

El día en que perdí la razón...

[Fco. Javier Rubio Arribas](*)

En España existen unas 250.000 personas aproximadamente que padecen un trastorno mental grave. Sin embargo, las enfermedades mentales siguen siendo, significativa y socialmente, muy poco conocidas. Es una enfermedad que altera las relaciones sociales, laborales y educativas de quienes la padecen. Aunque se puede afirmar, que la mayoría de las personas con enfermedad mental pueden llegar a llevar una vida normalizada, para lo que deben contar con la información, el tratamiento y el soporte/recurso social adecuado. Actualmente siguen siendo víctimas directas de discriminación social y laboral, se les sigue estigmatizando negativamente y no es justo que estos ciudadanos y ciudadanas sean apartados de su Sociedad, debemos ayudar entre todos y todas a que ellas y ellos recuperen su espacio social y laboral (tienen derechos y deberes como cualquier otra persona).

- Introducción
- Una enfermedad estigmatizadora
- La aparición: destapando/negando la evidencia
- El estigma social de una enfermedad: "la gente te mira mal, te huye, te señala"
- NOTAS

Introducción

"Es un colectivo muy mal tratado, es una enfermedad muy mal entendida, esta enfermedad genera una serie de déficits..."

El diccionario de la Lengua Española (1) define razón (2) entre otras acepciones, como: "*la facultad de discernir*". Y a mí en este momento -quizás en otros muchos no- me asiste la razón que es "*tenerla de nuestra parte*". Pero existen otros ciudadanos y ciudadanas a los que se les niega, priva, o suplanta dicha capacidad de discernir, bien jurídica, bien psiquiátrica, bien políticamente. Personas que socialmente han "*perdido la razón*" porque y siempre según nuestro diccionario, "*perder la razón es volverse loco*" (3). Por este razonamiento "*loco o loca* (4)" es "*aquella persona que ha perdido la razón o que tiene poco juicio, que es disparatado o imprudente*", en fin, que pude ser "*una persona loca de atar* (5)".

No existe una visión ni un discurso homogéneo entre los profesionales a la hora de buscar el motivo o los motivos que originan la aparición de la enfermedad mental. Por un lado, existe un gran abanico de trastornos mentales; por otro, no existe una única causa que la origine (6). Más bien, es la combinación de varios factores los que al confluir en la persona y en un momento determinado provocan el origen y su posterior desarrollo. Aunque el discurso dominante, dice que la causa más importante, es que la enfermedad mental aparece o surge en aquellas personas que son más vulnerables o están más predispuestas a padecerlos (cualquiera de nosotros podemos en algún momento de nuestra vida, ser vulnerables). Esto pone de manifiesto, que en nuestra Sociedad hay personas que son más proclives a sufrirla que otras, y que por tanto, tienen más posibilidades de "*perder la razón*". Éste no es el lugar ni el espacio para elaborar criterios científicos sobre el origen, aunque en muchos casos pudieran coincidir. Tan sólo decir, que la enfermedad mental aún sigue teniendo un origen "*incierto*", desconocemos mucho de ella.

Una enfermedad estigmatizadora

*"Cuando me dijeron libertad ya era demasiado tarde.
Había perdido la referencia, había perdido el habla, había
agotado los filtros: el discurso de la reconversión -mi viejo discurso
de la seducción y de la provocación-, había empezado a serme extraño" (7).*

