

Artículo original

Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias

Cristina Gómez Muñoz^{1*}

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.

Palabras Claves: Apoyo social, autoestima, terapia ocupacional, salud mental.

Abstract

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, people 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.

Keywords: Social Support, self-Concept, occupational therapy, mental health.

Recibido: 04/01/2012 – Aceptado: 25/06/2012 – Publicado: 16/07/2012

* Correspondencia: cristina_gmto@hotmail.com

¹ Terapeuta ocupacional. Palma de Mallorca. Máster de terapia ocupacional en Salud Mental.

Introducción

La lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores clave de los planes de actuación a 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 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 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” (1).

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 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. (2), (3), (4), (5), (6).

Las limitaciones que encuentra este estudio es la posibilidad limitada de generalizar los datos, por tratarse de testimonios de los participantes, pero así, denota a su vez la necesidad de estudiar a la persona.

El apoyo se hace necesario 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 la visión de las personas con enfermedad mental o drogodependencia sobre su propio ser.
- Conocer la relación entre el entorno e historia de vida con la autoestima y volición.
- Conocer la concepción de la sociedad ante este colectivo.
- Conocer si es mayor el estigma social en enfermedad mental o en drogodependencias.
- 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.

Material y método

En este diseño cualitativo, basado en un enfoque etnográfico, se ha recopilado información de diversas fuentes directas e indirectas.

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. Se pasó a lo largo de la estancia en el centro 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 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.

Por otro lado, se han conseguido mediante los profesionales: Terapeuta Ocupacional o en otros casos el director del centro, información pertinente al diagnóstico del participante e historia ocupacional tras realizar la entrevista para evitar la subjetividad del investigador. Por parte de

los profesionales de centros de formación de Proyecto Hombre, se obtuvo información sobre los centros más favorecedores de acuerdo a la tipología de participantes que se pretendía estudiar.

La población estudiada es:

- 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 la 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 aun 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.

Para la realización de las entrevistas, se visitaron los centros colaboradores. En orden de visita fueron: Fundación Aldaba, Unidad de Media Estancia de Lluerna, Unidad de Subagudos, Comunidad Terapéutica “ Casa Oberta”, Albergue Sa Placeta y Hospital de Día Son Dureta, todos situados en la isla de Mallorca. Aquí se entrevistaba a la población con una media de 2 horas de entrevista. El carácter era flexible de modo que los participantes podían utilizar más tiempo si querían aportar más información. Se acudió a los centros de lunes a viernes.

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.

Los fragmentos obtenidos de la población objeto de estudio muestran lo siguiente:

E.M. Y CONSUMO ESPORÁDICO: “Si no bebía me sentía inferior, excluido”, “no me puedo resistir”.

“mi madre no quiere que yo trabaje pero yo quiero trabajar”. “Estoy en estado depresivo, no he desayunado y no pienso comer”, “tengo ganas de tirarme y partirme la cabeza de una vez”, “yo no debería estar aquí, tendría que estar encerrado, en otra unidad”, “quiero que me lleven al CAD” “por favor habla tu con el doctor y con la terapeuta y le cuentas como estoy”. Por favor, perdóname, no lo volveré a hacer más”.

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 di 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?.....ahh!!.....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...”

E. M SIN CONSUMO: “Pregúntale a C. que como soy ya verás lo que te dice, “¿no le preguntas? Pregúntale anda...; “Me gusta trabajar en la limpieza porque me veo con capacidad para ello, lo he estado haciendo desde niña y es lo que se hacer, además me gusta trabajar donde trabajo porque mis compañeros y mis jefes se portan fenomenal conmigo, he estado en otros sitios y no

han sido así”.

E. M Y CONSUMO ESPORÁDICO: “Hice de prostituta para conseguir dinero para drogas”. El último consumo fue hace 3 semanas: “es una forma de escapar, consumí porque me ofrecieron y antes me servía para dormir bien, pero esta vez tuve alucinaciones y eso me llevó a autolesionarme”. “cuando me drogo no me aseo, me alimento mal”, “me veo capaz de trabajar ahora, y mis padres confiarían en mí” “Llevo 5 años sin trabajar y aunque yo considero el trabajo muy importante, ya me he acostumbrado a esta situación... cuando busco trabajo y no encuentro no pido ayuda a nadie, simplemente me amargo por no encontrar”.

