

La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana

Stigmatizing dynamics: generation and maintenance of stigma and self-stigma associated with mental disorder in everyday life

Adrian Badallo Carabajosa, Francisco Ballesteros Pérez, Antonio Bertina, Yaiza Cerezo Quintana,
María Belén Magro Sánchez y Sonia Polvorinos Galán
Grupo5, España¹

Resumen: Los recursos de Rehabilitación Psicosocial son testigos de cómo, en el día a día, las personas que atienden se enfrentan a experiencias de discriminación en distinto grado que repercuten negativamente en su vida. Partiendo tanto del conocimiento práctico, como de los aportes procedentes de diferentes disciplinas científicas, se propone y explica el concepto de dinámica estigmatizante. Este constructo muestra cómo, en la vida cotidiana, se genera, mantiene y actúa el estigma asociado a la enfermedad mental. Se postula que intervenir sobre este aspecto permitirá no sólo incrementar la eficacia de los procesos de recuperación, sino generar sinergias con otras acciones antiestigma. De este modo, la atención desde la Rehabilitación Psicosocial ayudará a los afectados a afrontar situaciones de discriminación en su entorno próximo.

Palabras clave: estigma, autoestigma, enfermedad mental, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial.

Abstract: From Psychosocial Rehabilitation resources, we are witnesses to the experiences of discrimination in different degrees that people who are attended in rehabilitation resources have to face normally. This kind of behavior causes low self-worth and isolation. Combining practical and scientific knowledge, the concept of stigmatization dynamics is proposed

¹ **Adrian Badallo** es psicólogo en el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral. **Francisco Ballesteros** es psicólogo en el Centro de Rehabilitación Laboral de Fuencarral. **Antonio Bertina** es educador en el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral. **Yaiza Cerezo** es Técnico de Empleo en el Centro de Rehabilitación Laboral de Fuencarral. **María Belén Magro** es Maestra de Taller en el Centro de Rehabilitación Laboral de Fuencarral. **Sonia Polvorinos** es Técnico de Integración Laboral en el Centro de Rehabilitación Laboral de Fuencarral. Tanto el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral como el Centro de Rehabilitación Laboral de Fuencarral forman parte de la Red Pública de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid. Gestión técnicas: Grupo 5.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor al e-mail: adrian.badallo@grupo5.net

 Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

and explained as a construct which explains how stigmatization acts on a daily basis. It is claimed that intervening in this aspect will not only increase the effectiveness of recovery processes, but also generate synergies with other anti-stigma actions. This way, attention from Psychosocial Rehabilitation resources will help those affected to cope with situations of discrimination in their immediate environment.

Keywords: stigma, self-stigma, mental illness, schizophrenia, psychosocial rehabilitation.

Desde el ámbito de la rehabilitación psicosocial se viene alertando desde hace varios años del efecto de la discriminación en los procesos de atención (Badallo Carbajosa, 2012; Badallo Carbajosa, García-Arias y Yélamos, 2013; López et al. 2008). Desde el Centro de Rehabilitación Laboral y el Equipo de Apoyo Social Comunitario de Fuencarral (recursos pertenecientes al Plan de Atención Social a Personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid gestionados por Grupo 5), se ha iniciado una línea de investigación-acción encaminada a identificar, comprender y conocer cómo el estigma y la discriminación afectan a las personas atendidas en su vida cotidiana y la relación a nivel microsocial, con el fin de incluir esta perspectiva en las distintas acciones de atención e intervención que se desarrollan con los usuarios de dichos recursos. Como resultado de este análisis, se ha identificado la presencia de una dinámica característica de la discriminación (la dinámica estigmatizante) que interfiere, dificulta e incluso paraliza los procesos de integración que se vienen desarrollando.

En el presente artículo se explicita el funcionamiento y características de esta dinámica, proponiéndola como diana para el desarrollo de acciones a nivel individual y microsocial. Se postula que esto permitirá potenciar los procesos de recuperación, disminuir la influencia de la discriminación en los afectados y, a nivel microsocial, disminuir la estigmatización.

Tradicionalmente el concepto estigma hace referencia al atributo o conjunto de atributos que permiten identificar a un individuo como perteneciente a un colectivo desvalorado (González, Lozano y Castien, 2008). Durante los últimos años se ha avanzado en la conceptualización del estigma asociado al trastorno mental, ampliándose tanto el foco de intervención como los componentes tradicionalmente asociados (Muñoz, Guillén y Pérez-Santos, 2013), entendiéndose como una serie de procesos sociales, psicológicos y psicosociales que desembocan en cambios psicológicos en la persona estigmatizada y provocan la exclusión y marginación del colectivo por parte del grupo normativo. Por tanto, el estigma es un fenómeno complejo que debe ser estudiado en diferentes niveles (Corrigan y Watson, 2004), adaptándose las diferentes intervenciones a dicha complejidad.

Para que el estigma desarrolle sus efectos perniciosos en el colectivo y el individuo marginado, es necesario que se inicie un proceso de construcción social dinámico que incluye varios elementos, desde los estereotipos y prejuicios hasta conductas discriminatorias, así como los mecanismos psicosociológicos de construcción del significado e identificación de los atributos estigmatizantes (Morales, Moya, Gaviria y Cuadrado, 2009). Es decir, el estigma entendido como un proceso psicosocial, supone una relación de intercambio desencadenada por la marca que guiará la conducta del estigmatizado y del estigmatizador (Goffman, 1989). Como consecuencia de esa interacción surgirán una serie de cambios en la persona estigmatizada, con claras repercusiones en su vida. Desde este punto de vista, se entiende el estigma asociado al trastorno mental como una fuerza de resistencia para la recuperación de los afectados, el desarrollo de un proyecto vital y el disfrute pleno de sus derechos como ciudadanos (Goffman, 1989).

Dentro del concepto estigma pueden diferenciarse varios constructos: a) atributo estigmatizador, esto es aquella característica física o psicológica que permite la identificación de los miembros de un grupo socialmente desvalorado; b) estereotipos y prejuicios asociados al atributo estigmatizante, que determinarán los contenidos del estigma; c) discriminación, marginación y exclusión social, entendidas como la expresión conductual y consecuencias últimas de la estigmatización; y d) carrera moral o proceso de estigmatización, esto es el proceso de construcción e internalización del autoestigma (Badallo Carbajosa, 2012; Hombrados, García y López, 2006).

En el caso de las enfermedades mentales se haría referencia a un atributo psicológico (González et al., 2008) y adquirido (Muñoz et al., 2013). El atributo es definido como visible, con potencial disruptivo, apariencia

física marcada (cercana al concepto “raro”), unidireccional (es decir, “no contagioso”), con un correlato tanto biológico como de personalidad, y que indica peligrosidad; encontrándose niveles medios en todas las dimensiones en comparación con otros estigmas (Marichal y Quiles, 2000).

Los principales estereotipos y prejuicios asociados al atributo “trastorno mental” son: 1) peligrosidad/violencia, relacionada con la potencial amenaza derivada de la impredecibilidad; 2) responsabilidad, entendiendo que los afectados son los responsables, ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haberle puesto remedio mediante el tratamiento; 3) incompetencia para llevar una vida autónoma, en referencia a la creencia de que no pueden ni podrán vivir independientemente y sin la ayuda de cuidadores; y 4) falta de control, sustentado en la idea de que “un enfermo mental nunca sabe lo que hace” y por tanto es impredecible (Mascayano, Lips, Mena y Manchezo, 2015; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009).