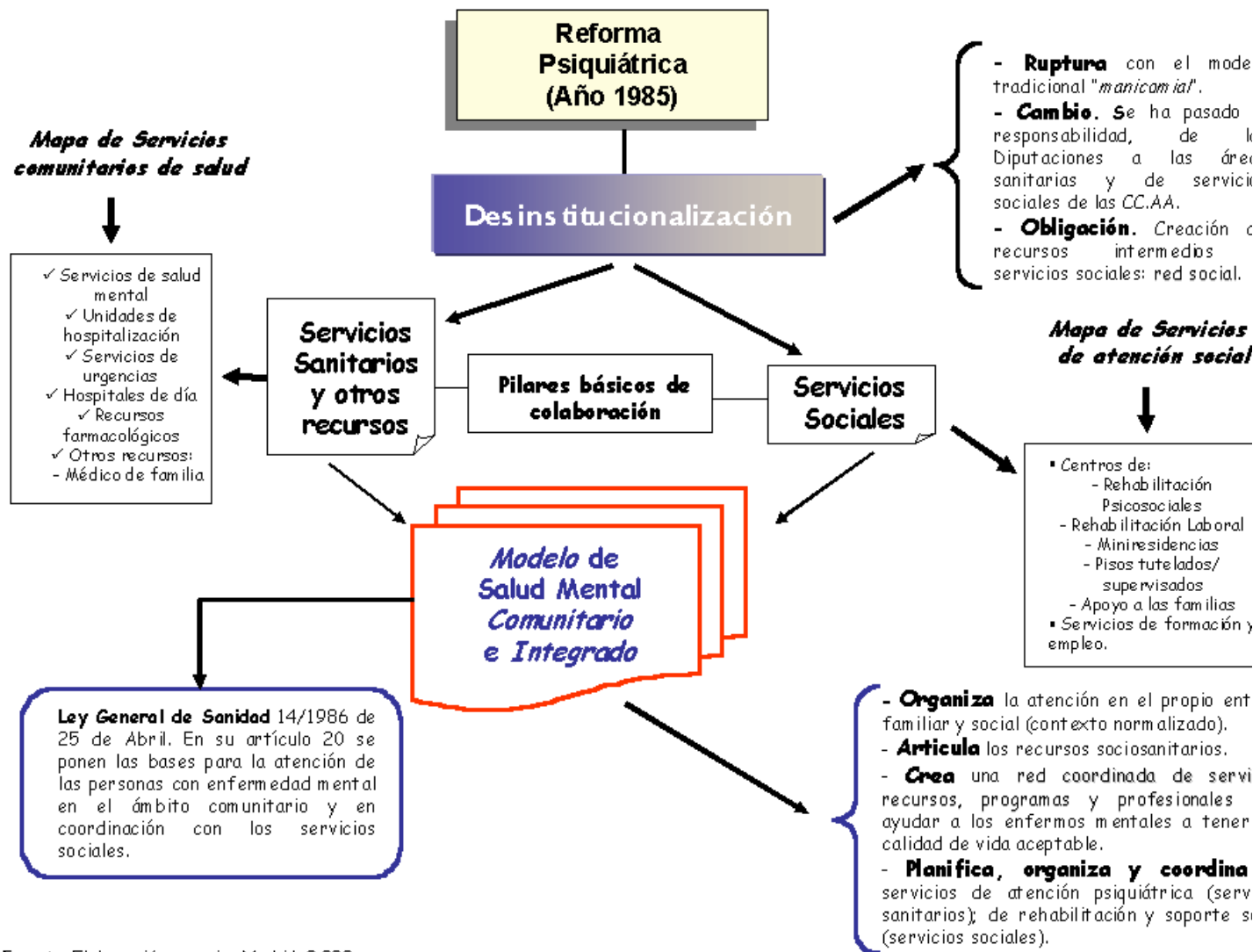
La enfermedad mental es susceptible de manifestarse antes del desarrollo de la misma, en forma de un deterioro general de las capacidades del sujeto. Es una enfermedad que al principio confunde sus síntomas o los "camufla": *pobreza en sus relaciones personales, comportamientos* calificados y valorados por los otros como de... " *extraños* ", " *raros* " y *excéntricos* ; con un *comportamiento social de aislamiento y retraimiento*; incipiente *fracaso escolar*, etc. Las fases de la pre-crisis las podemos definir grosso modo de *dos tipos*: una lenta o insidiosa (aquella cuyo desarrollo se produce a lo largo de varios años) y otra, de inicio repentino (con un desarrollo de días o semanas).

Esta enfermedad se reconoce sobre todo cuando la persona -en la juventud-, empieza con cambios bruscos en su personalidad; como por ejemplo, cuando se muestran las siguientes conductas: *dejar de repente de salir con los amigos; pasar mucho tiempo solo en su habitación; estar muy inquieto*, etc. síntomas que son *percibidos/observados* por las personas que se encuentran a su alrededor (padres, hermanos y amigos), aunque éstos desconocen los códigos para descifrar lo que está ocurriendo. La persona con trastornos mentales crónicos, experimenta una pérdida progresiva de los roles sociales. Por un lado, sufre un deterioro psicológico, por otro, como consecuencia de esa deficiencia, se produce una discapacidad minusvaloradora socialmente. La enfermedad mental crónica se caracteriza por las dificultades que tiene el individuo que la padece para poder llevar una vida independiente y normalizada.

Hasta el momento de la aparición de la primera crisis, la mayor parte de los individuos disfrutaba de una existencia social más o menos normalizada. El advenimiento negativo de la enfermedad en la vida del sujeto, le produce un cambio brusco en su estilo de vida que afectará a la mayor parte de los aspectos cotidianos, a la vez que impregnará su nueva identidad individual y social como persona con enfermedad mental (su rol). Así mismo, se producirán cambios en todo el entorno familiar.