“Antes, cuando me drogaba mis padres me echaron de casa, estuve un mes y medio viviendo en el albergue. Cuando me drogo olvido mis ocupaciones y me aísla, no hablo con nadie”.

“¿Roles? mmm... ninguno, me considero una mierda”. “Hacía las actividades más rápidas o más lentas dependiendo de la droga, faltaba al trabajo... una vez me pinché con una aguja de uno que tenía el VIH pero no me contagié... cuando consumía heroína no me aseaba, con el cannabis me dan paranoias y la coca me sentaba de puta madre, también he mezclado las drogas con medicación”.

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”

PATOLOGÍA DUAL: “Lo que me llevó a consumir fue la depresión, desde que era pequeño, mis padres se separaron y mi madrastra me ponía cuchillos en el cuello, a los 14 años empecé con los porros, con mis amigos que fumaban y así me sentía bien, se me olvidaba por un momento lo que me esperaba al llegar a casa, faltaba a clase para irme a fumar, primero con los amigos, luego lo hacía solo”.

“Ahora me veo al 100% para trabajar, mi padre confía en mí, la semana que viene ya empiezo a trabajar y yo me he estructurado el horario porque como trabajamos de autónomos...”

“No me afecta el hecho de tener trabajo al estado de ánimo, me preocupa por tener una ocupación y cotizar, vamos por el futuro”

PATOLOGÍA DUAL: “Antes de consumir hacía actividades que me llenaban: era buen jugador de fútbol, todo el deporte me gustaba”. “Me afecta mucho al estado de ánimo tener trabajo o no tenerlo, me siento avergonzado por lo que piensan los vecinos, porque digan, mira éste que lo

mantiene la mujer, y me deprimó sin trabajo”

PATOLOGÍA DUAL: “Mis papeles son: padre, hijo, marido, no trabajador, compañero, vecino y hermano. Los valores más importantes para mí son el cariño y el amor, el autoestima y la honestidad y mis habilidades: soy extrovertido, simpático y manitas; todo esto me produce sentimientos de felicidad y orgullo y en mis papeles me produce mucha alegría sentirme útil, que cuenten conmigo”.

PATOLOGÍA DUAL: “Tengo mucho miedo porque he pasado varias veces por el programa y tomaba benzodicepinas para no sufrir ese sentimiento de fracaso, y además con la edad que tengo ya; empecé con 14 años a consumir para sentirme más mayor, mis amigos también lo hacían”. “He realizado bastante formación continua, me dedico a la electricidad durante 15 años y es necesario ponerse al día para trabajar en esto”. “Creo que soy bastante capaz de volver ahora al trabajo, tengo la máxima motivación ahora hacia el trabajo, es valioso sentirse útil y que la gente valore mi nivel. Creo que es posible que te rechacen por haber sido un drogadicto, pero yo desde luego no pienso eso sobre mí, creo que soy capaz de hacer lo que me proponga; en mi día a día soy independiente para tomar decisiones, pero cuento con la ayuda de mi psiquiatra, mis padres, amigos y compañeros”.

“Pues antes cuando me drogaba lo que hacía era dormir, llevaba una mala alimentación y en el aseo estaba descuidado, del hogar no cuidaba y todas mis actividades de ocio eran drogarme, además jugaba a las tragaperras, esto era una conducta adictiva por la cocaína. Era como un bucle: alcohol- tragaperras- cocaína- sexo(prostitución)... todo esto a diario, pero ahora ya no hago esas cosas, y mi familia no... no creo que me ayude mucho a esto, cuando tenía problemas con la familia consumía más”

PATOLOGÍA DUAL: “En el trabajo si que me afectaba la droga, no me dejaba concentrarme, pero creo en lo que más me ha influido es con mi familia, he tenido muchos problemas de relación”.