Los estereotipos y prejuicios servirán de justificación para que el grupo normativo desarrolle conductas de discriminación, tanto hacia la persona en concreto como hacia el colectivo en general, que llevarán a quien sufre la estigmatización a una situación de marginación y exclusión social (González et al., 2008; Morales et al., 2009).

La carrera moral es el proceso por el cual la persona estigmatizada desarrolla una identidad socialmente devaluada, internaliza el autoestigma y despliega un repertorio conductual característico del rol de enfermo (Goffman, 1989; Rodríguez Marín, 2001). Este repertorio tiene un alto poder adaptativo a corto plazo en tanto que permite, entre otros, proteger la autoestima, desarrollar una identidad que soporte las tensiones sociales o facilitar el proceso de aceptación del diagnóstico. Este proceso explicaría, en interacción con las dificultades directamente derivadas del trastorno mental, las consecuencias del estigma en los afectados y los problemas que se encuentran para su disminución (Badallo Carbajosa, 2012).

Entendiendo el estigma como un proceso psicosocial, y desde un modelo contextual (Pérez Álvarez, 2014), los clásicos constructos no permiten explicar por sí mismos cómo los efectos del estigma surgen de la interacción. En una realidad que por definición es dialéctica, es en la interacción social donde realmente el estigma surge, actúa y se alimenta para perpetuarse. Entender los factores que están presentes en esta dinámica relacional permitirá intervenir de manera más eficaz y efectiva.

Características de la dinámica estigmatizante

Definiremos la dinámica estigmatizante del trastorno mental como aquella interacción social entre miembros del grupo normativo y miembros del colectivo desvalorado, en la cual se desencadenan una serie de procesos psicosociales que llevan a que cada uno de los interviniéntes desarrolle un contacto mediado por el estigma, teniendo como consecuencia el refuerzo tanto de los estereotipos y prejuicios como del autoestigma.

Como agente estigmatizador actuará cualquier individuo que, en el momento del contacto con una persona estigmatizada, desarrolle un estilo relacional mediado por el estigma. Es posible que una persona diagnosticada de algún tipo de trastorno mental actúe como agente estigmatizador; siempre y cuando identifique al otro como más afectado o más representativo de la categoría “enfermo mental” que él. En ese momento se autoposicionará en un grupo diferente, consiguiendo de esta manera proteger su autoestima (Badallo Carbajosa, 2011).

Como sujeto estigmatizado actuará aquella persona diagnosticada de algún tipo de trastorno mental que, durante el contacto, desarrolle un estilo relacional mediado por el autoestigma. Según avance el proceso de formación del autoestigma, se fortalecerá la tendencia de la persona con trastorno mental a adquirir el rol de sujeto estigmatizado y desarrollar una identidad devaluada. Por tanto, la reacción no será la misma al principio de sufrir el estigma que tras enfrentarse a varias situaciones estigmatizantes (Badallo Carbajosa, 2012).

La dinámica estigmatizante puede darse en diferentes tipos de contacto, con independencia de que exista o no intercambio comunicativo o interacción entre el agente estigmatizador y el sujeto estigmatizado. Lógicamente estas características influirán en las consecuencias del contacto: cuanto más importante y duradero sea el contacto, mayor impacto tendrá tanto en el agente estigmatizador como en el sujeto estigmatizado. Sin embargo, el proceso en sí será el mismo. Teniendo en cuenta las dimensiones del contacto (duración, intercambio comunicativo e interacción conductual) (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2003) pueden identificarse estas

dinámicas a lo largo de todo el continuo interaccional: desde situaciones que impliquen un largo periodo de tiempo, intercambio comunicativo intenso e interacción conductual prolongada (p.e. convivencia o desarrollo de alguna actividad) hasta situaciones donde únicamente se comparta un espacio pero no exista interacción ni comunicación, desarrollándose el contacto durante un breve periodo de tiempo (p.e. un autobús o una sala de espera) (Badallo Carabajosa, García-Arias y Yélamos, 2013).

En situaciones con más de dos intervenientes puede identificarse una dinámica propia entre cada par de implicados que influirá en la dinámica establecida entre los demás pares posibles. Como resultado, la dinámica establecida entre un par de agente-sujeto generará bien un incremento o bien una disminución de la estigmatización en los otros pares presentes en la situación. Supongamos una situación donde A actúa de sujeto, y B y C son agentes. Entre A y B se establece una dinámica (estigmatizante, des-estigmatizante o normalizadora) que influirá en la dinámica que se establezca entre A y C, pudiendo este último potenciar o disminuir la estigmatización.

Desarrollo de la dinámica estigmatizante

Como cualquier dinámica interaccional se pueden diferenciar cuatro fases: a) evaluación del contexto y la situación; b) inicio del contacto; c) desarrollo de la interacción y d) evaluación del contacto.

Dentro de la dinámica interaccional, puede observarse un acontecimiento específico que marcará el inicio de la dinámica estigmatizante: la revelación del atributo.

Revelación del atributo

El atributo actúa como marca identificadora porque está asociado a una evaluación negativa, socialmente conocida y compartida tanto por el agente como por el sujeto, que lleva aparejada una serie de prejuicios y estereotipos (Garrido y Álvaro, 2007). En el momento en que se produce la revelación, ambos intervenientes evaluarán la situación. En el caso de que dicha revelación se dé una vez iniciada la interacción, se producirá una re-evaluación por parte de todos los intervenientes incluyendo la nueva información.

Para que surja la dinámica es condición imprescindible que el agente identifique el atributo y el sujeto perciba dicha identificación. En el caso de que esto no sea simultáneo, el intervintiente que antes asuma el estigma como marco de referencia para el contacto provocará con su reacción que el otro guíe su conducta en base al estigma, surgiendo la dinámica estigmatizante.

El atributo hace referencia a un constructo psicológico, con correlatos físicos y conductuales diferentes en cada persona que dependen de la gravedad de los síntomas y sus repercusiones en el funcionamiento psicosocial (Badallo Carabajosa, 2011; 2012; Mascayano et al., 2015). En comparación con otros estigmas, la visibilidad del atributo es baja al no existir una marca clara y fácilmente perceptible como ocurre por ejemplo con los estigmas étnicos (Marichal y Quiles, 2000). De la literatura existente (Mascayano et al., 2015; Pedersen, 2009; Ramos Bernal, 2008; Uribe, Mora, Cortés, 2007), se desprende que esta variabilidad implica que el agente estigmatizador puede identificar el atributo por diversas causas: a) que la etiqueta o diagnóstico psiquiátrico sea conocido; b) que valore las conductas del sujeto como extravagantes o incomprensibles; y/o c) que valore la imagen del sujeto como extraño.

No todas las vías permiten al agente estigmatizador identificar el atributo con la misma seguridad. Ante diferentes personas con distinto grado de visibilidad del atributo, la reacción del agente es diferente (Badallo Carabajosa et al., 2013). Por tanto, puede deducirse la presencia de una dimensión fundamental en el desarrollo de la dinámica estigmatizante: la certeza de identificación. Definiremos ésta como el grado de seguridad que tiene el agente de haber identificado una serie de características pertenecientes al atributo “enfermedad mental”.

