociales y familiares también mostró una relación directa significativa con el funcionamiento social. La cognición social, la capacidad funcional, la resistencia a la adversidad, el estigma interiorizado y la utilización de los servicios de salud mental, fueron factores mediadores.

Para la OMS (2), la esquizofrenia es tratable. Existen terapias, tanto psicofarmacológicas como psico y socio terapéuticas, que han demostrado su eficacia. Las políticas encaminadas a facilitar el acceso al tratamiento adecuado, así como los apoyos para la obtención de trabajo y vivienda, han demostrado ser efectivos.

Varios programas se desarrollan en este sentido:

El *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)*, puesto en marcha en 2008 (19), se basa en orientaciones, instrumentos y métodos de capacitación para ampliar servicios en los países, especialmente en entornos de escasos recursos. En este programa juega un papel destacado la lucha contra el estigma.

El programa «*Open the Doors*» de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WAPA) (20) ha llevado a cabo con éxito campañas de lucha contra el estigma de la esquizofrenia en varios países, combinando varios aspectos: la educación de los grupos claves, la modificación legislativa, y la protección y promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales.

El proyecto *Quality Rights* de la OMS (21) tiene como objetivo mejorar la calidad asistencial y el respeto de los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y asistencia social, y fortalecer la capacidad de las organizaciones para promover la salud de las personas con trastornos mentales.

En el *Plan de acción de la OMS sobre Salud Mental 2013-2020* (22), refrendado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013, pone énfasis en las medidas necesarias para proporcionar servicios adecuados a las personas con esquizofrenia. El Programa Mundial de Acción apoya a los gobiernos en la labor de reducción del estigma y la discriminación mediante la educación de cuatro grupos claves: la población general, los agentes de salud, los responsables de la formulación de políticas, los grupos de usuarios y familiares y las ONGs.

Para Lahera (11) se han descrito varios tipos de estrategias antiestigma en la esquizofrenia:

1. Intervenciones sobre la población general. Están basadas en campañas publicitarias en los medios de comunicación y en programas en centros educativos. La divulgación científica, rigurosa y eficaz, sobre la esquizofrenia puede desmontar tópicos y favorecer una curiosidad incluyente hacia estas personas (tablas 1 y 2).
2. Intervenciones para mejorar la imagen de la Psiquiatría. Tratan de prestigiar la práctica psiquiátrica, dando a conocer sus contribuciones positivas y corrigiendo la leyenda negra de la etapa manicomial.
3. Intervenciones sobre los medios de comunicación. Consisten en la aplicación de guías de estilo (23) que corrijan la tendencia a dar una visión negativa de las personas con alguna enfermedad mental en las noticias publicadas.
4. Intervenciones sobre los profesionales sanitarios. Tienen como objetivo minimizar

el estigma en los estudiantes de Ciencias de la Salud, los profesionales de la Salud Mental o de Atención Primaria.

5. Intervenciones sobre los pacientes y familiares. Se han elaborado guías para la reducción del estigma, como por ejemplo la de la Clínica Mayo (Tabla 3).

En el apartado de intervenciones sobre profesionales sanitarios, es interesante un reciente estudio (24) que mide las actitudes hacia las enfermedades mentales de profesionales de Hermanas Hospitalarias en varios países de Europa, en el que 1.525 profesionales de 25 centros diferentes de una gama variada de servicios hospitalarios y comunitarios, respondieron a dos cuestionarios relacionados con actitudes estigmatizantes: The Community Attitudes toward the Mentally III (CAMI) y Attribution Questionnaire (AQ-27). Existen diferencias en las actitudes ante el estigma por categoría profesional y entorno; los profesionales con actitudes más positivas fueron los de perfil psicosocial y de ámbito comunitario. Concluyen que los profesionales de la Salud Mental mostraron en general una actitud positiva hacia las enfermedades mentales, aunque en algunos colectivos persiste un cierto apoyo a tratamientos coercitivos. Estos datos pueden servir para diseñar estrategias de concienciación y formación de los profesionales, ya que las actitudes de los profesionales de la Salud Mental afectan a la calidad y humanización de la asistencia a las personas con enfermedad mental.