“En el trabajo me veo mal si consumo, si no consumo doy la talla, estoy más despierto y activo. Mi padre no me ve todavía capaz de trabajar, pero cuando me rehabilite si que me verá, pero no se... como tengo la enfermedad esta... para encontrar trabajo no se yo... pero creo que puede ser peor las drogas que la enfermedad para encontrar trabajo”.

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: “En el trabajo no me ha afectado porque casi nunca he trabajado, en la familia... tengo una hija de 19 años, pero no he tenido mucha relación porque he estado 15 años en la cárcel, mira aquí tengo los tatuajes, esto es como una señal de los que hemos estado allí... me pillaron robando y traficando, hace un mes que he salido de la cárcel y como no me llevo bien con mi familia pues estoy aquí, ellos saben que consumo y no quieren saber nada de mí”.

“Mi hermano murió hace 15 años de sobredosis de heroína, mis amigos consumen todos”

“Cuando más consumo es cuando cobro... no tengo problemas... ¿dejarlo? Pues es que me gusta, además no me encuentro con fuerzas”.

“ me doy un poco de asco porque soy una persona mayor y he perdido a toda mi familia por la puta droga”

CONSUMO SIN E.M: “Yo soy un hippie”. “en mi día a día no influye la droga en mis ocupaciones, porque solo las consumo cuando no tengo nada que hacer, es como quien se va a tomar una copa después del trabajo”. “Ha afectado en mi familia si... yo estaba trabajando y consumiendo, y mi mujer se lo dijo a la gente y me dieron de lado, no me echaron del trabajo pero me hacían feos, asociando todo lo que me pasaba a la droga, no te podías poner malo porque ya era por la droga... una persona normal puede tener una gripe, pero yo no”. “ yo uso las drogas para taparme un dolor, pero el problema no desaparece”

“¿Mi vocación? Me gusta saber, soy un filósofo. He pintado y he escrito mucho y ahora también lo hago, pero como estoy esperando a cumplir condena...”.

“Al estado de ánimo si que me afecta no tener trabajo, si no tienes trabajo y tienes mucho tiempo para pensar en eso, esto te lleva a la abstinencia, una anemia depresiva”.

PATOLOGÍA DUAL: “Con 12 años empecé a consumir, yo es que soy de Sevilla y allí todo el mundo bebe y fuma, empecé a consumir con los amigos como todo el mundo para divertirme. Desde que hice la mili he tenido varios intentos de suicidio, me drogaba porque así me olvidaba de donde estaba, sin que me obligaran a pegar tiros a nadie”. “ahora no me veo para trabajar, estoy muy deprimido y además tengo la mano echa polvo, los demás no se cómo me ven de capaz, creo que piensan que valgo”. “para tomar decisiones lo hago yo solo, basándome en la Biblia. He decidido por como estoy no trabajar más para nadie, porque estoy hecho polvo física y mentalmente, soy un jonky... la sociedad no quiere a los jonkis, han hecho varias manifestaciones aquí contra esto, por eso yo prefiero ir solo porque soy un jonky de plata; esta gente lleva una historia diferente a la mía, aunque esté aquí metido porque no se donde meterme”. “ ahora soy un parásito... pero creo que soy buen trabajador y buena persona... ahora todo lo que tengo es depresión y más depresión y no puedo salir de aquí, yo lo que quiero es irme con los amigos consumiendo o sin consumir, es que estoy volviéndome ya loco perdido del todo”

“creo que si me ayudan puedo mejorar, lo estoy pidiendo a todo el mundo, sobre todo a Dios, pero Dios no te puede contestar, bueno... a mí si”.