Esta dimensión debe ser contemplada como un continuo. El polo de máxima certeza implica una seguridad absoluta de la presencia de trastorno mental en el otro. En este caso los estereotipos y prejuicios asociados al trastorno mental guiarán el contacto. En el polo opuesto (grado de certeza mínimo), los principales estereotipos que se activarán serán los asociados a conceptos semejantes como “raro”, “extravagante”, “extraño”, etc.

Cuanto mayor sea el grado de certeza, mayor será la seguridad y rapidez en la inclusión del otro en el grupo “enfermo mental”.

Tal y como se ha comentado, para que se inicie la dinámica estigmatizante es necesario que el sujeto perciba la identificación del atributo. Cuando así se haga, los esquemas cognitivos asociados al rol de enfermo se activarán, definiendo en gran parte tanto la conducta como el marco de referencia desde el cual se evaluará la situación. La experiencia práctica dice que esta toma de conciencia es una variable continua que va de una certeza absoluta a una certeza mínima. Definiremos esto como la certeza de revelación. A mayor certidumbre, mayor tendencia al autoposicionamiento como sujeto estigmatizado y el posicionamiento del otro como agente, guiando de este modo los procesos cognitivos y la respuesta conductual del sujeto. Al observar e intervenir en las dinámicas estigmatizantes en la práctica de la rehabilitación psicosocial, es fácil percatarse de que el grado de certeza de revelación depende de la interacción entre la percepción de estigmatización y la voluntariedad de la revelación.

La percepción o conciencia de estigmatización se entiende como el grado en que la persona identifica que los demás le discriminan debido a la presencia del atributo. Una elevada conciencia de estigmatización no implica necesariamente que se produzca discriminación por parte del otro, sino que marca una tendencia a atribuir la conducta del otro como resultado del estigma (Pinel, 1999).

La conciencia de estigmatización se relaciona estrechamente con la identidad social deteriorada (Muñoz, Sanz y Pérez-Santos, 2011). Esta se define como la conciencia de pertenecer a un grupo concreto y los sentimientos y emociones generados por ello (Gil Rodríguez, Alcover de la Hera, 2005), y está compuesta tanto por la autodescripción derivada de ser miembro de una categoría social concreta como por las características socialmente atribuidas a dicha categoría (Goffman, 1989). A pesar de que el grupo esté socialmente desvalorado, y por tanto se asuma una identidad social deteriorada, las personas buscamos una identificación con el grupo porque permite desarrollar una percepción de continuidad tanto individual como colectiva, mejorando de este modo la autoestima y bienestar, a la par que permite construir una historia vital coherente y estructurada (Herrera, Sani, Bowe, 2010). Por tanto, las personas no sólo nos describimos en función de nuestras características únicas, sino también en base a las características asignadas al grupo de pertenencia (Canto Ortiz y Moral, 2005). Ahora bien, la identidad social proviene de dos fuentes complementarias: lo que el individuo piensa que es (identidad social real) y lo que los otros le dicen que es (identidad social virtual) (Goffman, 1989). Si ambas fuentes resultan contradictorias, la persona deberá resolver esta disyuntiva en base a su experiencia vital, siendo el germen de la carrera moral del estigma. Esto implica que pueda producirse un error fundamental de atribución en tanto que el sujeto estigmatizado, en base a su experiencia de discriminación previa, tienda a interpretar la conducta y reacción del otro desde la óptica del estigma.

La voluntariedad de la revelación hace referencia a la conformidad del sujeto estigmatizado con que el atributo sea conocido por el otro, siendo una variable dicotómica. La reacción emocional, la valoración del entorno y las estrategias de interacción social que se desarrolle dependen en gran parte de esta variable. La revelación del atributo será voluntaria cuando: a) se valore que el beneficio de la revelación es mayor que el beneficio de la ocultación; b) exista la seguridad de que la revelación del atributo no generará una dinámica estigmatizante; y/o c) exista la seguridad de que el atributo será revelado con independencia de los esfuerzos de ocultación. En este caso es probable que la persona no intente la ocultación como estrategia de interacción social y en vez de resignarse a la identificación, decida revelar el atributo voluntariamente (Badallo Carbajosa, 2011; 2012). En todos los casos, la voluntariedad de la identificación otorga una mayor percepción de control, permitiendo reducir la ansiedad social, protegiendo la autoestima y, como resultado último, mejorando el desempeño psicosocial al menos en los primeros momentos de la interacción (Manrique Gálvez y Bavo Alva, 2004). Así pues, la revelación voluntaria responde a un acto consciente de la persona basado tanto en el aprendizaje previo como en el grado de conciencia de enfermedad. Sin embargo, implica una certeza en la identificación del atributo, por lo que no asegura la evitación de la dinámica estigmatizante e incluso puede precipitarla.

Hablaríamos de revelación involuntaria cuando el atributo es revelado sin el beneplácito del afectado. El sujeto tenderá a ocultar el atributo bien como acto consciente para proteger su autoestima y prevenir la discriminación (Muñoz et al., 2009), o bien como resultado de resistencias a la conciencia de enfermedad (Badallo Carbajosa, 2012; Núñez Partido, Ruiz Jiménez, Meana Peón y Jódar Anchía, 2014; Ramos Bernal, 2008). Sea

como fuere, la revelación involuntaria genera una mayor merma en la autoestima, inseguridad, ansiedad y sentimientos de desamparo que si la revelación es voluntaria (Manrique Gálvez y Bavo Alva, 2004). En el caso de que la revelación haya sido por un tercero se movilizarán sentimientos de vergüenza, pérdida de confianza en el otro, etc.

Evaluación de la situación

La revelación del atributo da paso a la evaluación de la situación (o re-evaluación, si se produce una vez iniciado el contacto). El atributo es el aspecto fundamental sobre el cual pivotará la evaluación de la situación, precipitando una serie de procesos de cognición social mediados por variables personales, que permitirán tanto al sujeto estigmatizado como al agente estigmatizador interpretar la situación, pronosticar la conducta del otro y desarrollar las estrategias que valore más eficaces para sí mismo. Como resultado, en la dinámica estigmatizante, el estigma será el marco de referencia desde el cual se evaluará la situación.

Tras identificar el atributo, el agente realizará una categorización y comparación social del sujeto en el grupo socialmente devaluado (Quiles et al. 2006). La categorización social es el proceso cognitivo que determina la ordenación de personas en diferentes grupos, facilitando la comprensión del medio, la emisión de una conducta social adaptativa y la aparición de sentimientos de pertenencia a una categoría social determinada (Garrido y Álvaro, 2007). Básicamente, el proceso de categorización produce percepciones estereotípicas o juicios globales, que llevan a entender que todos los miembros de una categoría social o grupo comparten alguna característica que los distingue de otro grupo social (en este caso, las dimensiones asociadas al trastorno mental). En este punto se activarán los estereotipos y prejuicios asociados al atributo, que en interacción con las variables personales determinan la reacción emocional y las estrategias de afrontamiento (Morales et al., 2009).

En el momento de la categorización en el grupo “enfermo mental”, el agente realiza una comparación entre el endogrupo y exogrupo. Como resultado emitirá un juicio basado en patrones y cánones impuestos por la sociedad, si bien la persona puede ejercer cierto grado de control y escoger entre ellos (Gil Rodríguez y Alcover de la Hera, 2005). Ante una persona estigmatizada, el marco de referencia escogido tenderá a estar sesgado por los estereotipos y prejuicios. Esta comparación permite al agente mantener una identidad social positiva con los consiguientes beneficios tanto individuales como colectivos, si bien este resultado dependerá de los demás factores implicados en la interacción social (Scandroglio, López Martínez y San José Sebastián, 2008).

