

# **AUTOESTIGMA EN SALUD MENTAL Y/O DROGODEPENDENCIAS: FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL. UNA VISIÓN HOLÍSTICA DE LA PERSONA.**

## **AUTOSTIGMA IN MENTAL HEALTH AND/OR DROGODEPENDENCIES: OCCUPATIONAL FUNCTIONING. AN OVERALL VISION OF PERSON**

**PALABRAS CLAVE DEL AUTOR:** estigma, autoestigma, funcionamiento psicosocial, funcionamiento ocupacional, autoestima, Funcionamiento, drogadicción, terapia ocupacional, enfermedad mental.

**KEYWORDS:** Stigma, autostigma, psychosocial behaviour, occupational behaviour, self esteem, behaviour, drug addiction, occupational therapy, mental disorders.

**DECS:** Apoyo Social, Autoestima, Substance-Related Disorders , terapia ocupacional, salud mental.

**MESH:** Social Support , Self Concept , Trastornos Relacionados con Sustancias , occupational therapy, mental health.



**Autora:**

**Dña. Cristina Gómez Muñoz**

*Terapeuta ocupacional. Máster terapia ocupacional en salud mental. Uclm.*

### **Como citar este documento:**

Gómez Muñoz C. Autoestigma en salud mental y/o drogodependencias: funcionamiento ocupacional. Una visión holística de la persona. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2009 [-fecha de la consulta-]; 6(10): [17p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num10/pdfs/original1.pdf>

**Texto recibido:** 30/06/2009

**Texto aceptado:** 15/08/2009

## **I**ntroducción

La lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores clave de los planes de actuación en personas con enfermedad mental grave y crónica en los próximos años.

Ya Goffman definió en 1963, el estigma como: un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente del resto y la tornaba a una categoría inferior. De esta manera aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo.

El rechazo por parte de la sociedad ante este tipo de colectivo, el concepto asumido de incapacidad, repercute en cómo las personas con enfermedad mental o drogadicción se conciben a sí mismas. Estas personas a la hora de conseguir sus metas tienen que luchar "contra-corriente" para poder afrontar las

## RESUMEN

Se ha llevado a cabo un estudio cualitativo basado en un enfoque etnográfico durante un periodo de tres meses, en diversos centros de la red de recursos de salud mental y atención al drogodependiente en la ciudad de Palma de Mallorca. Mediante una elección aleatoria y voluntaria de los participantes en los centros, se pretende conocer la influencia del autoestigma asumido por estas personas, relacionándolo con su nivel de desempeño psicosocial y ocupacional. Mediante el relato de estas personas, se conocen las necesidades que ellos mismos detectan sobre su persona y cómo les influye la concepción que la sociedad tiene acerca de su enfermedad y/o dependencia. Se establecen cuatro grupos objeto de estudio: personas con enfermedad mental sin consumo de sustancias, personas con drogadicción sin enfermedad mental, personas con patología dual y, finalmente, personas con enfermedad mental y consumo esporádico de sustancias. Se pretende conocer la relación entre el entorno e historia de vida con la autoestima y la volición. Con el fin de contrastar sus limitaciones, asumidas en parte a causa de los obstáculos impuestos por la sociedad, se realizan entrevistas a la población general donde se determinan los pensamientos de la misma sobre estas personas. El estigma social, genera un autoestigma en la persona y limita su desempeño ocupacional. La persona con enfermedad mental y/o problemas de drogadicción requiere del apoyo de su entorno para proponerse y alcanzar metas y objetivos. La falta de autoestima alimenta la disfunción ocupacional y en consecuencia la recuperación o rehabilitación de la persona.

## SUMMARY

A qualitative research has been carried out during a period of three months in a series of institutions belonging to the net of resources for mental health and attention to people dependent on drugs in Palma of Mallorca city. By means of a random and voluntary selection of participants in these centres we try to know about the influence of autostigma assumed by those people and its relationship with their occupational and psychosocial behaviour. With the help of their speeches we know about the needs they detect about their own and how they are influenced by the social idea about their illness and/or dependency. Four groups are distinguished as for subjects of our study: people affected by mental illness without drug-taking, peopled dependent on drugs without mental illness, people affected by a dual pathology and, finally, people affected by mental illness with an occasional drug- taking. The main purpose is to find the relationship between environment, case history of life, self esteem and volition. With the aim of contrasting their limits, mostly assumed because of the handicaps that society has imposed, a certain number of people belonging to general population have been interviewed in order to identify their thoughts about these people. Social stigma generates autostigma in these people and fix the limits to their occupational behaviour. Those affected by mental illness or dependent on drugs feel the need for environmental support in order to plan and achieve their aims and objectives. The lack of self esteem improves their occupational difficulty and, in consequence, their recovery or rehabilitation.