CONSUMO SIN E.M: “Hace un año y poco que no trabajo porque salí de la cárcel, estuve cumpliendo condena por robo con violencia, ahora llevo una racha de consumir 600- 700 euros diarios, el dinero lo saco por ahí delinquiendo”. En la cárcel está toda la chusma, todo lo peor

que te puedas encontrar en la calle, todos son muy falsos... yo me metí en la cocina porque me daban un bis a bis". "te digo una cosa... la metadona aquí la han legalizado para tener a los toxicómanos controlados, para evitar robos"

"estoy descuidado cuando me drogo... antes de estar en la cárcel todos los días practicaba sexo, me arreglaba la ropa y la lavaba. Ahora en mi tiempo libre salgo mucho, me drogo y me voy a montar en moto". Si no hubiese sido por la droga sería un crac en lo que me hubiese propuesto... quiero dejarlo pero me cuesta porque no tengo ayuda y ahora estoy medio preso, estoy en búsqueda y captura, por eso salgo de noche... yo sé que por mis narices puedo pero necesito que alguien confíe en mí". "cuando estuve en Aldaba (centro de deshabitación de proyecto hombre) parecía yo el psicólogo, estaban todos medio colgados, algunos venían del psiquiátrico".

CONSUMO SIN E.M: "La soledad me lleva a consumir, no tengo amigos, no me divierte para nada consumir, al revés me da asco, todos mis amigos me han traicionado siempre, alguna vez he tenido amigos, lo hago porque me olvido. Por el alcohol he perdido a mi mujer, a ella no le gustaba que yo bebiera, ya no lo aguantaba. Ahora no tengo familia. Cuando estoy deprimido consumo más".

"Aquí tengo sensación de militarización, esto no es lo que yo quiero o necesito, lo que más me gusta es ver los documentales a las 16.30 y a esa hora apagan la televisión. Nos ponen aquí para olvidarse de nosotros, para inflarnos a tranquilizantes, cuando me voy de aquí, me entran ganas de consumir en la calle". "vivir en este ambiente me deprime mucho... yo soy muy cariñoso".

"Creo que no tengo ningún papel, soy mal padre, mal marido, compañero a medias y mal trabajador. Tengo don de gente, se dirige bien, quizás soy muy permisivo, pero soy así y no lo quiero cambiar. Esto me produce mucho miedo y tristeza, porque no sé que se avecina en mí".

CONSUMO SIN E.M: "Empecé a consumir por problemas de soledad familiar, por mi situación de inválido, me siento como una persona que no puede hacer lo que usted hace, a mí esto me ha hecho como que soy... no menos que otra persona, que me drogo para evitar el pensar como estoy, soy minusválido desde los 3 meses de haber nacido". "soy minusválido, ojala pudiera trabajar de verdad". "Si dices que has estado en prisión o eres un drogadicto, te miran mal. Ahora lo que hago para buscarme la vida es pedir en los semáforos, es que con 300 euros no se puede vivir".

"Tengo un poco de miedo por lo que pueda ocurrir mañana porque no sé cómo voy a acabar, me da miedo no poder mejorar mi vida". "Cada vez que consumo no lo hago para colocarme sino para evadirme de cómo es mi vida, si estoy drogado no pienso en cómo estoy".

E.M. CON CONSUMO ESPORÁDICO: "¿Esto para qué es? Ahh... pues yo creo que lo que se debería hacer son talleres de meditación en los colegios para prevenir esto y ¿qué 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 sé, me gusta la

psicología y la filosofía”.

.”¿Tienes la autoestima peor por tener la enfermedad? “Si. 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: “Mis padres me machacan mucho con el tema de la enfermedad, me dicen que esto no es normal, en este último ingreso mi madre me hizo que me ingresasen, pero en realidad, ella estaba más nerviosa que yo. Yo le digo que muchas veces se aprovecha de mi enfermedad, porque ese día ella estaba muy nerviosa y le deberían haber dado algo, decía que me iba a fugar y yo solo quería fumar un cigarro, me llevaron y me ataron 5 días... esto te destroza psicológicamente porque tu no sabes lo que es estar atada en la cama por una paranoia suya”.

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”

“Pienso: yo que tengo aquí si la gente no me quiere, que en realidad la gente no es la que me da de comer, pero lo pienso”. “creo que la sociedad nos ve como algo peligroso, algo marginado, pero yo creo que yo no he asumido que soy así, como ellos piensan”.