Como resultado de la comparación social, el agente tiende a maximizar las diferencias y minimizar las semejanzas (Morera et al., 2004). De este modo se maximizarán dificultades del sujeto como las habilidades sociales, la apariencia física o la tendencia a la inactividad, e incluso se realzarán características que en otro tipo de dinámica relacional no se tendrían en cuenta (p.e. estado emocional). Esta maximización será mayor cuantos más miembros del endogrupo se detecten durante el contacto (Gil Rodríguez y Alcover de la Hera, 2005).

Este proceso de categorización y comparación se verá modulado por: a) el contacto previo; b) la distancia social; y c) las variables personales. Según la hipótesis del contacto, si se han tenido contactos positivos previos con la misma persona, la comparación social no marcará tanto las diferencias e incluso no se realizará una categorización en el exogrupo (Garrido y Álvaro, 2007). Del mismo modo, contactos negativos previos incrementan la probabilidad de maximizar las diferencias. Por tanto, si en los contactos previos se han desarrollado dinámicas estigmatizantes, la probabilidad de que se desarrolle en los sucesivos contactos aumentará. Según la hipótesis del contacto extendido, el efecto descrito anteriormente también se daría si los contactos positivos previos se han dado con otros miembros del grupo estigmatizado. Sin embargo, la investigación al respecto señala que en este caso el efecto no está tan claro, pudiendo ser más potente el efecto de la comparación social y la categorización (Crocker, Major y Steele, 1998). Esto implica que el contacto sólo permite romper los estereotipos y prejuicios si cumple una serie de características como el empoderamiento del sujeto, la cooperación entre los intervenientes, el surgimiento de empatía (que no sentimientos de pena) en el agente, etc.

VARIABLES PERSONALES COMO LA APERTURA A LA EXPERIENCIA Y LA FLEXIBILIDAD COGNITIVA DETERMINAN EL ESTILO ATIBUCIONAL Y DE CATEGORIZACIÓN, ASÍ COMO LA PERMEABILIDAD A MODIFICAR LOS PREJUICIOS Y ESTEREOTIPOS EN BASE A LA EXPERIENCIA IN SITU. OTRAS CARACTERÍSTICAS COMO EL AUTORITARISMO O LA DOMINANCIA SOCIAL EXPLICAN LA TENDENCIA A CATEGORIZAR A LOS OTROS EN GRUPOS Y MANTENER EL *STATU QUO* (SMITH CASTRO, 2006). EL SISTEMA DE VALORES Y CREENCIAS INFUYE EN LA PREDISPOSICIÓN A LA INTERACCIÓN CON UNA PERSONA ESTIGMATIZADA, ASÍ COMO LA POSTERIOR CONDUCTA SOCIAL EMITIDA. DE TAL MODO, UN SISTEMA DE VALORES Y CREENCIAS FUNDAMENTALMENTE EGÓISTA TENDERÁ A LA DISCRIMINACIÓN EN MAYOR MEDIDA QUE SISTEMAS PROSOCIALES (VERA Y MARTÍNEZ, 1994). LA CAPACIDAD EMPÁTICA DETERMINA LA FACILIDAD CON QUE LA PERSONA SE PONDRA EN EL LUGAR DEL OTRO, COMPRENDERÁ SUS EMOCIONES Y RESALTARÁ LAS SEMEJANZAS SOBRE LAS DIFERENCIAS.

Por último, la distancia social es definida como el deseo de limitar la interacción social en diferentes esferas de la vida que una persona impone o desea hacia otra persona en base a condiciones sociales y estereotipos. Según la hipótesis del contacto, una mayor distancia social incrementa la estigmatización y discriminación hacia el colectivo desvalorado (Garrido y Álvaro, 2007). Según la hipótesis del terror, al encontrarnos en un mismo contexto con colectivos estigmatizados hacia los que se desarrollan conductas de discriminación la ansiedad intergrupal aumenta. Esto se produce cuando el agente no sabe cómo actuar ante el sujeto, debido fundamentalmente a los estereotipos y prejuicios (Garrido y Álvaro, 2007; Morales et al., 2009). En base a esto, aunque el sistema de valores del agente le predisponga para el contacto, si desconoce cómo actuar ante el sujeto experimentará ansiedad intergrupal, lo que podría llevar a evitar el contacto con estigmatizados (Quiles et al., 2006). Es decir, niveles bajos de distancia social no evitan el desarrollo de dinámicas estigmatizantes. Niveles elevados sí son un predictor de dinámicas estigmatizantes, en tanto que predisponen al agente a guiar su conducta en base a estereotipos y prejuicios.

Una vez se toma conciencia de la revelación del atributo, el sujeto estigmatizado también desarrolla el proceso de categorización y comparación social. En su caso la comparación social resultará negativa puesto que el endogrupo es el grupo desvalorado (Morales et al., 2009). En consecuencia activará como marco de referencia el autoestigma, anticipando que se desarrollará algún tipo de discriminación. El objetivo principal de esta evaluación será determinar el riesgo para la autoestima, por lo que fundamentalmente se activarán los procesos de valoración y afrontamiento del estrés (Garrido y Álvaro, 2007). En caso de que el contacto se produzca en un contexto de desarrollo de una tarea, además se valorarán las estrategias y el estilo relacional más adaptativo para la ejecución de la misma.

La historia previa de discriminación será otro factor fundamental. Goffman (1989) señala que las personas estigmatizadas se encuentran en una discrepancia entre lo que saben de sí mismos y lo que la sociedad dice de ellos. Mediante el proceso de estigmatización o carrera moral se genera el autoestigma como medio para resolver esta discrepancia. Cuanto mayor sea la internalización del autoestigma con mayor convencimiento anticipará el desarrollo de una dinámica estigmatizante (Pérez Brenes, Ultrera Caballero y Lopera Arroyo, 2014), pudiendo caer en un error atribucional. Este proceso lleva aparejado un sentimiento de indefensión aprendida, lo que motivará a la persona a valorar que la posible discriminación será inevitable.

Esta evaluación también se verá influida por el propio trastorno mental. De este modo, el deterioro cognitivo que en ocasiones genera la esquizofrenia puede interferir en los procesos de cognición social o incluso en la certeza de revelación (Rebolleda, 2015; Ruiz-Ruiz, García-Ferrer y Fuentes-Dura, 2006). Síntomas psicóticos de perjuicio pueden relacionarse con la percepción de discriminación, generando una tendencia a categorizar al otro en el exogrupo y al autopercepción en el grupo desvalorado. Síntomas psicóticos negativos podrían también estar relacionados con una mayor tendencia a la resignación ante la discriminación, incrementando la probabilidad de la autocategorización negativa (Badallo Carbajosa, 2012).

Del mismo modo que en el agente, las características personales del sujeto estigmatizado mediarán en este proceso.

La evaluación situacional de ambos intervinientes estará mediada por la evaluación ambiental que se realice, que incluye: a) la valoración del entorno; b) la experiencia emocional del ambiente; y c) la valoración de la interacción.