La revisión de otros estudios, muestra que se estudiaron los efectos del estigma social sobre el nivel afectivo, cognitivo, social y laboral, edades de la población

barreras y desconfianza que les rodea. Para conseguir una recuperación psicosocial-ocupacional, los profesionales trabajamos desde los centros junto con los usuarios, pero si fuera, si en la sociedad se decide poner barreras, de poco servirá el esfuerzo por ambas partes.

La familia es una parte de la sociedad que pone estas barreras, a veces sobreprotegiendo a la persona y otras desmarcándose de ella.

Apunta Kielhofner<sup>1</sup> que "el conocimiento de que uno es menos capaz que los otros o de lo que uno fue alguna vez puede ser una fuente de considerable dolor emocional. Por esa razón algunos se desvían de su camino para evitar situaciones que brindan ocasiones para el fracaso... cuando la vergüenza o el temor al fracaso de una persona gobierna su sentido de capacidad no hay incentivos para tomar riesgos, para aprender nuevas habilidades o para aprovechar mejor lo que uno tiene".

general en las que se asocia mayor estigma social, experiencias sociales de las personas con enfermedad mental, estudios estadísticos sobre ocupaciones laborales de población con problemas de salud mental, pero pocos estudios son los que ponen en manifiesto el conocer la autoestima, la volición, la historia de vida de las personas con las que trabajamos. No encontramos casi estudios que analicen expresamente las actividades de la vida diaria, el contexto y el patrón de desempeño desde el punto de vista de los participantes<sup>2, 3</sup>.

El apoyo se torna como una de las necesidades primordiales en la satisfacción del desempeño. Lo novedoso de este estudio es que se estudia lo que la persona quiere, se da mayor relevancia a lo que ella transmite sin haber forzado la situación, a lo que expresa de forma voluntaria. Los factores que preceden su comportamiento ocupacional.

Cuando trabajamos, tomamos la baja autoestima como un factor vinculado a la situación de estas personas. El problema que tratamos de resolver mediante este estudio, es precisamente este, orientarnos en torno a la historia de vida y situación de la persona. Este estudio plantea la necesidad de descartar esta opción y apostar por una visión holística que parta del diálogo con la persona. El modelo en el que se basa el estudio es el Modelo de la Ocupación Humana de Gary Kielhofner, por determinar la ocupación como un aspecto adherente al ser humano.

## **OBJETIVOS**

- Conocer el nivel de funcionalidad que auto perciben los participantes del estudio.
- Conocer la relación entre el entorno e historia de vida con la autoestima y volición.
- Conocer la concepción de la sociedad ante este colectivo.
- Relacionar el estigma social con la asunción del autoestigma de la persona.

- Conocer la percepción de la persona sobre sus necesidades y el estigma social en el desempeño ocupacional para plantear objetivos en la intervención.

## **HIPÓTESIS**

- Los participantes auto perciben su funcionalidad con sentido de inferioridad.
- La historia de vida y un entorno con pocos apoyos se asocia con una menor autoestima y volición de personas con enfermedad mental o drogodependencias.
- La sociedad mantiene la idea de incapacidad de desarrollo personal y laboral.
- La persona con problemas de salud mental o drogadicción han asumido autoestigma afectando a su autoestima y proposición de metas a causa de que la sociedad no los considera capaz de alcanzarlas.
- Es necesario conocer el nivel de autoestima de la persona y anular la idea de la sociedad para la posterior consecución de objetivos e inserción psicosocial- laboral.

## **VARIABLES**

Las variables que se pretenden medir son: entorno e historia de vida; autoestima; volición; concepción de la sociedad; estigma social; concepción del autoestigma; percepción de la persona sobre sus necesidades y estigma social en el desempeño ocupacional.

Las dimensiones en las que se miden las variables son: cognitiva, social, afectiva y ocupacional.

Los indicadores que nos lo muestran son: el juicio de la persona sobre el estigma social, su historia ocupacional, los relatos de preguntas directas e indirectas sobre su autoestima y volición. Contrastados con los relatos de la población general.

La información que se maneja para medir las variables, son las escalas, entendidas en este caso a modo de entrevista. Cada pregunta de cada escala es planteada a la persona de forma que decide si quiere o no responder a ella o aportar datos que no estén reflejados en las escalas, pero que el participante considere de importancia.