“Yo a una persona con enfermedad mental la describiría como una persona normal y corriente pero con unas limitaciones; por ejemplo, tiene que estar medicado, tenemos una enfermedad mental que nos margina mínimamente, somos conscientes de ello pero no por ello tenemos que estar marginados aunque sea para toda la vida. Yo creo que hay también personas normales entre comillas que tienen su nivel de autoestima por los suelos, no es por tener una enfermedad.

Yo antes de aparecer la enfermedad tenía el mismo nivel de autoestima”.

“Me definiría como sincera, extrovertida, confidente, noble, leal, cariñosa, afectuosa, odio las mentiras y buena madre e hija. Los demás me definirían igual”.

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 antisociabilize. “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...” quiero hacer una analogía entre el ordenador y mi mente: el sistema del ordenador es como un bucle y hasta que no encuentra la solución no deja de buscarla, lo mismo me pasa a mí”

“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 Y CONSUMO: “Tengo un trastorno y me gustaría trabajar pero no puedo... he dejado todos los trabajos por cualquier chorrada... al final me acababa inventando el problema, no estaba motivado por nada porque en ese momento no bebía”. “Cuando llevo 7 u 8 días sin beber, muy bien, hago la casa... pero después al hoyo, y así, ese es mi ciclo. Lo que no quiere decir que porque cobre vaya a beber.”

“Si, creo que hay rechazo, mi propia familia me ha rechazado, los únicos que me hacen caso a veces son mis hermanos. Antes me iba a pasear, a pescar... mis hermanos me han dado de lado; dice mi hermano que mientras tenga un techo y comida estoy cubierto... y la vecindad también.

“¿Mi papel en la sociedad? No tengo ninguno. El de limpiar la casa no es un papel, para mí los papeles son de padre, de hermano, de trabajador, no hago ni de tío. Ya no hay ni valores, el de amistad era un valor muy importante, pero ya ni eso, todo el mundo te falla. Mi estado de ánimo depende de lo que me haya metido...ya es que no... a veces lloro y todo, yo tomo el tratamiento casi todos los días, los días que no lo tomo es porque bebo. No se parar de beber”.

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”, “mis hermanos quieren que me dedique la mayor parte del tiempo a estudiar, eso es lo que se esperaba en mi familia de todos. Uno es maestro y el otro policía, así que te puedes figurar. No, no creo que mis hermanos

esperen poco de mí por estar enfermo, al contrario, ellos piden que de todo de mí”.

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:

“El concepto que tengo de alguien que consume a diario es: “negativo, porque se destruyen ellos y a su familia; alguien marginado socialmente, que tienen más problemas a la hora de trabajar porque la gente directamente no los coge”

“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”.

“la persona con enfermedad mental siente: descontrol, se siente perdida y desprotegida”.

“El autoestima de una persona con enfermedad mental es: mala sin son conscientes de la enfermedad debido a la edad; 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; bajo por los problemas que le causa la enfermedad y no puede valerse por sí mismo y la sociedad lo trata de forma diferente; depende del apoyo personal que tenga pero creo que mayoritariamente sería bajo por ver reducidas sus funciones; bajo por tener la enfermedad y lo que ello conlleva”.

“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; autoestima bajo debido a la dependencia incontrolada que provoca la droga, tienen metas y con ayuda las pueden conseguir; tienen el autoestima igual que la persona con enfermedad mental o peor, por la exclusión de los demás, ellos no tienen metas”.

“Creo que una persona con enfermedad mental puede llevar una vida normal si sigue un tratamiento adecuado; depende de la enfermedad; si está correctamente medicada y tratada la psicosis, a veces todo lo solucionan con pastillas”.

“La persona con drogadicción siente rechazo social; no es consciente de lo mal que está;

ansiedad por la necesidad de consumir droga; no se; impotencia ante su adicción, rabia y compasión de sí mismo; ansiedad por tomar su dosis; una gran dependencia; algunos no lo aceptan, no quieren verlo por una percepción mala de la sociedad”.

“Para mí no es lo mismo un enfermo mental que un drogodependiente(a cualquier nivel, alcohol- drogas- fármacos), un enfermo no elige serlo, un drogodependiente puede elegir entre tomar drogas o no, aunque tomarlas al final puede derivar en una enfermedad mental pero en principio no es en absoluto lo mismo (mujer, 47 años, dependienta)”.

