

SOCIOSANITARIO

Gema TELLO GARCÍA

**EL ESTIGMA EN PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL.
TRASTORNOS ADICTIVOS.**

TFG/*GBL* 2014

upna
Universidad
Pública de Navarra
Nafarroako
Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

Gradu Bukaerako Lana

***EL ESTIGMA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL. TRASTORNOS ADICTIVOS.***

Gema TELLO GARCÍA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
GIZA ETA GIZARTE ZIENTZIEN FAKULTATEA

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
NAFARROAKO UNIBERTSITATE PUBLIKOA**

Estudiante / Ikaslea

Gema TELLO GARCÍA

Título / Izenburua

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos

Grado / Gradu

Grado en Trabajo Social

Centro / Ikastegia

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales / Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea
Universidad Pública de Navarra / Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Director-a / Zuzendaria

Jose María URIBE OYARBIDE

Departamento / Saila

Trabajo Social

Curso académico / Ikasturte akademikoa

2013/2014

Semestre / Seihilekoa

Primavera / Udaberrik

Resumen

El Trabajo Social en salud mental ha estado influenciado por los planes de salud mental que se han ido implementando a lo largo de los años. . El trabajo que desempeñan estos profesionales es de vital importancia para la rehabilitación de las personas con trastornos adictivos.

Las personas con trastornos adictivos, son uno de los colectivos más vulnerables que hay en la sociedad debido a la visión negativa que hay sobre ellos. Este colectivo está estigmatizado y excluido de la sociedad lo que provoca su aislamiento. Los prejuicios que existen sobre ellos, llega hasta tal punto que en el sistema sanitario también se dan. Si las personas encargadas de atenderles, no dejan de lado el estigma que hay sobre ellos, es muy difícil que el abordaje sea el mejor para su rehabilitación.

Palabras clave: Trabajo Social, salud mental, trastornos adictivos, estigma, drogas.

Abstract

Social work in the mental health has been influenced by mental health plans that have been implemented over the years. The work that they perform these professionals is vital to people's rehabilitation with addictive disorders.

People with addictive disorders are one of the most vulnerable groups in society because of the negative view which we have of them. This group is stigmatized and excluded from society leading to its isolation. The prejudices, which exist about them, come to the point that in the health system are also given. If the people, who are in charge to assist them, do not put aside the stigma which is on them, it is very difficult that the approach will be the best for their rehabilitation

Key words: Social Work, mental health, addictive disorders, stigma, drugs.

Indice

| | |
|---|-----------|
| Introducción | 3 |
| 1.Principales conceptos | 5 |
| 2.Marco teórico | 8 |
| 3.Investigación | 28 |
| 3.1 Estigma en personas con enfermedad mental- trastorno adictivo | 31 |
| 3.2 Estigma en los profesionales de la atención a personas con enfermedad mental-trastorno adictivo | 48 |
| 3.3 Estigma asociado a la enfermedad mental-trastorno adictivo en mi círculo social | 53 |
| 3.4 Conclusiones | 61 |

Conclusiones y cuestiones abiertas

Referencias

Anexos

A. Anexo I

A. Anexo II

A. Anexo III

Introducción

He decidido hacer el trabajo de Fin de Grado sobre el estigma en personas con trastorno adictivos, ya que apenas existen estudios o documentación sobre este tema, el cual creo que es de gran interés, ya que las drogas es algo que está a la orden del día y sobre el que existe cierta alarma social, pero no se trabaja para que esa normalización que está surgiendo ante el consumo desaparezca. Es un terreno en el aún queda mucho por hacer. El haber estado haciendo mis prácticas con personas con un trastorno adictivo y ver su situación, y como se comportaban con arreglo a lo que se dice de ellos en la sociedad, me suscitó curiosidad el saber más y comprender como se llega a esa situación e intentar entender este fenómeno que para mí era desconocido. Un trastorno adictivo, muchas veces conlleva un trastorno mental, es por ello que a ambos trastornos se les engloban dentro de las enfermedades mentales.

En primer lugar, he dedicado un apartado a definir los principales conceptos que hay en el trabajo con personas con un trastorno adictivo, para así poder comprender mejor el fenómeno. Son palabras que están en el día a día de los pacientes y de las personas afectadas por esta enfermedad.

Como segundo punto, está la parte más teórica del trabajo, el marco teórico. En él se encuentra una breve referencia a la incidencia de la enfermedad mental, así como la universalidad de esta enfermedad, ya que todos y todas tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental o/y de padecer un trastorno adictivo. En esta parte también se encuentra la función del trabajo social en salud mental, sus funciones y competencias, y los problemas que está teniendo en la actualidad para mantener su puesto en salud mental. A continuación hablo de la drogadicción como fenómeno universal, las transformaciones que hay en la sociedad afectando así al consumo. Evoluciona la sociedad a la vez que lo hace el consumo de sustancias adictivas.

La percepción social ocupa una gran parte de este punto, ya que es ella la que crea los prejuicios y por consiguiente el estigma que existe sobre estas personas. Al igual que un pequeño análisis sobre el estigma, ya que dependiendo del autor que se lea, este

concepto tiene unos matices u otros. También hago referencia a dos modelos que aglutinan las diferentes teorías sobre el proceso de estigmatización.

Le dedico un espacio a los medios de comunicación, ya que estos tienen una gran influencia en la formación de las actitudes de la sociedad, para ello explico varias iniciativas que se han realizado en los últimos años.

Y para terminar este punto hago referencia a la lucha a nivel europeo que hay sobre este tema.

El tercer punto, es la investigación que he realizado sobre el estigma en personas con un trastorno adictivo y un trastorno mental, en este punto defino mi objeto de estudio y mis objetivos. Además explico los dos métodos de investigación que he utilizado, al igual que sus funciones. Siempre con soporte bibliográfico.

Este punto está estructurado en tres partes que corresponden a las tres muestras que he utilizado: los/las pacientes, /profesionales y mi círculo social. Incluyendo el diagnóstico social y clínico de los pacientes que han participado y unas conclusiones por cada muestra y una general.

A modo de cierre están las conclusiones, en las que explico que me ha aportado realizar este trabajo, al igual que la realización de la investigación. También apunto la bibliografía en la que me he apoyado para poder realizar el trabajo y como apartado final los anexos que he creído conveniente adjuntar para completar así mi trabajo.

1. PRINCIPALES CONCEPTOS

- **Estigma:** es la etiqueta que se pone sobre una persona y de la cual resulta muy difícil desprenderse, hasta tal punto que llega a ocultar a la persona, porque se le identifica con el hecho por el que se le etiqueta. Si tienes un problema con el alcohol, eres alcohólico, si tienes un problema con las drogas eres un drogadicto, toxicómano, yonqui...esta terminología depende de la droga que consumes, te etiquetan y te ven como eso, no como una persona con nombre, familia, y en la situación a la que has llegado, solo ven una “carcasas” que tiene un problema con las drogas, no ven a la persona. Una vez que la sociedad subraya la diferencia, resulta muy difícil para la persona ser aceptada. Existen diferentes formas de definir el concepto de estigma, que veremos más adelante, dependiendo de qué autor se consulte, esta definición tiene unos matices u otros. Al concepto de estigma van de la mano el de prejuicio y el de estereotipo. Más adelante hablo más a fondo sobre este tema, justificando sus variaciones con autores.

- **Estereotipo:** Según el DRAE (2001), es la imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad, con carácter inmutable. Estos ayudan a simplificar la realidad, facilitan la socialización, el desarrollo y la integración de los individuos en un entorno hostil, desconocido, o inalcanzable. Desde el punto de vista de la psicología social, los estereotipos forman parte de nuestras actitudes. Se pueden entender como verdades socialmente compartidas y, en la mayoría de los casos políticamente incorrectos. El prejuicio es el proceso por el que se forma un concepto o juicio sobre alguna cosa de forma anticipada, antes de tiempo, antes de conocer. Esto implica la elaboración de un juicio u opinión acerca de una persona o situación antes de determinar y ver por uno mismo si eso por lo que se le “etiqueta” es real o no. Consiste en criticar de forma positiva o negativamente una situación o una persona sin tener los elementos suficientes para poder crear una opinión por uno mismo.

- **Prejuicio:** es la parte individual de la persona y viene definido como la “opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal”, definición según la DRAE (2001). Lemus Martín, S. ((2007) Pág. 18) lo define como el proceso de formación de un concepto o juicio acerca de una persona o situación de forma

anticipada o preconcebida, e implica la elaboración de ideas, actitudes, juicios u opiniones antes de someterlos a la primicia de la evidencia.

- **Autoestigma:** los prejuicios en muchos casos afectan al enfermo hasta el punto que los asumen como verdaderos y pierden la confianza en su recuperación y en sus capacidades para llevar una vida normalizada. Una de las consecuencias más graves de la discriminación es la creación del autoestigma. Los estereotipos y prejuicios acaban por instalarse en la persona que asume esas actitudes marginadoras. Vivir en una sociedad que crea estigmas sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a que estos interioricen esas ideas y creen que son menos valiosos a causa de su enfermedad. (Link, 1987) el autoestigma en las personas con enfermedad mental les lleva a experimentar baja autoestima, ven disminuida su autoeficacia y pierden la confianza en el futuro. (Corrigan, 1998)

- **Drogas:** Según la OMS (1994), se conoce como droga toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible a crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

Según esta definición, son drogas todas aquellas sustancias que reúnen unas características en concreto: una vez dentro de nuestro organismo, se dirige a través de la sangre a nuestro cerebro, cuyo ecosistema modifican de manera variable; su uso regular puede generar procesos conocidos como tolerancia y/o dependencia, que más adelante explicaré; y su abuso puede provocar diferentes tipos de trastornos: físicos, cuando se daña el organismo como consecuencia de su toxicidad, psicológicos, cuando incide de manera negativa sobre la relación de la persona consigo mismo o con su entorno y por último los sociales, cuando impactan sobre la comunidad.

- **Toxicomanía:** Según la OMS (1994), la toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica, que afecta al individuo, y a la sociedad, originado por el consumo repetido de una droga natural o sintética. Algunas de las características a destacar son, la tendencia a aumentar la dosis; la dependencia psíquica hacia esas sustancias, al acostumbrarse al empleo de la droga, la supresión provoca trastornos emocionales; y

dependencia física, por la necesidad del uso de la droga para impedir la aparición de síntomas somáticos de hiperexcitación más o menos serios, que constituyen el síndrome de abstinencia. Un efecto nocivo para el individuo que puede ser indirecto, derivado de la preocupación por obtener la droga y que lleva al abandono y desnutrición, y/o directo, consecuencia de las reacciones del fármaco como trastorno mentales, anorexia...

- **Drogodependencia:** según la OMS (1994), situación a la que una persona llega cuando el consumo de sustancia se hace cada vez más regular, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces evitar el malestar que produce su privación.

- **Policonsumo:** consumo de dos o más sustancias psicoactivas ya sean legales o ilegales.

- **Síndrome de abstinencia:** conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Según la clasificación de trastornos mentales CIE-10.

- **Tolerancia:** es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto.

- **Dependencia,** pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importante como el comer, por ejemplo. El consumo de drogas pasa a convertirse en una conducta en torno a la cual se organiza la vida del sujeto. Se habla de dependencia tanto física como psíquica, según la OMS.

- **Abuso**, forma de relación con las drogas en la que o bien por su cantidad, frecuencia o por la situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno, según la OMS.

2. MARCO TEÓRICO

La salud es *“Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad”* (OMS, 2013). Al concepto de salud, va ligado el de salud mental. La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino que se define como un estado de bienestar en el cual los individuos son conscientes de sus propias capacidades, pueden afrontar las tensiones normales de la vida, pueden trabajar de manera productiva y son capaces de hacer una contribución a la comunidad. Y no se puede hablar de salud, o salud mental sin hablar de enfermedad. La enfermedad se trata de un concepto negativo y parcial, es negativo porque supone la pérdida de las posibilidades vitales y parciales, que nos puede llevar a consecuencias irreversibles como la muerte.

En el mundo existen unos 400 millones de personas que sufren algún tipo de trastorno mental, neurológico u otros tipos de problemas debidos y relacionados con el abuso de manera indiscriminada de alcohol y/o drogas.

Cuando se habla de trastorno mental, se hace referencia al pensamiento humano y a todas sus funciones, las cuales pueden verse afectadas por diferentes enfermedades. Estas pueden aparecer en cualquier momento de la vida, desde que somos niños hasta la vejez. Es importante que las personas sean conscientes de que nadie está a salvo de la enfermedad mental, ya que esta no hace diferencias por etnia, sexo, edad, país de origen... todos tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental, al igual que otras dolencias. Una de cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de su vida. (Anasaps, 2012).

La salud mental no es sólo problema de unos pocos, sino que es un problema que nos incumbe a todos. Los efectos de estas patologías afectan, no solo a las personas que lo sufren sino también a sus familiares y a las personas más cercanas a ellos.

Al hilo de la aceptación de estas personas está la aceptación social de personas que padecen esta enfermedad. Que, una persona con enfermedad mental sea aceptada socialmente hace que mejore su situación y sirve de ayuda para esta. Pero las personas con algún trastorno mental son en muchos países víctimas de discriminación incluso por parte de su propia familia, tampoco son aceptadas con facilidad en el mundo laboral, en el estudio y en la comunidad. Uno de los factores que aumenta esa

marginación es la falta de conocimiento acerca de lo que significa tener una enfermedad mental.

Es en el ámbito social donde se da la recuperación. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedad mental en los campos del empleo, en obtener seguros de salud, y a la hora de encontrar un tratamiento. Y es en este proceso donde el trabajo social juega un papel de vital importancia.

El trabajo social en salud mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y autonómico y los planes de salud mental que se han ido implementando. En este marco, los trabajadores sociales en Salud Mental han ido construyendo un modo de hacer que ha ido configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia de este ámbito.

Si analizamos el desarrollo del Trabajo Social Psiquiátrico. Éste ha sido considerado como una especialización profesional, y su origen lo encontramos en la fase histórica de tecnificación del trabajo social (Fernández. 1997)

La evolución del Trabajo social en salud mental ha estado influenciada por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica.

En EE.UU la figura del trabajo social se incorporó a principios del siglo XX con el objetivo de dar respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales. Esta idea influyó a España y vino acompañada de la idea de “equipo psiquiátrico” y de la necesidad de trabajar con las familias de los enfermos mentales.

La aprobación de la Ley General de Sanidad, que estableció la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, el Informe de la comisión Ministerial para la Reforma psiquiátrica y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en materia de sanidad a las CC.AA, constituyen el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas. Y en este momento es cuando los objetivos del trabajo social empiezan a tener como meta la reintegración de la persona con un trastorno adictivo en su ámbito social.

La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por lo que el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico y el equipo de salud mental trabajan en la rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud. El trabajo social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales como enfermería psicología, o medicina. (Barg. 2006)

El trabajo social en salud mental está integrado en un equipo multidisciplinar, en el que se trabaja con un objetivo en común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema. La interdisciplinariedad hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas (García. 2004). Dentro del equipo, la función del/la trabajador social consiste en trasladar al resto del equipo la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar una valoración global de la persona enferma y el plan de tratamiento. (Díaz. 2009)

El/la trabajador social es el encargado de trabajar la parte social, y el que tiene una visión amplia de la realidad, en la que cuenta no sólo con la persona como objeto de tratamiento sino también con su pasado, el cómo ha llegado a esa situación y el entorno que le rodea. El/la trabajador social se encarga de atender los aspectos de la realidad humana que se orientan hacia su desarrollo desde una perspectiva integrada, autónoma, digna y de bienestar. Su función principal en el equipo de salud mental es incorporar el factor social a los problemas de salud mental, aportando recursos necesarios para la integración y reinserción social de las personas con enfermedad mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales, además de identificar y evaluar los riesgos a corto y medio plazo, así como tener en cuenta las capacidades que conserva la persona y potenciarlas en un plan de intervención individualizado. Cuando hay que hacer una integración social o

reinserción, el “peso” de ello lo tiene el trabajo social, ya que es el encargado de facilitar todas las herramientas y opciones posibles para que la persona llegue a integrarse de nuevo. Para ello, la intervención se centra sobre la persona en relación con su contexto y situación social, sobre lo que los demás le dejan hacer o lo que los demás piensan que no puede hacer a causa de su discapacidad, no hay que olvidar que un trastorno adictivo va en la mayoría de los casos unido a un trastorno mental, por lo que su integración social es aún más compleja. Se interviene sobre la persona en relación al concepto social que se tiene de él.

La pobreza, el empleo, el aislamiento social, el rechazo, los problemas de tensión y sobrecarga que supone para las familias forman parte de la actividad profesional de los/as trabajadores sociales, de forma que no sólo es necesario atender la problemática psiquiátrica, sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de la rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Tanto la rehabilitación como la integración social buscarán articular en la vida del paciente una serie de recursos residenciales, ocupacionales, socioafectivos y comportamentales, que le permitan el desempeño de un mayor número de roles socialmente válidos en ambientes lo más normalizados posibles. (Rodríguez. 1997)

Todas estas funciones entran en conflicto cuando son realizadas por otros profesionales que no tienen la capacidad para ello, o cuando no se leen el plan de intervención que se realiza desde trabajo social, y es ahí donde surge el problema que hay en la actualidad en trabajo social dentro de salud mental.

Como señala Guimon (2008) *“En lo que se refiere a los asistentes sociales hay que mejorar su formación específica porque de ellos dependerá en gran parte la evolución de la salud mental. Deberían de adquirir más experiencia en el trabajo en red y poder asumir las funciones de “gestores de casos”. En el futuro deberían asumir la realización de alguno tipo de psicoterapia, para lo que tendrían que realizar una formación parecida a la de los psicólogos.”* Seis años después vemos que ese “deseo” que tenía Guimón, no es que no se haya cumplido, sino que al trabajo social en salud mental se

le están cerrando las puertas, porque nuestra labor “la puede hacer enfermería” ya que ellos tienen una parte social en la carrera.

Por mi experiencia este año en prácticas y por lo que he oído, se está tendiendo a prescindir la figura del trabajo social en el ámbito de la salud mental, por ejemplo al no buscar una persona sustituta cuando la trabajadora social está de vacaciones, el reducido número de profesionales del trabajo social que hay en comparación con los educadores o los psicólogos. Se cree que la función de los y las trabajadores sociales se puede hacer desde enfermería o los psicólogos, o eso creen, ya que preguntarles que tal están y preocuparse por ellos “lo puede hacer cualquiera” pero no se dan cuenta que el trabajo social va mucho más allá de eso, el trabajo social es un pilar fundamental para la recuperación de este perfil de pacientes, ya que sin la reinserción social y la aceptación por parte de ellos mismos y de la sociedad nunca podrán llevar una vida normal, y eso, pese a quien le pese es trabajo de los y las trabajadores sociales. El trabajo social tiene una visión muchísimo más amplia que los clínicos, y están mejor preparados para abordar temas sociales que ellos. Me atrevo a decir que incluso hay una cierta minusvaloración del trabajo social en salud, no se le tiene en cuenta y no se le reconoce su labor imprescindible, y digo una vez más para la entera recuperación y rehabilitación de las personas con enfermedad mental.

Como dijo Kinserman (1986), en la relación de ayuda existen sobre todo tres sistemas que ejercen una influencia recíproca: la institución, el profesional y el cliente. Ésta sigue siendo nuestra realidad profesional.

Nuestro estado de ánimo influye en todos nuestros aspectos de nuestro día a día, modificando nuestras acciones y afectándonos en nuestro medio social. Por eso, la enfermedad mental no está limitada al tratamiento clínico, sino que también hay que trabajar desde la rehabilitación y reinserción social, ya que es necesario para que una persona pueda mantener una vida completa. Desde siempre, lo que el trabajo social ha pretendido es la normalización de las personas con enfermedad mental en su ámbito social, previniendo así situaciones de rechazo, pobreza, desempleo o aislamiento social.

