



EL PAPEL DE LA DESHUMANIZACIÓN Y EL ESTIGMA EN LA INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD DE PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO: UN ESTUDIO CUALITATIVO

THE ROLE OF DEHUMANIZATION AND STIGMA IN THE COMMUNITY INTEGRATION OF PEOPLE WITH A DIAGNOSIS OF SEVERE MENTAL DISORDER: A QUALITATIVE ANALYSIS

Carolina Ugidos^a, Jesús Saiz^{a,b}, Florentino Moreno^a y Tamara Goldsby^b

^a Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^b Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Universidad de California, San Diego, La Jolla, CA

Autora principal:

Carolina Ugidos

Email: cugidos@ucm.es

Dirección de correo: 274, Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas, 28223, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

Número de teléfono: (34) 913 943 036

ORCID: Carolina Ugidos 0000-0002-1512-364X; Jesús Saiz 0000-0002-2029-673X; Florentino Moreno 0000-0002-0333-5995; Tamara Goldsby 0000-0002-1914-3007

RESUMEN:

Introducción: La integración en la comunidad representa el grado de participación y socialización de la persona en su propio entorno, y es un elemento muy importante de la recuperación de las personas con trastorno mental grave. Entre los diferentes obstáculos que pueden encontrar para lograr su integración, el presente estudio se centra en dos: los procesos de deshumanización (metadeshumanización y autodeshumanización) y los procesos de estigmatización (estigma percibido y estigma internalizado). El estudio también analiza el papel protector del empoderamiento para reducir esos obstáculos. El objetivo de esta investigación es describir cómo este colectivo experimenta la meta-deshumanización, la auto-deshumanización, el estigma percibido, el estigma internalizado y el empoderamiento, y explorar el efecto de estas variables en su integración en la comunidad. **Método:** Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad a 14 participantes. **Resultados:** Los resultados muestran cómo las variables del estudio son experimentadas por los participantes y sugieren una posible relación entre deshumanización, estigma, empoderamiento e integración en la comunidad. **Discusión:** Este estudio pone de relieve la necesidad de continuar la investigación sobre las barreras y los facilitadores de la integración en la comunidad de colectivos vulnerables. Por último, se examina la diferencia entre los conceptos de deshumanización y estigma, así como las consecuencias para la investigación y la intervención.

Palabras clave: integración en la comunidad, deshumanización, estigma, empoderamiento, trastorno mental

ABSTRACT:

Introduction: Community integration represents to what extent the person participates and socializes in their own environment, and it is a very important element of recovery for people with severe mental disorder. Amongst the different obstacles they may encounter to achieve their integration, this study focuses on two: the processes of dehumanization (meta-dehumanization and self-dehumanization) and the processes of stigmatization (perceived stigma and internalized stigma). The study also analyzes the protective role of empowerment to reduce those obstacles. The aim of this research is to describe how this group experiences meta-dehumanization, self-dehumanization, perceived stigma, internalized stigma and empowerment, and to explore the effect of these variables on their community integration. **Method:** In-depth semi-structured interviews were conducted among 14 participants. **Results:** Results show how the study variables are experienced by the participants and suggest a possible relationship between dehumanization, stigma, empowerment and community integration. **Discussion:** This study highlights the necessity to continue the research on the barriers and facilitators to community integration amongst vulnerable groups. Lastly, the difference between the constructs of dehumanization and stigma is discussed, as well as the implications for research and intervention.

Keywords: community integration, dehumanization, stigma, empowerment, mental disorder

Estimaciones recientes establecen que un 25% de la población experimenta algún trastorno mental y entre un 0,5 y un 1% un Trastorno Mental Grave y Duradero (en adelante TMGD)^{1, 2}. Las personas con TMGD tienen entre un 40 y un 60% más de probabilidades de morir prematuramente, así como una mayor probabilidad de sufrir una situación de sinhogarismo o encarcelación impropia que la población general. Se calcula que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en términos de pérdidas económicas será de 16,3 billones de dólares, entre 2011 y 2030³. Por ello, conocer qué factores facilitan y dificultan la integración en la comunidad de las personas con diagnóstico de TMGD es esencial, ya que este es uno de los elementos más importantes para su recuperación⁴. La recuperación es entendida como la construcción personal de un proyecto de vida satisfactorio independientemente de la evolución de los síntomas o problemas⁵. Surge de los movimientos de usuarios, que reclamaban un mayor protagonismo y autoría en la recuperación de su propia vida^{6, 7}. La recuperación se asocia positivamente con medidas de vida exitosa tales como autoestima, empoderamiento, calidad de vida y el apoyo social⁸. De todos los factores que pueden dificultar la integración, este estudio se centra en la deshumanización y el afrontamiento del estigma, que han demostrado tener consecuencias muy negativas para este colectivo^{9,10}, además de explorar el posible efecto protector del empoderamiento.