“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 la 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.

Entre la población general se puede destacar en la franja de edad de adultez, como se ha asumido una denominación adecuada al hablar de los colectivos, mientras que en la población más joven, se sigue asumiendo la palabra: “jonki” o “alguien que no está en sus cabales”.

Entre la sociedad encontramos discursos muy distintos. Las personas son conscientes del estigma que marca la sociedad ante este colectivo. Los conciben como desgraciados, desafortunados, desamparados y la mayor parte de la sociedad piensa que en una persona con problemas de drogadicción su primera meta es “desintoxicarse”, que sienten frustración ante el fracaso de no conseguir dicha meta y se les concibe como enfermos que requieren ayuda de la familia y profesional. Por otra parte, a la persona con enfermedad mental, se le guarda menor “rencor social”, se les ve más capaz de proponerse metas dependiendo del grado de afectación que les genere el trastorno. Su nivel de autoestima está disminuido porque las metas que se proponen les cuesta un mayor esfuerzo conseguirlas y necesitan tratamiento farmacológico para mantenerse estables. Aun así, seguimos encontrando discursos donde se mantiene que estas personas ni siquiera se plantean metas.

Los propios enfermos critican a las personas que consumen sustancias y las personas con drogadicción se apiadan de las que sufren problemas de salud mental. Se encuentra en el estudio, el estigma que existe entre cada uno de estos grupos. Las personas con drogadicción hablan de “locos” viéndolo como algo ajeno; y las personas con enfermedad mental “castigan” a las personas que consumen. De hecho, algunas de las personas que tienen enfermedad mental y consumen, se encuentran “atrapados” por la droga, notan su conducta como “peor” ante la sociedad al consumir sustancias que a consecuencia de su patología psiquiátrica. A pesar de ello, en personas con enfermedad mental y consumo eran pocos los que se culpaban por consumir, pero si las personas con consumo veían más “desamparados” a las personas con algún problema en su salud mental.

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

Muchas de las personas con enfermedad mental, localizan fácilmente sus valores e intereses, pero una gran mayoría no los percibe en armonía, su nivel volitivo se encuentra alterado, ya que su situación actual no corresponde con estos valores e intereses.

Muchas de las personas con enfermedad mental y drogodependencias afirman no pedir ayuda ante problemas de difícil abordaje.

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

El apoyo de la familia se relaciona directamente con el planteamiento y consecución de las metas. Cuando el apoyo familiar se percibe como gratificante, la persona confía en ella misma al concebir que el resto también lo haga. El apoyo profesional es un factor importante para la consecución de las metas en estas personas. Refirieron tener confianza en ellos mismos cuando creían que los profesionales creían en sus capacidades. En “Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico y social”. León Castro, H.M, afirma que: cuando la enfermedad se torna crónica, la familia llega a sentir a su paciente como una “pesada carga” y entre otras reacciones, tiende a experimentar rechazo o sentimientos ambivalentes hacia él. (7).

La visión de las personas con enfermedad mental y drogadicción ante la sociedad muestra como contemplan el rechazo hacia su persona. La mayoría de esta población se siente o ha sentido rechazado por algún miembro de la sociedad, incluso por su familia. Perciben la falta de información en la sociedad. De acuerdo con lo que muestra La Comunidad de Madrid y Obra

Social Caja Madrid el informe 'Estigma social y enfermedad mental', de la Comunidad de Madrid y Obra Social Caja Madrid. Afirma este estudio que el 37% de los consultados confiesa incluso haberse sentido rechazado por su propia familia. (8).

Las personas con enfermedad mental asumen tener una conducta más violenta al consumir sustancias, no por la enfermedad psiquiátrica. Una de las causas por las que expresan su auto rechazo es por sentir necesidad de consumir. Unos resultados similares encontramos en: “la enfermedad mental no predice una conducta violenta” de Robert Preidt, que afirma: que por sí sola, la enfermedad mental no es un pronosticador de conducta violenta en el futuro, pero la enfermedad mental combinada con el abuso o dependencia de sustancias sí aumenta el riesgo, según investigadores de EE. UU. Que analizaron datos recolectados de casi 3 años. (9).