En la evaluación del entorno se tendrá en cuenta aspectos como la territorialidad (sentimiento de pertenencia a un entorno), privacidad (espacio privado, semiprivado o público) y hacinamiento (densidad de población).

ción en la situación). La experiencia emocional provocada por el ambiente consiste en la categorización del ambiente físico en peligroso o seguro, que vendrá determinada por la novedad del ambiente y las condiciones físicas del mismo. De este modo, ante lugares novedosos el individuo se encontrará en estado de hiperalerta ante estímulos potencialmente peligrosos, generando una mayor tendencia a la categorización en grupos estigmatizados (si es el agente) o discriminatorios (si es el sujeto). La evaluación del entorno y la experiencia emocional evocada por el ambiente determinarán el significado ambiental, que activará en la persona ciertas predisposiciones emocionales que influirán en la interacción que se desarrolle. La valoración de la interacción viene determinada por el juicio que emite la persona sobre la situación concreta de interacción (Angosto y Martínez, 2004). Se tendrán en cuenta aspectos como la voluntariedad del contacto (grado en que se desea interactuar con el otro), estimación del rol a desempeñar, duración estimada de la interacción y objetivos de la misma. Esta información determinará tanto la predisposición de la persona a mantener el contacto como las expectativas sobre la misma, lo que influirá en el desarrollo de la dinámica.

Un último aspecto involucrado en la evaluación de la situación es la intención del contacto, entendido como el deseo de mantener contacto con una persona estigmatizada (por parte del agente) o con una persona que discrimina (en el caso del sujeto). Vendrá determinada por tres dimensiones fundamentales: a) distancia social (íntima-superficial); b) situación (interpersonal-intergrupal); y c) percepción de control (control- no control) (Angosto y Martínez, 2004). Cuando la distancia social sea superficial, la situación sea interpersonal y no se perciba control, será más probable que se evalúe la situación en base al estigma. La interacción entre la intención del contacto, los procesos de cognición social y las variables personales marcarán la predisposición tanto del sujeto como del agente a mantener un contacto basado en el estigma. La dinámica estigmatizante seguirá su curso cuando ambos intervenientes activen el estigma como marco de referencia desde el cual interpretar la realidad.

Primeros momentos del contacto

Como resultado de la evaluación, tanto el sujeto como el agente experimentan una reacción emocional que determina la disposición al contacto y activa las estrategias relacionales y conductas que valoran como más adecuadas.

Gran parte de los contactos sociales que se dan en la vida cotidiana son de escasa duración y con limitado o inexistente intercambio comunicativo o conductual. A pesar de lo cual, no por ello debe menospreciarse su efecto tanto en el agente como en el sujeto. En estos casos la estrategia relacional de ambos estará mediada en exclusiva por la reacción emocional, y una vez finalice el contacto se pasará a la fase de evaluación del contacto. Si este se prolonga en el tiempo y se inicia un intercambio comunicativo y/o conductual significativo (p.e. mantener una conversación), entrarán en juego otros factores que podrán modular la reacción emocional surgida en los primeros momentos, iniciándose la fase de interacción.

Al valorar una amenaza para sí mismo derivada de la presencia del sujeto, el agente desarrolla conductas de evitación o huída, finalizando así el contacto y consiguiendo disminuir dicha ansiedad. Esta experiencia emocional se sustenta principalmente en actitudes negativas hacia la interacción con el sujeto. Sin embargo, se ha observado que a pesar de una actitud positiva, muchas veces se desarrollan conductas estigmatizantes. La explicación está en la ansiedad intergrupal que surge como consecuencia de no saber cómo actuar con el miembro del exogrupo, generando igualmente un deseo de evitar y finalizar interacciones con éste (Quiles et al., 2006).

En el caso de que el agente no pueda finalizar el contacto se desarrollarán una serie de conductas discriminatorias. Los diferentes estudios respecto al estigma asociado al trastorno mental (Asociació JOIA, 2005; Badallo Carbajosa, 2012; Crocker et al., 1998; Muñoz et al., 2009; Uribe et al., 2007) coinciden en que las principales conductas discriminatorias que se desarrollan son: a) tolerancia fría; b) paternalismo o sobreprotección; y c) exclusión social activa. El tipo de conducta concreta que se emita dependerá fundamentalmente de las variables personales del agente, las características concretas de la interacción y el contacto previo con el sujeto estigmatizado.

En cuanto a la tolerancia fría se hace referencia a la aceptación de la presencia de la persona estigmatizada bajo una serie de condiciones encaminadas a mantener la máxima distancia social y la menor interacción posible (Muñoz et al., 2009; Badallo Carbajosa et al., 2013). Los valores y normas sociales priman el desarrollo de conductas y actitudes tolerantes, mientras que la ansiedad experimentada invita a la evitación/huida. La tolerancia fría permite resolver esta discrepancia. En los casos en que se produzca, la probabilidad de ayuda y conducta prosocial disminuirá (Worchel et al., 2003), la comunicación verbal o no verbal denotará el deseo de distancia social (Garrido y Álvaro, 2007), e incluso se producirán conductas sutiles de evitación/huida (p.e. cambiarse de asiento) (Badallo Carbajosa et al., 2013).

Con respecto a las conductas de paternalismo y sobreprotección, el agente infravalorará las capacidades y habilidades del sujeto. Movido principalmente por empatía, deseo de ayuda y/o asunción de responsabilidad exacerbadas, asumirá la carga de la interacción y la actividad o tarea (Ochoa et al., 2011) llegando a desarrollar conductas de infantilización o infravaloración.

Por último, la exclusión social activa hace referencia al conjunto de conductas por las cuales el agente explica los estereotipos, los prejuicios y/o su deseo de distancia social. Éste llegará a pedir a la persona que abandone el espacio compartido o a expulsarle del contacto. Así pues, se refiere a conductas como las derivadas de alta emoción expresada, la finalización de interacciones o incluso el insulto. En el marco de referencia actual la discriminación activa está considerada negativamente, y la violencia y agresión es perseguida a nivel legal (Ventura Mas y Santos Urbaneja, 2006), siendo factores que ayudan a que este tipo de conducta discriminatoria sea menos frecuente en sus niveles más extremos. Al comparar con otros estigmas donde la reacción violenta está incluso más censurada legal y socialmente (p.e. homofobia) se observa una menor reacción violenta y agresiva. Esto se debería, entre otros, a los contenidos del estigma: en el trastorno mental la impredecibilidad y peligrosidad generarían una reacción emocional de miedo con una reacción conductual de huida/evitación al valorar un riesgo elevado para la integridad física en caso de agresión al sujeto.

Por su parte, el sujeto, al comprender que ha sido catalogado como “enfermo mental” experimentará una reacción de ansiedad basada fundamentalmente en la anticipación de discriminación. La literatura al respecto explica diferentes tipos de reacción (Arnáiz y Uriarte, 2006; Crocker et al., 1998; Garrido y Álvaro, 2007; González et al., 2008; Morales et al., 2009; Muñoz Marrón, 2004) que podrían englobarse en dos estrategias fundamentales, afrontamiento pasivo y afrontamiento activo. Este último incluye el repertorio de conductas encaminadas a la defensa de los derechos como ciudadano, la inclusión social y que el contacto no esté mediatisado por el estigma aunque el atributo haya sido identificado. Lo anterior supondría el desarrollo de acciones antiestigma por parte del sujeto en su contacto cotidiano. Se encuentra fundamentalmente relacionada con dinámicas des-estigmatizantes y requiere una elevada conciencia de enfermedad y estrategias de protección de la autoestima que resuelvan la tensión entre identidad personal y social, además de unas competencias sociales que permitan resolver el contacto satisfactoriamente. Cuando se desarrollos este tipo de estrategias, no se generará una dinámica estigmatizante en tanto que el sujeto no verá mermada su autoestima ni se autoposicionará en el rol de enfermo, llegando incluso a poder experimentar cierto sentimiento de empoderamiento al percibirse como valedor de sus derechos, tal y como refieren los propios afectados (Muñoz et al., 2009; Ramos Bernal, 2008; Uribe et al., 2007).