En lo relativo a intervenciones sobre los pacientes podemos citar trabajos recientes. Un equipo español (25), estudiaron la efectividad de un nuevo programa grupal de intervención psicológica de nueve sesiones para la reducción de estigma internalizado en personas con enfermedad mental severa. Mostraron mejoras en el estigma internalizado, total y en todas sus dimensiones

(cognitiva, emocional, y conductual), y de la sintomatología depresiva en el grupo experimental después de la fase de tratamiento. Consideran que el estigma internalizado es un factor clave en la recuperación, la calidad de vida y el funcionamiento de las personas con enfermedad mental severa y que se necesitan programas de intervención efectivos.

Para otros autores (26), la estrategia se plantea en dos grandes objetivos: interrumpir los procesos de estigmatización y disminuir el impacto que el estigma tiene sobre las personas afectadas. Siendo necesario entre otras cosas: información correcta, facilitar la interacción y los contactos sociales, favorecer la integración en la vida cotidiana de las personas con problemas de salud mental, la participación en los movimientos asociativos de familiares y personas afectadas, recibir los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales, trabajar en empleos reconocidos y mantener relaciones sociales significativas.

La red de investigación INDIGO (27) también ha abordado los estudios de intervención para reducir el estigma y la discriminación. En conjunto, estos análisis se pueden resumir en que: a) el contacto social (es decir, contacto interpersonal entre personas con y sin experiencia de enfermedad mental) es el componente activo comprobado con más potencia para reducir estigma y discriminación relacionados con las enfermedades mentales; b) este contacto social es más eficaz en contextos educativos para personas jóvenes; c) hay evidencia emergente de que el contacto con medios virtuales/sociales puede ser tan eficaz como el contacto con personas.

En un interesante artículo acerca de las experiencias en los programas para erradicar el estigma, Corrigan (28) advierte de algunas enseñanzas, así:

*Educación o contacto.* La investigación señala que la educación tiene una escasa repercusión en el prejuicio y la discriminación. Refiere varios estudios de revisión que demostraron un incremento significativo en el conocimiento poblacional de que enfermedades como la depresión y la esquizofrenia tienen un componente genético y, por tanto, son trastornos del cerebro. A pesar de este cambio, no se observó ninguna mejora en el estigma de la depresión y el estigma de la esquizofrenia empeoró. El estigma se definió aquí como aceptar de vecino o de compañero de trabajo a una persona etiquetada como "esquizofrénica". Pese a los incrementos del conocimiento, no se ha modificado el estigma o ha empeorado.

Los programas que enmarcan "la enfermedad mental como un trastorno del cerebro", se relacionan con las creencias de que las personas con enfermedades mentales son peligrosas e incompetentes. Los modelos genéticos también condujeron a la población a creer que las personas no se restablecerán, que las enfermedades mentales están enraizadas.

Varios estudios de investigación han contrastado directamente los efectos de la educación y el contacto. Los resultados demostraron que el contacto personal, en comparación con la formación educativa, generó un cambio significativamente mayor en las actitudes y en las intenciones de las conductas. En los estudios de seguimiento, las interacciones en persona con individuos que tienen enfermedades mentales tuvieron más repercusión que escuchar sus historias a través de un video.

*La lucha contra el estigma es más que cambiar las palabras.* Algunos profesionales consideran que modificando los nombres de la enfermedad mental se reduce su estigma, especialmente en las que puedan tener un

carácter peyorativo para las personas que las padecen. Esto se ha realizado para otros trastornos: la demencia es ahora la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad maniaco-depresiva es el trastorno bipolar. En Japón se cambió el nombre de esquizofrenia por el de "trastorno de integración". La investigación demuestra que los profesionales de la Salud Mental aprendieron pronto los nuevos nombres. No obstante, aun cuando renombrar la enfermedad mental pudiese mostrar algún cambio en el estigma, a la persona se la sigue marcando como diferente. Diagnosticar a las personas un trastorno de integración, en vez de esquizofrenia, puede que no disminuya la discriminación social. El cambio hacia una denominación más inclusiva favorece que los profesionales, los medios de comunicación y la sociedad en general, mejoren su lenguaje en torno a la palabra. Sin embargo, la investigación muestra que no disminuyen el estigma e incluso a veces lo agravan.

*¿Qué pueden hacer los profesionales de la salud mental?:* Asumir un papel secundario.

Deben ser las personas afectadas por trastornos mentales, con los apoyos necesarios, las que asuman el protagonismo de influir en la modificación de políticas y acciones que afecten a sus vidas.