La integración en la comunidad es un constructo multidimensional, que representa la experiencia vivida por la persona al participar en su propio entorno y sirve como indicación de sus capacidades adaptativas¹¹. Es útil para comprobar hasta qué punto la persona vive, participa y socializa en su comunidad¹². Wong y Solomon¹³ propusieron la existencia de tres dimensiones en esta variable: la integración física (e.g. hasta qué punto utiliza los recursos comunitarios), integración psicológica (e.g. la percepción de pertenencia a la comunidad) y la integración social (e.g. la cantidad y calidad de las relaciones sociales). Este modelo ha sido demostrado empíricamente tanto en personas con diagnóstico de TMGD como con personas sin hogar^{12,14}. Asimismo, se ha encontrado que este concepto está asociado a una salud mental positiva, satisfacción vital, una menor soledad y un mayor sentimiento de aceptación por parte de los miembros de la comunidad^{4, 14, 15, 16, 17}.

Deshumanización

A pesar de ser un fenómeno prevalente en las relaciones intergrupales, la deshumanización no comenzó a conceptualizarse hasta la segunda mitad del siglo XX¹⁸. Uno de los modelos de deshumanización más empleados en la actualidad es el propuesto por Haslam¹⁹, que se basa en la existencia de dos dimensiones de humanidad: una exclusivamente humana (EH) y otra llamada naturaleza humana (NH). Por lo tanto, una persona puede ser deshumanizada de una forma animalista, negándole su EH e igualándola al resto de animales, al percibirla como salvaje, irracional, amoral, carente de inteligencia, etc., o se le puede deshumanizar de un modo mecanicista, negando su NH y considerándola como un objeto, al percibirla como carente de emoción, vitalidad, calidez, etc.^{20, 21}. Además, Bastian y Haslam²² han estu-

diado situaciones cotidianas de deshumanización, en las que se socavan aspectos fundamentales, como el estatus y la identidad como personas, lo que conlleva implicaciones cognitivas y emocionales para quien lo sufre. Sus resultados muestran que la negación de la dimensión EH está asociada a situaciones en las que el estatus de la persona, comparado con otros, se ve afectado, al ser tratada de incompetente, carente de inteligencia o sofisticación, incivilizada, etc. Mientras que las experiencias en las que se niega la NH tienen implicaciones en elementos básicos de la identidad de la persona, lo que sucede cuando las personas son tratadas como un medio para un fin o como si estuvieran privados de su capacidad para sentir.

En cuanto a la deshumanización hacia personas con TMGD, se ha encontrado que las personas tienden a atribuir menos humanidad a quienes tienen una etiqueta de enfermedad mental, comparado con quienes tienen una etiqueta de una enfermedad física, lo que aumenta la percepción de peligrosidad de la persona y la intención de rechazo hacia esa persona¹⁰. Asimismo, Murphy, Peters, Wilkes y Jackson²³ han mostrado cómo incluso los hijos de padres y madres con diagnóstico de esquizofrenia, psicosis o trastorno emocional, tienden a deshumanizarles.

Por otro lado, Bastian y Haslam²⁴ establecen que este proceso de deshumanización no solo parte de la percepción de los demás, sino que, en ciertas circunstancias, las personas también pueden deshumanizarse a sí mismas, proceso que denominan auto-deshumanización, lo que también conlleva consecuencias negativas. Además, la percepción de que otros deshumanizan a la propia persona, proceso denominado meta-deshumanización, también ha mostrado tener consecuencias negativas, especialmente en las relaciones intergrupales²⁵. No obstante, no se han encontrado estudios que relacionen ninguno de estos dos conceptos con el colectivo estudiado.