La estrategia basada en el afrontamiento pasivo es característica de dinámicas estigmatizantes, e implica la resignación ante la discriminación que puede llevar a una indefensión aprendida. Esta se refiere al aprendizaje que realiza la persona de que una situación externa negativa es incontrolable, por lo que resulta más adaptativo esforzarse en minimizar las pérdidas que en modificar la situación. Así, a causa de las sucesivas experiencias de discriminación el sujeto estigmatizado termina por asumir que será discriminado a consecuencia del atributo (Muñoz Marrón, 2004). En consecuencia, no realizará esfuerzos por contrarrestar o minimizar dicha estigmatización, por manejar los síntomas que puedan interferir en la interacción o por desarrollar interacciones antiestigma, asumiendo que debe posicionarse en el rol de “enfermo mental” (lo que a su vez permite resolver la discrepancia entre la identidad social y personal) (Badallo Carbajosa, 2012). En tanto que la experiencia de discriminación es negativa y refuerzan el autoestigma, este tipo de estrategias suponen mermas a medio y largo plazo. Por tanto, la indefensión aprendida y el autoestigma marcarán la

tendencia del sujeto a desarrollar conductas asociadas al rol de enfermo: a mayor indefensión aprendida y autoestigma, mayor será la probabilidad de ejecutar las conductas asociadas al rol de enfermo.

Desarrollo de la interacción

Tal y como se ha comentado, durante los primeros momentos del contacto se desarrolla una reacción conductual modulada fundamentalmente por la revelación del atributo, la evaluación de la situación y la reacción emocional consecuente. Si el contacto es breve y sin intercambio comunicativo o conductual, la reacción más probable por parte del agente será la tolerancia fría, y la del sujeto la indefensión aprendida y la resignación. A partir de aquí, cuanto más dure el contacto o mayor sea el intercambio de algún tipo, la reacción primigenia se podrá ir modulando en base a la constante evaluación de la situación. En este punto, la atribución sobre la conducta del otro será el principal factor implicado en el mantenimiento de la dinámica estigmatizante.

Las atribuciones son las referencias causales que las personas realizan sobre las conductas de los otros observados. Cada individuo realiza sus propias atribuciones, que podrán ser más o menos consensuadas, pero que siempre estarán basadas en la experiencia personal y el conocimiento colectivo sobre el estigma. De este modo, es probable que el agente atribuya a la presencia del atributo la conducta y la imagen valorada como negativa o desadaptativa durante el contacto (Zubieta y Páez Rovira, 2004). Al realizar esta atribución, mantendrá la conducta discriminativa que venga desarrollando en tanto que le permitirá resolver la incertidumbre sobre cómo relacionarse, mantener la autovaloración positiva y percibir una mayor seguridad durante la interacción. En consecuencia, tenderá a desarrollar una interacción asimétrico-contingente a su favor, autoposicionándose en un estatus superior (González, 2005).

Simultáneamente la comparación social generará una tendencia a disminuir las semejanzas y minimizar las características sobresalientes del sujeto. Lo que incrementa la probabilidad de ver cumplidas las expectativas derivadas de los estereotipos y prejuicios.

Desde el punto de vista del sujeto, existe una tendencia a atribuir discriminación en la conducta del otro. Esto se debe a la ambigüedad atribucional, según la cual si la reacción del otro se valora como positiva, el sujeto estigmatizado la interpreta como un intento de ocultar los prejuicios. Si es negativa, la interpreta como una confirmación del prejuicio. Esto se encuentra estrechamente relacionado con la percepción de estigmatización y el autoestigma, comentados anteriormente. De modo que ante mayores niveles en éstas y mayor certeza de revelación, mayor probabilidad de aparición de la ambigüedad atribucional. Debido a la indefensión aprendida, se mantendrá el autoposicionamiento en el rol de enfermo. En consecuencia se desarrollan aquellas conductas socialmente atribuidas al rol, actuando como estrategia de protección de la identidad y la autoestima e incrementando la percepción de control sobre la situación (Badallo Carabajosa, 2012). Así, será más probable que desarrolle un repertorio conductual cercano a los estereotipos asociados al atributo “enfermedad mental”.

En el caso del trastorno mental grave, existe un deterioro psicosocial que puede entorpecer la interacción social. Estas dificultades actuarán como refuerzo de las atribuciones y la comparación social realizadas por el agente, manteniendo la relación asimétrico-contingente establecida. Si la persona experimenta ideación de perjuicio esta dinámica será un detonante de dicha sintomatología, convirtiéndose en un factor más que modulará su reacción durante la interacción (Pérez Branes et al., 2014).

La reacción del sujeto reafirma al agente en su estatus de superioridad y valida la valoración realizada por éste. Simultáneamente, la experiencia emocional negativa merma las habilidades de manejo de la sintomatología y potencia las dificultades en el funcionamiento psicosocial del sujeto estigmatizado (Pérez Branes et al., 2014). Ante esto, el agente ve confirmados los estereotipos y prejuicios asociados al atributo, manteniendo por tanto la conducta discriminativa. A su vez, esto reafirmará al sujeto en la valoración y las conductas emitidas, incrementará su malestar y se harán más patentes sus dificultades psicosociales (especialmente las relacionales). De este modo, la dinámica estigmatizante se mantiene durante todo el contacto. En resumen, una vez superado el primer momento del contacto e iniciado un intercambio comunicativo y/o conductual, el sujeto reforzará con su conducta y estilo relacional al agente y viceversa. Salvo algún cambio en uno de los

intervinientes o por parte de un tercero que permita modificar este ciclo, el refuerzo mutuo perdurará durante todo el contacto.

Evaluación del contacto

Una vez finalizado el contacto se produce un proceso de evaluación de resultados. En este proceso se realizará un aprendizaje respecto a la eficacia y eficiencia de las conductas y estrategias relacionales empleadas.

Las conductas discriminatorias desarrolladas durante el contacto se mantendrán e incluirán en el repertorio conductual del agente si este valora: a) que han permitido finalizar la interacción; b) que no han producido ningún perjuicio a nivel psicológico, físico o material; c) que han llevado a reducir la ansiedad intergrupal; y/o d) que han permitido mantener el estatus social. El agente también evaluará la conducta del sujeto. Al haberse desarrollado una dinámica estigmatizante, el desempeño del otro desvalorizado se juzgará desde la existencia del atributo, reforzándose los estereotipos y prejuicios (Garrido y Álvaro, 2007; González, 2005; Morales et al., 2009).

Estos dos aprendizajes reforzarán el aprendizaje de conductas discriminatorias y el potencial del atributo como determinante de la interacción. Tal y como postula la teoría de la categorización social, este aprendizaje se extenderá a todos los miembros de la categoría, con independencia de las características del contacto con el sujeto.