La información se maneja con el fin de conocer la situación de cada persona que nos ayudará a plantearnos las diferencias personales, que por tanto no pueden asemejarse en un Plan de Intervención con otros. Esta información nos muestra las variables en diversas escalas al determinar a la persona como ser holístico. No se ha medido cada variable de forma específica en cada escala.

## **METODOLOGÍA**

Se ha recopilado información de diversas fuentes directas e indirectas en este diseño cualitativo, basado en un enfoque etnográfico. La elección de los participantes ha sido de forma aleatoria, de forma que en cada recurso la información dada para el estudio era el grupo al que pertenecía la persona dentro de los 4 perfiles objeto de estudio, sin mostrar previamente el diagnóstico psiquiátrico o adicción a cierta sustancia. Ante este grupo de personas se ofreció la posibilidad de realizar unas entrevistas para un estudio y los participantes se ofrecieron de forma voluntaria. A lo largo de la estancia en el centro se pasaron las entrevistas a los participantes. En función del nivel de atención que la persona fuese capaz de prestar, se le pasaba la escala hasta que quisiera finalizar. Como método de información adicional se ha realizado la observación de la persona en el desempeño de áreas ocupacionales e interacción social tras obtener la información sobre su autoestigma con el fin de contrastar el nivel de autoestima y autoestimación de sus destrezas con su desempeño real.

Se les pasó a todos los participantes los siguientes cuestionarios creados específicamente para el estudio:

1. Evaluación para conocer hábitos y rutinas de consumo.

2. Escala de evaluación vocacional- laboral: desarrollo ocupacional/ historia ocupacional: competencias.
3. Escala de autoconcepto: volición.
4. Entrevista abierta de desempeño ocupacional.
5. Escala de valoración del autoestima en el desempeño ocupacional.
6. Cuestionario ocupacional.

La población estudiada fue determinada conforme a la voluntad de participar en el estudio de las siguientes personas:

- 8 personas con enfermedad mental sin consumo de sustancias.
- 3 personas con enfermedad mental y consumo esporádico de sustancias.
- 11 personas con patología dual.
- 10 personas con drogodependencia sin enfermedad mental.

Para el análisis de los datos recabados del estudio, se han utilizado transcripciones de entrevistas, transcripciones de observación del desempeño en la vida cotidiana del participante o en la relación con personal del centro y sus actividades aquí, así como las notas recabadas en un diario de trabajo. Análisis de los cuestionarios pasados a los participantes y a la población general mediante el conocimiento en la materia del investigador.

Se realizaron entrevistas a la población general para conocer su visión acerca del estigma mantenido en la sociedad con preguntas dirigidas a su pensamiento sobre el autoestima, metas y consecución de éstas por parte de las personas con enfermedad mental y/o drogadicción y las causas de ello. En todo momento la información fue mantenida en el anonimato incluso con el personal trabajador del centro, así como las respuestas a las encuestas de la población general.

En la fase de recogida de información se manejaron cuestionarios creados por el entrevistador (investigador), formado en materia de Terapia Ocupacional en Salud Mental, de forma que las preguntas realizadas se dirigían a estudiar en

todo momento las influencias sobre el desempeño ocupacional. Esta formación permitió al entrevistador dirigir las preguntas abiertas, manteniendo la postura de no influencia sobre las respuestas. Las encuestas realizadas a la población general se llevaron a cabo de la siguiente forma: se le ofrecía al entrevistado la posibilidad de responder de forma autónoma y la mayoría de las personas accedieron a esta metodología, excepto las personas más mayores. Se entregó al personal funcionario de una biblioteca encuestas para que se las diesen a los usuarios con el fin de no interferir en los datos que conviniesen oportunos plasmar, pero aún así, algunas personas buscaban al entrevistador para recibir orientación en algunas preguntas. De cualquier forma, las preguntas se respondieron de forma completamente objetiva por el entrevistador, aportando un apartado de anotaciones voluntarias donde podrían expresar otras consideraciones oportunas.

Para analizar los datos de los participantes se excluyeron los datos personales. En el estudio se tuvo en cuenta el análisis de la historia ocupacional y se examinaron todas las variables que habían influido en su vida y que por tanto habían hecho que la persona tuviera un determinado perfil ocupacional. Todos los datos recogidos de preguntas que no se encontraban en un principio en los cuestionarios fueron tomados como importantes, ya que así lo consideraron los participantes al exponerlos.