La intervención en salud mental trata de ayudar a la persona a tratar de comprender a qué obedecen sus conductas y cómo todo ello repercute en las personas que les rodean, trabajando en las dificultades, carencias y pérdidas implicando a la persona en la resolución de sus problemas y la gestión de los recursos sociales, permitiendo que surjan alternativas personales, así como familiares o sociales, a través del soporte que se establece en el tiempo que dura la relación terapéutica. (Garcés Trullenque, E.M^a. 2010).

La drogodependencia es un fenómeno universal que se da en casi todos los países del mundo, aunque de una forma diferente dependiendo de la religión, zona, características o cultura, la problemática de las drogas es muy amplia y comienza a aparecer en España y por ende, en Navarra a mediados de los 70. En realidad el problema es el abuso en exceso de las drogas. Además el consumo de drogas no se da en solitario, sino que se suele ir relacionado con otros estigmas sociales como la violencia, enfermedades mentales, enfermedades venéreas, VIH-SIDA, hepatitis, familias desestructuradas... esto no quita para que haya personas consumidoras que estén normalizadas, y el consumo no les afecte en sus vidas en ningún aspecto.

Históricamente la población ha tomado drogas, ya sean legales o ilegales, desde hace muchos siglos. Los propósitos que se pretendían obtener eran diversos, desde curativos y religiosos en su inicio a recreativos posteriormente. Antiguamente las drogas se obtenían de las plantas, pero con el avance del sector químico y farmacéutico se han obtenido y sintetizado sustancias muy adictivas como la cocaína o la heroína, además de nuevas drogas de diseño como el éxtasis o el LSD.

Existe una estrecha relación entre las características de la sociedad y el consumo de drogas.

Las transformaciones que se dan en la sociedad están estrechamente relacionadas con los consumos de drogas. La situación económica de la sociedad, el grado de integración social, las posibilidades para que los jóvenes puedan construir proyectos de vida de forma autónoma, los valores sociales...se constituye en el contexto donde se produce la interacción entre individuo y las drogas y donde se explican las motivaciones, la funcionalidad, la valoración social y las consecuencias de ese

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

consumo. La demografía, la educación, la salud, la juventud y los valores, son los factores que condicionan a una persona a sumergirse en el mundo del consumo. Así, una mala educación rodeada de un ambiente poco sano, es más proclive a consumir, que una persona con educación y en un ambiente sano. La forma de afrontar los problemas que van surgiendo a lo largo de la vida, la red de apoyo con la que cuenta una persona, la educación recibida, la red social etc., marcan la diferencia.

El riesgo que la población percibe ante el uso de distintas drogas difiere mucho de la posición que tenga esta persona ante la droga, y es ahí cuando los prejuicios entran en juego. Dependiendo de la droga por la que preguntes el sentimiento va ser diferente, así, cuando se pregunta por la heroína la cocaína y el éxtasis la respuesta es que provoca bastantes problemas independientemente de la frecuencia de su consumo, pero si hablamos de probar una o dos veces en la vida el éxtasis o la cocaína, la percepción de riesgo desciende. Si la percepción se analiza por sexos, se ve que la percepción de riesgo es mayor en mujeres que en hombres para todas las sustancias.

La percepción social respecto al consumo de drogas y a la drogodependencia se ha modificado enormemente a lo largo de los años. Si en los 80 y buena parte de los 90, se identificaba droga con heroína y heroína con delincuencia y marginación, en los últimos años se ha cambiado esa percepción hacia una visión mucho más normalizada. Existe un conjunto de estereotipos arraigados históricamente en la sociedad que dificultan la integración social de las personas con un problema de dependencia a sustancias, una integración en las actividades esenciales de la vida cotidiana que el resto de la sociedad lleva a cabo.

Para poder derribar estos estereotipos es importante que todos sepamos que la dependencia a una sustancia es, en muchos casos, transitoria y que con los apoyos necesarios es posible la rehabilitación, en este proceso tiene parte de la responsabilidad la comunidad, ya que esta ejerce una gran influencia a la hora de delimitar qué conductas son bien vistas y cuáles no. Para hacer frente a los mitos y prejuicios es necesario partir de un cambio que se centre en la capacidad y los derechos de estas personas.

Si nos centramos en la actualidad, podríamos decir que para buena parte de nuestra sociedad el consumo de drogas es observado cada vez más como un objeto recreativo,

un producto para la diversión, la sociabilidad, y no tanto como una sustancia que se consume por razones de tipo sintomatológico ante la enfermedad y la frustración. Su consumo no supone una ruptura de valores, sino que se presenta en sintonía con determinadas posturas emergentes en nuestra sociedad, como la competitividad, el vivir el presente, el hedonismo... por lo tanto, el consumo de drogas ya no es identificativo de una manera tan directa con la exclusión social, sino que incluso forma parte de una manera de entender la integración. No obstante, a esta representación social idealizada del consumo de drogas escapan varios colectivos que siguen estando muy estereotipados e incluso estigmatizados, como: la población politoxicomanía adicta a la heroína; la población con diagnóstico dual, es decir, con drogodependencia y enfermedad mental; la población drogodependiente vinculada al "sinhogarismo"; y la población drogodependiente ingresada en centros penitenciarios.

El deseo incontenible de consumir droga y obtenerla por cualquier medio y a costa de lo que sea; la tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia del organismo hacia ella para conseguir la misma sensación, y la aparición de un síndrome de abstinencia en casos de interrumpir el consumo, son las principales características de las drogodependencias.

Cuando se habla de droga, hay una parte importante que no se tiene en cuenta a la hora de juzgar a las personas que sufren una adicción y que estas personas no son conscientes de lo que conlleva tener una adicción a las drogas, ya que estas afectan al Sistema Nervioso Central pudiendo llegar a provocar secuelas irreversibles.

Según como afecten al Sistema Nervioso Central, las drogas se pueden dividir en: Drogas depresoras, que ralentizan el funcionamiento habitual del cerebro, en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral de entre las que se pueden destacar el alcohol, la heroína o la metadona; tranquilizantes, como las pastillas para calmar la ansiedad; o los hipnóticos, como lo son las pastillas para dormir; Drogas estimulantes, que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro. Las más habituales son: las anfetaminas y la cocaína; la nicotina; o la cafeína; y drogas perturbadoras, sustancias que trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones... como pueden ser: el LSD; hachís o marihuana; o el éxtasis.

Es importante destacar que, a parte de todos los problemas sociales que una adicción conlleva, no hay que olvidarse de las consecuencias que sufre la persona, más allá de la visión que la sociedad tiene sobre ellas. Estas consecuencias son: trastornos fisiológicos como el síndrome de abstinencia, cambios del ritmo cardíaco, llegando a afectar al corazón y los pulmones, incluyendo latidos irregulares del corazón, presión arterial alta y problemas respiratorios; los psicológicos como las alucinaciones, las paranoias, la depresión, la neurosis, etc.; también hay un deterioro y debilitamiento de la voluntad, ya que la persona tiene tal dependencia hacia la sustancia adictiva que hace lo que sea para conseguirla; sufren un descenso en el rendimiento ya sea en el trabajo, o en los estudios, llegando al abandono de metas y planes de futuro, recurriendo a la droga como la única solución; el consumo de drogas puede llegar a ser muy caro, llevando al drogadicto a destinar todos sus recursos para conseguir la sustancia adictiva, en el caso de una persona con recursos económicos altos, esta adicción no supone un problema prioritario, pero en una persona cuyos recursos son escasos, la adicción a una sustancia puede provocar la pobreza.

No hay que olvidarse de que estamos hablando de personas con una enfermedad crónica en la mayoría de los casos. La cronicidad que generalmente acompaña a las enfermedades mentales, como el trastorno adictivo, produce la aparición de consecuencias psicosociales que perturban el curso de la vida del paciente. Estas consecuencias definidas por la OMS como deficiencias, discapacidades y minusvalías dificultan el desempeño de los roles sociales y de actividades de la vida diaria y por ende, obstaculizan su integración social.

Según El Programa de Encuestas domiciliarias sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2011) entre las drogas ilegales el cannabis es la droga con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida con un 27,4%, seguida de la cocaína con un 8,8%. En el último año estas cifras han sufrido un significativo descenso; la edad media de inicio en el consumo de las diferentes sustancias está entre los 16 y los 21, aunque cuando más extendido está el consumo es entre los 16 y los 34, independientemente de si la droga es legal o ilegal; si nos fijamos en el sexo, las sustancias psicoadictivas están más extendidas entre los hombres, excepto en los hipnosedantes que el consumo entre mujeres es mayor. Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol es mayor en

hombres que en mujeres, en las drogas ilegales también es mayor su consumo en hombres que en mujeres, cabe destacar que si hablamos de tranquilizantes, el consumo que hay entre las mujeres es aproximadamente el doble que en los hombres; el policonsumismo está extendido entre la sociedad y casi la mitad de la población consumidora, consume dos o más sustancias psicoactivas a la vez, ya sean legales o ilegales.

Las personas con un trastorno adictivo sufren, a parte de las discapacidades y dificultades de integración derivadas de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia ellas y hacia quienes las padecen. Este prejuicio determina en muchos casos las dificultades de integración social y laboral de estas personas. La actitud que tiene la sociedad hacia estas personas es de rechazo y las consecuencias de una imagen social negativa pueden crear barreras sociales adicionales que aumentan su riesgo de aislamiento y marginación.

Cuando se habla de trastorno mental, se hace referencia al pensamiento humano y a todas sus funciones, las cuales pueden verse afectadas por diferentes enfermedades. Estas pueden aparecer en cualquier momento de la vida, desde que somos niños hasta la vejez. Es importante que las personas sean conscientes de que nadie está a salvo de la enfermedad mental, ya que esta no hace diferencias por etnia, sexo, edad, país de origen... todos tenemos probabilidades de padecer una enfermedad mental, al igual que otras dolencias. Una de cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de su vida. (Anasaps2012).

La salud mental no es sólo problema de unos pocos, sino que es un problema que nos incumbe a todos. Los efectos de estas patologías afectan, no solo a las personas que lo sufren sino también a sus familiares y a las personas más cercanas a ellos.

Al hilo de la aceptación de estas personas está la aceptación social de personas que padecen esta enfermedad. Que, una persona con enfermedad mental sea aceptada socialmente hace que mejore su situación y sirve de ayuda para esta. Pero las personas con algún trastorno mental son en muchos países víctimas de discriminación incluso por parte de su propia familia, tampoco son aceptadas con facilidad en el mundo laboral, en el estudio y en la comunidad. Uno de los factores que aumenta esa

marginación es la falta de conocimiento acerca de lo que significa tener una enfermedad mental.

Es en el ámbito social donde se da la recuperación. La discriminación y el estigma hacen más difícil el proceso de recuperación para personas con enfermedad mental en los campos del empleo, en obtener seguros de salud, y a la hora de encontrar un tratamiento.

Para estas personas la vida no es fácil, por el hecho de padecer una enfermedad mental y ser etiquetados como enfermos mentales sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social. Esas consecuencias derivan de las connotaciones asociadas al término y de las actitudes que éste suscita en la población general. La enfermedad mental conlleva en muchos casos una discriminación social que desemboca en un proceso de estigmatización. El estigma afecta a todas las personas afectadas, desde las propias que sufren la enfermedad, sus familiares hasta la población general, pasando por los profesionales que les atienden. Los medios de comunicación social también tienen un gran impacto en el mantenimiento de la estigmatización de las personas con enfermedad mental al ser los difusores de las distintas tendencias sociales.

Entre las personas que padecen un trastorno adictivo, existen varias similitudes, como la edad de inicio del consumo, el tipo de consumo, y la cronicidad de la enfermedad. Por lo general, una persona que acude a una Comunidad Terapéutica, o a un Hospital de Día, no es ni la primera vez ni la última que requerirá asistencia de este tipo, no hay que olvidarse que hablamos de personas con una enfermedad crónica. Son muy pocas las personas que con una sola intervención de desintoxicación son rehabilitadas y no vuelven a requerir dichos servicios.

Cuando una persona decide recibir ayuda, en su mayoría lo hacen debido a una recaída provocada por algo que le ha incitado, recordado o le ha pillado con la guardia baja y a “caído” otra vez en el consumo. Nunca hay que olvidar que este perfil de personas siempre van a tener una lucha interna y diaria en contra el deseo de consumir. Un ejemplo claro de esto son las personas con problemas de alcohol, que una vez desintoxicadas y reinsertadas en la sociedad y en su círculo familiar y social tienen que

luchar cada día, porque tienen que convivir con que otras personas pueden consumir alcohol en una cena, una comida...pero ellas no, bajo ningún concepto, ni ninguna excusa, pueden tomar una copa, porque el tomar una copa es el desencadenante de una recaída. Y cada recaída es peor que la anterior, más fuerte y cuesta más salir.

Por lo general es el alcohol el desencadenante del consumo de otras drogas, y por el que se producen las recaídas.

El deseo incontenible de consumir droga y obtenerla por cualquier medio y a costa de lo que sea; la tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia del organismo hacia la misma, para conseguir la misma sensación, y la aparición de un síndrome de abstinencia en casos de interrumpir el consumo, son las principales características de las drogodependencias.

El mundo de las drogas ilegales nunca se ha visto bien, y siempre ha sido criticado. Las personas con un problema de consumo de drogas han sido rechazadas y aisladas, y han sido mal vistas por toda la sociedad. Ser percibido como consumidor de drogas marca de manera negativa la vida tanto social como laboral de un individuo. Produciéndose así, una construcción social bajo el estigma de drogadicto o toxicómano.

La sociedad busca clasificar y dividir a los seres humanos en función del grado de pertenencia o no a esta, por lo que ciertos colectivos quedan excluidos, bajo atributos negativos, prescindiendo de ellos y excluyéndolos de la sociedad.

El consumo es una pérdida de calidad de vida, y marca la diferencia con los no consumidores. El adicto vive la vida a través de la sustancia, llegando a ponerla por encima de cualquier necesidad básica y adquiere el rol de drogodependiente, perdiendo su espacio en la sociedad.

El consumo le genera un gran deterioro del entorno social y laboral. Se crea un estilo de vida acorde con su nueva situación y rol. Y como consecuencia de este nuevo estilo de vida surge la exclusión social. Aunque las personas que más sufren las consecuencias del estigma son las propias personas que padecen enfermedad mental, las familias también son "víctimas" de la estigmatización, a este fenómeno se le llama estigma de cortesía (Goffman, 1963) o estigma asociativo (Mehta y Farina, 1988),

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

donde se pone de manifiesto que los prejuicios y la discriminación que sufren las personas drogadictas, también afecta a las familias y su entorno, su círculo social.

El deterioro en las relaciones personales se hace patente en una persona cuya dependencia hacia una sustancia adictiva se hace su modo de vida, ya que no es capaz de mantener una relación estable, su actitud y su comportamiento en relación con las drogas, hace que el deterioro sea aún mayor.

Cuando hablamos de drogodependencia, nos vienen a la mente la palabra estigma. Estigma, en la edad media significaba difamación y acusación pública de un criminal, de tal forma que todos pudiesen reconocerle. En la actualidad, este término se emplea en el ámbito de la salud para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas.

Existen diversas definiciones de estigma. Goffman (1963) define estigma como un *“atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo.”*; *Característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerado como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento en concreto* según Stanford y Scott (1986). Una definición más reciente es la que hacen Crocker, Major y Steele (1998) en la que dicen que *los individuos estigmatizados poseen algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular.*

Según los modelos psicosociales, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005). Por un lado están los estereotipos, que incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad. Y por otro, cuando los estereotipos se aplican y se experimentan reacciones emocionales negativas, se están poniendo en marcha los prejuicios sociales, que se manifiestan en forma de actitudes, y valoraciones, las cuales pueden dar lugar a la discriminación a todos aquellos comportamientos de rechazo que ponen a las personas con enfermedad mental en situación de desventaja social.

En las sociedades occidentales los estereotipos suelen hacer referencia además de lo señalado a su peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad,

incompetencia e incapacidad para realizar tareas básicas y a su carácter impredecible y sus reacciones y falta de control, en el caso de que se hable de enfermedad mental.

Los procesos estigmatizadores ponen a las personas ante una situación de exclusión que, no sólo hace más difícil su integración social sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión, como los problemas cognitivos y las conductas de riesgo.

Cuando aplicamos los estereotipos y los prejuicios, lo hacemos bajo la influencia de distintas variables o categorías sociales como el sexo, la edad, la clase social, el nivel educativo, la religión la nacionalidad o la situación laboral entre otros. “Los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal” (Corrigan y Kleinlein, 2005)

El estigma que se crea alrededor de las personas consumidoras de drogas marca negativamente su vida social. Este surge de la necesidad de censurar a aquellas personas que se desvían de lo que es asumido como aceptable y lo que no desde el punto de vista social y cultural. El trato con estas personas se percibe como peligroso, ya que el trato con ellas implica riesgo y desconfianza, debido a que cuando consume no es capaz de distinguir entre lo que se debe o no se debe hacer.

Existe una visión social negativa que favorece la exclusión, si hablamos de drogadicción. Implica no ser reconocido como ciudadano, pero sí como “marginado” o “drogadicto”, siendo destituido y no considerado como persona ni como ser humano con plenos derechos y deberes. Se les excluye de la sociedad sin ningún miramiento, ni reparación, ni sentimiento de culpa, porque “son personas que consumen por vicio, son los desechos de la sociedad con los que nadie quiere tener relación”. Lo peor de todo, es que este tipo de personas han perdido su lugar en la sociedad y no se espera de ellas que la recuperen. Tanto las personas activas en consumos como los ex-consumidores, tienen una situación de exclusión social, en su mayoría.

Desde el punto de vista social, la marginación supone de manera implícita la decisión de prescindir de ciertas personas, abandonándoles a su suerte o a la ayuda de algunas

ONG's que trabajan con ellas. Socialmente se les olvida, no se les tiene en cuenta a no ser que sea para compadecerse de y practicar con ellas actos de misericordia y bondad.

El consumo de sustancias tóxicas supone la pérdida de la calidad de vida, así como de las habilidades psico-sociales. Habilidades que les privan el poder ser capaces de afrontar situaciones personales de crisis y de salirse de aquellas situaciones de alto riesgo para el individuo, como el contacto con las sustancias, con el grupo con el que consumía, los espacios donde lo hacían...etc.

El primer paso para la reinserción social es la ruptura con el consumo, seguido de la integración laboral, ya que el empezar en un trabajo tras esta ruptura, significa volver a activarse socialmente, a tener unos planes "sanos" que hace que la sociedad vuelva a aceptar a esa persona, el estar de nuevo en el mercado laboral no es solo seguir un horario y cobrar un salario, para este perfil de personas es una oportunidad para empezar de nuevo. Esta fortalece los sentimientos de independencia, el autoestima y la autonomía, así como un cierto reconocimiento social.

La reinserción social es la meta para todas aquellas personas que han decidido alejarse de las drogas, creándose un nuevo estilo de vida, en un espacio libre de ellas, rodeándose de gente sana y que no le hagan difícil la lucha diaria, al igual que quieren conseguir una cierta calidad de vida fuera de los espacios de consumo, aumentando su autoestima y autocontrol.

Para favorecer esta integración, es necesario un modelo de intervención que actúe no solo sobre el síntoma, sino también sobre las consecuencias. Y para poder realizar esto, es necesario valorar las discapacidades de la persona y sus situaciones de desventaja e intervenir, además para cambiar el concepto social que la sociedad tiene acerca del "enfermo mental". La intervención se centra en el individuo principalmente, sobre lo que la persona es capaz de hacer o podría llegar a hacer. Según la OMS (1983) la rehabilitación tiene como objetivo restablecer el nivel de funcionamiento mental, físico y sensorial, que precede a un trastorno mental. La rehabilitación psicosocial tiene como fin el ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la sociedad y a mejorar en la medida de lo posible su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en unas condiciones lo más normalizadas e independientes.

Un exdrogadicto, en la sociedad ha sido calificado como toxicómano, yonki o drogadicto, siempre con connotaciones despectivas.

El ser drogodependiente conlleva muchas consecuencias de las que estas personas no son conscientes cuando su consumo es abusivo. Ser drogodependiente conlleva a desarrollar deficiencias sociales, en donde se pierden habilidades, por lo que se adquiere una discapacidad, donde se ven restringidas algunas de las capacidades de realizar actividades dentro de los parámetros considerados normales, y todo esto les lleva a una minusvalía social, que en el caso de las personas con problemas de consumo se produce en la exclusión social.