Si existe un contacto previo, frecuente e intenso con el sujeto, el proceso de naturalización provocará que el agente atribuya la conducta emitida por el sujeto a sus características personales, dejando de lado la influencia tanto del propio trastorno mental como de los estereotipos y prejuicios (González et al., 2008).

Un último aspecto que puede reforzar este aprendizaje consiste en la resolución de la tarea en sí misma. De este modo, si las conductas paternalistas o sobreprotectoras han permitido disminuir o evitar un riesgo (fuere este real e inminente, o no) para el sujeto (riesgo que probablemente ha sido valorado por el agente unidireccionalmente), se mantendrán en el repertorio del agente.

El sujeto, al haber experimentado discriminación durante el contacto, reforzará su autoestigma. Mediante el proceso de naturalización asumirá que las dificultades derivadas del trastorno mental son propias de su personalidad (González et al., 2008), fomentando el papel del estigma como una fuerza de resistencia en su recuperación (Badallo Carbajosa, 2012). Del mismo modo, se reforzará la indefensión aprendida, así como las conductas de afrontamiento pasivo ante potenciales contactos discriminativos (Muñoz Marrón, 2004; y Muñoz et al., 2011).

Si la persona ha fracasado en el intento de ocultar el atributo o manejar las dificultades relacionales o la sintomatología, reforzará la percepción de incontrolabilidad de estas. En consecuencia, valorará como más efectivo la no realización de dichos intentos. Al intervenir con personas diagnosticadas en situación de aislamiento, es bastante común percibirnos que este se debe, al menos en parte, al aprendizaje realizado sobre la imposibilidad de evitar la discriminación (real o percibida) en el entorno.

Conclusiones

En los recursos de rehabilitación psicosocial se llevan a cabo intervenciones encaminadas a la plena integración de las personas afectadas: apoyo residencial, inserción laboral, apoyo comunitario e intervención psicosocial. Para disminuir el efecto de la estigmatización en estos objetivos, las clásicas acciones antiestigma (el trabajo a nivel social de psicoeducación y sensibilización sostenidas en el tiempo, fomento del asociacionismo, etc.), debe complementarse con intervenciones en la dinámica estigmatizante.

Entender la dinámica estigmatizante permite comprender el proceso de estigmatización, así como el mantenimiento de estereotipos, prejuicios, discriminación y exclusión. Desde este punto de vista, el fenómeno de la estigmatización sería un proceso de construcción dialéctica, en el que tanto el agente como el sujeto son parte activa del mismo. El objetivo debe centrarse en generar dinámicas des-estigmatizantes y normalizadoras en el entorno próximo de la persona con trastorno mental, siendo complementario al desarrollo de otras acciones

antiestigma a nivel meso y macrosocial. Por tanto, no debe obviarse que el esquema presentado en el presente artículo supone un punto de partida para el desarrollo de intervenciones que permitan disminuir el efecto de la discriminación en el entorno próximo y natural de las personas afectadas. Es importante reseñar que, como es bien sabido, las dificultades funcionales y sociales, derivadas tanto del desarrollo del trastorno como de los efectos de la cronificación y discriminación, se encuentran entre las principales causas del aislamiento sufrido por los afectados e incluso sus familiares. Al intervenir en este nivel individual y microsocial con la perspectiva de disminuir las dinámicas estigmatizantes, se conseguirá potenciar la integración de la persona en diferentes esferas de la vida social (uso de recursos comunitarios, creación de redes sociales, pertenencia al tejido asociativo, etc.).

Para conseguir esto existen una serie de estrategias que deben implementarse paralela y complementariamente a la intervención desde dispositivos de Rehabilitación Psicosocial. En cuanto al sujeto, su propio proceso de inclusión comunitaria sería el punto de partida más adecuado. A partir del cual será posible realizar el entrenamiento necesario para desarrollar habilidades de afrontamiento y competencias sociales que faciliten el desarrollo de estrategias relacionales de afrontamiento activo, disminuyan la interferencia de la sintomatología y potencien estrategias de protección de la autoestima alternativas, disminuyan el efecto de la discriminación y faciliten la inclusión social. Estas intervenciones son tradicionales en los diferentes modelos de Rehabilitación Psicosocial (Liberman, 1993; Rodríguez, 1997; Verdugo, López, Gómez y Rodríguez, 2002). Si bien tienen un objetivo basado en incrementar la calidad de vida y mejorar el funcionamiento psicosocial de la persona, no contemplan el objetivo del desarrollo de dinámicas alternativas a la estigmatizante. Por ello se hace necesaria la inclusión de esta perspectiva con el fin de que sea un objetivo terapéutico, en vez de un beneficio colateral no programado. Esto implicaría incluir intervenciones encaminadas a disminuir el error interpretativo, la profecía autocumplida, el desarrollo de identidades y roles sociales alternativos, modificar los aprendizajes durante la interacción, disminuir la probabilidad de identificación, etc. En resumen, probablemente no deban desarrollarse intervenciones y programas de atención específicos o alternativos a los existentes, pero sí resulta imprescindible modificar el foco de atención y los objetivos perseguidos.

En cuanto al agente, se debería complementar la clásica intervención basada en el contacto (más o menos significativo) y la psicoeducación con intervenciones encaminadas a la normalización de la diferencia, dotando de estrategias de interacción en función de subgrupos poblacionales y disminuyendo la ansiedad intergrupal. Para ello debe tenerse en cuenta que la discriminación puede ser sutil y que puede basarse en atributos cercanos al de “trastorno mental”, por lo que no debe asumirse que la disminución del estigma asociado al mismo implica una disminución de las dinámicas estigmatizantes que afectan directamente a las personas diagnosticadas.

En definitiva, intervenir sobre la dinámica estigmatizante implica generar dinámicas des-estigmatizantes y normalizadoras. La dinámica des-estigmatizante es aquella en la cual, a pesar de la revelación del atributo, no se desarrolla la dinámica estigmatizante porque algunos de los intervinientes no ven cumplidas las expectativas. En el caso del agente, ni los estereotipos ni los prejuicios se verán reforzados. En cuanto al sujeto estigmatizado, será la conciencia de estigmatización y el autoestigma las que no se reforzarán. Esta dinámica puede producirse bien porque uno de los dos implicados no desarrolla una interacción influida por el estigma, o bien porque existe un agente des-estigmatizador que, de manera más o menos deliberada, interviene en algún momento de la interacción para modificar la dinámica estigmatizante. Debe tenerse en cuenta que aunque la ocultación sea una estrategia efectiva para evitar la revelación del atributo, si el afectado experimenta elevados niveles de estrés y ansiedad durante la situación no puede considerarse como una estrategia adecuada para generar dinámicas des-estigmatizantes. Será imprescindible que la persona con trastorno mental desarrolle previamente las habilidades de afrontamiento necesarias para iniciar esta estrategia.

La dinámica normalizadora es aquella en la cual no existe ni agente ni sujeto, bien porque no se revele ni se perciba identificación del atributo o bien porque a pesar de revelarse el atributo ninguno de los implicados en el contacto ve influida su conducta por ello.