## **RESULTADOS**

Se obtuvieron los discursos de los participantes así como de la población general, donde se determina la importancia de la historia de vida y los niveles volitivos de la persona para su recuperación. Se muestran los factores importantes para cada persona que determinan el autoestigma asumido y el afrontamiento en sus vidas.

La población general mostró su visión ante estos colectivos.

Algunos de los fragmentos obtenidos de la población objeto de estudio muestran lo siguiente:

## FRAGMENTOS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

E.M. SIN CONSUMO: "En una visita de unos niños del colegio aquí al psiquiátrico, yo estaba en jardinería con las tijeras en la mano, me acerqué a ellos y dije: ARRRRRRR!!! Seguidamente les dije: no pasa nada, nosotros no hacemos daño, no estamos locos, cuando me dí la vuelta vi. que uno de los profesionales de aquí me había visto, se acercó a mí y me aplaudió, me dijo que valía para ello".

"soy muy buena escribiendo cuentos para niños, luego te voy a enseñar el último que he hecho... me encantaría ir por los colegios para contar cuentos a los niños y hablarles sobre las enfermedades mentales".

" ¿Tú a qué te dedicas?.....ah!!.....pues te podías quedar aquí con nosotros.....es que hay que saber distinguir como tienes que hablar a cada uno ¿sabes?, porque todos no estamos igual.... Y lo que no puede ser es que nos traten como a niños..."

PATOLOGÍA DUAL: "La depresión me empujaba porque sentía que no podía hacer nada y si tomaba coca estaba más activa, limpiaba..."

"La verdad estoy preocupada por mi pueblo porque es muy pequeñito y a lo mejor no encuentro trabajo si la gente sabe que salgo de aquí". Soy organizada, atenta, me gustan las cosas curiosas, me gusta que le gusten las cosas a la gente, soy limpia, imaginativa para decorar los platos..."

"Antes era alegre, sociable, divertida, me gustaba hacer actividades, me gustaba compartir, estaba bien conmigo misma; ahora no tengo ganas de nada, todo me da asco y yo misma me aparto de la gente y me encierro... si alguien hablase de mí diría que soy una persona en quien se puede confiar y que es una pena que me desperdicie así"

CONSUMO SIN E.M.: "No he tenido una vida fácil; de pequeña el hombre que estaba con mi madre, abusó de mi, ella cuando se enteró me dijo que son cosas que pasan y que no se lo contase a nadie, quizás eso fue lo que me llevó a consumir". " Mi marido está en prisión cumpliendo condena, él también consumía, pero ahora dice que tiene muy claro que lo quiere dejar...él cuando consume se pone muy agresivo y me pega, tiene alucinaciones, es que tiene esquizofrenia y mi hijo que vive con mi madre, pues ha salido igual que él porque intenta pegarla a veces". "cobro la pensión no contributiva por VIH, hepatitis, problemas afectivos... no estoy loca, pero tengo empanada mental". "¿Mi rol?: "como no sea el de tonta". "Me importa el dinero y el trabajo para estar distraída, me gustaría hacer algo constructivo para no tener tanto ocio, me serviría para estar más centrada".

CONSUMO SIN E.M.: "Hago de taxista a diario, trabajo de cundiera, llevo a la gente al poblado o a Son Riera donde se pilla, los taxistas no quieren llevar a nadie allí y yo trabajo así, en mi coche tengo todas mis cosas, es como mi casa". "siempre he querido ser militar, me gustaría tener un alto cargo".

E.M. CON CONSUMO ESPORÁDICO: "¿Esto para que es? Ah... pues yo creo que lo que se debería hacer son talleres de meditación en los colegios para prevenir esto y que quieres ver ¿el nivel de autoestima?", "consumo cuando me apetece por tener creatividad, yo estudio Bellas Artes, me gusta explorar para poder llegar a hacer muy buenas melodías o pintar, para conocer los colores... esa percepción solo la tienes si consumes, porque la vida real no te permite llegar a ella. Sí, gran parte de la clase consume, puede ser que esté relacionado este tipo de estudio con el consumo". "Mis metas no son a la larga, quiero acabar mis estudios y no se, me gusta la psicología y la filosofía".

"Tengo el autoestima peor desde que tengo la enfermedad. El contexto es lo que te hace, es como si hubiera estado 6 semanas en la cárcel, ahora me avergüenzo de la enfermedad porque ahora ya todos lo saben".