Los profesionales se pueden centrar más a nivel de información, comunicación social, tratamientos especializados, investigación, etc.

La relación normalizada con personas que tienen un problema de Salud Mental será la que logre la desaparición del estigma.

## Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5º Ed. Arlington. Editorial Panamericana 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Esquizofrenia, fecha 4 de octubre de 2019. [en línea]. [consultado el 15 de marzo de 2020]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
3. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Actualización 2019. Real Academia Española.
4. María Moliner. Diccionario de uso del español. Editorial Gredos, 2008.
5. Wikipedia. Estigma social. [en línea]. Esta página se editó por última vez el 11 de mayo de 2020. [Consultado el día 22/05/2020]. [https://es.wikipedia.org/wiki/Estigma\\_social](https://es.wikipedia.org/wiki/Estigma_social)
6. Erving Goffman. Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu editores, 2001.
7. Corrigan PW, Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.). *On the Stigma of Mental Illness*. Washington DC, American Psychological Association; 2005: 11-14.
8. Thornicroft G, Mehta N, Clement S et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373:408-15.

9. Thornicroft G, Mehta N, Clement S et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016;387:1123-32.
10. Kim T, Mueser, Shurley M, Glynn, Susan R, McGurk. Disfunción social y laboral. En: Jeffrey A. Lieberman, T. Scott Stroup, Diana O. Perkins. *Tratado de Esquizofrenia*. Barcelona, Ars Médica; 2008: 273-286.
11. Lahera Forteza G. Estigma. En: Roca Bennasar M (coordinador). *Manual Recuperación funcional en la esquizofrenia*. Madrid, Editorial Entheos; 2014: 95-102.
12. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y enfermedad mental. *Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, Editorial Complutense (edición digital);2009.
13. Ritsher J, B.Phelan J C. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research* 2004;129(3):257-265.
14. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res* 2009;110:165-72.
15. Lysaker PH, Vohs J, Hasson-Ohayon I et al. Depression and insight in schizophrenia: comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophr Res* 2013;148:18-23.
16. Michaela Holubova, Jan Prasko, Radovan Hruby, Klara Latalova, Dana Kamaradova, Marketa Marackova, Milos Slepecky, Terezia Gubova. Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Prefer Adherence*. 2016; 10: 1151-1158. Published online 2016 Jun 24. doi: 10.2147/PPA.S106437
17. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
18. Galderisi S, et al. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry* 2014;13:275-87.
19. MhGAP. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. OMS, 2008. Edición digital. ISBN 9789241596206.
20. OMS. Open the Doors. Programa Misión. [Consultado en fecha 14 de mayo de 2020]. [jwww.openthedoors.com](http://jwww.openthedoors.com).
21. Quality Rights. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS . OMS, 2013. Edición digital. ISBN: 978 92 4 154841 0.
22. Plan de acción sobre salud mental. 2013-2020. Organización Mundial de la Salud OMS, 2013. Edición digital. ISBN 978 92 4 350602 9.



23. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo. 2ª Edición actualizada. 2008.
24. Francisco Del Olmo-Romero, María González-Blanco, Salvador Sarró, Jaime Grácio, Manuel Martín-Carrasco, Ana C. Martínez-Cabezón, Giampaolo Perna, Edith Pomarol-Clotet, Pedro Varandas, Javier Ballesteros-Rodríguez, Carlos Rebolleda-Gil, Giovanna Vanni, Eduardo González-Fraile. The INTER NOS group. Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. Publicado online: 20 enero 2018. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>.
25. Sara González-Domínguez, Clara González-Sanguino, Manuel Muñoz. Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophr Res* 2019 Sep;211:56-62. doi: 10.1016/j.schres.2019.07.010. Epub 2019 Jul 24.
26. M. López, M. Laviana, L. Fernández, A. López, A. M. Rodríguez y A. Aparicio. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735.
27. Thornicroft G, Bakolis I, Evans-Lacko S et al. Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination. *World Psychiatry* 2019;18:229-230.
28. Patrick W. Corrigan. Enseñanzas aprendidas de las consecuencias imprevistas de programas para erradicar el estigma de las enfermedades mentales. *World Psychiatry* 2016;14:67-73.
29. Janssen-Cilag SA, 2019. Última actualización: Mayo 23,2017. El estigma y la esquizofrenia. Consejos para ayudar a amigos y familiares. [En línea]. [Consultado el 20 de marzo de 2020]. <http://esquizofrenia24x7.com>.
30. Escrito por el personal de Mayo Clinic. Nov.20, 2018. Salud Mental: como superar el estigma de las enfermedades mentales. Consultas en Mayo Clinic. [Consultado el 22 abril 2020]. [http:// www.mayo clinic.org>mental-health>art-20046477](http://www.mayo clinic.org>mental-health>art-20046477)

## Tablas

Tabla 1.