Es una enfermedad que genera un déficit en su funcionamiento psicosocial (8), por esta razón el individuo tiene dificultades en el manejo y desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social del afectado. Esta enfermedad es el signo visible de que la normalidad se ha quebrado. Y esta " *ruptura* " provoca y necesita de una *explicación/justificación* que de sentido, organice y oriente tanto al individuo que la sufre como al entorno familiar, al ser un hecho que en principio es traumático y que cuesta mucho asimilar.

Actualmente sigue siendo (la enfermedad mental o el padecer trastornos mentales) una de las enfermedades sociales " *malditas* " junto con el SIDA, la lepra, etc. Desde el punto de vista social, hace no muchos años se estaba hablando de " *locura* " (9) y de reclusión en instituciones psiquiátricas (10) -de forma voluntaria o involuntaria del individuo-. La Reforma Psiquiátrica en España (11) -aunque más tarde que en otros países europeos- trajo consigo lo que han denominado los profesionales, la *desinstitucionalización* (12) que en parte vino a poner las cosas en su sitio (13).



Fuente: Elaboración propia. Madrid, 2003

El tener una enfermedad mental, es una pérdida de calidad de vida (que posteriormente se puede llegar a recuperar en parte) no sólo del individuo sino de la familia que lo sufrirá. Además, se convierte en un hecho diferencial -socialmente hablando- con relación a quienes no la padecen (el resto de personas). La persona con enfermedad mental obtiene sus vivencias a través de su experiencia como enfermo que le desplaza y hasta hace que pierda su lugar dentro de la Sociedad (14) .

La aparición: destapando/negando la evidencia

"Un día aparecieron los primeros síntomas y comportamientos extraños....."

Los profesionales la consideran una enfermedad "imprevisible", con síntomas previos difíciles de detectar para las familias, que puede surgir "de golpe", cuando menos se espera.

Aunque en la mayoría de las ocasiones, el momento crítico suele venir precedido por cambios en el comportamiento del individuo dentro del entorno familiar, bien mediante agresiones (verbales o físicas) hacia los padres, bien comportamientos calificados de extraños por los familiares y que se confunden con

otros como pueden ser: el *consumo de alcohol, drogas, participación en movimientos sectarios, etcétera*. Aparecen los primeros cambios significativos de humor, se acentúa el aislamiento social del individuo, y todo hace sospechar a la familia que algo está ocurriendo.

Hasta que aparece la primera crisis, la mayoría de los individuos disfrutaba de una existencia más o menos normalizada. Que se verá truncada por la circunstancia de su llegada. Este hecho producirá un cambio brusco en su estilo de vida (con repercusiones negativas, que se irán mitigando si recibe ayuda de los profesionales y de las instituciones públicas), que afectará a todas las parcelas de la vida de la persona, produciéndose cambios en el entorno familiar, que lo vivencia en la mayoría de las ocasiones de forma negativa, al sentirse impotentes ante la enfermedad y saber que su hijo o hija nunca se recuperará del todo (15).

El primer brote o crisis, viene seguido de un diagnóstico (16) que es la constatación y poner nombre (17) a unos síntomas (18) y comportamientos. En esta fase aparece cierta resistencia o negación de la familia a asumir este primer diagnóstico, con lo que en muchos casos comienza la búsqueda de "*soluciones imposibles*" y el peregrinar del enfermo/familia entre especialistas y consultas (públicas y privadas), hasta que definitivamente entra en la red de salud pública.

La superación de esta crisis (la enfermedad mental suele perdurar toda la vida del individuo) y el impacto de la enfermedad mental requerirá, por un lado, de la voluntad de "*salir a delante*" tanto del individuo como de la familia, y por otro, de todos los recursos sociales (en infraestructuras y en personal cualificado) disponibles a su alcance.

La familia no ha buscado -por lo menos de forma consciente- la venida de la enfermedad y, como consecuencia se encuentra muy desconcertada, por lo que necesitan aprender a controlarse/autocontrol; tener mucha paciencia; ciertas dosis de resignación y sobre todo, mucha ayuda externa (desde las instituciones públicas, las asociaciones y la Sociedad). A la vez, deben ir eliminando todo sentimiento de culpa (que al principio lo impregnará todo) y que en estos casos se convierte en un sentimiento (el de culpa) inútil y destructivo, que se mezcla con la impotencia de no poder evitar el sufrimiento de su familiar.

La eliminación de este sentimiento es uno de los retos más importantes que tienen los profesionales de la salud mental y uno de los que primero hay que trabajar, después vendrá el de asimilación. Primero deben neutralizar la culpa como un paso previo de aceptación de la enfermedad, para lograr la asimilación posterior y todo, para intervenir activamente en la rehabilitación de la persona enferma.