Estigma y empoderamiento

Por último, tanto el estigma percibido (i.e. el conocimiento de que otros tienen creencias negativas acerca del propio grupo) como el internalizado (i.e. aceptar que los estereotipos negativos describen a la propia persona) han mostrado ser perjudiciales para la integración en la comunidad de personas con TMGD²⁶. Por un lado, el estigma internalizado está asociado a una menor autoestima y autoeficacia⁹ mientras que el estigma percibido está relacionado con una peor integración en la comunidad²⁷. Es más, varios autores²⁸ han acuñado el término de "barreras sociales" para referirse a la dificultad que implican el estigma y la exclusión social para la recuperación de las personas con TMGD. Por otro lado, el empoderamiento entendido como el proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio sobre sus vidas²⁹, también ha mostrado tener un importante impacto en la integración en la comunidad. Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean³⁰ encontraron cinco factores del empoderamiento: la autoeficacia y autoestima, el activismo comunitario y la autonomía, el optimismo y la ira justificada. Del mismo modo, no ocultar el diagnóstico de TMGD (i.e. "salir del armario"), aumenta la sensación de poder en este colectivo³¹. Un nivel bajo de empoderamiento puede reducir los comporta-

mientos proactivos del individuo, resultando en una peor recuperación³², mientras que un nivel alto de empoderamiento aumenta el activismo comunitario y la autonomía, motivando a las personas con TMGD a modificar sus condiciones de vida y tener un mayor control sobre sus propias vidas³³.

Además, Corrigan y Watson³⁴ proponen un modelo situacional de la respuesta al estigma. Este modelo considera que el empoderamiento y el estigma internalizado son polos opuestos de un continuo. Las personas con una condición estigmatizante, intentarán darle sentido a ese estigma y a las reacciones negativas de los demás. Si consideran que esas respuestas negativas son legítimas, probablemente internalizarán el estigma y presentarán una menor autoestima y autoeficacia. Por el contrario, si creen que estas reacciones son ilegítimas y se identifican con el grupo estigmatizado, mostrarán ira justificada, lo que está relacionado con un mayor empoderamiento. Finalmente, quienes no consideren legítimas las respuestas negativas y no se identifiquen con el grupo estigmatizado, permanecerán relativamente indiferentes al estigma internalizado. Varios estudios empíricos apoyan este modelo, mostrando los distintos tipos de respuesta ante el estigma y revelando un menor estigma internalizado a medida que aumenta el empoderamiento^{31, 35}.

Dada la importancia de la integración en la comunidad para la recuperación de las personas con TMDG, es necesario conocer qué variables facilitan o dificultan esta integración. Además, debido a las consecuencias negativas de la meta-deshumanización y auto-deshumanización, es preciso profundizar en cómo afectan a esta población. Por lo tanto, el primer objetivo de este estudio es describir como experimentan la auto-deshumanización, meta-deshumanización, estigma percibido e internalizado y el empoderamiento las personas con TMGD. El segundo objetivo es explorar el efecto de estas variables en la integración en la comunidad.

Método

Con el fin de alcanzar los objetivos de este estudio, se realizó una investigación fenomenológica. Esta se centra en describir aquello que es común en las experiencias vitales de los participantes, permitiendo así llegar a la esencia del fenómeno de estudio³⁶.

Participantes

La muestra está compuesta por 14 participantes, seis mujeres y ocho hombres, de entre 40 y 66 años (M= 54.21, DT= 7.05), que no desarrollan ninguna actividad laboral en el presente y cuyos datos socio-demográficos se pueden encontrar en la tabla 1. Se reclutaron participantes hasta alcanzar saturación del discurso. Esta muestra se obtuvo de los centros públicos de atención social a personas con TMGD de la Comunidad de Madrid gestionados por Grupo 5. Se contactó vía email con los directores y directoras de los centros para informarles sobre el estudio. Los centros aceptaron la participación, seleccionaron a posibles participantes, en base a los criterios de inclusión y exclusión. Los criterios de inclusión fueron: tener un diagnóstico de TMGD y conciencia de la enfermedad. Los criterios de exclusión fueron: ser

menor de edad y estar en situación de incapacitación legal.