En los últimos años se les ha asignado el rol de enfermos mentales. Y en la actualidad se les está incluyendo en programas de metadona y rehabilitación e inserción social. Ahora se les tiene en cuenta, los consideran parte de la sociedad, personas a las que se les tiene que ayudar porque tienen un problema que, marginándolos y excluyéndolos no se va a solucionar ni va a desaparecer.

Salir del espacio de las drogas no es fácil, nadie asegura que se salga al cien por cien. Uno de los puntos más positivos y valorados por las personas extoxicómanas es la formación. Deben pensar en su futuro, en la realidad que les acontece, y recibir formación que les prepare para su inserción laboral en la sociedad es de vital importancia. Además, la formación facilita y contribuye a la propia terapia individual de rehabilitación. No basta con la administración de metadona, deben de realizar dinámicas terapéuticas formativas y motivadoras. Hay que conseguir que sean capaces de crear perspectivas de futuro por ellos mismos.

La construcción social actual sobre la drogadicción hace difícil que los individuos que dejan las drogas puedan volver a participar como sujetos activos y responsables en la vida social sin que sean estigmatizados. Para que la rehabilitación sea eficaz, hay que terminar con las barreras sociales, que en muchos casos son las precursoras del estigma, al igual que con la diferencia entre sexos existente en la actualidad.

Si cualquier persona, por el hecho de ser drogadicta, tiene problemas por la estigmatización y los prejuicios presentes en la sociedad, en el caso de las mujeres se agrava considerablemente debido al doble estigma, el ser mujer y drogodependiente. Los estereotipos sociales de género hacen referencia a un conjunto estructurado de

creencias y expectativas, (dentro de una sociedad,) acerca de las características que poseen y deben poseer las mujeres y los hombres como grupos diferentes. (Lemus Martín; S 2007). Debido a los estereotipos, y la clasificación que hace la sociedad, se ve peor que una mujer tenga un problema de abuso de drogas que un hombre, ya que en esa clasificación, se reconoce que las mujeres tienen más depresiones, ansiedad, etc., y que son los hombres quienes tienen problemas con los abusos.

Según las OMS, el género determina de manera fundamental la salud mental al igual que las enfermedades mentales.

Según el estudio que realizó el Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente en 2012, la mayoría de las mujeres drogodependientes, son además víctimas de malos tratos a manos de sus parejas o ex parejas. Que una mujer sea drogadicta está peor vista que un hombre debido al estereotipo que se tiene sobre esta, en una sociedad patriarcal como en la que vivimos, una vez más los estereotipos son la causa de la visión que se tiene sobre las mujeres. Aunque el número de mujeres consumidoras de drogas es menor que de hombres, el acceso a programas de ayuda es más difícil para ellas.

En un artículo publicado en el Diario Público en 2013, el Delegado del Gobierno en el Plan Nacional sobre Drogas dijo: *“Los malos tratos originan adicciones, y al mismo tiempo, las adicciones, por regla general, abocan a la mujer a ser más permisiva con los malos tratos. Es la pescadilla que se muerde la cola.”*

Desde los años ochenta se han ido dando diferentes teorías sobre el proceso de estigmatización, que se pueden dividir en dos grandes modelos: el modelo sociológico y el modelo psicosocial.

- **Modelo sociológico:** parte de la investigación que hay sobre el estigma viene de la sociología. Con “la teoría del etiquetado” (Link, 1987; Link, Cullen, Frank y Wozniak, 1987) se representa muy bien el estigma en la enfermedad mental. Se considera que una etiqueta psiquiátrica desencadena una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados a las personas afectadas con ella, por parte de los demás, pero también por la propia persona. Estas imágenes devalúan a las personas con enfermedad

mental y acaban provocando su discriminación. “Es la etiqueta lo que determina las consecuencias estigmatizadoras de la enfermedad mental” (Rosenfield, 1997).

Según Link y Phelan (2001) definen el estigma como un proceso en el que confluyen cinco componentes: el primero, la gente tiende a distinguir y etiquetar las diferencias humanas; el segundo, las creencias culturales dominantes en ocasiones vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables, con estereotipos negativos; el tercero, las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir cierto grado de separación entre “nosotros” y “ellos”; el cuarto, experimentan una pérdida de estatus y discriminación que les lleva a resultados de desigualdad social; y por último, la estigmatización es totalmente contingente al poder social, económico y político.

- **Modelo psicosociales:** bajo este modelo, el estigma se puede dividir en tres categorías básicas (Ottati et al, 2005). La primera es la que destaca el papel del afecto, considera que el prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa; la segunda es la que destaca la motivación considerando que el prejuicio sirve a algunas necesidades motivacionales; y la última destaca el papel de la cognición, utilizando la categorización como concepto clave para la explicación del estigma y los prejuicios.

Cuando se habla del estigma, un medio importante y del que hay que hablar son los medios de comunicación, ya que tienen un poder de convicción muy grande en la sociedad. Estos se consideran como un elemento de influencia en la formación de las actitudes de la sociedad ante temas de salud mental, su abordaje y descripción suele ser en su mayoría negativa e inadecuada.

Hay varias iniciativas realizadas en los últimos años en diferentes países con el propósito de combatir el estigma de la enfermedad mental. La función de estas iniciativas es, mejorar la imagen que transmiten los medios de comunicación acerca de esta, y mejorar las actitudes de la sociedad con respecto a la enfermedad mental. Estas

iniciativas las he sacado de la página web que tiene cada una. La relación de estas está en anexos.

- En Australia, se realizó entre el 2002 y 2003 el proyecto “The Mindframe Media and Mental Health Project”, su objetivo era lograr una representación en los medios adecuada, responsable y sensibilizada sobre el tema del suicidio, la enfermedad mental y la salud mental. Este proyecto lo realizaron con el fin de establecer una relación de colaboración entre los medios de comunicación y los sistemas de salud mental para permitir así, una proyección adecuada sobre este tema.
- En Nueva Zelanda, desde el año 1997, se lleva a cabo el proyecto “Like minds, like mine” destinado a reducir el estigma de las enfermedades mentales y la discriminación que sufren las personas que las padecen.
- En Reino Unido e Irlanda, se desarrolló una campaña entre 1998 y 2003 llamada “Changing minds. Every family in the land” destinado a combatir el estigma de las personas con enfermedad mental, dirigiendo su atención a los problemas de salud mental más frecuentes como la esquizofrenia, la demencia, los problemas de adicción al alcohol o las drogas, entre otros. Sus objetivos son aumentar el conocimiento y comprensión por parte del público y de los profesionales, para así disminuir el estigma y la discriminación.
- La Federación Europea de Asociación de Familias de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI) está trabajando en todo Europa a través de la campaña “Zero Estigma” que se inició en 2004, con el objetivo de sensibilizar a la población y reducir el estigma que sufren las personas con enfermedad mental. Se pretende un cambio de actitudes y comportamientos de la sociedad sobre este colectivo. Su fin es conseguir que el prejuicio, el desconocimiento, el rechazo y el miedo no predominen sobre las personas con enfermedad mental, sino que lo haga la aceptación, la información y la comprensión.

- En España, en 2005, puso en marcha la campaña “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental”, con el objetivo de sensibilizar a los ciudadanos y eliminar los prejuicios hacia las personas con enfermedad mental.

A parte de estas campañas y programas, también se han realizado guías y folletos con la idea de concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los medios de comunicación para que la información que elaboren sea una información correcta y veraz. En ellas se recogen las creencias erróneas que persisten en la sociedad, y también reflejan las realidades de las personas con enfermedad mental y sus familias, al igual que proponen prácticas para lograr una información no estigmatizadora.

Una de estas guías es la que realizó FEAFES en 2004 con el título “Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo” utilizado como manual de consulta y orientación para elaborar información sobre salud mental.

Los medios de comunicación forman parte de nuestras vidas, son nuestro medio de información por lo que influyen mucho en el pensamiento de la sociedad, por eso es de vital importancia que la información que den, sea real y correcta.

La lucha contra el estigma se percibe como uno de los factores clave de los planes de atención a personas con enfermedad mental grave y crónica. La Declaración de Helsinki (2005) de la Organización Mundial de la Salud en su Conferencia Europea de Ministros estableció la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como uno de los cinco puntos básicos del programa para Europa. De la misma forma, el Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea (2005) sitúa entre sus cuatro objetivos principales el de fomentar la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad y señala la estigmatización como el factor clave en este punto. Desde Europa se intenta trabajar para luchar contra el estigma y la teoría es muy bonita y está bien pensado, pero en la práctica queda aún, mucho por hacer.

Como dice el Libro Verde de la Salud Mental en Europa (Comisión Europea, 2005) *“Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete”*.

3. INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se organiza en torno a tres ejes de actuación interrelacionados que abarcan la realidad social con la que me he relacionado estos tres meses en los que he estado de prácticas. Estos ejes son:

- El primer eje se centra en el estudio del estigma en las propias personas que padecen un trastorno adictivo, formando parte de lo que se denomina enfermedad mental.
- El segundo aborda la opinión de los profesionales que trabajan día a día con estas personas.
- El tercero, se basa en los procesos estigmatizadores presentes en mi círculo social.

A la hora de realizar mis hipótesis me he basado en toda la información que he leído, lo que he visto en el centro durante mi periodo de prácticas y en mi opinión y experiencia.

- El tener un problema de adicción, es algo mal visto por la sociedad y a la hora de ponerse en tratamiento rehabilitador, su integración en esta es muy difícil, debido a los prejuicios que hay sobre este colectivo.
- La visión de mi círculo social sobre una persona con trastornos adictivos se parece con la visión que describen los autores y personas que han estudiado el tema.
- Las mujeres sufren un doble estigma: ser mujer y ser drogodependiente.
- El autoestigma de las personas con enfermedad mental agrava su situación social.
- En la sociedad existe un perfil "típico" de una persona "drogadicta" y esta es peor vista que la persona que se sale de esas características.
- La visión de los profesionales es más amplia y menos estigmatizadora que la de la sociedad.

Para realizar mi investigación he decidido realizar una serie de entrevistas y encuestas a personas que trabajan de manera directa con personas con trastornos adictivos, a los propios pacientes y a personas de mi entorno para comprobar si el estigma sobre el que me he informado y que hace tan difícil la integración social de estas personas está presente entre las personas con las que me rodeo.

Los dos métodos principales de investigación son el cualitativo y el cuantitativo. He creído oportuno utilizar las dos metodologías, ya que ambas técnicas me van a ayudar a comprobar, analizar y verificar o por el contrario desmentir mis hipótesis.

La metodología cualitativa se basa en ayudar a entender y descifrar las interacciones sociales, esta posibilita un examen más directo de las motivaciones, actitudes y comportamientos de los individuos. Mientras que los objetivos de la investigación cuantitativa son crear y probar hipótesis, mirar la causa y el efecto y hacer predicciones científicas, con esta técnica se realizan mediaciones precisas. (S. Cardús. 1999).

La primera estrategia me va a servir para conocer la opinión de los/as profesionales del campo y la de mi círculo social, y poder analizarlas de tal manera que compruebe si mis hipótesis son ciertas o no, y la segunda, me va a ayudar de una manera objetiva a conocer las características sociodemográficas de las personas que padecen enfermedad mental y un trastorno adictivo.

J.S Taylor y R.Bogdan, sostienen que el método cualitativo se trata de una investigación que produce datos descriptivos, utiliza las propias palabras de las personas, ya sean habladas o escritas, se realiza en escenarios naturales y vistos desde una perspectiva holística. Los sujetos investigados no son meras variables, sino que constituyen un todo, se estudia el contexto ecológico en el que evolucionan los sujetos así como su pasado. (J.S. Taylor y R. Bogdan. 1986)

Dependiendo de qué autores leamos, nos encontramos con matices diferentes sobre el método cualitativo. Bogdan R. y Taylor, S., definen el método cualitativo como una metodología inductiva, con una perspectiva holística, con cierta comprensión de las personas dentro de su propio marco de referencia, utiliza métodos humanistas, y todos los escenarios y personas son dignos de estudio, también dicen que la

metodología cualitativa es un arte; Eisner, (1998), dice que los estudios cualitativos tienden a estar enfocados, que el investigador utiliza el “yo” como instrumento, tiene carácter interpretativo, presta su atención a lo concreto, al caso particular, y es increíble gracias a su coherencia, intuición y utilidad instrumental; Rossman y Rallis, (1988) dicen que se desarrolla en contextos naturales, que se utilizan múltiples estrategias interactivas y humanísticas, se focaliza en contextos de forma holística, el proceso está basado en un razonamiento sofisticado que es multifacético e interactivo, y es fundamentalmente interpretativa.

A continuación voy a analizar las respuestas tanto de las entrevistas como de las encuestas cerradas realizadas a los y las pacientes, así como una conclusión por cada muestra: pacientes, profesionales y círculo social, y una balance general sobre mi investigación.

3.1 Estigma en personas con enfermedad mental y trastornos adictivos.

Las personas con una enfermedad mental, en este caso en su mayoría con un trastorno dual de trastorno de la personalidad y consumo o policonsumo, son las principales afectadas por el estigma que rodea a la enfermedad mental. Por un lado, son capaces de identificar los estereotipos sociales que hay sobre ellos y los prejuicios que hay sobre sus comportamientos debidos a las experiencias de discriminación que viven a menudo.

Para analizar el estigma entre las personas con enfermedad mental, he realizado un estudio a través de una metodología cuantitativa.

Los participantes han sido personas que en el mes de Mayo estaban ingresados a jornada completa en el Hospital de Día Zuria, el único centro especializado en trabajar con trastornos adictivos. Estos son pacientes que están en tratamiento un máximo de tres meses de nueve de la mañana a tres de la tarde, y en todos los casos los y las pacientes llevaban al menos dos semanas de tratamiento. Un total de doce personas de las cuales hubo una paciente que no quiso contestar. En este caso, el número de mujeres es mayor que el de hombres, dato que ha sorprendido a los propios profesionales, ya que por regla general el número de hombres es mayor que el de mujeres, y si se tiene en cuenta que el acceso de una mujer es más difícil y que sobre ellas recae un doble estigma, aún destacarlo más.

Los diagnósticos sociales de estas personas están basados en el manual de indicadores para el Diagnóstico Social de Maite Martínez Muñoz. Este diagnóstico es muy importante, ya que de ahí se podrá realizar un plan de intervención con la persona para así abordar su problema. Tanto el diagnóstico clínico como el social van de la mano y ambos son importantes para el tratamiento y mejora de los y las pacientes, pero un buen tratamiento clínico, sin un buen tratamiento social, no sirve para nada, ya que si el aspecto social está deteriorado, por mucha medicina que se aplique, el paciente no consigue salir a delante. El aspecto social es de vital importancia ya que el ser humano es un ser social, y necesita de la sociedad para sobrevivir, sin él no hay rehabilitación clínica que el resultado sea positivo. De hecho, la intervención que se plantea desde lo social es la base para el plan de intervención que se tiene que seguir

con cada paciente. Por eso es tan importante que el trabajo social este presente, y de manera activa en salud. Por todo ello, he decidido recoger los diagnósticos sociales y analizar cuál es el estado de los pacientes que han participado. Las situaciones que se pueden dar son las siguientes:

-Situación Deficitaria Coyuntural: en este diagnóstico se incluyen las personas con adecuadas relaciones, que normalmente solucionan sus problemas dentro de las redes informales del propio tejido social. La intervención se orienta hacia la información, orientación y apoyo, y a la ampliación de prestaciones.

-Situación deficitaria de larga duración: si esta situación se prolonga en el tiempo, las consecuencias se derivarían hacia unos diagnósticos de más comprometida o delicada situación. La intervención se orienta hacia la recuperación de las carencias en el acogimiento que permita una buena vinculación, reconstruir la demanda de la persona, explicar la metodología del trabajo, y realizar de manera conjunta un plan de trabajo.

-Situación de desventaja social: en este caso, la necesidad básica de aceptación social se encuentra en una situación muy deficitaria. En este caso se tendrá que trabajar en aspectos como el sensibilizar a la comunidad a fin de erradicar estereotipos y avanzar en una cultura de igualdad, en planes de protección social como vivienda, renta básica y conseguir que la persona afectada comprenda su situación para así poder trabajar conjuntamente, entre otras tareas.

-Situación de exclusión social: aquí la formación, el trabajo y los recursos económicos son muy deficitarios, por lo que la intervención va a estar condicionada a conseguir mejorar estas necesidades. Si esta situación se cronifica, el resto de las necesidades básicas empiezan a deteriorarse.

-Situación de marginación: las personas incluidas en este diagnóstico tienen afectadas casi todas las necesidades básicas. En esta situación, dependiendo de las causas de la marginación, la intervención será diferente. Los tres tipos de marginación son: alternativa, evasiva y discriminatoria. En este caso, es la segunda marginación la que se da de manera común entre las personas con

problemas de abuso de drogas. En esta el sujeto bajo la fuerte presión de la sociedad toma conductas evasivas. La intervención en este caso es una intervención global, ya que tiene todas las necesidades básicas muy deficitarias.

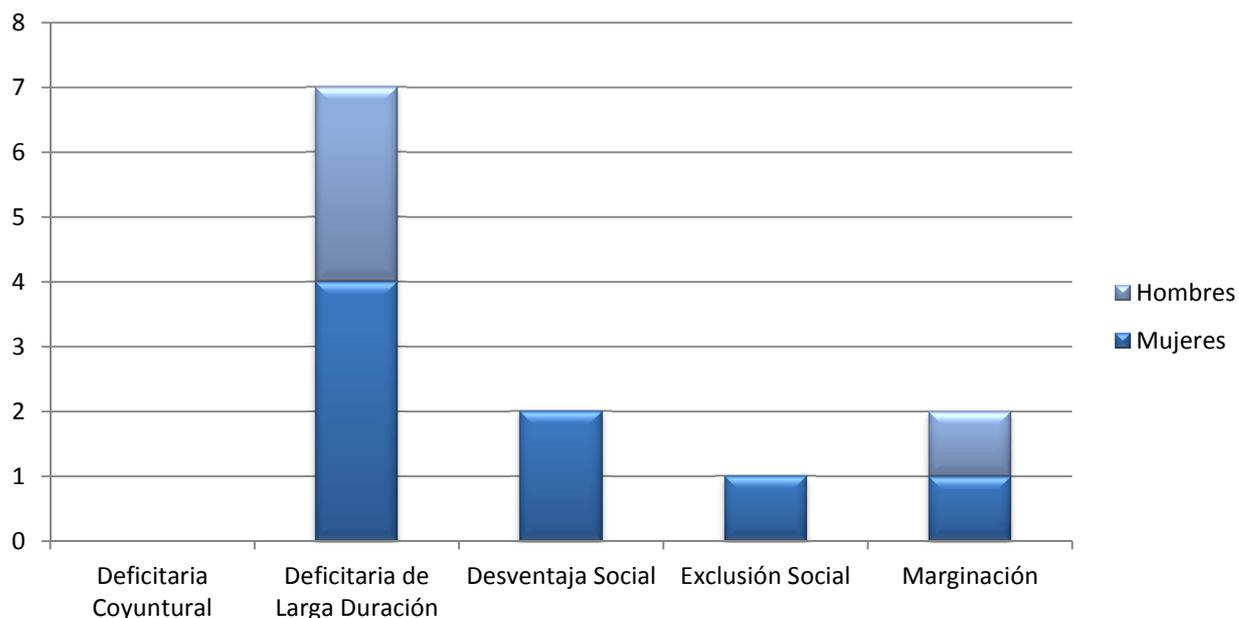


Figura 1. Diagnóstico Social

Por lo general y como se aprecia en el gráfico ningún paciente tiene una situación deficitaria coyuntural, ya que por lo general la persona, en este diagnóstico tiene una buena red relacional y bien cubiertas todas las necesidades básicas, se entiende que disponen de capacidades y habilidades para superar su situación contando con un apoyo externo, esta situación nunca, o rara vez se da en este perfil de pacientes.