"Me considero una oveja más, una persona más de las muchas del rebaño. Soy paciente, deportista, músico, tengo

papel de esquizo (bromeando). Se me da bien tocar la guitarra, en el resto soy mediocre". "¿actividades de participación social? Pues como no sea conversar con mi familia... Me quiero apuntar a Kun-Fu y a Yoga. Juego al ajedrez, a las cartas y pocas veces al ordenador. Intento mantener todo en equilibrio". "ahora no estoy contento con mi vida porque no puedo hacer las cosas que quiero por el contexto, en el instituto estoy bien, y con mi familia después de haber estado en la cárcel mejor (se refiere con la cárcel a la UHB)".

"Antes tenía el autoestima bastante subido, ahora lo tengo bastante bajo. A veces he sentido rechazo de algunas personas en algunos momentos y eso me ha hecho sentirme inferior. Ahora mis padres y mis amigos me tratan de una forma diferente, no como si estuviera loco, sino como si fuera tonto. Creo que una persona con un autoestima alta es más feliz, puede hacer más cosas porque se siente más capaz".

E.M SIN CONSUMO: "Tengo una hija de 21 años y un hijo de 18, ahora tengo buena relación con ellos, pero antes, recibí maltrato psicológico de mi hijo, puede que estuviese relacionado con la enfermedad, me llamaba loca y decía que me iba a encerrar en un psiquiátrico para toda la vida, yo sentía impotencia y me ponía a llorar. Mi hija no sabía nada de esto". "Mi vocación es la enfermería". En el trabajo me veo fatal, no me veo con capacidades ahora para trabajar y los demás tampoco me ven".

Mi madre ha contado a la gente que oigo voces, que tengo la enfermedad... y la gente te habla con pena... dicen: mírala pobrecita está loca... y yo, le tengo dicho que no diga nada de mi vida, que mi vida no tiene porqué saberla nadie. La mirada de la gente lo dice todo ¿sabes? Es un rechazo de la gente".

E.M SIN CONSUMO: "No quisiera quedarme fracasado con esta chorrada de mí mismo, con los obstáculos mentales".

"Mis compañeros me rechazan porque no saben lo que me pasa, me tratan como un loco, eso me hace que me antisocialice. En mi casa bien, mis padres me comprenden, mi madre es médico y me entiende, y mi hermano tiene mucha impulsividad, peor que yo, pero él no tiene nada".

"Te ven raro, pero no te quieren entender y te rechazan, yo reconozco que a veces me obsesiono mucho incluso entendiéndolo, me ponen de los nervios".

La gente que viene aquí ¿está más loca que yo no? ¿Tú como lo ves? ¿Como más locos verdad?, y la gente que se toma droga..."

"Vamos a ver, es que a mí lo de la sociedad me preocupa mucho, yo quiero saber cómo podemos hacer para quitar ese estigma del que hablamos el otro día, ¿qué hay que hacer con eso? ¿Claro es que los pobres no tienen información, y yo que hago?

E.M SIN CONSUMO: "Después de tener los brotes me quedo hecho polvo, así que aprovecho para hacer cursos".

"Lo que realmente me gusta a mí es la orientación laboral, es que creo que hay mucha gente que necesita ayuda para esto, porque yo recuerdo todos los trámites que tuve que hacer solo y me gustaría ayudar a las personas para que no pasen lo que pasé. Me llevo muy bien con el orientador del centro. Yo creo que tengo las habilidades para hacerlo...hay muy pocas ayudas a los enfermos mentales, yo creo que hace falta para nosotros: ayuda para pisos; otras actividades en los centros, cuando iba al hospital de día me sentía como un niño en el colegio; y la sociedad... a mí no me han querido alquilar un piso por ser un enfermo mental".

## FRAGMENTOS DE LA POBLACIÓN GENERAL:

"una persona con problemas de drogadicción no puede desempeñar una vida normal, pierden el sentido del tiempo; con ayuda si; no porque sufrirá ansiedad si no consume drogas, estará agresivo; si pero le costaría demasiado esfuerzo; depende del tipo y de la cantidad que consuma".

“El autoestima de una persona con enfermedad mental depende de la persona y depende de la edad; no tiene autoestima directamente porque afecta a todo, al deporte, en la salud, no pueden hacer nada, se marginan y ya se sienten excluidos totalmente; muy baja, puede deberse a muchos factores”.

“Las personas que consumen droga tienen el autoestima muy bajo, debido a como se sienten, sus metas son conseguir más droga y claro que pueden conseguirlas”.

“Yo pienso que aún, las enfermedades mentales están socialmente mal vistas. Aunque no es lo mismo una persona con depresión que si es aceptada, que una persona con esquizofrenia que se encuentra con el rechazo social en su día a día. Hay que luchar para conseguir vencer ese rechazo y que la vida de las personas con enfermedad mental pueda ser tan normal como su enfermedad se lo permita” (mujer, 57 años, auxiliar de biblioteca)”.