Instrumentos

Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad, semiestructuradas. Los temas en los que se estructura la entrevista, en base a lo encontrado en la literatura, son los siguientes:

- Integración en la comunidad (física, social y psicológica)
- Meta-deshumanización y auto-deshumanización
- Estigma (percibido e internalizado) y empoderamiento

Procedimiento

Para diseñar este estudio se tuvo en cuenta la aproximación metodológica propuesta por Paton, Horsfall y Carrington³⁷, que refleja la combinación de tres marcos relevantes para la salud mental y el cambio social: recuperación guiada por el usuario, práctica informada sobre el trauma y los principios del impacto colectivo. Juntos proporcionan una base ética y coherente para el diseño y la implementación de la investigación. Por ello, estas entrevistas se realizaron con el objetivo de que empoderen a los usuarios que participan en ellas, dándoles la oportunidad de plasmar sus experiencias en un blog online para que estas puedan tener un impacto en la sociedad. La entrada fue elaborada por la primera autora, en el blog de Grupo 5, y puede consultarse en la siguiente dirección: [NO SE HA INCLUIDO PARA MANTENER EL ANONIMATO, INCLUIR EN LA VERSIÓN FINAL]. Además, puesto que es probable que hayan sufrido experiencias traumáticas, se les ofreció un entorno seguro, física y emocionalmente, para realizar las entrevistas, donde no se les preguntó directamente por sus experiencias traumáticas, permitiéndoles en todo momento abandonar la entrevista o redirigir los temas tratados. Finalmente, el principio del impacto colectivo fue también asumido al enviar los resultados del estudio, así como las recomendaciones desprendidas del mismo, a la coordinación de la Red Pública de Atención Social a personas con TMGD de la Comunidad de Madrid, para su difusión dentro de los centros integrados en esta Red.

Las 14 entrevistas fueron llevadas a cabo por la investigadora principal. No obstante, y con el fin de cuidar el posible impacto de estas entrevistas sobre la propia investigadora y evitar posibles sesgos, se mantuvieron reuniones semanales de supervisión con el resto del equipo, siguiendo las recomendaciones de Paton et al.³⁷. Las entrevistas duraron entre 10 y 64 minutos, con una media de 32 minutos. Fueron entrevistas en profundidad, semi-estructuradas y llevadas a cabo individualmente con cada participante. Estas empezaron con preguntas abiertas, siendo flexible en todo momento para permitir que los y las participantes pudieran hablar con libertad de los temas tratados. Las entrevistas fueron grabadas en audio para poder ser transcritas y analizadas posteriormente. Las entrevistas se realizaron en una sala vacía de los propios centros, tras obtener el consentimiento informado de los y las participantes, que

eligieron un pseudónimo para garantizar la confidencialidad. Este estudio fue aprobado tanto por la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de [NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD NO INCLUIDO PARA MANTENER EL ANONIMATO, INCLUIR EN LA VERSIÓN FINAL], como el Observatorio de Ética de Grupo 5.

Análisis

Para la transcripción y el análisis de las entrevistas se utilizó el programa Atlas.ti 7. Las entrevistas se analizaron mediante un tipo de análisis fenomenológico, concretamente el 'Template Analysis', que consiste en la elaboración de una plantilla de códigos, creada a partir de la teoría, que se utiliza para codificar las entrevistas³⁸. Esta plantilla puede modificarse si es necesario a medida que la codificación avanza, hasta que al final queda una plantilla que encaja con todos los casos. En concreto, en este estudio, se elaboró una lista de códigos, con las variables de estudio, y el significado de los mismos, en base a la literatura expuesta previamente. Posteriormente, estos códigos se aplicaron a la transcripción de las entrevistas y se calculó la fiabilidad entre jueces con cinco de las entrevistas (35,7%), escogidas al azar, que fueron codificadas por dos investigadores. La fiabilidad entre jueces fue muy buena, con un valor Kappa de entre .77 y .85, con una media de .82. El programa SPSS Statistics V25.0 fue usado para calcular el valor Kappa. Finalmente, se categorizaron los códigos en base a las variables estudiadas para describir cómo las experimentan las personas con TMGD.