El segundo supuesto, situación deficitaria de larga duración, vemos que es el más numeroso con la mitad de los pacientes en esta situación. En este pueden estar afectadas en situación muy deficitarias algunas de las necesidades básicas como las habilidades sociales, a relación convivencial o la autonomía física y psíquica. Si esta situación se prologa en el tiempo puede afectar a otras necesidades derivado hacia un diagnóstico de delicada situación. Esto refleja claramente en qué punto están los y las

pacientes, ya que están en un nivel que necesitan reconstruirse como persona, necesitan volver a recuperar o a reforzar las habilidades sociales que les permita una integración completa, al igual que mejorar las relaciones familiares, pilar fundamental, aunque no imprescindible para la mejora de estos/as.

La tercera situación es de exclusión social, en la que sólo hay una persona que carece de las necesidades básicas de formación, trabajo y ocupación y recursos económicos, si esta situación o se alarga mucho en el tiempo, el resto de las necesidades no serán deficitarias, pero por el contrario, este perfil lo tiene difícil para que esta situación no se alargue ya que apenas tiene alguna necesidad adecuada. Cuando no tienes recursos sociales con los que contar, ni con familia, esta lucha en "solitario" se hace muy difícil, llegando a convertirse en una persona anti-social, no por gusto, sino por las circunstancias.

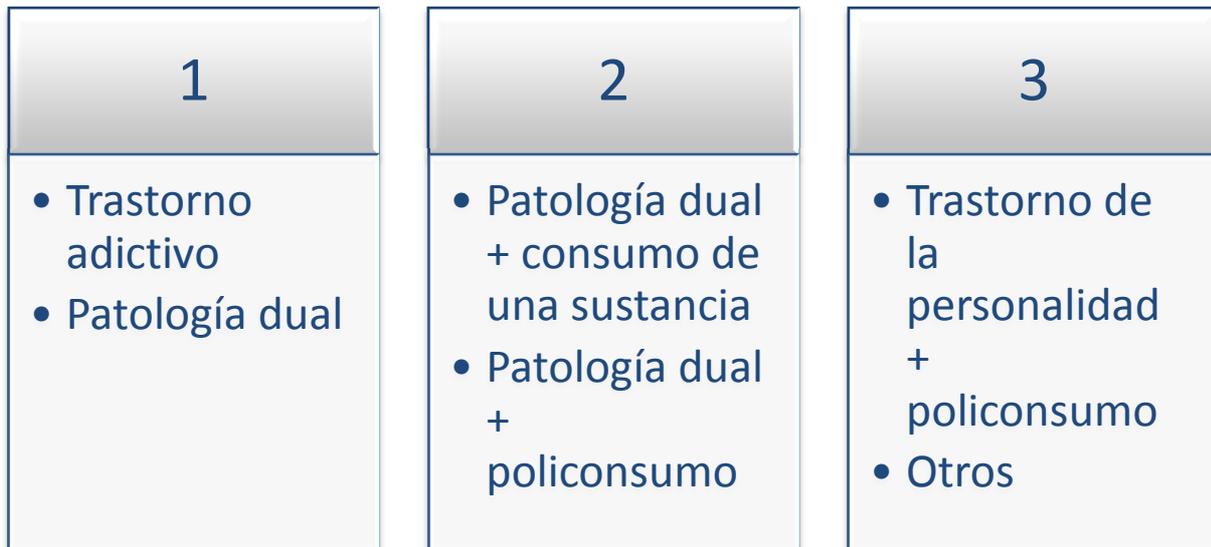
En el cuarto supuesto, los indicadores del diagnóstico reflejan una situación muy deficitaria en las necesidades básicas de aceptación social, en este caso hay dos personas que se encuentran en esta situación. El que esta necesidad no esté cubierta origina discriminación, imposibilidad o prohibición en el uso y disfrute de derechos sociales generales, tales como la educación, la legalidad personal... esto deja a la persona en una situación crítica, ya que necesita restaurar su visión ante la sociedad para su recuperación, y en muchos casos, la sociedad es muy discriminatoria.

Y por último, está la marginación, donde las personas tienen afectadas casi todas las necesidades básicas con intensidad muy deficitaria en su conjunto. En este diagnóstico, las causas de la marginación pueden ser varias, en la marginación evasiva, el sujeto debido a una fuerte presión social toma una conducta evasiva, comportamiento específico de las personas con trastornos adictivos. En este caso el abordaje es multidisciplinar y en diferentes esferas de la vida de la persona, ya que su situación es debida a factores externos a él, pero indirectamente relacionados. En esta situación se tiene que trabajar en todas las necesidades básicas, ya que en todas ellas la situación es muy deficitaria.

Al final, el tipo de trastorno mental y el trastorno de sustancias adictivas influyen a la hora de hacer el diagnóstico social, al igual que la edad que lleven consumiendo y el sexo. No es lo mismo un hombre que lleve consumiendo 20 años, que lo sea una mujer. Un diagnóstico no cogido a tiempo, puede acabar en marginación.

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

En cuanto a los diagnósticos clínicos de estas personas son muy diversos por lo que he decidido hacer tres distinciones de manera que queden bien reflejados. Los diagnósticos pertenecen a las personas que han participado en mi trabajo. La distinción queda de esta manera:



He decidido hacer esta división por la complejidad de los diagnósticos y porque me resultaba difícil aglutinarlos todos en sólo una división.

En primer lugar he decidido diferenciar la patología dual del trastorno adictivo, ya que es un dato curioso, porque un trastorno mental suele ir asociado a un trastorno adictivo y viceversa y son pocos los casos en los que sólo hay un trastorno adictivo. En este caso de los/as 12 a los que les pregunte si querían realizar el test, sólo 3, tienen un trastorno adictivo, el resto tiene patología dual.

En el segundo caso he analizado la patología dual de los pacientes separándola en: patología dual con una sustancia, y patología dual con un policonsumo, esto es el consumo de dos o más sustancias en el mismo periodo.

Y por último, diferencio el trastorno de la personalidad y el consumo de sustancias con otros trastornos, ya que en este tipo de pacientes el trastorno más común y que se asocia al consumo es el trastorno de la personalidad, debido a los efectos del consumo, así como la abstinencia o el "mono".

En cuanto a la primera distinción puedo decir que únicamente hay mujeres con un diagnóstico clínico de trastorno adictivo sin trastorno mental, además en los tres casos el trastorno es dependencia del alcohol, siendo entre las mujeres el trastorno más común y el que a más numero afecta.

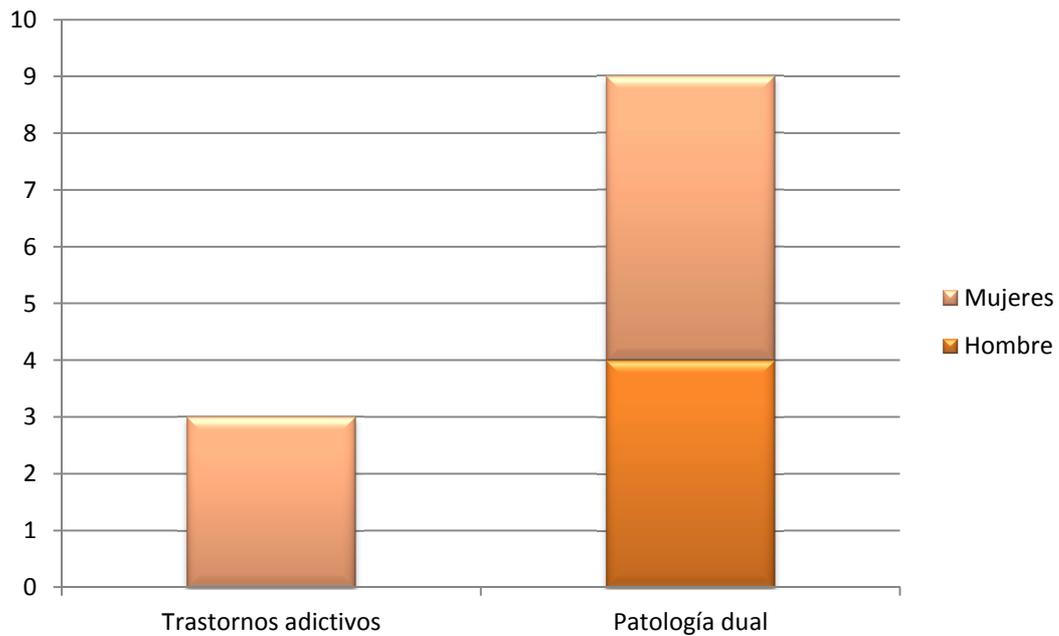


Figura 2. Diagnóstico Clínico 1

La segunda distinción se basa en el número de sustancias adictivas que consumen, así, lo común es que la adicción sea sólo a una sustancia, siendo el alcohol la más predominante, seguido de la cocaína y los opioides. Una vez más a través de este gráfico se demuestra que la sustancia más adictiva y que provoca más problemas es el alcohol, sustancia legal e interiorizada y bien vista por la sociedad, asociado a la diversión y la fiesta.

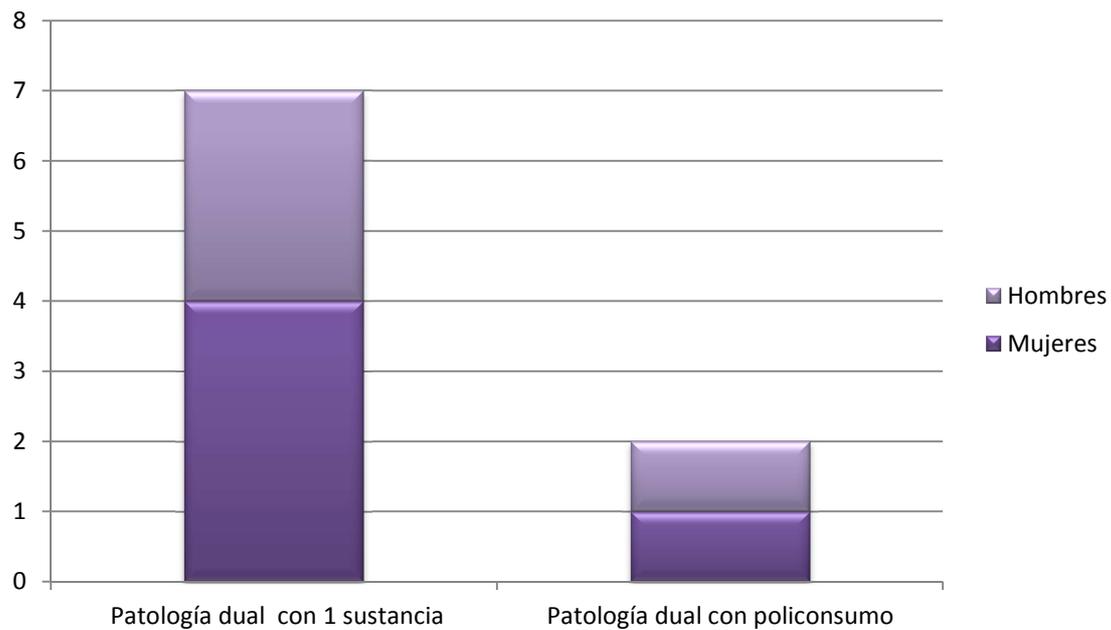


Figura 3. Diagnóstico Clínico 2

La última, se basa en la diferenciación entre trastornos mentales, siendo la más común el trastorno de la personalidad, y otros trastornos. Esta división la hago, porque el consumo de sustancias provoca en muchos casos la alteración del comportamiento en la persona. En este caso la mayoría de los pacientes el trastorno que tienen no es un trastorno de la personalidad, este trastorno llega cuando se lleva mucho tiempo consumiendo y el deterioro es tal, que el comportamiento también se deteriora. En este caso también “gana” el alcohol como sustancia que acompaña al trastorno de la personalidad, al igual que la cocaína.

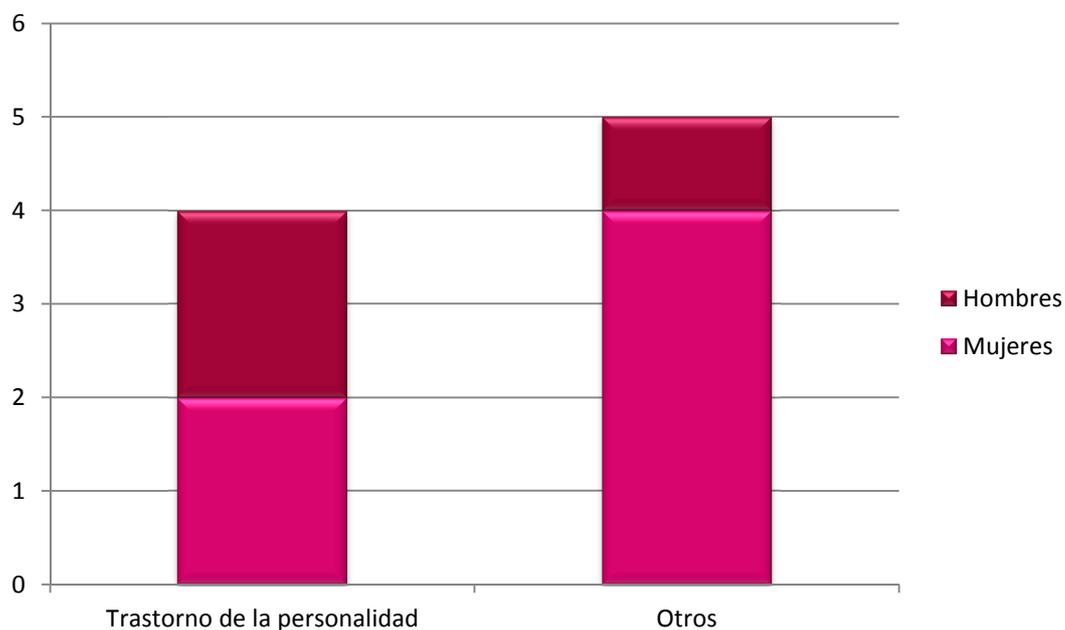


Figura 4. Diagnóstico Clínico 3

A parte del diagnóstico clínico, que evidentemente es relevante, también he recogido los diagnósticos sociales, ya que ambos diagnósticos van de la mano.

Los resultados de la muestra los he estructurado en cuatro apartados: características sociodemográficas; funcionamiento social, que incluye: aislamiento/integración social, comunicación interpersonal, autonomía-ejecución y competencia, ocio, actividades que fomenten la vida social, empleo/ocupación, preguntas complementarias y escala de evaluación de la recuperación; y estigma interiorizado, experiencias de discriminación.

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

El perfil de las personas que han participado en esto, son personas adultas con una media de cuarenta años y que por lo general viven con sus familias de origen. La diferencia de edad entre sexos no es destacable, a que en ambos sexos la media ronda los cuarenta años.

En cuanto a la convivencia de estos, hago distinción en varias opciones que creo que son las más comunes, y que con ellas me darán una visión de la realidad de los pacientes, ya que en muchos casos, esta enfermedad provoca que la vida en pareja se rompa, y en muchos casos la persona tenga que volver con sus padres, cómo podemos observar en el gráfico, la mayoría de ellos viven con su familia de origen, y esto es debido a la ruptura con su familia propia debido a la enfermedad que padecen, o que debido al trastorno adictivo no han podido hacer una vida independiente de sus padres, esto refleja que son los padres los que tardan más en darse por vencidos con sus hijos/as.

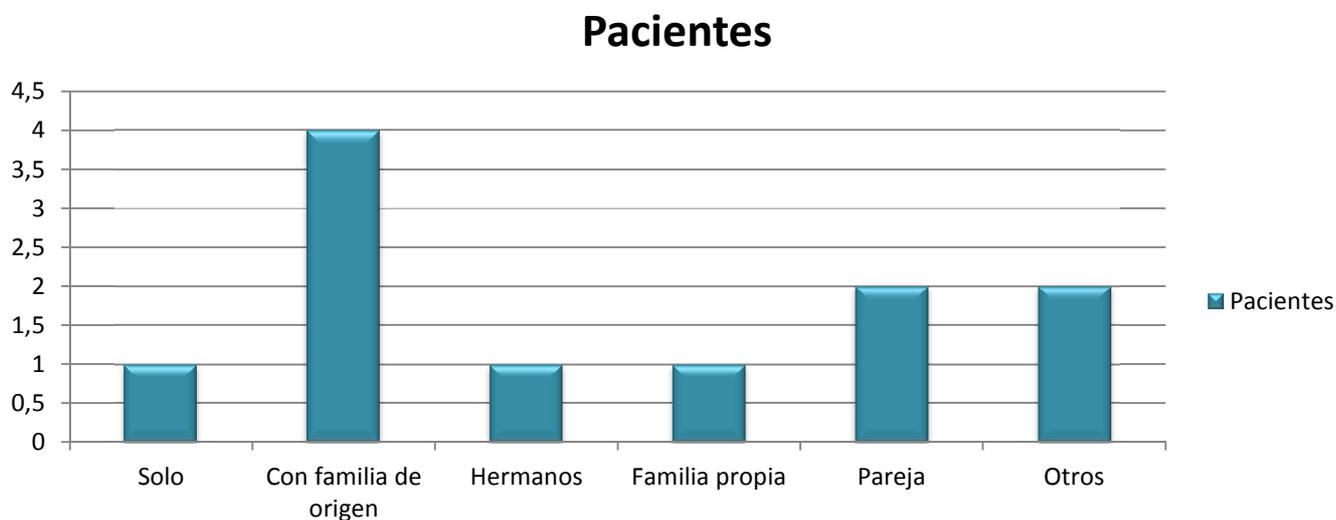


Figura 5. Convivencia

La mayoría reside en Pamplona y Comarca, cuatro de ellos son de los pueblos de la periferia de Pamplona y se trasladan diariamente al Hospital de día para recibir tratamiento. A esto tengo que decir que si por la zona media y ribera, así como por el

norte de Navarra hubiese más centros especializados en trastornos adictivos, habría más personas en tratamiento, ya que en muchos casos, el tener que desplazarse hasta Pamplona para recibir tratamiento es un gran hándicap con el que cuentan los pacientes residentes en pueblos, por lo que un gran número que no recibe atención especializada.

En cuanto al nivel de estudios, la diferencia entre estudios primarios y secundarios apenas es relevante, sí que hay que destacar que todos tienen unos estudios mínimos, pero que ninguno tiene una educación superior, esto refleja, que al estar poco cualificados, a la hora de buscar trabajo les va a ser más difícil por los tiempos que corren. En muchos casos, el trabajo ayuda a esa rehabilitación e integración social con la que se trabaja en el Hospital de Día Zuria. También destaca que son las mujeres las que más formación tienen.

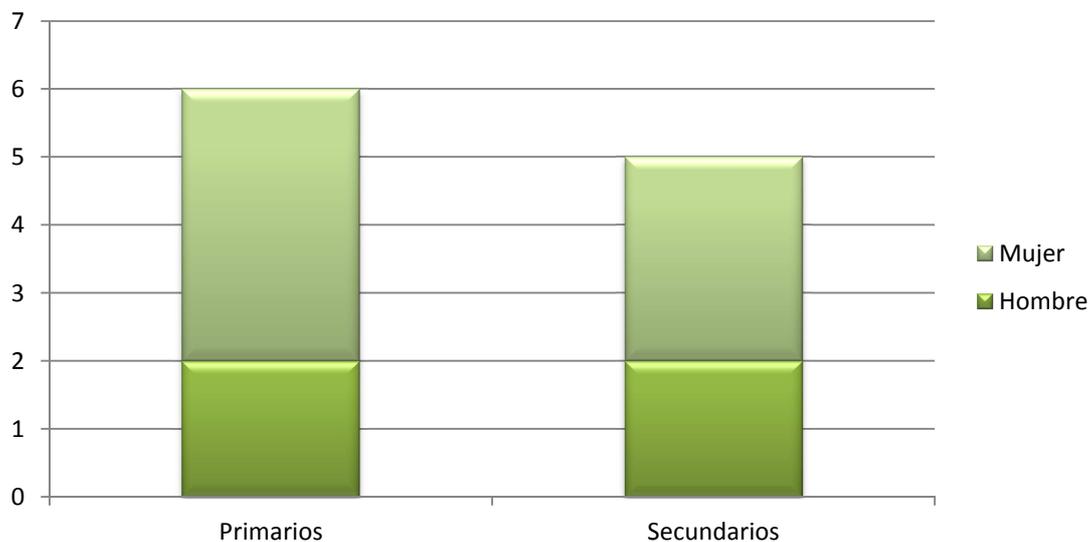


Figura 6. Nivel académico

Estar en un centro de rehabilitación en muchos casos supone estar sin trabajar, bien porque debido a la larga historia de consumos no han trabajado nunca, bien porque debido a eso lo han perdido, o bien porque están de baja debido a su enfermedad. Del

total de los pacientes, cinco están en paro, dos hombres y tres mujeres; dos tienen una pensión de invalidez permanente, y el resto su situación laboral es otra. Son las mujeres las que en este caso están percibiendo más ingresos que los hombres. Se puede decir que en general, no tienen problemas económicos, ya que los ingresos mensuales giran en torno a los 300-900 euros, y en el caso necesario, tienen la ayuda de las personas con las que viven.