Teniendo en cuenta los tres tipos de dinámicas comentadas (estigmatizante, des-estigmatizante y normalizadora), podemos observar interacciones donde sólo se presente uno de ellos o donde se presenten varios en distintos momentos (Badallo Carabajosa et al., 2013). La propia experiencia de intervención nos permite comprobar que es habitual que la dinámica estigmatizante se presente desde el inicio del contacto si la visibilidad

del atributo es elevada. En caso contrario, es probable que durante el comienzo de la interacción se desarrolle una dinámica normalizadora y, una vez se revela el atributo, se vire a una dinámica estigmatizante. En estos casos bien por el apoyo de un tercer implicado o por la propia reacción del sujeto se puede generar la dinámica des-estigmatizante. En tanto que la dinámica estigmatizante se desarrolla en la vida cotidiana, dotar de las estrategias necesarias tanto al propio afectado como a su entorno próximo para generar este cambio es, por tanto, la principal acción a realizar desde el ámbito de la atención psicosocial.

Finalmente como recomendación, la intervención debe abordar las tres fases de la dinámica. En la primera, revelación atributo, cobraría importancia disminuir la probabilidad de visualización del atributo; dotar de estrategias de manejo de información sobre el atributo; y control emocional ante una revelación involuntaria. En la segunda, inicio de la interacción, entrenamiento en habilidades sociales y cognición social que reviertan la dinámica estigmatizante. En la tercera fase, evaluación del contacto, intervenciones orientadas a reducir el impacto de la dinámica estigmatizante en la identidad.

Puesto que tradicionalmente la atención directa a los afectados y las acciones encaminadas a disminuir la estigmatización se han desarrollado de manera paralela pero no directamente relacionada, se hace necesario evaluar las diferentes intervenciones que se realicen encaminadas a la disminución de las dinámicas estigmatizantes.

Referencias

- Angosto, J. M. y Martínez, C. (2004). Dimensiones y determinantes de la intención de contacto hacia exogrupos. *Revista Interamericana de Psicología*, 38, 181-190.
- Arnáiz, A. y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Associació JOIA. (2005). *El libro de Nicosia: voces que hablan desde la locura*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Badallo Carbajosa, A. (2011). *Modelo Jara: una estrategia para la lucha contra el estigma asociado al trastorno mental severo y persistente desde los recursos de Rehabilitación Psicosocial* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Badallo Carbajosa, A. (2012). *Estigma y Salud Mental, España*. Madrid: Grupo 5.
- Badallo Carbajosa, A., García-Arias, S. y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 737-747. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000400005>
- Canto Ortiz, J. M. y Moral, F. (2005). El sí mismo desde la teoría de la identidad social. *Escritos de Psicología*, 7, 59-70.
- Corrigan, P. W. y Watson, A. C. (2004). At issue. Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 477-479.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social Stigma. En D.T. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4^a Ed., Vol. 2, pp. 504-553). Nueva York, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2007). *Psicología social: perspectivas psicológicas y sociológicas* (2^a Ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Gil Rodríguez, F. y Alcover de la Hera, C. M. (2005). *Introducción a la Psicología de los Grupos*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Goffman, E. (1989). *Estigma: la identidad deteriorada* (4^a Ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- González, R. (2005). *Psicosociología de los grupos pequeños*. Madrid, España: Editorial Universitas.
- González, R., Lozano, B. y Castien, J. I. (Eds.). (2008). *Psicosociología del estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación*. Madrid, España: Editorial Universitas.
- Herrera, M., Sani, F. y Bowe, M. (2010). Percepción de continuidad e identificación grupal: implicaciones para el bienestar social. *Revista de Psicología Social*, 25, 203-214. <https://doi.org/10.1174/021347410791063804>

- Hombrados, M. I., García, M. A., López, T. (Eds.). (2006). *Intervención Social y comunitaria*. Málaga, España: Ediciones Aljibe.
- Lberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1) 43-83.
- Manrique Gálvez, E. y Bravo Alva, F. (2004). Estigma y cognición social: estrategias para promover el cambio personal y social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 3-16.
- Marichal, F. y Quiles, M. N. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12, 458-465.
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C. y Manchezo, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>
- Morales, J. F., Moya, M. C., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (Eds.). (2009). *Psicología Social* (3^a ed.). Madrid, España: MC Graw Hill.
- Morera, M. D., Marichal, F. A., Quiles, M. N., Betancor, V., Rodríguez, R., Rodríguez, A., ... Vargas, I. (2004). La percepción de semejanza intergrupal y la identificación con el endogrupo: ¿incrementa o disminuye el prejuicio? *Psicothema*, 16, 70-75.
- Muñoz, M., Guillen, A. I., Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razón para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial* 10(2), 10-19.
- Muñoz Marrón, E. (2004). *Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, España: Editorial Complutense.
- Muñoz, M., Sanz, M. y Pérez-Santos, E. (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 41-50.
- Núñez Partido, J. P., Ruiz Jiménez, M. T., Meana Peón, R. J. y Jódar Anchía, R. (2014). *Sufrir esquizofrenia*. Madrid, España: Grupo 5.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., ... Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3, 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiatría y Psicología de América Latina*, 55(1), 39-50.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Pérez Brenes, L., Utrera Caballero, E. y Lopera Arroyo, M. J. (2014). Influencia del autoestigma o estigma internalizado en el funcionamiento social y apoyo social en pacientes con enfermedades mentales atendidos en la comunidad terapéutica de salud mental. *Nure investigación*, 72. Recuperado de www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/29/21
- Pinel, E. (1999). Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 114-128. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.1.114>
- Quiles, M., Rodríguez, A., Navas, M., Rodríguez, R., Betancor, V. y Coello, E. (2006). Variables moderadoras y mediadoras de la relación percepción de diferencias-ansiedad intergrupal. *Psicothema*, 18, 105-111.
- Ramos Bernal, A. (2008). *Diario de una enfermedad mental (esquizofrenia)* (3^a ed.). Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Rebolleda, C. (2015). *Déficit neurocognitivo y en cognición social en pacientes esquizofrénicos con un nivel preservado de funcionamiento intelectual general* (Tesis inédita). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Rodríguez, A. (Eds.) (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid, España: Pirámide.

- Rodríguez Marín, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid, España: Síntesis.
- Ruiz-Ruiz, J., García-Ferrer, S. y Fuentes-Dura, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 137-155.
- Scandroglio, B., López Martínez, J.S. y San José Sebastián, M. C. (2008). La teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*, 20, 80-89.
- Smith Castro, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en Psicología*, 20, 45-71.
- Uribe, M., Mora, O. L. y Cortés, A. C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48, 207-220.
- Ventura Mas, S. y Santos Urbaneja, F. (Eds.). (2006). *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*. Madrid, España: Consejo General del Poder Judicial.
- Vera, J. J. y Martínez, M. C. (1994). Preferencias de valores en relación con los prejuicios hacia exogrupos. *Anales de Psicología*, 10(1), 29-40.
- Verdugo, M. A., López, D., Gómez, A. y Rodríguez, M. (Eds.). (2002). *Rehabilitación en Salud Mental: situación y perspectivas*. Salamanca, España: Amarú Ediciones.
- Worchel, S., Cooper, J., Goethals, G.R. y Olson, J. M. (2003). *Psicología Social*. Madrid, España: Thomson.
- Zubieta, E. y Páez Rovira, D. (2004). Cognición social, sesgos, heurísticos y atribución de causalidad. En I. Fernández Sedano, S. Ubillos Landa, E. Zubieta y D. Páez Rovira (Eds.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 263-269). Madrid, España: Pearson Educación.

Artículo recibido: 30/04/2017

Revisión recibida: 14/11/2017

Artículo aceptado: 28/11/2017