La vida familiar girará alrededor de la enfermedad y de la persona enferma. La familia tiene miedo ante el riesgo de producirse una nueva crisis (sobre todo cuando esta ha sido muy aguda y negativa). Hay que tener presente, que este tipo de enfermedad puede "contagiar" (19) al resto de personas que viven en contacto y en convivencia con el enfermo mental crónico (20). La familia se ha convertido en el principal recurso a la hora de dar respuesta a las necesidades de la persona enferma (para bien o para mal). La familia ha dejado de tener una posición inactiva/pasiva como demandante y receptora de apoyo y recursos, a tener una posición activa (sobre todo con la Reforma Psiquiátrica) al responder a las necesidades de todos los componentes de la familia y más concretamente, a la de su familiar enfermo. La familia es el principal recursos de cuidado y soporte social de las personas con enfermedad mental ya que la mayoría viven con sus familias (21).

La convivencia familiar con la enfermedad mental puede suponer dificultades y conflictos, que en muchas ocasiones lleva a la familia a percibir su situación como crítica, desborda, desorienta y sin saber a quién acudir, ni qué recursos utilizar para poder hacer frente a este problema (22).

El estigma social de una enfermedad: "*la gente te mira mal, te huye, te señala*"

"Cuesta mucho aceptarse y que te acepten como enfermo mental".

Llegados a este punto se puede afirmar que los medios de comunicación (23) por su importancia e influencia social, a la hora de construir socialmente la enfermedad mental han contribuido negativamente, al confundir a la opinión pública, creando en muchos casos una cierta alarma social en el tema de la salud

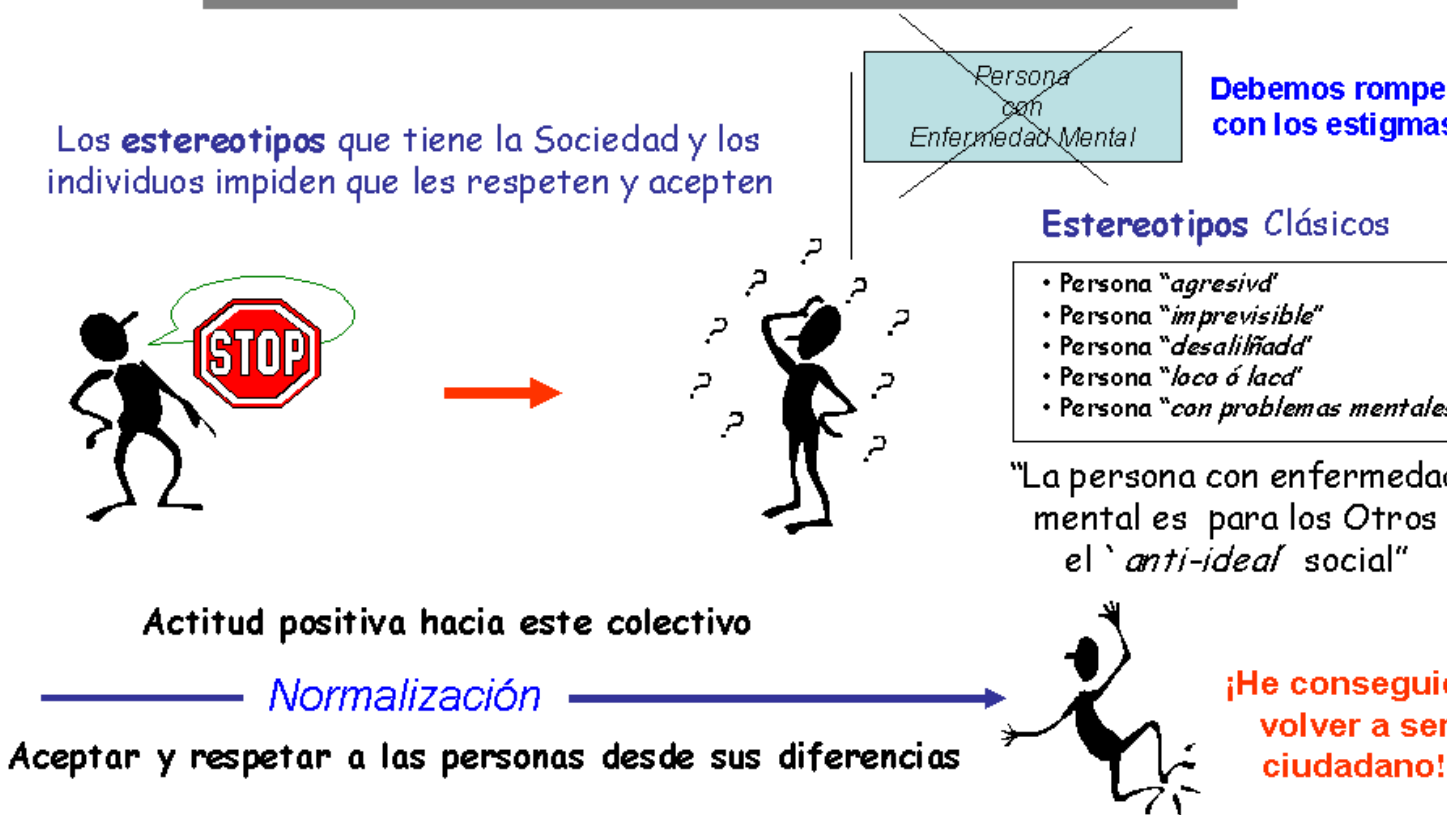
mental, que ha perjudicado al colectivo de familiares y enfermos mentales, incluso transmitiendo una imagen cargada de atributos negativos (24), que contribuye a crear una mayor estigmatización del colectivo (25).