Ningún paciente pertenece a alguna asociación de personas con enfermedad mental, lo que refleja el estigma que hay sobre las personas con trastornos adictivos y como lo sufren ellos. Y les crea cierta inseguridad y vergüenza, por la visión que la sociedad tiene hacia ellos. Este dato me sorprendió bastante, ya que refleja la situación de estas personas. Hay asociaciones para todo tipo de enfermedad y el pertenecer a ellas no está mal visto ni se esconde de ello, pero pertenecer a alguna asociación que trabaje en trastornos adictivos tiene connotaciones negativas. No es lo mismo decir que perteneces a la asociación "X" contra el cáncer de mama, que decir que perteneces a alcohólicos anónimos. Las dos son una enfermedad, pero su visión en la sociedad son dos polos opuestos.

Por lo general, no pasan mucho tiempo solos/as, se sienten capaces de mantener una conversación en casa, al igual que no les resulta difícil hablar con otras personas. A la hora de salir de casa, es cuando hay problemas, ya que la mayoría solo salen algunas veces, para así evitar tentaciones de consumir y no poder decir que no.

En cuanto a las actividades que son o se sienten capaces de hacer, la opción más puntuada es la de salir solos/as de casa, seguido de manejar los gastos y manejar dinero. En este tipo de terapias, en las que permanecen en el centro sólo de día, una parte de ella consiste en enfrentarse diariamente a salir a la calle solos y a ser capaces de ir a comprar sin gastarse el dinero en otras "cosas". El salir día a día a la calle para acudir al Hospital de Día, hace que se enfrenten con la calle, con el poder de decidir qué es lo que tienen que hacer, quiero decir, muchos de ellos viven en una zona donde solían consumir, por lo que enfrentarse todos los días a ello es un reto para ellos. Se enfrentan también a pasar por los lugares donde solían comprar el alcohol, por ejemplo, esto les hace tener que tener fuerza de voluntad, para que día tras día pasen

por esos lugares y sean capaces de pasar de largo, al principio eso les causa ansiedad y angustia, pero conforme van pasando los días esa sensación se va calmando, hay casos en los que este proceso es más corto y otros donde les cuesta mucho más. Lo mismo pasa con el manejo de dinero, si no tienen dinero, no pueden comprar, por mucho que quieran, pero si sí que tienen entra otra vez la fuerza de voluntad de cada persona en decir no a esa tentación.

Sólo hay tres personas que se sienten capaces de buscar de manera activa trabajo, y que de hecho lo están haciendo, esto se debe a la fase del tratamiento en el que están. Cuando están en la fase final del tratamiento, muchos ya se sienten capaces de buscar un trabajo, son personas que su trastorno adictivo no es crónico, tienen la cosas claras y saben que no pueden volver a consumir ningún tipo de sustancia, pero luego están las personas crónicas, que mientras están “bajo la protección” de los profesionales y en tratamiento están bien y no consumen, pero en cuanto salen a la calle de nuevo, recaen, y eso que este centro sólo es durante el día, por lo que los pacientes tienen que pasar la tarde y la noche fuera de él. También el trabajo es una manera de mantenerse ocupado, de tener el tiempo que antes dedicaban a consumir ocupado con una tarea, con una obligación que les haga mantenerse ocupados/as. Sólo tres tienen empleo regular, aunque en la actualidad no están trabajando por estar en el centro. Ninguno de los/as pacientes tiene el reconocimiento de minusvalía, pero hay tres personas con la incapacidad laboral.

En general, la relación de los/as pacientes con sus familias la definen como regular, con tensiones algunas veces, en la que se sienten criticados por ellas también algunas veces, y el sentimiento de excesiva protección hacia ellos/as por parte de sus familias no destaca ni por mucho ni por escaso, hay una persona que a las preguntas familiares no contesta porque no existe relación alguna con su familia.

De esto se puede concluir diciendo que en principio, la relación de los/as pacientes con sus familias es buena, siempre con matices, claro está.

En cuanto a la escala de recuperación, las opciones que se les daba valoran el grado de recuperación que los y las pacientes tienen, estas opciones son:

Si recaigo, podré afrontarlo y tendré quien me ayude a superarlo de nuevo.

Tengo personas con las que puedo contar.

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

Para conseguir los objetivos que me he planteado es imprescindible que esté abstinente.

Estando en abstinencia me apetece hacer planes con mi familia/amigos/as...

No se pedir ayuda.

Pido ayuda cuando la necesito.

Soy la única persona responsable de mi mejoría.

Puedo manejar el estrés y las situaciones que me llevan o me recuerdan a cuando consumía.

En esta pregunta, los y las pacientes podían señalar todas las situaciones con las que se sintiesen identificados.

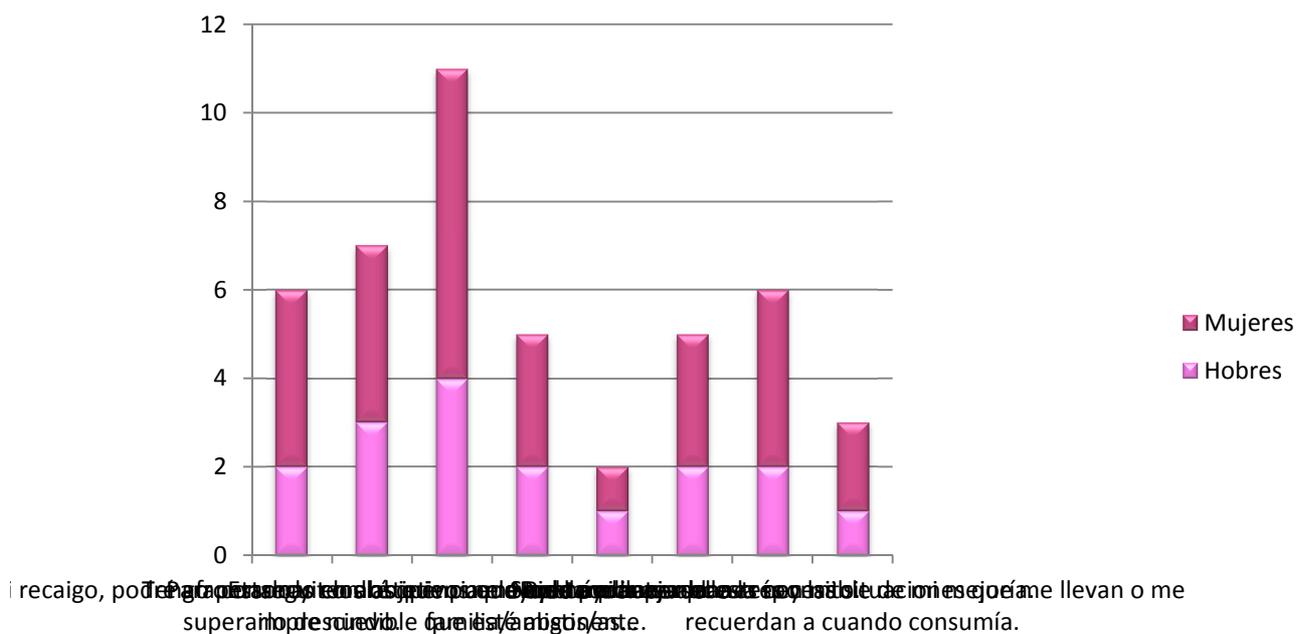


Figura 7. Escala de recuperación

Todos los/as pacientes han marcado que para conseguir los objetivos que se plantean tienen que estar abstinentes, esto da a entender que son conscientes de que tienen un problema que viene derivado del consumo de sustancias y que la única manera de conseguir lo que quieren es estar abstinentes, también la mayoría consideran que son

los únicos responsables de su propia mejoría, que depende de ellos/as. Hay dos personas que no saben pedir ayuda, recalco esto, ya que en el proceso en el que están estas, es importante el saber pedir ayuda, ya que de ello, en muchos casos, supone el superar la tentación ante un estímulo que les incite a consumir.

El estigma interiorizado por parte de los y las pacientes y las experiencias de discriminación es de vital importancia para darle a esta investigación sentido. Con las preguntas pretendía valorar el nivel de estigma y de discriminación que han sentido o sienten los y las pacientes.

En cuanto al nivel de estigma lo he dividido en cuatro factores, en los que analizo diferentes áreas que me ayuden a comprenderlo mejor.

- Alienación
- Asignación de estereotipos
- Aislamiento social
- Experiencias de discriminación

El primer factor hace referencia a la alienación.

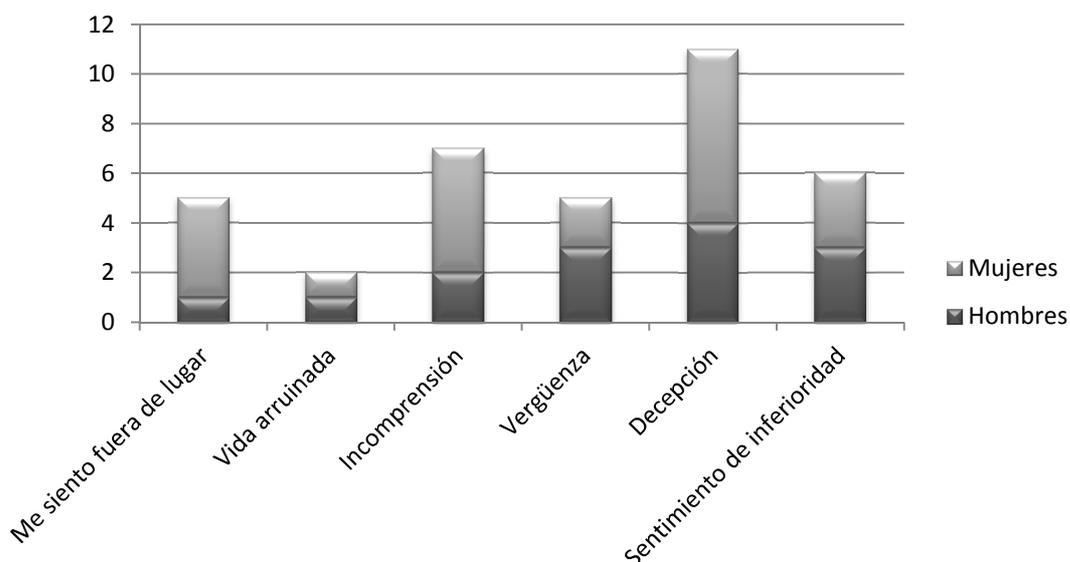


Figura 8. Alienación

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

En este podemos ver como se sienten los/as pacientes en cuanto a la autoevaluación que se hacen de ellos mismos. Qué sentimientos tienen con respecto a sus vidas. El sentimiento de decepción la han marcado todos, lo que nos muestra que tienen un sentimiento de decepción con sus vidas por la situación en la que están, esto también demuestra que son conscientes de su problema. También sienten que sólo las personas que tienen su misma enfermedad les pueden comprender, por lo que se sienten incomprendidos por las personas “sanas”, el sentimiento de sentirse fuera de lugar también va ligado a todo esto, ya que el bajo autoestima que tienen este tipo de personas hace que no se sientan agusto en situaciones y lugares a los que no estaban acostumbrados, no hay que olvidar que en todos los casos, la historia de consumo de todos los pacientes es de larga duración, con consumos desde la juventud, por lo que se han movido por unos ambientes por los que ahora no pueden y es por ello que se sienten fuera de lugar y todo esto provoca la aparición de la inferioridad con respecto a las personas que les rodean.

El segundo factor refiere a la asignación de estereotipos que hay sobre ellos y con los cuales se sienten identificados o no.

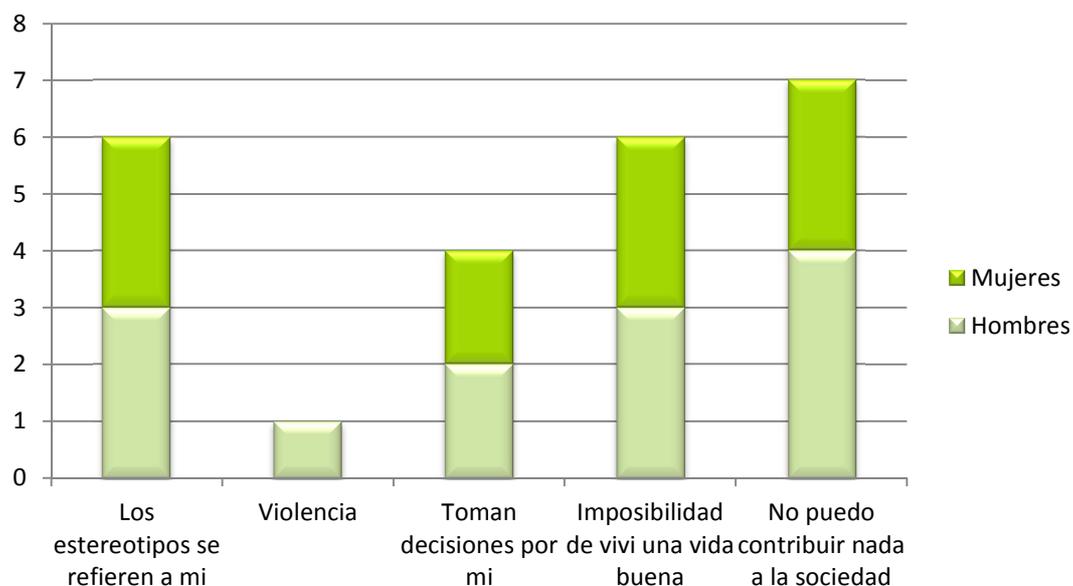


Figura 9. Asignación de estereotipos

Aquí percibimos que la mayoría piensa que no puede contribuir en nada a la sociedad, sentimiento relacionado con el sentimiento de inferioridad del apartado anterior. En muchos casos también piensan que los estereotipos que hay en la sociedad se refieren a ellos, como persona individual, no como colectivo, todas estas vivencias hacen que crean que no pueden o vayan a poder llevar una vida buena y satisfactoria.

En el tercer factor se valora el aislamiento social. Dato importante, ya que en muchos casos, la condición consumidores hace que se aíslen de la sociedad debido al rechazo de estos por ella.

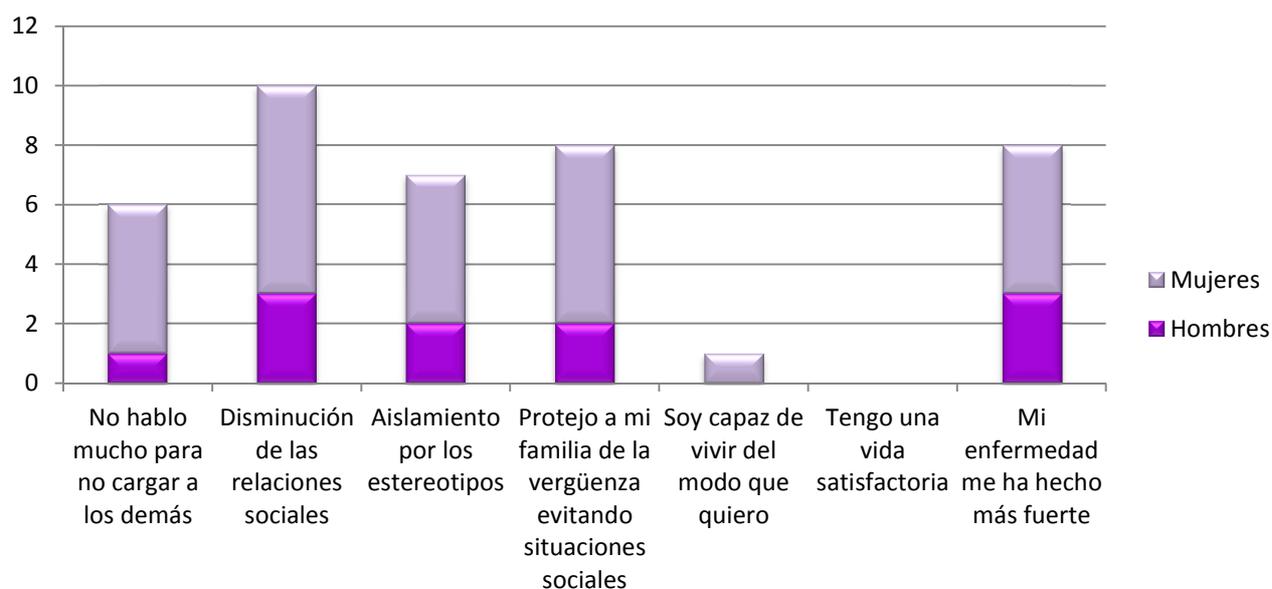


Figura 10. Aislamiento social

Y como se aprecia en la gráfica estas personas adoptan una actitud de aislamiento, ya sea por vergüenza propia, para evitar situaciones incómodas en momentos en los que se está con amigos o familia, por lo que las relaciones sociales disminuyen. Esta disminución se debe por dos motivos, el primero es porque las relaciones que tenían hasta el momento eran relaciones asociadas al mundo del consumo, por lo que las tienen que evitar para así evitar la tentación de consumir, y el segundo es que en la

mayoría de los casos, el consumo ha hecho que pierdan las amistades “sanas” que tenían. Por lo que tienen la tarea de reconstruir su vida social casi desde cero con gente nueva, o intentar recuperar a las amistades perdidas, tarea difícil, en ambos casos porque durante el tiempo de consumo, las habilidades sociales se deterioran. Ninguno de los/as pacientes cree que su vida sea satisfactoria.

En cuanto a la discriminación por áreas.

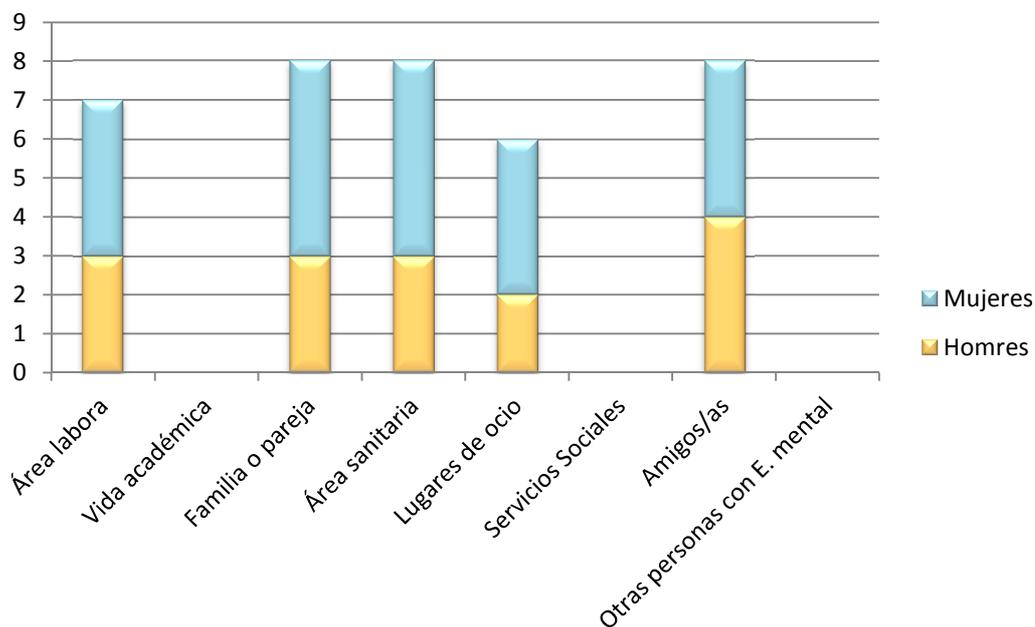


Figura 11. Experiencias de discriminación

Las áreas donde más se han visto más discriminados son en la familia o pareja y entre los amigos/as. Una vez más las áreas donde más discriminación hay son las más necesarias para la rehabilitación de estas personas. Se ve una clara discriminación en lo relativo a lo social, así como en el área sanitaria. Este dato es muy importante, ya que refleja el sentimiento de malestar que tienen los y las pacientes en cuanto a la atención sanitaria, esto puede deberse a distintos motivos como, su percepción de que nadie le hace caso, o que le tratan mal, o el sentirse rechazados por la sociedad les hace pensar que también van a ser rechazados por los profesionales por lo que tienen

cierta reticencia a acudir a las consultas. Esto lo veremos justificado más abajo. Destaca que ninguno haya marcado discriminación en la vida académica, en servicios sociales y en otras personas con enfermedad mental.