---

### **Algunas falsas creencias sobre las personas con esquizofrenia**

World Psychiatric Association y otros (29)

---

- Las personas con esquizofrenia son violentas y peligrosas
  - Las personas con esquizofrenia pueden contagiar su enfermedad a otras personas
  - Las personas con esquizofrenia son perezosas y poco fiables
  - Las personas con esquizofrenia son incapaces de informar sobre los efectos de la medicación o sobre cualquier cosa que les suceda
  - Las personas con esquizofrenia son incapaces de tomar decisiones racionales sobre sus vidas
  - Las personas con esquizofrenia son impredecibles
  - Las personas con esquizofrenia presentan un empeoramiento progresivo a lo largo de su vida
- 

Tabla 2.

---

### **Algunos efectos nocivos del estigma**

Modificado de Clínica Mayo (30)

---

- La creencia de que tu situación no mejorará o de que nunca superarás ciertos desafíos
  - Falta de comprensión por parte de familiares, amigos, compañeros de trabajo u otras personas
  - Hostigamiento, violencia física o acoso
  - Menos oportunidades laborales, o para participar en actividades educativas o sociales, o problemas para encontrar una vivienda
  - Resistencia a buscar ayuda o tratamiento
  - Menor utilización de los servicios sanitarios y sociales
-

Tabla 3.

---

### Medidas para sobrellevar el estigma

Modificado de Clínica Mayo (30)

---

- **No permitas que el estigma te avergüence y te haga dudar de tí.** Tal vez creas erróneamente que tu enfermedad es un signo de debilidad personal o que deberías poder controlarla sin ayuda. Buscar asesoramiento, investigar la enfermedad y contactarte con otras personas que tienen una enfermedad mental puede ayudar a aumentar tu autoestima y a sobrellevar la autocrítica destructiva.
  - **No te aisles.** Si tienes una enfermedad mental, tal vez dudes en contárselo a los demás. Tus familiares y amigos, o los miembros de tu comunidad, pueden ofrecerte apoyo si conocen tu enfermedad mental. Acude a personas de confianza en busca de apoyo y comprensión.
  - **No te equipares con tu enfermedad.** No eres una enfermedad, por lo tanto, en lugar de decir «soy bipolar», di: «tengo trastorno bipolar». En lugar de autodenominarte «esquizofrénico», di: «tengo esquizofrenia».
  - **Busca tratamiento.** Es posible que te cueste reconocer que necesitas tratamiento. No dejes que el miedo a que te etiqueten como enfermo/a mental te impida buscar ayuda. El tratamiento te puede aliviar mediante la identificación del problema y la reducción de los síntomas que interfieren en tu vida personal y laboral.
  - **Únete a un grupo de apoyo.** Algunos grupos locales y nacionales, ofrecen programas locales y recursos de Internet que pueden ayudar a reducir el estigma mediante la educación de las personas que tienen enfermedades mentales, sus familias y la sociedad en general.
  - **Busca ayuda en la escuela.** Si tú o tu hijo tenéis una enfermedad mental que afecta al aprendizaje, averigua qué programas pueden ser de ayuda. La discriminación de los estudiantes por una enfermedad mental constituye un incumplimiento de las leyes, y los educadores deben realizar los apoyos que estén a su alcance para los estudiantes que los necesiten. Habla con los profesores o los directores de los centros educativos sobre el mejor enfoque y los mejores recursos.
  - **Habla en contra del estigma.** Considera la posibilidad de expresar tus opiniones en reuniones, en prensa o en redes sociales. Puede ayudar a otras personas con problemas similares y sensibilizar a la sociedad sobre las enfermedades mentales. Las valoraciones negativas de los demás casi siempre provienen de una falta de comprensión.
-