El que a una persona con enfermedad mental (o a una con discapacidad), "la gente les mire mal, les huya o les señale", en parte (otras vendrá por la carencia de formación/información del individuo que observa) viene motivado porque los medios de comunicación destacan los aspectos límites y más negativos de esta enfermedad, los más "noticiables" y escandalosos (socialmente hablando)...: *personas agresivas, violentas, inestables*, etc. Atributos negativos que se fijan en el imaginario social y que hacen que la Sociedad se muestre con *recelo, prudencia y cuidado* cuando trata con estas personas.

Los mensajes que se emiten desde los medios de comunicación son en la mayoría de las ocasiones, alarmistas y nada objetivos, este hecho provoca que se desinforme a la opinión pública y contribuya a estigmatizar (26) aun más al colectivo de personas con enfermedad mental.

Una deficiente o escasa objetiva información refuerza la imagen negativa de cualquier colectivo (con discapacidad, con SIDA, con enfermedad mental, ser inmigrante, ser de otra comunidad autónoma, pensar de forma distinta, tener otras creencias religiosas, etc.) que sea "diferente" a la mayoría. Estos mensajes activan en la opinión pública (en la Sociedad) discursos invalidantes que permanecen latentes en el inconsciente de los receptores y, que más tarde o temprano aflorarán en sus discursos cotidianos.

El peso de los estereotipos



Fuente: Elaboración propia, Madrid 2003

La normalización (27) de este y otros colectivos, pasa por la aceptación de su diferencia y por *favorecer/generar* discursos validantes y que sean desde el punto de vista mediático, *positivo* hacia su *normalización, integración e inserción social* e incluso *laboral*.

Después de lo expuesto hasta aquí y una larga trayectoria/historia de estigmatizaciones de este colectivo, podemos decir, que hoy por hoy no se ha eliminado su "culpa": "*ser personas con una enfermedad mental*". Sigue siendo una enfermedad mal entendida/incomprendida socialmente. Aunque debemos decir bien alto, que "*ser un enfermo mental no es un elección personal*".

Por estas y otras razones, existen dos posiciones discursivas hacia esta enfermedad por parte de quienes la padecen.

Por un lado, existen unas que se autoperciben como "*personas con una enfermedad*". El tener conciencia de enfermedad y el hecho de su "*aceptación*" /reconocimiento puede influir positivamente en su recuperación/proceso de rehabilitación. Según los profesionales es el primer paso para lograr su rehabilitación. Así mismo, este grupo percibe la medicación como un proceso importante y necesario para su rehabilitación, que le ofrece la estabilidad psicosocial para favorecer en mejores condiciones su recuperación.

Los individuos que participan de forma activa en los procesos de rehabilitación psicosocial, son los más convencidos de conseguir un proceso positivo de normalización de su vida social. Incluso demandan un "*puesto*" como ciudadanos dentro del *contexto y estructura social*, para poder participar en igualdad de condiciones. Muestran discursos realistas al ser conscientes de que su integración pasa por superar frenos y barreras sociales e individuales, ya que el primer obstáculo con el que se encuentran es con la propia enfermedad.