Como conclusión de esta parte puedo decir que las personas con un trastorno adictivo perciben de manera muy clara el efecto que el estigma social tiene sobre los distintos ámbitos de su vida. Los prejuicios y estereotipos, al igual que las actitudes negativas hacia estos colectivos, dan lugar a comportamientos discriminatorios que impiden la plena integración social, en la mayoría de los casos. En el ámbito de las relaciones personales, así como en lo laboral se ven afectadas por el estigma de los trastornos adictivos en especial. También estas personas consideran que el desconocimiento de la sociedad sobre la enfermedad mental es uno de los factores que contribuyen al estigma. Esta enfermedad mental es menos comprendida y aceptada que otras enfermedades, por lo que es aún más castigada. En este caso, las drogadicciones es una enfermedad poco comprendida por la sociedad, y sólo cuando palpas el problema y estás cerca, te das cuenta y reaccionas de una manera totalmente distinta a cuando vives ajena a ello. Actúas desde el conocimiento, y no desde la ignorancia. Actuar desde esta última perspectiva, hace mucho daño a las personas discriminadas, las áreas más deficitarias en todos los casos es el área social, para una persona en mayor o menor medida, la aceptación social es importante, y en el momento en que la aceptación se convierte en rechazo, comienza la exclusión social y todas sus consecuencias. Esto es algo que veo día a día en el HD Zuria. Cuando hablas con ellos, te das cuenta de que son totalmente conscientes del rechazo que se tiene de ellos en la sociedad, y eso es muy triste, porque son personas simplemente con una enfermedad, personas que necesitan una ayuda extra y que parte de su recuperación es responsabilidad de la sociedad.

3.2 Estigma en los profesionales de la atención a personas con enfermedad mental-trastorno adictivo.

Los profesionales que atienden a las personas con enfermedad mental y trastornos adictivos comprueban día a día como el estigma social afecta a estas personas. Pero también, los estereotipos que existen en la sociedad a la que pertenecen pueden ser interiorizados por estos profesionales, ayudando aún más a la estigmatización de este colectivo.

Para obtener datos que complementaran y ayudaran a comprender el fenómeno del estigma, decidí utilizar la metodología cualitativa.

En esta parte han participado todos los y las profesionales del Hospital de Día Zuria, así como el alumno de enfermería que en ese momento estaba de prácticas y la PIR (Psicólogo Interno Residente) que había también en ese momento.

Las entrevistas de los profesionales han constado de tres preguntas, en ellas recojo los aspectos más importantes sobre el estigma y sus opiniones.

Los resultados han sido los siguientes.

¿Crees que los profesionales forman parte del proceso de estigmatización que hay sobre las personas con trastornos adictivos?

En esta respuesta han coincidido todos en su respuesta. Creen que los profesionales sí que forman parte de este proceso, es más algunos recalcan que en particular los profesionales son los primeros en estigmatizar a los pacientes. Entre lo respondido puedo destacar,

“(...)Si no se entiende como un trastorno y no se entiende como una enfermedad muchas veces sus comportamientos parece que son consecuencias de actos volitivos y entonces tendemos más a juzgar que a aceptar y a recibir, bueno y a entender.” (P1)¹

“(...) Desde que toman contacto con la red sanitaria están estigmatizados....desde atención primaria cuando acuden al médico de cabecera pues por el tipo de atención que se les da cuando van para que se les atienda con alguna enfermedad (...) se les cita

¹ Las citas las voy a identificar como: M, si la respuesta es de la médico; P1 y P2, hacen referencia a los dos psicólogos del centro; E, a la enfermera;, E.S 1 y2 a los educadores sociosanitario, y por último TS a la trabajadora social

a horas que no se les daría a otros pacientes, como a primeras horas a sabiendas de que no van a acudir...” (TS)

“Los profesionales que atienden en general sí, es decir los profesionales estamos sujetos a los prejuicios sociales y muchas veces lo más, digamos triste, es que los profesionales de la sanidad seamos los que participamos de esa situación, entonces sí que es a veces objeto de una diferente o a veces una mala atención o una mala praxis. (...) yo creo que los profesionales juegan un papel muy importante en la estigmatización del paciente y de hecho pues hay muchos profesionales que no quieren lidiar con este tipo de pacientes porque hacen atribuciones erróneas, entienden que si consumen es porque quieren, si no lo dejan es porque no les da la gana...” (M)

Los profesionales de la salud juegan un papel importante es la estigmatización de estas personas, ya que si ellas, que tienen que trabajar con personas con un trastorno adictivo no son capaces de aceptarlas y dejar de lado los estereotipos y prejuicios, es muy difícil que la sociedad, que por lo general están ajenas a estas personas, las acepten y las comprendan. También el paternalismo y las bajas expectativas sobre la rehabilitación son frecuentes entre los profesionales, ya que no hay que olvidar que se trata de pacientes con una enfermedad crónica.

¿Crees que el estigma y los prejuicios que hay en la sociedad los asumen como propios las personas con un trastorno adictivo?

En cuanto al autoestigma entre los pacientes tengo que decir que ha habido una evolución, ya que como dice una de los profesionales:

“En trastornos adictivos los primeros consumidores que se hicieron notorios y públicos en los 80 utilizaban el estigma como una forma de identidad propia, era una manera de distinguirse de los demás, de reivindicarse (...) les gustaba diferenciarse, se hacían notar, eran un “club” cerrado y muy selecto. (...)” (TS)

Los pacientes con una enfermedad mental y un trastorno adictivo, no hay que olvidar que estas siempre van juntas, se creen, y hacen suyos lo que se dice de ellos en la sociedad, hasta tal punto que hablan de ello como algo normal, lo tienen tan interiorizado que tristemente se lo creen. Esto no les ayuda a superar sus inseguridades, sino que debido a esto se aíslan y se sienten inferiores. Al final todo

está relacionado, si no se les ve como enfermos y se les ve como viciosos, no los vas a aceptar y tu opinión y visión va a ser la misma.

“Cuando les preguntas a ellos que es lo que realmente les ocurre pues te dicen que somos viciosos, incluso dentro de su argot hablan y dicen es que yo tengo el vicio, claro que lo asumen y como tal una de nuestras principales tareas pues es el intentar que lo entiendan como un trastorno (...) pero si lo entienden como un vicio, osea como un trastorno de la voluntad que se deja llevar por el placer, pues realmente es muy difícil que haya cambios y que su propia autoestima se hunda. (...). Es muy difícil que nos queramos a nosotros mismos si me reconozco como un vicioso. Si lo reconozco como un trastorno es más fácil que uno haga una reinterpretación de su vida e intente cambiar, y bueno, yo a ellos les digo, yo no conozco a ningún paciente, a ninguna persona con un trastorno adictivo que dice no, no, yo quiero ser un alcoholístico o yo quiero ser un heroinómano. (...)” (P1)

“(...) Todos entendemos muy claramente que patrones tenemos que funcionar y sin embargo una mujer puede perfectamente ser muy protectora en casa y dejar que su marido no haga las cosas de casa y atenderle y a pesar de que sabe perfectamente que es importante actuar de otra manera y tener concepto de la igualdad, pero luego no actúa como tal, esto nos pasa también en cosas más complejas como la salud mental o las dependencias, que creemos que sí, que es una enfermedad, tenemos teóricamente este concepto pero a la hora de funcionar, las actitudes que nosotros mantenemos, como tratamos a las personas y como tenemos realmente nuestro funcionamiento, no funcionamos con la teoría que nos han enseñado, sino con las actitudes que hemos adquirid. (...)” (P2)

“(...) Al final ellos muchas veces lo que hacen es lo que se espera de ellos también y el papel que hay en las sociedades...y el que les tiene marcados es ese, el propio papel de hacer las cosas de manera distinta como supuestamente lo hace la mayoría de la gente. (...)” (E.S 2)

Es tal, la aceptación que estas personas tienen sobre lo que se dice de ellos, que en muchos casos retrasan el ir a la consulta, por lo que se retrasa el diagnóstico o la intervención, porque creen que van a ser discriminados de alguna manera, bueno, demostrado está más arriba, tanto en la opinión de los propios pacientes como en la de los profesionales, que esto está pasando día a día en las consultas.

¿Crees que la visión que tienes en la actualidad respecto a las personas con un trastorno adictivo ha cambiado desde que trabajas con este colectivo?

Es evidente que el contacto y el trabajo día a día con un colectivo tan estigmatizado hace que tu visión cambie. El desconocimiento hace que actúes de una manera, pero una vez que palpas la realidad, esas actuaciones y visiones cambian. Esto queda patente en las respuestas de todos los profesionales, ya que a todos les ha cambiado la visión desde que trabajan con personas con un trastorno adictivo.

“Yo también he seguido el proceso de que al principio tenía la teoría pero no tenía la actitud y en la medida en la que yo he trabajado con ellos yo he ido cambiando más mi actitud de alguna manera igualando un poco la teoría que tenía sobre el concepto de enfermedad y alteración mental de las adicciones con mi actitud hacia ellos en cuanto al trato, en cuanto al compartir el sufrimiento que ellos tienen por algo que ellos no querían y que si lo han encontrado (...)” (P2)

“Yo creo que sí, yo creo que terminas conociéndoles en el aspecto más humano a ellos y muchas personas que vas viendo, que bueno, que son personas con un trastorno o con una serie de problemáticas, pero que toda la otra esfera personal y humana ahí la tienen, entonces bueno...yo creo que sí que va cambiando y que va cambiando en el día a día. (...)” (E.S1)

“Por supuesto que ha cambiado, porque afortunadamente han variado muchas cosas (...)Y afortunadamente ha habido un desarrollo muy importante de las neurociencias que nos ha ayudado a entender mecanismos mentales subyacentes en todo este proceso donde te das cuenta como, aspectos y estructuras cerebrales que tienen que ver con la memoria, con el aprendizaje y con el control de los impulsos y la inhibición de la respuesta están muy comprometidos, por lo tanto, la forma de entender y la forma de ver a estos sujetos adictos es muy diferente, de ver al paciente antisocial, asocial, que está trasgrediendo las normas sociales, a al paciente enfermo, adicto, con una enfermedad mental.”(E)

“Sí que he cambiado, sí que es cierto que antes de venir aquí, y cuando me dijeron que tenía que venir a un sitio de drogodependencias...la primera visión que tenía era...pues bueno el yonki, el yonki con las agujas metidas casi, vamos (...)que consumen porque quieren, que ellos se lo han buscado.(...) Sí que es verdad que cuando vienes aquí y te das cuenta de que, bueno de que se le entiende mucho más, que cambia tu visión, que

te das cuenta de que tu función es, ayudarlo, apoyarle para que deje de consumir...entenderle también el por qué están así (...) yo les veo de otra manera antes a ahora. Porque mi percepción ha cambiado a mejor, gracias a dios porque sí que tenía el cierto estigma drogadicto, en mal estado, el borracho, marginal...bueno pues que le ves como una persona que tiene sentimientos, que tiene un problema y que es un problema o una enfermedad crónica, ahora sí que lo veo, antes no, antes es que se drogan porque quieren (...) (M)

El conocimiento te abre las puertas y ves lo que hay detrás y lo entiendes mejor, y su crítica y rechazo desaparece. Cuando te das cuenta que hablas más de personas que de colectivos, es cuando dejas de utilizar los tópicos, y cuando personalizas cada caso y lo más importante, le das importancia a la persona y no a lo que se dice de ella.

Como conclusión de esta parte puedo decir que, los profesionales son conscientes del estigma que hay sobre los pacientes con los que trabajan todos los días, que hasta ellos mismos, en algún momento lo han sido, pero que el contacto les ha hecho cambiar su actitud. Es muy difícil tratar con este tipo de personas, porque en su mayoría son personas con una enfermedad crónica, y con un nivel bajo de casos en los que la persona deja la sustancia adictiva por completo. Al igual que la sociedad va evolucionando, la visión de las drogas, las personas que padecen un trastorno adictivo y las personas que trabajan con ellas cambia. No es lo mismo la sociedad que había en los 80, con la que hay ahora, al igual que su percepción y aceptación. Al igual que no es lo mismo y no está igual visto si la persona que tiene un trastorno adictivo es una mujer o un hombre, como dice una de las personas entrevistadas,

"(...) Si estamos hablando de la adicción en mujeres, donde ahí claramente muchas veces nos encontramos que la mujer es un paciente adicto, que digamos que está en inferioridad de condiciones con respecto al hombre de cara a los recursos de tratamiento porque siempre acuden mucho más tarde, precisamente por ese autoestigma que está compartido a veces desde su círculo familiar más inmediato y hace que se retraiga en la petición de ayuda." (M)

Por ello hay que seguir trabajando en la lucha contra el estigma entre los profesionales, ya que son personas que trabajan día a día con este colectivo, y sus intervenciones son trascendentales para la continuidad de estos en el sistema sanitario.

3.3 Estigma asociado a la enfermedad mental-trastorno adictivo en mi círculo social.

Este último eje se centra en personas de mi círculo social, tanto personas que han tenido contacto con este colectivo como no. La muestra con la que voy a realizar este análisis cuenta con 12 mujeres y 6 hombres, este número no ha sido a propósito, sino que ha sido pura casualidad. Esto nos refleja un dato importante y es que el papel de cuidador/a sigue recayendo en las mujeres, prácticamente todas ellas han ejercido de cuidadoras en algún momento de su vida, en cambio los hombres no.

. Las edades están comprendidas entre los 19 y los 57 años, para así poder hacer comparativas intergeneracionales si hubiese diferencias significativas. En la muestra no tiene un perfil en concreto, sino que es muy diverso.

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas, se pueden observar por medio de citas tomadas de las respuestas, siendo las más generales.

¿Qué es para ti tener una enfermedad mental?

- Una enfermedad mental es tener una alteración en el cerebro.
- Impide el desarrollo de las facultades mentales y físicas.
- Es una serie de problemáticas relacionadas en el funcionamiento cognitivo y afectivo, que puede generar limitaciones a la hora de relacionarse y de vivir dentro de la sociedad.
- No estar capacitado para llevar una vida normal.
- Un problema a largo plazo.

¿Crees que las adicciones a las drogas es una enfermedad, por qué?

- Todas las adicciones son enfermedad ya que podrían dificultar tu vida diaria.
- El consumo de drogas no es una enfermedad, enfermedad es cuando se produce la adicción y un consumo habitual.
- Es un problema, pero no una enfermedad, simplemente es una de las consecuencias del consumo.
- Sí, porque se pierde la capacidad y la facultad de decidir y razonar.

- No, ya que en una adicción se crea una dependencia física de la sustancia en cuestión, pero con síntomas que afectan a la mente.

¿Cómo ves a las personas con un trastorno adictivo?

- Gente cuya vida gira en torno a las drogas
- Depende del grado de adicción de las personas así como del deterioro físico de las mismas. Si sufren un deterioro físico muy visible, el rechazo social es mayor.
- Es un problema para la sociedad y para la persona misma.
- Personas que necesitan ayuda especial.
- Personas que se excluyen y que los excluimos de la sociedad.
- Mal, que han tirado su vida por la borda sin darse cuenta, y aunque siempre están a tiempo de arreglarlo, hay a veces que es demasiado tarde.

¿Qué te provoca una persona drogodependiente?

- Preocupación, tristeza, pena y alarma social
- Miedo, ya que pueden perder el control o hacer mal a otros para conseguir su dosis.
- Curiosidad de por qué ha terminado consumiendo, como han llegado a esa situación.

¿Crees que una persona con un problema de drogadicción puede rehabilitarse, por qué?

- Si puede rehabilitarse, siempre es posible superar un problema y una adicción.
- Sí, pero necesita apoyo y querer rehabilitarse, poner todo de su parte y reconocer que está enferma. Todo depende de la fuerza de voluntad que tenga la persona.
- En principio todo el mundo puede rehabilitarse, pero ya no va a volver a ser lo mismo, una persona dependiente lo es siempre, le supondrá mucho control de sí mismo no volver a “caer”.

¿Crees que el consumo de drogas es un problema grave que hay en la sociedad y con el que hay que trabajar?

- Sí, es un problema muy importante. Existe una cierta hipocresía en el tratamiento de las personas que consumen drogas. Existe una clara alarma social por el consumo de cannabis, speed, o cocaína, pero por el contrario no hay esa misma alarma social sobre el consumo masivo de alcohol y antidepresivos.
- Es un problema grave y cada vez el consumo empieza a edades más tempranas.
- Las drogas no son un problema grave, lo es su uso excesivo. una adicción a la comida basura o al azúcar puede ser igual o más peligrosa.
- Habría que cambiar la manera de trabajar contra el abuso de las drogas, ya que las campañas que se hacen anti-drogas no “calan” en la sociedad.

¿Las personas con problemas de consumos, crees que no lo dejan por qué no quieren o por qué no pueden?

- A veces la adicción es tan grande que les es imposible, pueden quererlo pero les resulta muy difícil y hay muchos que lo han perdido todo y ya les da igual, sienten que no lo van a conseguir porque las veces que lo han intentado han fracasado.
- Algunos no querrán, ya que las drogas en sí mismas tienen efectos placenteros y otros porque la adicción es muy fuerte.
- En muchas ocasiones no lo dejan porque no quieren y porque les gusta, y en otras porque se les hace imposible, tienen tal adicción que no pueden vivir sin ella.
- No lo dejan porque en un principio la mayoría de las veces no son conscientes de su problema.

¿La drogadicción es un vicio, una enfermedad o un problema social?

- Comienza siendo un vicio terminando en una enfermedad. Y se convierte en un problema social cuando ese consumo se generaliza y se normaliza.

- Es vicio cuando empiezas, enfermedad cuando te enganchas y un problema social cuando empiezan a aparecer las consecuencias del consumo.
- Es un problema social

¿Qué problemas asocias al consumo de drogas?

- Dependencia, pobreza y violencia.
- Problemas familiares, sociales y laborales, pérdida de empleo.
- Pérdida de autoestima, inseguridad en uno mismo, sentimiento de inferioridad en un grupo en el que todos consumen.
- Quedarse en la calle y vivir en ella, robos, enfermedades.
- Hacer cualquier cosa para conseguir la droga, cárcel, peleas, delincuencia.
- Diversión, gente con mucho dinero
- Barrios marginales donde los niños crecen rodeados de drogas.
- Exclusión social
- Fracaso en todos sus conceptos, el abandono y la rendición.

¿Es la pobreza un factor de riesgo para el consumo de drogas?

- Personas drogodependientes hay en todas las clases sociales.
- La pobreza es un factor determinante para no poder salir de las drogas.
- La pobreza es un factor que influye a que esas personas comiencen a consumir, muchas veces su fuente de ingreso es el trapicheo.
- Igual que consumen los pobres, los ricos también lo hacen, la riqueza, el éxito y los grandes lujos traen consigo el consumo de drogas.
- Lo es la pobreza y lo es el exceso de dinero, la primera por su atractiva facilidad para huir de los problemas (económicos por ejemplo) y en el otro por el fácil acceso a estas sustancias si tienes dinero.