“El concepto que tengo de alguien que consume es: que tiene problemas en su entorno y se evade de la realidad; es una persona enferma; depende de la droga pero tiene una enfermedad”

Las personas con enfermedad mental o drogodependencia han adquirido un autoestigma que influye en el nivel de desempeño psicosocial y ocupacional. Así las personas que se reconocen como enfermas como rol principal tienen metas diferentes a las personas que se auto perciben como significativas en la sociedad. Encontramos una gran parte de población psiquiátrica y drogodependiente que refiere en su discurso su incapacidad asumida a consecuencia de percibirse mayoritariamente como “enfermo mental o drogodependiente” lo que alimenta el mantenimiento de desequilibrio en la ocupación, al no considerarse capaces de mantener un hogar, unas relaciones con la familia prósperas y un trabajo estable. Los participantes han detectado entre sus limitaciones más importantes por la asunción del autoestigma: alteración en las actividades básicas de la vida diaria, educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social.

No destacan la disfunción en actividades instrumentales de la vida diaria.

Entre las habilidades del desempeño que detectaron los que asumieron la postura de enfermo mental o drogodependiente como principal rol, las que se han encontrado más afectadas son las de comunicación y en menor grado las de procesamiento.

En los patrones del desempeño es donde mayor déficit mostraron. Las personas con dependencia asumieron la toma de sustancias como hábito de forma perjudicial. Las rutinas son determinadas por el centro donde recibían el tratamiento o estaban a modo de estancia. Los roles fueron los principales determinantes del desequilibrio ocupacional. Las personas que asumieron el rol de enfermo o drogodependiente como principal mostraban un autoestigma marcado, al auto percibirse como incapaz de llevar a cabo sus funciones diarias, o al no ser capaces de determinar las funciones actuales esperando que en un futuro sean capaces de llevar a cabo los roles donde muestran déficit; mientras tanto no los reconocen como propios suyos. Se ha encontrado aquí una gran relación con el nivel volitivo de la persona. Los roles que llevaban a cabo en la actualidad no los localizaban como propios ya que el nivel de desempeño en los roles no se ajustaba al que ellos veían como el normal.

Las demandas de la actividad no han supuesto un factor relacionado con el autoestigma. En sus relatos, los participantes no encontraron barreras en las actividades, excepto algunos en las laborales.

La historia de vida y un entorno con pocos apoyos se asocia con una menor autoestima y volición de personas con enfermedad mental o drogodependencias. El entorno, se localiza como el factor más potencial de generación de autoestigma. Siendo el mayor el social y físico. Muchas de las personas asocian el estigma social a la institución en la que se encuentran en tratamiento o estancia. Los ingresos han marcado a las personas en sus vidas relatan la mayoría. En el discurso de las personas con drogadicción el autoestima que muestran, está íntimamente ligado al apoyo externo que reciben, tanto de la familia como de la sociedad. Cuando se sienten arropados por la familia se consideran capaces de conseguir una gran meta en su vida, como es el abandono de la toma de la sustancia. Muchos de los que no tienen apoyo, reconocen considerarlo necesario en su rehabilitación y en conseguir un funcionamiento psicosocial y ocupacional adecuado. Así con el apoyo externo se

---

verían capaces de conseguir un trabajo y poder mantenerlo, de formar parte de una familia, y tener un hogar. En cuanto a su entorno e historia de vida, muchas de las personas con enfermedad mental localizan la causa del trastorno en estos factores y como aumentativos del déficit, así piden ayuda por parte del entorno para conseguir su desempeño ocupacional óptimo. Cuando las personas con enfermedad mental no tienen apoyo familiar su autoestima se ve influida disminuyendo notablemente; así la han percibido los participantes. El estigma de la sociedad afecta en que estas personas se planteen unas metas u objetivos en la vida. La familia es un pilar importante donde apoyarse para creer en uno mismo. Los participantes que relataron su relación familiar como buena, creen que su familia creería en ellos para conseguir sus metas. Las personas que no tenían a sus seres queridos cerca mantenían su autoconcepto más desfavorecido. Su nivel volitivo se ve relacionado con su entorno y su historia de vida, así sus intereses y valores están ligados a estos factores, determinando de gran importancia a la familia, la amistad, la salud y el amor. Su historia de vida se liga al nivel de autoestima que auto perciben en ellos y a su nivel volitivo. Sus metas están basadas en intereses que no se ven capaces de conseguir si existe un rechazo hacia su persona. Ya afirman que necesitan que alguien confíe en ellos.