Por otro, existe una parte importante de personas con enfermedad mental, que no se reconocen como "*enfermos*" (28) es la *negación de la enfermedad* (29). Estos individuos que se posicionan en el discurso de la no conciencia de enfermedad, se muestran más pasivos en los procesos de rehabilitación; con mayores resistencias a participar dentro de los programas; descuidan/abandonan el tratamiento farmacológico; dejan de asistir a los centros de salud mental (a las visitas periódicas), etc.

Así mismo, forman parte del "*grupo de riesgo*" es decir, tienen más posibilidades de sufrir nuevas desestabilizaciones (con exacerbaciones de los síntomas), que le podrían llevar a nuevos ingresos y estancias hospitalarias, con un retroceso en su recuperación. Todas estas consecuencias contribuyen a un mayor "*desgaste psicoemocional*" de los familiares/cuidadores. En cuanto al futuro, muchas de estas personas no lo perciben o bien, ni se lo plantean.

En general, la mayoría de las personas con enfermedad mental perciben su futuro con incertidumbre y desconfianza, quizás transmitida por sus familiares-cuidadores (que tienen un discurso "*pesimista*" como resultado de los muchos años de convivencia con el enfermo y con la enfermedad), siendo ellos mismos quienes más angustiados están por el futuro de su familiar enfermo (30).

A pesar de todo lo dicho/escrito anteriormente, no sólo podemos si no que debemos transmitir un mensaje esperanzador y es el siguiente: "*se puede hacer frente a la enfermedad mental si las que personas que la padecen (los enfermos y enfermas) y sufren (los familiares) reciben todo el apoyo necesario (tanto en recursos materiales como humanos) para cubrir las necesidades que tienen*".

Ahora bien, las personas con enfermedad mental crónica deben participar activa y positivamente en los programas de rehabilitación en los que adquirirán altos niveles de autonomía personal (31) que les ayudará a correr los riesgos necesarios para que puedan vivir solos sin la cobertura de la familia. En caso contrario podrán mantener una alta calidad de vida en centros, miniresidencias o pisos tutelados.

Es justicia decir, que en la mayoría de las Comunidades Autónomas se está actualmente trabajando en esta línea (en dar cobertura a las necesidades y demandas de este colectivo), aunque hay que reconocer –a modo de crítica-, que aún falta mucho (32) por llegar a niveles que podríamos calificar de óptimos.

NOTAS

(*) Sociólogo y especialista en Sociología del Consumo. Director de CALEIDOSCOPIA Grupo de Investigación.

(1) Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Vigésima Primera Edición. Madrid, 1.994, Tomos I y II.

(2) Diccionario de la Lengua Española. Tomo II, pág. 1731.

(3) Diccionario de la Lengua Española. Tomo II, pág. 1731.

(4) "*Loco o loca*" es una palabra que según el diccionario es de origen incierto (or. inc.). Diccionario de la Lengua Española. Tomo II, pág. 1268.

(5) "*Persona que en sus acciones procede como loca*". Diccionario de la Lengua Española. Tomo II, pág. 1268.

(6) En este sentido los profesionales apuntan que en la mayoría de los casos, no es un solo factor el que desencadena la enfermedad, sino que es la acumulación o confluencia de varios de ellos.

(7) (1994), Reyes Roman. *Los papeles del Silencio*. Ediciones Libertarias, Madrid.

(8) Dentro de las principales carencias psicosociales destacan: *bajo o nulo autocuidado; deficiente autonomía personal; escaso autocontrol; problemas en sus relaciones interpersonales; renuncia o desinterés por ocio y el tiempo libre; deficiente funcionamiento social*.

(9) Nuestro diccionario define locura como: 1.- *Privación de juicio o del uso de la razón*. 2.- *Acción inconsiderada o gran desacierto*. Diccionario de la Lengua Española. Tomo II, pág. 1268.

(10) Que como escribió Erving Goffman, la reclusión en una institución psiquiátrica forma parte del segundo grupo porque: "*en el segundo grupo están las erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; son los hospitales psiquiátricos y los leprosarios*". Goffman, Erving., *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Edit. Amorrortu-Murguía. Madrid, 1987. Pág. 18.

(11) Las bases de la organización actual de la Salud Mental en nuestro país, fueron dictadas por el Documento para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental, elaborado en 1.985, por una comisión de técnicos y profesionales que designó el Ministerio de Sanidad. En este documento, se describe que es la Administración Pública quien debe promover la plena integración de la salud mental en la asistencia sanitaria general, y que debe tomar como referencia la Ley de Sanidad –aprobada en 1986, Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril -. Se potencia en este documento la gestión descentralizada de las Comunidades Autónomas, así como se garantiza la disponibilidad de los Servicios Sociales para abordar la prevención, tratamiento, rehabilitación y educación sanitaria. Proponiendo un modelo integrador de salud mental basado en la comunidad.