Las conclusiones que puedo sacar del resultado son las siguientes. A grosso modo puedo decir que no hay ningún caso que destaque en comparación con el resto por alguna respuesta totalmente diferente. Y más o menos las respuestas se ajustan a lo que yo pensaba en un principio.

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

Así pues, todas las personas entrevistadas tienen una idea muy parecida a lo que es una enfermedad mental, en ningún caso han utilizado palabras despectivas a la hora de definir que era para ellos/as tener una enfermedad mental.

A la cuestión de si la adicción a las drogas es una enfermedad he visto que sí que hay diversidad de opiniones, por un lado están las que creen que sí que es una enfermedad porque se pierden las capacidades y las facultades de decidir y razonar, y por otro están las que opinan que no es una enfermedad ya que la adicción la consideran una consecuencia del consumo, este dato es significativo, porque la mayoría de las respuestas es un no, lo que me hace ver que la mayoría de las personas que me rodean saben lo que es una enfermedad mental, pero cuando se habla de consumos, estos no lo asocian a una enfermedad mental. Los trastornos adictivos son una enfermedad mental y además en su mayoría crónica y que casi en todos los casos van de la mano de otros trastornos como los trastornos de la personalidad o de la conducta, trastornos muy comunes cuando se habla de una adicción.

En todas las respuestas la visión de las personas con un trastorno adictivo es negativa, en algunos casos asocian el aspecto físico a la visión de esas personas, cuanto mayor es el deterioro, mayor es la visión negativa hacia ellos, en esta pregunta, en casi todos los casos a la hora de responder a esta pregunta lo hacían con la visión *del "típico hombre que está en un banco con un aspecto totalmente descuidado con ropas andrajosas...etc., y consumiendo alcohol, vamos transeúntes"*

A esta pregunta va enlazada la siguiente, que es lo que les provoca una persona con trastornos adictivos. En esta pregunta parece que todos/as se hubiese puesto de acuerdo ya que contestaron casi lo mismo en todos los casos. Les provocan miedo, preocupación, pena, lástima, y curiosidad, esta última por el morbo que el ser humano tiene por saber el problema que tiene la persona de al lado, o como ha llegado a esa situación, el saber por qué consume, qué consume, esos datos que no los conoces y quieres saberlos, simplemente por curiosidad, no te aportan nada, ni te hacen falta para nada, pero la curiosidad del ser humano es inevitable, y más en casa ajena.

En cuanto a los problemas que asocian a las drogas, vuelven a ser palabras negativas, donde se ve claramente los prejuicios que hay sobre este colectivo y el estigma que esto provoca. Asocian violencia, pobreza, robos, enfermedades, al igual que problemas

sociales, laborales y familiares. Un aspecto donde se ve los estereotipos de una persona con un trastorno adictivo es una de las respuestas que lo asocia con los barrios marginales y la exclusión social. Sí que tengo que destacar que una de las respuestas destaca sobre el resto, ya que contesta todo lo contrario al resto, esta persona asocia a las drogas la diversión y la gente con mucho dinero, aspectos que no están mal vistos y apenas lo asociamos a las drogas cuando se habla de ellas.

En todos los casos creen que las personas con un trastorno adictivo se pueden rehabilitar, pero si cuentan con el apoyo necesario para superarlo, y son conscientes de la enfermedad que tienen, apuntan que *“lo principal es el reconocimiento del problema, y que sin él, no hay cabida para una rehabilitación positiva”*. Es aquí donde entra el conflicto de la rehabilitación. Una persona con un trastorno adictivo, ¿no lo deja porque no quiere, o porque no puede? Este es un tema de gran trascendencia y de debate, ya que hay opiniones de todo tipo, unos opinan que quien no lo deja es porque no quiere, porque está a gusto como está y porque se sienten bien cuando han consumido, o que no lo dejan porque es tal la adicción que es imposible o incluso por cierta dejadez y frustración por haberlo intentado con anterioridad y no haberlo conseguido. *“A veces la adicción es tan grande que les es imposible, pueden quererlo pero les resulta muy difícil y hay muchos que lo han perdido todo y ya les da igual, sienten que no lo van a conseguir porque las veces que lo han intentado han fracasado.”* Apuntaba uno de los entrevistados.

Todos/as opinan que el consumo de drogas es un problema que hay en la sociedad, pero que no se trabaja de la manera correcta, es un tema que está ahí, pero no se hace lo suficiente, ya que cada vez el inicio del consumo se ve en edades más tempranas y *“se ve como normal que un adolescente consuma drogas los fines de semana, el alcohol, es una droga muy adictiva y que afecta a mucha parte de la población, yo creo que es una de las más peligrosas, y sin embargo está bien visto su consumo”* apunta una de las entrevistadas, *“sí que es un problema social, con las campañas anti drogas no es suficiente, no llegan al público, y los adolescentes no están preparados para enfrentar eso”*

Como hemos visto más arriba, para las personas entrevistadas, las drogas es un problema social, y así lo he podido comprobar en la pregunta en la que tenían que decir si la drogadicción era un problema social, una enfermedad o un vicio, ya que en

su mayoría han apuntado firmemente que es un problema social. El resto de las respuestas ven que es un problema social pero a consecuencia del proceso que sigue una persona con un trastorno adictivo. *“Es vicio cuando empiezas, enfermedad cuando te enganchas y un problema social cuando empiezan a aparecer las consecuencias del consumo.”*

Me han sorprendido las respuestas a la pregunta si la pobreza es un factor de riesgo para el consumo, ya que siguiendo las respuestas anteriores pensaba que iban a ser unas, y al analizarlas me he dado cuenta que distan bastante de lo que yo creía. *“Lo es la pobreza y lo es el exceso de dinero, la primera por su atractiva facilidad para huir de los problemas (económicos por ejemplo) y en el otro por el fácil acceso a estas sustancias si tienes dinero.”; “Igual que consumen los pobres, los ricos también lo hacen, la riqueza, el éxito y los grandes lujos traen consigo el consumo de drogas.”*

Esa es la respuesta que englobaría prácticamente el resto, ya que muchas apuntan a que el riesgo es tanto tener como no tener dinero. Sí que es cierto que hay un par de respuestas que apuntan que la pobreza determina el no poder salir de las drogas.

Tras haber leído y analizado todas las respuestas puedo concluir que el estigma y los estereotipos que existen sobre las personas con un trastorno adictivo sobre los que hacen referencia numerosos autores y artículos se confirman en mayor o menor medida con las respuestas dadas. El gran estigma que hay sobre este colectivo es tal, que tendría que “reciclarse” toda la sociedad y “empezar” de cero, en una sociedad donde no hubiese estereotipos, ya que es la única manera que veo de que una persona con un trastorno adictivo no sea juzgada y señalada. Y eso que hablamos de una sociedad más tolerante y más abierta, o eso se supone, donde cada vez se están normalizando más comportamientos que en el pasado estaba mal visto.

Sí que es cierto, hemos evolucionado, antes se juzgaba a las personas, en su mayoría hombres, que consumían drogas por vía intravenosa y eso era lo peor que se podía hacer, pero al igual que la sociedad ha ido evolucionando, las drogas y su consumo también, así esa droga y esa vía de administración ha pasado de moda para dar cabida

a un millón de drogas nuevas y más extendidas y normalizadas. Quiero decir, antes estaba mal visto que una persona se inyectase droga y esa práctica estaba asociada a cierta persona con ciertas características, pero eso ha pasado de moda y en la actualidad, es tal la cantidad de drogas que hay y maneras de consumo, que está mal visto el consumo de drogas en general, pero en un prototipo de persona, como dice una de las personas entrevistadas “el típico transeúnte que le ves en la plaza de los ajos a las ocho de la tarde con su cartón de vino, eso de día, si ya vas por la noche y te fijas, ves de todo”.

Aquí se crea una contradicción ya que está mal visto, y es un problema social, pero a la vez día a día se normaliza más. Si analizo la parte no verbal de las entrevistas y lo que me comentaron algunas personas al finalizar la entrevista puedo decir que, se les notaba que tenían en su cabeza la imagen de una persona con un trastorno adictivo y aunque intentaban “quedar bien” en algún momento, al final salía lo que pensaban realmente. Tengo que recalcar que el papel de la mujer en las respuestas ha sido invisible, ya que en ningún momento han hecho referencia a que las mujeres también tienen problemas de adicción, es aquí donde también se ve los estereotipos. Una vez terminadas algunas entrevistas les pregunté a ver qué pensaban sobre las mujeres con problemas adictivos, y en algunos casos su cara fue de sorpresa, de no saber qué decir, y una vez que hice la pregunta, estas personas se lo plantearon, me dijeron que si, que las mujeres también consumían, una de ellas me dijo “claro que las mujeres toman drogas, pero no de la misma manera que los hombres, ellas toman drogas más blandas, antidepresivos, alcohol...y ellos más duras como cocaína, yo creo que dentro del mundo de las drogas hay como drogas de chicas y drogas de chicos, y está claro que está peor visto que por ejemplo, una mujer con familia consuma que un hombre en la misma situación.” Esta cita es un claro ejemplo y creo que no se podría ejemplificar mejor, el doble estigma que hay sobre las mujeres y el sistema patriarcal en el que vivimos, que una mujer con familia consuma está mal visto, pero que lo haga un hombre no. La diferenciación de drogas entre “chicas y de chicos” existe y por triste que parezca esto está pasando, hay segregación por sexos en todo lo que se puede, e incluso en el consumo de drogas.

3.4 Balance general del trabajo empírico.

Las personas con un trastorno adictivo perciben claramente el efecto que el estigma social tiene sobre distintos ámbitos de su vida. Los estereotipos sociales, los prejuicios que éstos conllevan y las actitudes hacia la enfermedad mental dan lugar a comportamientos discriminatorios que impiden, frecuentemente que su integración social sea plena. Todo esto lleva a estas personas a anticiparse al rechazo por parte de los demás, lo que les lleva por un lado a ocultar su enfermedad y por otro al aislamiento. Al igual que ellos, los profesionales que trabajan en la rehabilitación psicosocial perciben claramente el estigma social, lo que supone para una persona tener este tipo de problema. Para los profesionales, el estigma de la enfermedad mental es el principal problema para la integración en la sociedad de las personas con enfermedad mental. Consideran que existen una serie de ideas erróneas sobre la enfermedad mental que se centra en las causas de la misma. Estos mitos parecen que siguen presentes en la población y en las propias personas con enfermedad mental. La idea central es considerar a la persona con enfermedad mental culpable de su problema. Este tipo de ideas es una de las principales fuentes de autoestigma, ya que genera un sentimiento de culpa y vergüenza. A la vez, todo esto provoca que ninguna de las personas que han participado pertenezcan a alguna asociación donde se trate su problema.

La falta de información y el desconocimiento sobre la enfermedad mental es una de las principales causas del estigma que existe en la sociedad, además este desconocimiento lleva a una serie de ideas erróneas sobre la enfermedad mental que influyen en el estigma. El rechazo se manifiesta de diversas formas, pero la más frecuente es la ausencia de comprensión y la negación de ayuda por parte de la sociedad y en algunos casos de las propias familias y amigos.

También, parte importante de este proceso es la población en general, y mi círculo social en particular. Estos parecen disponer de un nivel de conocimiento intermedio, mostrando niveles medios de estigma sobre las personas con un trastorno adictivo. Aun así, tienen una cierta percepción de peligrosidad, dando lugar a reacciones de miedo y comportamientos evitativos.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Para realizar este trabajo he leído, observado y preguntado mucho, para tener una visión lo más amplia posible, dentro de mis posibilidades. Por ello puedo decir que, sólo cuando estás inmersa o en contacto con un problema, sea el que sea, tienes la capacidad de dejar los prejuicios y el estigma que hay sobre ello, abrir los ojos y ver la realidad. Para poder opinar de un tema, primero hay que saber, y a eso se aprende leyendo e informándose del fenómeno del que vas a hablar. Con esta tarea mi conocimiento ha crecido, y puedo decir que ahora veo a las personas con un trastorno adictivo de diferente manera. Ahora veo a personas, antes veía “carcasas”, no veía más allá del consumo.

Como segundo punto puedo decir que las cosas no surgen al azar, que si el trabajo social existe es por algo, y que su labor es imprescindible en salud mental, ya que detrás del problema clínico hay un gran problema social del que sin una ayuda, no se rehabilita, y tan importante es la rehabilitación clínica, como la social, por lo que ningún profesional está mejor cualificado que el trabajador/a social para desempeñar esta función. También he descubierto como ha ido evolucionando la visión de las personas con un trastorno adictivo a lo largo de los años. Las drogas son un fenómeno que van evolucionando y cambiando a la par que lo hace la sociedad. Estas son universales, y en todas las ciudades hay problemas con ellas, pero existe una lucha a nivel europeo que trata de concienciar a la sociedad de que es importante que se luche contra el consumo descontrolado de drogas, tanto legales como ilegales. El problema no está en un consumo responsable, sino en el abuso de las sustancias. Por ello las campañas que se realizan para combatir este fenómeno no llegan hasta donde tienen que llegar.

Reflexionando un día con uno de los psicólogos del centro donde he hecho las prácticas de 4º de carrera, llegue a una conclusión que veo oportuno contar. Cuando hablamos de drogas legales, lo hacemos haciendo referencia al tabaco y al alcohol. Se igualan los términos y la aceptación en ambos casos, o eso creemos, porque, ahí va mi reflexión, ¿Por qué no se hace una campaña tan agresiva con el alcohol, como la que se hizo hace unos años con la del tabaco? ¿Por qué no se limitan los anuncios de bebidas alcohólicas en los medios de comunicación tanto visuales como escritos? ¿Por

qué no se restringe su consumo? ¿Por qué no se hace nada, si es la causa por la que más personas terminan con un trastorno adictivo al alcohol? Este es una de las principales causas, por no decir la principal en causar adicción y por consiguiente, los problemas que ello conlleva. Pero está tan socialmente interiorizado que es impensable el hacer algo más que simples campañas con "el alcohol mata, no bebas al volante", esto no es suficiente, al igual que en las cajetillas de tabaco hay fotos de gargantas y pulmones destrozados, en las de alcohol, no hay vidas y familias destrozadas por un consumo de años. No pone que el abuso del alcohol durante años, causa deterioro cognitivo, no dice que el no poder salir de fiesta sin beber es un problema y que su consumo descontrolado te lleva a una dependencia tal, que sólo piensas en beber y se convierte en el centro de tu vida, en la que todo gira en torno ella. Vivimos en una sociedad que le gusta la fiesta, y fiesta es igual a consumo de alcohol. Me hace gracia ver las campañas de la DGT instando a la sociedad a un consumo responsable y "cero alcohol al volante" ya que si vas por la autopista y paras en una estación de servicio y entras, verás una de las repisas llenas de botellas de alcohol, te dicen que no bebas, y dónde no tienes que hacerlo, pero no lo retiran. Es como si a un niño le dices que no coja las gominolas de la mesa pero las dejas ahí. Estando con personas que han sufrido o que están en plena lucha contra su adicción, te das cuenta de que le puede pasar a cualquiera, que nadie está exento en algún momento de su vida de sufrir un trastorno adictivo. Que el alcohol sea tan aceptado es un gran problema para la sociedad. Y si en esta reflexión me he centrado tanto en él, es precisamente por eso, porque con el resto de las drogas existe una conciencia mayor de lo que conlleva y no están tan bien vistas.

Por todo esto, el trabajo social es un pilar fundamental en la recuperación de estas personas, ya que parte de su problema viene dado por la sociedad. Me he dado cuenta que en el proceso de rehabilitación de personas drogodependientes el trabajo social es imprescindible. Es de vital importancia que estas personas recuperen en la medida de lo posible su círculo social, ya que si ningún tipo de apoyo, sin nadie que te acompañe en el proceso, es muy difícil que el consumo cese. Hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes, tienen una enfermedad crónica, de la que nunca se van a recuperar y con la que siempre van a tener una lucha interna. Siempre van a tener que

luchar contra la tentación de volver a consumir, me he dado cuenta de que muchos piensan que una vez que llevan un tiempo abstinentes si consumen una copa, o un porro, por ejemplo, no les va a pasar nada, porque llevan mucho sin probar nada, pero es ahí, en ese momento, en el que recaen sin darse cuenta, ya que piensan “por una no pasa nada” pero sí que pasa, pasa todo, una es el inicio de una nueva recaída, por eso, si esta persona tiene alguien que le apoye y con la que contar esa recaída puede que no llegue, o que le resulte más difícil, y por eso es tan importante el papel del trabajo social.

Con la investigación quería comprobar si es cierto todo lo que había leído y visto, y en parte me ha sorprendido. Yo pensaba que los niveles de estigma en mi círculo social iban a ser mayores de lo que han resultado ser. Como toda persona, tienen sus prejuicios sobre las personas con trastornos adictivos, pero estos no son radicales, ni conceptos fuera de lo “normal”. Sí que he visto que lo que ellas perciben de las personas con problemas de adicción, estas también lo hacen. Quiero decir que si la sociedad dice de ellos que son unos viciosos, ellos lo interiorizan y utilizan en su vocabulario “soy un vicioso”.

El hacer esta pequeña investigación me ha ayudado a darme cuenta a mí misma de mis propios prejuicios. Prejuicios que he adquirido en la infancia, sin darme cuenta, de manera inconsciente, al ir creciendo, pero que utilizarlos desde el desconocimiento puede hacer mucho daño.

Tras mis entrevistas me he dado cuenta de tres cosas. La primera es que, por mucho que a una persona se le medique y se le aisle en un centro para desintoxicarse, por ejemplo, no sirve de nada si la parte social no se trabaja desde el principio, ya que es la parte más importante de todo el proceso. El tener a una persona que te apoye y te ayude es de vital importancia para la recuperación de estas personas; la segunda es que una de las áreas más deterioradas en los pacientes con un trastorno adictivo es el social, pierden toda habilidad social que se adquiere al crecer, y hay que volver a empezar y a enseñarles; y por último que la sociedad juega un papel importante en el aislamiento y deterioro del ámbito social en este tipo de paciente.

Me sorprende la sensación de “espejo” que tienen los pacientes, ya que reflejan en ellos mismos el comportamiento y la manera de ser que la sociedad dice de ellos,

hasta tal punto, que creen que son así. Imagino que si durante mucho tiempo estás escuchando que eres un vicioso, o que eres un vago, al final te lo crees y actúas como tal, aunque no seas cierto.

El desconocimiento social sobre enfermedad mental, y sobre lo que es un trastorno adictivo, no refleja en absoluto la realidad de estas personas. Se ve a la persona como una “borracha” o una “drogadicta” que no lo deja porque no quiere, no se ve que es una persona, que tiene un problema de dependencia hacia una sustancia que no le deja llevar una vida sana, que no es consciente del problema que tiene, y que cuando lo ha sido, se le ha derrumbado todo, que quiere dejar de sentir esa dependencia, que quiere dejar de consumir, pero que por motivos desconocidos no puede, y eso les frustra. Hay muchas de estas personas que conseguirán dejar atrás el consumo, pero hay otras muchas que se vuelven crónicas, que lo intentan una y otra vez, que consiguen estar abstinentes durante un tiempo, pero de repente un día algo cambia y vuelven a caer en el consumo. Y de esto te das cuenta conviviendo con ellos, viendo a la persona en su completo.

El cambio consiste en iniciar un cambio de estereotipos que permita eliminar los prejuicios y los comportamientos de discriminación hacia las personas con un trastorno adictivo.

Cuando derribamos muros, pasamos de una mirada escéptica, negativa y de rechazo, a otra centrada en la realidad y de ayuda.