La sociedad mantiene la idea de incapacidad de desarrollo personal y laboral, así como de temor, compasión y/o rechazo hacia personas con enfermedad mental y drogodependencia.

La persona con problemas de salud mental o drogadicción han asumido autoestigma afectando a su autoestima y proposición de metas a causa de que la sociedad no los considera capaz de alcanzarlas. . La asunción del autoestigma hace que la persona se vea como enfermo o drogodependiente, como su rol principal. En casos donde los niveles volitivos estaban alterados, por no corresponder sus intereses y valores con su desempeño en la actualidad, el rol principal se cambia por un ser " ignorado" o " aprovechado" de la sociedad, por no mantener un puesto de empleo, tener mucho tiempo libre

tedioso o no tener la oportunidad de vivir de forma independiente en un domicilio. Es necesario conocer el nivel de autoestima de la persona y anular la idea de la sociedad para la posterior consecución de objetivos e inserción psicosocial- laboral.

En cuanto a las necesidades que estas personas perciben giran de nuevo en torno al concepto social y familiar, para ellos lo más importante es contar con una tela social favorecedora donde se les muestre el apoyo, cariño y afecto y sobre todo que se crea en las capacidades personales. Entre las necesidades que han sido detectadas encontramos: una vivienda digna, ayuda para abandonar el consumo, necesidad de valoración de su desempeño por parte del resto, de confianza, de seguridad. Pero solo en cada discurso encontraremos unas diferentes, la única manera de saberlas es conociendo a la persona.

## **DISCUSIÓN**

En la tesis de Runtel Geidel,A. "estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores" se ultimó que además del autoestigma otras categorías ayudaron a mantener el estigma social en los países objeto de estudio: España, Argentina, Brasil, Chile, Venezuela e Inglaterra. Los efectos del estigma familiar, social, institucional y laboral son: sentimientos de inferioridad e incapacidad, autoaislamiento, baja autoestima, creencia en los mitos como el de la peligrosidad, creerse "no normal" y miedo a decepcionar al otro y así mismo, y así lo muestran los participantes en este estudio <sup>4</sup>.

En "Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental"de Uribe Restrepo,M., Lucía Mora, O., Cortés Rodríguez, A.C. Las consecuencias negativas del estigma incluyen el ostracismo y el aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda, conclusión similar a la obtenida en este estudio, al reflejar las personas con enfermedad mental su poca iniciativa para pedir ayuda y su autoaislamiento ocasional. En este mismo estudio se dice que en

---

ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos, así nos lo han contado también algunos de los participantes, refiriendo su percepción de compasión de la sociedad ante ellos <sup>5</sup>.

En relación a las creencias y actitudes que la población tiene de los consumidores de drogas, y atendiendo al último estudio realizado por EDIS bajo el encargo del Comisionado para la Droga, podemos observar como en la región andaluza a la hora de calificar a los consumidores de heroína y cocaína se utiliza el calificativo de "enfermo", mientras, cada vez es más generalizado, identificar al consumidor de alcohol como "normal", tal y como refiere Rengel Morales, D. en "La construcción social del otro" <sup>3</sup>.

Los síntomas depresivos, la ansiedad y los síntomas negativos predicen una peor calidad de vida, mientras que un balance afectivo positivo y una autoestima elevada se asocian con una calidad de vida superior", relatan Ruggeri M, Nosé M, Bonetto C y colaboradores en su artículo: "Changes and Predictors of Change in Objective and Subjective Quality of Life" (Cambios y Factores de Predicción de Cambio en la Calidad de Vida Objetiva y Subjetiva). De la misma forma lo han relatado algunos de los participantes que han determinado una mejor calidad de vida con un autoestima mejorado <sup>2</sup>.

La mayoría de los participantes que consumen actualmente contaron el necesario apoyo que veían de su familia. Testimonio que se ajusta al estudio "Alcoholismo: Integración Familia- Paciente desde la terapia ocupacional" de Analía Soledad, S. concluye que es necesario el apoyo de la familia en el proceso de recuperación de una drogadicción, se hace necesario eliminar el estigma sobre ciertas patologías ya que en lugar de ayudar a la persona, se puede caer en el error de establecer co dependencia al no asumir la necesidad de ayuda de la persona con dependencia <sup>6</sup>.