(12) Este concepto tiene que ver con tres apartados: 1.- Es una ruptura con el modelo tradicional "manicomial". 2.- Es un cambio, se ha pasado la responsabilidad de las Diputaciones a las áreas sanitarias y de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas y 3.- Existe la obligación de las Administraciones Públicas de crear los recursos intermedios y los servicios sociales –redes sociales- que sean necesarios para cubrir la demanda existente.

(13) Aunque algunos familiares y asociaciones, perciben negativamente la desinstitutionalización, al considerarla con un traslado del problema de los enfermos mentales desde la institución al ámbito familiar, con la justificación de ser un recurso en la rehabilitación psicosocial del enfermo, y todo sin una previa preparación/formación y, peor aún, sin haberse creado todos los recursos alternativos e intermedios necesarios para el enfermo y para la familia, recursos que por otro lado, han sido sugeridos y contemplados por la Ley General de Sanidad –la 14/1986 de 25 de abril-, y que son necesarios entre el hospital y el hogar. Para los sectores familiares más críticos, éste ha sido un proceso que la Administración Pública puso en marcha sin haber tenido en cuenta la opinión de las propias familias –también afectadas colateralmente o directamente por la enfermedad mental-, y que sufren y vivencian la enfermedad como una sobrecarga. De repente deben asumir (voluntaria o impuestamente) la responsabilidad de ejercer el rol de cuidadores de su familiar enfermo. Y que según este discurso más crítico, este rol lo ejercen las familias en muchos casos sin ningún apoyo institucional público, y sin el soporte necesario para hacer frente a esta nueva situación.

(14) Por esta razón, es importante la labor que se realiza tanto desde las asociaciones de familiares y enfermos mentales, como desde las instituciones públicas y más concretamente desde los profesionales de la salud mental, al ser éstos últimos uno de los ejes centrales (otro lo es la familia) en "*la recuperación*" de estas personas.

(15) Por esta razón es muy importante, que ante la menor sospecha que tenga una familia de que algo pasa con uno de sus miembros, se le ponga en manos de los profesionales, para que éstos diagnostiquen lo más fiablemente posible y comience su proceso de rehabilitación psicosocial.

(16) Nuestro diccionario define diagnóstico como: "2. Med. *Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos*. 3. Med. *Calificación que le da el médico a la enfermedad según los signos que advierte*." Diccionario de la Lengua Española. Tomo I. Pág. 743.

(17) El diagnóstico es la puerta para ingresar en la enfermedad. En medicina es importantísimo este factor (realizar un correcto diagnóstico), porque de él dependerá el futuro de la persona enferma, su tratamiento y su terapia rehabilitadora.

(18) Síntomas y comportamientos que requieren ser interpretados por aquellos profesionales que tienen el conocimiento o la diagnosis (palabra griega que significa conocimiento) y que es definido por el diccionario como: "*Med. Conocimiento diferencial de los signos de las enfermedades*." Diccionario de la Lengua

Española. Tomo I, pág. 743.

(19) Aquí no me estoy refiriendo a que la enfermedad mental sea una enfermedad contagiosa y que el diccionario define contagioso/a como: "*aplicarse a las enfermedades que se pegan y comunican por contagio*". Ob. cit. Tomo I, pág. 552. Si no que más bien, está ligado a la salud y a la calidad de vida de las personas cuidadoras, que con el cuidado intenso y prolongado en el tiempo, se resiente. Un grupo importante de estas cuidadoras dejan de cuidarse, descontrolan sus hábitos alimenticios (comen excesivamente para mitigar estados de ansiedad), lo que les genera problemas de sobrepeso –obesidad–; hipertensión, etc. Incluso utilizan medicamentos para dormir, antidepresivos, tranquilizantes, etc. Algunas personas reducen sus relaciones sociales para cuidar a su enfermo. Contagiarse, como resultado de una acumulación de múltiples consecuencias (de salud/calidad de vida; psicológicas y sociales/familiares) que al final les hace tener que recibir ayuda y tratamiento profesional por parte del psiquiatra.

(20) Se puede afirmar que quien más se "contagia" es el cuidador principal, que en la amplia mayoría de las ocasiones es una mujer (la madre) como resultado de una sobreimplicación emocional en la participación del cuidado del enfermo. Este tipo de cuidadores suelen tener la percepción de "*darse*" más de lo que "*reciben*", además, valoran que reciben mucha "*ingratitude e incomprensión*" del: enfermo, del resto de personas de la familia, de las instituciones públicas en materia de salud mental, de los profesionales etc., que hace que se "*sientan sólo ante la enfermedad y ante el enfermo*". La cuidadora debe realizar tareas que no son gratas y bajo altas presiones emocionales (incluso con amenazas y agresiones), que implica una alta dedicación e inversión de su tiempo y energía. Por último, es una actividad que no está prevista (la de cuidador/cuidar a alguien) realizarse y para la que nadie nos ha preparado.