“Nuestra meta es conseguir lo mismo que en la lucha contra la discriminación por raza, género u orientación sexual. No debe haber espacio para el estigma en el tercer milenio” (Declaración de intenciones de la campaña británica Changing Minds 1998-2003)

REFERENCIAS

Libros

- Díaz Palacios et al. 2002. *Funciones del trabajador social en salud mental-adultos. Trabajo social en el Sistema Sanitario Público. Balance, análisis y perspectiva*. Oviedo, KRK ediciones.
- Barg, L. 2006. *Lo interdisciplinario en salud mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Cardús, S. 1999. *La mirada del sociólogo*. Barcelona: Ed. Proa.
- Corrigan, P. W. 1998. *El impacto del estigma de la enfermedad mental grave. Práctica cognitiva y conductual*.
- Fernández, X. 1997. *La supervisión del trabajo social en salud mental*. RTS 145: 48-58.
- García López, R. 2004. *Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinaria? Cuadernos de trabajo social 17: 273-287. Guía de organizaciones del servicio de trabajo social en atención especializada, (INSALUD, 2000)*. Madrid: subdirección de coordinación administrativa.
- Garcés Trullenque, E. M^a. 2010. *El trabajo social en salud mental*. Cuadernos de Trabajo Social, (23), 333-352. Universidad de Zaragoza
- Goffman, E. 1989 Estigma. *La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
- Guimon, Ugartechea, J. 2002. *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Ginebra, Madrid, Nueva York: Core Academia.
- Guimon, Ugartechea, J. 2008. *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: servicio editorial de la universidad del País Vasco.
- J. Comelles y M. Bernalfés. *Salud mental, Diversidad y Cultura*, 2008. Asociación Española de neuropsiquiatría, Madrid.
- Kinserman, N. 1986. *Manual de Trabajo Social*. México: prensa mexicana.
- Rodríguez, Rodríguez, A. (coord.) 1997. *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: ediciones pirámide.
- Taylor, J.S. y Bogdan, R. 1986. *La introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós

United Nations. 1998. *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad*. Madrid: Real patronato de prevención y atención a las personas con minusvalía.

Revista

Nomadas. 4. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas. ISSN 1578-67030. Procesos de la construcción de un enigma: La exclusión social del drogodependiente. Francisco Javier Rubio Arribas.

Campaña informativa sobre la enfermedad mental, Anasaps, 2012

Páginas Web.

Diario público.26-6-2013. Madrid. La ONU advierte de la rápida proliferación de las drogas legales. <http://www.publico.es/internacional/457870/las-onu-advierte-de-la-rapida-proliferacion-de-las-drogas-legales>

Diario público.25.-6-2013. Madrid. El alcohol gana terreno. <http://www.publico.es/actualidad/457810/el-alcohol-gana-terreno>

Diario público. 1-7-2013. Madrid. El doble estigma de ser mujer y drogodependiente. <http://www.publico.es/actualidad/458118/el-doble-estigma-de-ser-mujer-y-drogodependiente>

Diccionario de la lengua española, vigésimo segunda edición. (2001) Disponible (Mayo 2014)<http://lema.rae.es/drae>

Changing minds. Every family in the land. 1998-2003. Reino Unido e Irlanda. Disponible (Marzo 2014) <http://pb.rcpsych.org/content/24/7/267.full>

Clasificación de trastornos mentales CIE-10. Disponible (Mayo 2014.) http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasificaci%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf (Pág. 34-35)

Consejo de la juventud de España. Disponible (Abril 2014) <http://www.cje.org/en/en-que-trabajamos/salud-sida-y-drogas/como-esta-el-tema/como-esta-el-tema-sobre-salud-sida-y-drogas/>

Corrigan, P. W., y Kleinlein, P. 2005. *El impacto del estigma en la enfermedad mental*. Disponible (Abril 2014)<http://psycnet.apa.org/books/10887/>

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

Crocker, J., Major, B., y Steele, C., 1998. *El manual de la psicología social*. Disponible (Abril 2014) <http://gtt-vih.org/book/print/2064>

Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud. 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. Centro de publicaciones. Disponible en (Abril 2014). <http://publicaciones.administracion.es>

Gaceta de antropología, 2005, 21, artículo 25 Disponible en (Abril 2014) <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2783>

Glosario de términos de alcohol y drogas, 1994 OMS. Disponible en (Abril 2014) <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>

Goffman, E. 1963. *Estigma: Notas sobre la gestión de Identidad estropeado*. Disponible en (Mayo 2014) <http://sociology.about.com/od/Works/a/Stigma-Notes-On-The-Management-Of-Spoiled-Identity.htm>

La Declaración de Helsinki (2005) de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en (Abril 2014) <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf>

Lemus Martín, S. 2007. *Estereotipos y prejuicio de género: Automatismo y modulación contextual*. Granda, universidad de Granada, Tesis doctoral. Disponible en (Abril 2014) (<http://hera.urg.es/tesisugr/17243579.pf>).

Libro verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea (2005). Disponible en (Abril 2014) http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_es.htm

Link, B. G. 1987. *Comprender los efectos de etiquetado en el área de los trastornos mentales: una evaluación de los efectos de las expectativas de rechazo*. Disponible en (Marzo2014) <http://www.socialactionrt.org/2012/12/11/understanding-labeling-effects-in-the-area-of-mental-disorders-an-assessment-of-the-effects-of-expectations-of-rejection/>

Link, B, G., Cullen, F.T. Frank, J., y Wozniak, J. F. 1987. *El rechazo social de los ex pacientes mentales para entender por qué importan las etiquetas*. Disponible en (Mayo 2014) <http://www.socialactionrt.org/2013/01/22/the-social-rejection-of-former-mental-patients-understanding-why-labels-matter/>

Link, B. G. y Phelan, J.C. 2001. *Conceptualización del estigma*. Disponible en (Abril 2014)

<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363><http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Like minds, like mine. 1997. Nueva Zelanda. Disponible (Marzo 2014)

<http://www.mentalhealth.org.nz/page/61-teams+like-minds-like-mine>

Metha, S., y Farima, A. 1988. *Estigma Asociativo: Percepciones de las dificultades de los niños en edad universitaria de padres estigmatizados*. Disponible en (Abril 2014)

OMS. 1983. Disponible en (Abril 2014)

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ottati, V. Bodenhausen, G. V., y Newman, L.S.2005. *Modelos sociales psicológicos de la enfermedad mental, el estigma*. Disponible en (Abril 2014)

<http://psycnet.apa.org/books/10887/004>

Rosenfield, S. 1997. *Etiquetado de la enfermedad mental: los efectos de los servicios recibidos y el estigma percibido en la satisfacción vital*. Disponible en (Abril 2014)

<http://www.academicroom.com/article/labeling-mental-illness-effects-received-services-and-perceived-stigma-life-satisfaction>

Salud mental y medios de comunicación: Guía de estilo. 2004. España (Disponible Mayo 2014) <http://feafes.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

Stafford, M. C., y Scott, R. 1986. *Algunas cuestiones conceptuales: estigma y control social*. Disponible en (Marzo 2014) http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-7568-5_5#page-1

The Mindframe Media and Mental Health Project. 2002-2003. Australia. Disponible (Marzo 2014) <http://www.mindframe-media.info/home/mindframe-national-media-initiative>

Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental. 2005. España. Disponible (Marzo 2014) <http://feafes.org/publicaciones/todos-somos-parte-tratamiento-enfermedad-mental-6603/>

United Nations Office on drugs and crime. Disponible en (Marzo 2014) <http://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

http://adiccionestemasdrogas.blogspot.com.es/2008/06/conceptos-bsicos_24.html

<http://hera.urg.es/tesisugr/17243579.pdf>

Zero estigma. 2004. Europa. Disponible (Marzo 2014)

<http://feafes.org/publicaciones/campana-zeroestigma-6511/>

ANEXOS

Anexo I.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Género

Hombre

Mujer

Edad

Lugar de residencia

Con quien convivo

Solo

Padres

Hermanos

Pareja

Hijos

Familia propia

Otros familiares

Otros

Tengo hijos

Si

No

Si la respuesta es sí, cuantos

Nivel de estudios

Sin estudios

Elementales/Primarios/EGB

Bachillerato/Secundaria/BUP/ESO/FP

Universitarios

Situación laboral

En paro

No trabaja

Estudiante

Trabajo protegido o supervisado

Pensión de invalidez permanente

Otros

Si no trabaja, procedencia de sus ingresos

Pensión no contributiva

Pensión contributiva

RIS

Orfandad

Hijo a cargo

Otros

No sabe

Nivel de ingresos mensuales

No sabe

Menos de 300 euros

300-900

900-1500

Situación jurídica

Ninguna

Curatela/tutela patrimonial

Tutela

No sabe

Pertenezco a alguna asociación de personas con enfermedad mental

Sí

No

2. AISLAMIENTO/INTEGRACIÓN SOCIAL

Tiempo que paso solo a lo largo del día

0-3 horas/Muy poco tiempo

3-6 horas/Algún tiempo

6-9 horas/Bastante tiempo

Frecuencia con la que inicio una conversación en casa

Casi nunca

Pocas veces

Algunas veces

Frecuentemente

Frecuencia con la que salgo de casa

Casi nunca

Pocas veces

Algunas veces

Frecuentemente

Como reacciono ante la presencia de extraños

Los evito

Me pongo nervioso

Los acepto

Me agradan

Frecuencia con la que me siento capaz de mantener una conversación sensata

Casi nunca

Pocas veces

Algunas veces

Frecuentemente

Dificultad/facilidad actual que tengo para hablar con la gente

Mucha facilidad

Alguna facilidad

Una cosa media

Alguna dificultad

Mucha dificultar

3. SOY O ME SIENTO CAPAZ DE:

Comprar cosas en tiendas/hacer la compra

Manejar dinero

Organizar mis gastos

Salir de casa solo/a

Buscar trabajo

Realizar alguna actividad con más personas (por ejemplo clases de pintura, baile...)

Conocer gente nueva

4. EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES HE REALIZADO ALGUNA ACTIVIDAD. Sí No

Si la respuesta es sí:

Ir al cine

Ver deportes

Visitar algún sitio de interés

Visitar familiares en sus casas

Recibir visitas de familiares

Visitar amigos

Asistir a reuniones familiares como cumpleaños, bautizos...

Gema Tello García

Practicar deporte

Salir a comer o cenar

Otros

5. EMPLEO/OCUPACIÓN

Tengo empleo regular Sí No

Tipo de trabajo (hostelería, mantenimiento, fábrica...)

Meses que llevo en ese trabajo

He trabajado alguna vez Sí No

Creo que soy capaz de realizar algún tipo de trabajo

Seguro que sí

Tendría dificultades

Seguro que no

Frecuencia con la que intento buscar trabajo

Casi nunca

Pocas veces

Algunas veces

Frecuentemente

Reconocimiento incapacidad laboral Sí No

Reconocimiento de minusvalía Sí No

Soy ama de casa

Participo en cursos de formación laboral o rehabilitación

6. PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

La relación con mi familia es:

Muy buena

Regular

Mala

Muy mala

Frecuencia con la que tengo tensiones en mi familia

Nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre

Me siento criticado por algún familiar

Nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre

Me siento excesivamente protegido por mi familia

Nunca

Algunas veces

Bastantes veces

Casi siempre

A qué se debe mi enfermedad

Sucesos vitales negativos

Estrés

Dificultades en relacionarme con la gente

Problemas familiares

Dificultades en la infancia

-
- Cúmulo de circunstancias
 - Predisposición + circunstancias vitales
 - Otros factores sociales
 - Otros factores psicológicos
 - No se

7. ESCALA DE EVALUACIÓN DE RECUPERACIÓN (marca con una X las situaciones o comportamientos con los que te sientas identificado/a)

Si recaigo, podré afrontarlo y tendré quien me ayude a superarlo de nuevo

Tengo personas con las que puedo contar

Para conseguir los objetivos que me he planteado es imprescindible que esté abstinentemente

Estando en abstinencia me apetece hacer planes con mi familia/amigos/compañeros...

No se pedir ayuda

Pido ayuda cuando la necesito

Soy la única persona responsable de mi mejoría

Puedo manejar el estrés y las situaciones que me llevan o me recuerdan a cuando consumía.

MARCA CON UNA X CUANDO TE SIENTAS IDENTIFICADO/A

Factor 1: Alienación.

1. Me siento fuera de lugar en el mundo
2. Vida arruinada
3. La gente sin una enfermedad como la mía no podría entenderme
4. Me siento avergonzado/a
5. Me siento decepcionado/a conmigo mismo/a
6. Me siento inferior

Factor 2: Asignación de estereotipos.

7. Los estereotipos sobre enfermedad mental se refieren a mí
8. Violencia
9. Otros han de tomar decisiones por mi

El estigma en personas con enfermedad mental. Trastornos adictivos.

-
10. Imposibilidad de vivir una vida buena y satisfactoria
 11. No puedo contribuir en nada a la sociedad

Factor 3: Experiencia de discriminación.

12. La gente me discrimina
13. Los demás piensan que no puedo conseguir mucho
14. La gente me ignora o me toma menos en serio
15. La gente es condescendiente conmigo y me trata como un niño/a

Experiencias directas de discriminación:

16. Área laboral
17. Vida académica
18. Familia o pareja
19. Área sanitaria
20. Lugares de ocio
21. Servicios sociales
22. Amigos
23. Otras personas con enfermedad mental

Factor 5: Aislamiento social.

24. No hablo mucho para no cargar a los demás
25. No tengo tantas relaciones sociales como antes
26. Los estereotipos me mantienen aislado/a del mundo "normal"
27. Me mantengo al margen de situaciones sociales para proteger a familia y amigos de la vergüenza
28. Soy capaz de vivir la vida del modo que quiero
29. Puedo tener una vida buena, satisfactoria
30. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona superviviente fuerte

Anexo II.

ENTREVISTA A LA MÉDICO DEL HD ZURIA

1. ¿Crees que los profesionales forman parte del proceso de estigmatización que hay sobre las personas con trastornos adictivos?

Los profesionales que atienden en general sí, es decir los profesionales estamos sujetos a los prejuicios sociales y muchas veces lo más, digamos triste, es que los profesionales de la sanidad seamos los que participamos de esa situación, entonces sí que es a veces objeto de una diferente o a veces una mala atención o una mala praxis. La percepción que el profesional tenga. En tema como drogas ilegales fundamentalmente porque aparecen aspectos punitivos, o aspectos que el profesional infiere que el paciente hay una condición volitiva por la que consume porque quiere, puede dejarlo si no quiere. Por otro lado, sustancias legales como el alcohol, también eso es muy importante porque podemos pasarnos de exceso de estigmatización en peyorativo o en punitivo y quedarnos en matizaciones en negativo y hay muchas veces que no identifican muchos profesionales, a lo mejor un proceso de dependencia de alcohol pues porque todos filtramos la información y filtramos las situaciones desde nuestra propia percepción. Si yo soy un profesional de la salud, imagínate, o de lo social, pero que tengo un consumo medio-alto de alcohol, siempre voy a valorar el consumo del de enfrente en función de lo que para mí son parámetros de normalidad, por lo cual pues ahí también estoy haciendo una cierta estigmatización pero a la inversa, en negativo. Pero si, yo creo que los profesionales juegan un papel muy importante en la estigmatización del paciente y de hecho pues hay muchos profesionales que no quieren lidiar con este tipo de pacientes porque hacen atribuciones erróneas, entienden que si consumen es porque quieren, si no lo dejan es porque no les da la gana, y pues igual les falta conocimiento mucho más profundo de ver que la adicción es una enfermedad que afecta también a la voluntad del individuo hacia esa sustancia de la que depende.

2. ¿Crees que el estigma y los prejuicios que hay en la sociedad los asumen como propios las personas con un trastorno adictivo?

Si, sí, y este es un elemento que lo llevan con bastante dolor. Muchas veces incluso a la hora de una consulta retrasan el ir a la consulta, por lo tanto se retrasa un diagnóstico o una intervención, pues porque creen que van a ser enjuiciados o discriminados de laguna manera, entonces ese autoestigma es muy importante, y más aún si estamos

hablando de la adicción en mujeres, donde ahí claramente muchas veces nos encontramos que la mujer es un paciente adicto, que digamos que está en inferioridad de condiciones con respecto al hombre de cara a los recursos de tratamiento porque siempre acuden mucho más tarde, precisamente por ese autoestigma que está compartido a veces desde su círculo familiar más inmediato y hace que se retraiga en la petición de ayuda.

3. ¿Crees que la visión que tienes en la actualidad respecto a las personas con un trastorno adictivo ha cambiado desde que trabajas con este colectivo?

Buaaa, por supuesto que ha cambiado, porque afortunadamente han variado muchas cosas, date cuenta que estamos hablando de los últimos 25 años. yo empecé a trabajar con el boom de la heroína, donde estábamos con pacientes normalizados, sin una psicopatología previa, en un rango de edad saliendo un poquito de la adolescencia... y entonces se abordaba desde que eran pacientes que estaban, bueno digamos que habían tenido un desarrollo erróneo en cuanto a valores educativos y más y había que reconducirlos, entonces pues era esta pelea de luchar con el heroinómano, o el adicto, desde que era una persona, antisocial, en cuanto que se saltaba todas las normas establecidas a nivel social y toda la connotación de marginalidad que esto tenía. Esto desde luego no orientaba a hacer un abordaje y un tratamiento completamente diferente a lo que ahora en este momento se sabe, pues porque en estos 25 años se ha pasado de entender la adicción como una enfermedad social o un problema social, a entender la adicción como un problema mental. Y afortunadamente ha habido un desarrollo muy importante de las neurociencias que nos ha ayudado a entender mecanismos mentales subyacentes en todo este proceso donde te das cuenta como, aspectos y estructuras cerebrales que tienen que ver con la memoria, con el aprendizaje y con el control de los impulsos y la inhibición de la respuesta están muy comprometidos, por lo tanto, la forma de entender y la forma de ver a estos sujetos adictos es muy diferente, de ver al paciente antisocial, asocial, que está trasgrediendo las normas sociales, a al paciente enfermo, adicto, con una enfermedad mental.

ANEXO III.

ENTREVISTA A LA TRABAJADORA SOCIAL DEL HD ZURIA

4. ¿Crees que los profesionales forman parte del proceso de estigmatización que hay sobre las personas con trastornos adictivos?

No siempre pero si, si en parte si, incluidos incluso los que trabajamos con personas con este tipo de trastornos pero si, desde que toman contacto con la red sanitaria están estigmatizados....desde atención primaria cuando acuden al médico de cabecera pues por el tipo de atención que se les da cuando van para que se les atienda con alguna enfermedad y tal, el modo que se les trata, a veces por demasiada atención, y otras veces por escasa atención. Hasta luego cuando vienen al centro de salud mental, aquí hemos visto que se les cita a horas que no se les daría a otros pacientes, como a primeras horas a sabiendas de que no van a acudir...si, si yo creo que los profesionales formamos parte de ello.

5. ¿Crees que el estigma y los prejuicios que hay en la sociedad los asumen como propios las personas con un trastorno adictivo?

Si también, bueno de hecho, en trastornos adictivos los primeros consumidores que se hicieron notorios y públicos en los 80 utilizaban el estigma como una forma de identidad propia, era una manera de distinguirse de los demás, de reivindicarse, y bueno eso,...buuuf y eso permanece y eso que los adictos de ahora se caracterizan por intentar estar lo menos marcados posibles pero....si aún queda.

El abordaje del tratamiento en personas con trastornos empezó por los movimientos sociales de los 80 para tratar a los heroinómanos. Además les gustaba diferenciarse, se hacían notar, eran un "club" cerrado y muy selecto. Esto se ha retratado hasta en las películas, como en el Pico, en ella se ve muy bien el perfil de estas personas, también el perfil de estas personas se ve reflejado en vaya semanita, cuando salen vendiendo pañuelos. Querían que se les viese así.

6. ¿Crees que la visión que tienes en la actualidad respecto a las personas con un trastorno adictivo ha cambiado desde que trabajas con este colectivo?

Bueno...quizá si en el sentido de que en la experiencia de tantos años de trabajo con ellos te hace ser más tolerante para algunas cosas, más comprensiva y sobre todo, bueno...pues al incorporaren el equipo compañeros sanitarios te aporta una visión

*clínica, más de trastorno adictivo como una enfermedad y un trastorno mental, bueno
pues si...aporta.. bueno, otro prisma a la hora de atender este tipo de trastorno.*