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. (10).

En contraposición a lo que muestra: “La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman” de Marichal, F. y Quiles, M.N se demostró, que la media encontrada en el estigma social en el componente psicológico estaban en primer, segundo y tercer lugar respectivamente: “esquizofrénicos, locos y dementes”, así en el componente sociocultural: “delincuentes, gitanos y drogadictos”, en este estudio se encontró lo contrario ante los discursos de la población general. Se contempla como la mirada hacia las personas con enfermedad mental es de pena, mientras que al consumidor se le culpa por su conducta. (11). Las personas con drogodependencia son concebidas como peor integradas en la sociedad por considerarlos como incapaces para llevar a cabo una vida normalizada, para ajustarse a unas normas y a unos hábitos. En cambio, la persona con enfermedad mental, si está medicada se ve más capaz de desempeñar sus ocupaciones, en algunos casos como una persona normal y en otros manteniendo el apoyo que necesita de su familia y amigos, en consonancia a lo que muestra el estudio promovido por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid nos expone los datos encontrados en: “ El estigma de la enfermedad mental”, los estigmas se centran más en enfermedades psicóticas, pero aun así, las psicosis son menos estigmatizadas que la dependencia a la cocaína o el SIDA(4).

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 (12).

Algunas personas han relacionado a estos dos colectivos suponiendo que lo que les une es que los dos grupos son enfermos. La gran mayoría dejó claro que no se podía concebir de la misma manera a una persona con enfermedad mental que a una con drogadicción. 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".(13).

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 una autoestima mejorada. (14).

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. (15).

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 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 ha 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.

Referencias

- 1 Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Médica 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. Albuixech R.The reflection of the social stigma of the mental patient on their caregivers: The training as an alternative. Nure Investigación. 2004. nº 10, Noviembre 04.
4. “El estigma de la enfermedad mental” Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid. Universidad Complutense de Madrid. 2006.
5. “Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores”. Runtel Geidel, A. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de medicina legal, toxicología y psiquiatría. Granada 2005.
6. Perceived stigma among individuals with common mental disorders. Alonso J, Buron A, Rojas-Farreras S, de Graaf R, Haro JM, de Girolamo G, Bruffaerts R, Kovess V, Matschinger H, Vilagut G; for the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators..J Affect Disord. 2009 Mar 11. [Epub ahead of print].PMID: 19285349 [PubMed - as supplied by publisher].
7. “Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico y social”. León Castro, H.M. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán. Vol 6 nº1 Enero- Junio 2005, pp 33-42.
- 8.“Estudio:Estigma social y enfermedad mental”. Disponible en: (
9. La enfermedad mental no predice una conducta violenta” Preidt, R. 2009- Feb- 03. Artículo por HealthDay, traducido por Dr. Tango.
10. “Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores”. Runtel Geidel, A. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Departamento de medicina legal, toxicología y psiquiatría. Granada 2005.

11. La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. Fátima Marichal y M^a Nieves Quiles. Psicothema ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. 2000. Vol. 12, nº 3, pp. 458-465 Copyright © 2000 Psicothema.
12. “Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental”. Uribe Restrepo, M., Lucía Mora, O., Cortés Rodríguez, A.C. Universitas Médica 2007 Vol. 48 N° 3.
- 13... “La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida” Rengel Morales, D. Gazeta de antropología, ISSN 0214-7564, N°. 21, 2005 (Fuente disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1302823).
14. 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). Ruggeri M, Nosé M, Bonetto C y colaboradores. British Journal of Psychiatry 187,121-130, Ago 2005.
15. “Alcoholismo: integración Familia- Paciente desde la Terapia Ocupacional”. Analía Soledad, S. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, ISSN 1885-527X, N°. 4, 2006. Fuente: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2151674>.



Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):

Gómez Muñoz C. Estigma-autoestigma en el funcionamiento ocupacional: salud mental y drogodependencias. Psicología.com [Internet]. 2012 [citado 16 Jul 2011];16:14. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5504>