(21) Otro pequeño porcentaje vive en la calle, incluido en el colectivo de los "*sin techo*"; otro porcentaje lo hace ingresado en instituciones (psiquiátricas, penitenciarias, o ambas).

(22) Esto degenera en *importantes grados de tensión, mal clima/ ambiente* familiar y, en un *exceso de sobrecarga* para las familias.

(23) La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha editado una Guía de estilo dirigida a los Medios de Comunicación que se titula: "*Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de estilo. Utiliza las palabras con sentido. Es tu responsabilidad*". Madrid, 2003. Con ella pretenden informar, sensibilizar y proporcionar a los profesionales de estos medios de una guía para que elaboren sus reportajes y noticias sobre salud mental y sobre el colectivo, de forma más objetivada, reflejando los hechos reales, para que las noticias sean tratadas tanto para la persona afectada como para el colectivo, de forma justa y adecuada. Evitando así mayores grados de estigmatización, desinformación social, y prejuicio para el resto del colectivo.

(24) Como dice E. Goffman: "*En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, tales como inválido, bastardo y tarado, sin acordarnos, por lo general, de su significado real. Basándonos en el defecto original, tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones y, al mismo tiempo, algunos atributos deseables, pero no deseados por el interesado...*". Goffman, Erving., *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores. Buenos Aires, 1986; pág. 15.

(25) Desde este punto de vista, Demetrio Casado propone dentro de las propuestas de pautas para la comunicación social, en el nº 6: "*No parece legítimo esperar ni pedir a la comunicación básica que se ponga al servicio de las personas con discapacidad, pero sí le es exigible éticamente que tenga especial cuidado en no dañar la identidad individual o colectiva de las personas afectadas, así como en salvaguardar la dignidad de los propios productos informativos sobre la discapacidad. Se trata, en especial, de evitar la conversión de personas y grupos de personas estereotipados, simples, deshumanizados, ajenos.*" Demetrio Casado, *Pautas éticas y de estilo para la comunicación social relativa a la discapacidad*. Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía. Madrid, 1998; pág. 29.

(26) El estigma es una marca invisible, que casi siempre es incuestionable, con consecuencias muy negativas en la vida social del individuo-portador del mismo. Es un hecho totalizador con una alta capacidad de desacreditar a su portador en su interacción social con los otros. Y además, te pone en una posición social de exclusión y discriminación.

(27) Actualmente existe una parte de la Sociedad que todavía entiende la "diferencia" como desestabilizadora, como lo opuesto a la "norma"/lo normal y que consideran que sin la norma el mundo sería "un caos".

(28) La palabra enfermo viene del latín *infirmus* y significa: "*que padece enfermedad*". Diccionario de la Lengua Española. Tomo I; pág. 832.

(29) Se define enfermedad como: la "*alteración más o menos grave de la salud*". Diccionario de la Lengua Española. Tomo I. Pág. 832. A este concepto se le opone el de salud: "*estado en que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones*". Diccionario de la Lengua Española. Tomo II, pág. 1836.

(30) Muchos de estos cuidadores son actualmente, personas (mujeres y hombres) que superan los 60 años y, que no se sienten con fuerza para luchar ni cambiar su situación. La enfermedad fue asumida al inicio con fatalidad y sobrecarga, este hecho marca negativamente el futuro familiar.

(31) En los centros de rehabilitación psicosociales y laborales públicos adquieren: *autoestima*; el hábito de

autoadministrarse la medicación prescrita; a *afrentar el estrés* (producto de las relaciones sociales y/o laborales) de forma eficaz y a tener altos niveles de *autocuidado personal*.

(32) En unas comunidades autónomas las unidades o centros de salud mental funcionan mejor que en otras, dado que la *distribución* y *dotación* de los recursos (humanos y materiales) es muy irregular y heterogéneo; otras se encuentran en proceso de formalización y desarrollo de estos recursos sociosanitarios.



[COLABORACIONES](#) - [COPYRIGHT](#) | [SUGERENCIAS](#) | [REGISTRO DE LECTORES](#) | [LISTA E-MAIL](#) | [FORO](#)

<<< NÓMADAS.10

THEORIA: PORTAL CRÍTICO DE CIENCIAS SOCIALES