## **CONCLUSIONES**

Cada una de las personas con enfermedad mental o drogodependencias asume unas necesidades que giran alrededor de su historia de vida y su entorno. La predisposición de los participantes a formar parte del estudio de forma voluntaria y su confianza a la hora de mostrar su relato pone en manifiesto las necesidades de escucha que perciben, el conocimiento de su persona. Se hace necesaria una buena relación terapéutica con los usuarios, una relación basada en la confidencialidad y confianza y donde tengamos en cuenta los aspectos más personales de éstos. En lo que preocupa a esta población, la predisposición de la sociedad ante su enfermedad o dependencia hace que necesiten la confianza y el apoyo por parte de la población general para poder expresar sus sentimientos y pensamientos, así como conseguir sus metas.

Tal y como se ha podido conocer, cada persona cuenta con unas necesidades en base a su historia de vida, situación y ocupación actual, por lo que debemos conocer a fondo a nuestros usuarios, conocer sus preocupaciones y poder conectar con ellos haciéndolos partícipes no solo de un tratamiento, sino también de una sociedad, ayudándoles a potenciar los factores o entorno que consideren importantes para su funcionamiento ocupacional.

Conocer el posible autoestigma de la persona. Una visión de su ser que le ayudará a mantener un equilibrio o desequilibrio ocupacional mediante el que alimentará su autoestima. La asunción del autoestigma en personas con problemas de salud mental y/ o drogodependencias afecta en la consecución de una vida normalizada y unas metas se vea limitada. Se hace necesario conocer la historia de vida de la persona, su nivel de autoestima, su autopercepción, junto con sus valores e intereses, es decir, su nivel volitivo. Esto nos ayudará a reconocer junto con la persona sus necesidades.

---

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todo el personal social y sanitario de los centros colaboradores<sup>a</sup> por abrirse a las circunstancias planteadas y abrirme las puertas en sus centros, así como compartir información relevante para el estudio. Gracias a Raquel (Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Media Estancia de Lluerna), Mercedes( Terapeuta Ocupacional de la Unidad de Subagudos del Hospital Psiquiátrico), a Noemí y Marilen ( responsables del centro de formación de Proyecto Home), a Willy( Director de la comunidad Terapéutica “ Casa Oberta”) y a todo el personal, a Chemari( Director del Albergue Sa Placeta), a Amanda( Trabajadora Social de Fundación Aldaba) y a todo el personal y a Almudena( Terapeuta Ocupacional del Hospital de Día Son Dureta).

Quiero agradecer el constante apoyo y la orientación de Oscar Sánchez (Excelente docente y terapeuta ocupacional; coordinador del MTOSM y de este estudio) y Antonio Segura (experto en investigación y colaborador del MTOSM). Quiero agradecer a mi familia por el constante apoyo y sobre todo a mis tías, cada una a hecho posible que haya podido llevar a cabo este estudio. Y por supuesto, dar mil gracias a los que han hecho posible que estos relatos se hayan podido sacar a la luz, a los que sufren este constante rechazo del que se habla en el estudio y los que luchan día a día por conseguir sus metas, los participantes del estudio, usuarios de los centros que han abierto su historia de vida y se han mostrado afectados sentimentalmente al relatarla.

---

<sup>a</sup> Los colaboradores son: Master en Terapia Ocupacional. Universidad de Castilla la Mancha; Proyecto Home. Balears; Hospital Universitario Son Dureta; Fundación Aldaba; Grupo 5; Consell de Mallorca.net INICIO; Govern de les Illes Balears. Gesma. Gestió Sanitaria de Mallorca.

## Bibliografía

1. Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2004.
2. Ruggeri M, Nosé M, Bonetto C et al. Changes and Predictors of Change in Objective and Subjective Quality of Life. Br J Psychiatry. 2005; 187:121-130.
3. Rengel Morales D. La construcción social del otro. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. Gaz Antropol. [Revista en Internet] 2005 [acceso 12 de Mayo de 2009 ]; 21. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G21\\_25Daniel\\_Rengel\\_Morales.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G21_25Daniel_Rengel_Morales.html)
4. Marichal F, Quiles MN. La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. Psicothema. 2000; 12(3): 458-465.
5. Uribe Restrepo M, Lucía Mora O, Cortés Rodríguez AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Univ. Méd. Bogotá (Colombia). 2007; 48 (3): 207-220.
6. Ananía Soledad S. Alcoholismo: integración Familia- Paciente desde la Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2006 [acceso 17 de Abril de 2009]; 3(4). Disponible en: [http://www.revistatog.com/num4/pdfs/ORI\\_GINAL4.pdf](http://www.revistatog.com/num4/pdfs/ORI_GINAL4.pdf)