Resultados

En primer lugar, el análisis de las entrevistas muestra la presencia de todas las variables estudiadas, excepto la meta-deshumanización mecanicista y el estigma internalizado. La ausencia de la primera podría deberse a que los estereotipos existentes en la sociedad sobre personas con TMGD suelen estar ligados a una deshumanización de tipo animalista. Por otro lado, la ausencia de estigma internalizado podría corresponder a la dificultad de ser consciente de él de forma explícita o a la formación sobre el estigma recibida en los centros de atención social a los que acuden, ya que ninguna de las personas entrevistadas considera que los estereotipos que existen sobre personas con TMGD definen cómo son.

Con respecto a los objetivos del estudio, a continuación, se describe la experiencia de las variables de estudio por parte de las personas participantes, así como su posible influencia en la integración en la comunidad de este colectivo:

Integración en la comunidad

La mayor parte de las personas entrevistadas refieren estar integrados física y psicológicamente. La integración física la manifiestan en el uso de espacios públicos como el cine, teatro, centros culturales, museos, parques, bares y centros comerciales, etc. La integración psicológica también está presente en casi todos los participantes, que dicen sentirse aceptados y a gusto en el lugar en el que viven. Sin embargo, la integración social parece la más difícil de conseguir. Si bien casi todas las personas entrevistadas expresan que las personas con las que se relacionan son

un apoyo para ellas, entendiendo el apoyo como ayudarles cuando lo necesitan, darles cariño, no juzgarles y hacer actividades con alguien, casi la mitad de estas no tienen una variada red social de personas con las que relacionarse. La siguiente frase de una participante es un ejemplo de ello:

"También das de lado a tus amigos. Porque la vida de la gente continúa y la tuya no." (Mari)

Meta-deshumanización

Las personas entrevistadas relatan situaciones en las que perciben que se las ha deshumanizado o que se ha deshumanizado a personas con diagnóstico de TMGD. Concretamente, perciben una deshumanización de tipo animalista, que describen de varias maneras. Por un lado, percibiéndolas como incompetentes o incapaces de realizar actividades o considerándolas agresivas:

"Hombre, a veces pues nos catalogan de gente que no servimos para nada." (Janis)

"...Que son peligrosas o agresivas [las personas con TMGD]..." (Susana)

Por otro lado, la forma de deshumanización percibida más presente en las entrevistas consiste en reducir la persona a su trastorno, disminuyendo así su estatus social y obviando las características que la hacen humana:

"...están locos. No se molestan ni en saber, ni cuál es su problema o qué es lo que pueden sentir o si repiten las cosas o si tocan algo o si de repente, pues desvarían con los comentarios que tienen. No lo ven como una enfermedad mental. Está el término loco, que vale para todo y para cualquier cosa." (Mari)

Esta percepción de deshumanización conlleva la anticipación de no ser tratado correctamente por la otra persona, lo que podría dificultar la integración social:

"Un loco, un pirado, un zumbado, zumbateras y te van a tomar por el pito de un sereno." (Antonio)

Auto-deshumanización

En el caso de la auto-deshumanización, está más presente la de tipo mecanicista que la animalista, aunque ambas aparecen en las entrevistas. La auto-deshumanización mecanicista es descrita, por un lado, como dificultad para expresar afecto, ser demasiado racional o no ser creativa. Esto también podría dificultar la integración social al predisponer a la persona a no intentar formar vínculos con otros:

"Pero hay que darles afecto, yo no puedo. No soy capaz." (María)

"Peco de racionalidad. Siempre he pecado de racionalidad. Entonces, me veo como una persona muy racional, excesivamente racional. Y a mí me hubiera gustado ser menos racional..." (Ernesto)

Sin embargo, la forma de auto-deshumanización mecanicista más mencionada es la falta de identidad, ser incapaces de reconocer cómo son o cuál es su personalidad:

"Si, no sé, no he identificado mi personalidad, no la tengo..." (Juan)

"...todo el mundo tiene unas ilusiones y unas metas y cuando psíquicamente tienes una enfermedad, dependiendo de cuál sea, pero en mi caso, te encuentras sin metas. Y claro, si no tienes metas, no tienes ilusión por llegar a nada. Y cuando dejas de tener ilusión por tener algo, pues simplemente estás. ¿Sabes? Así que estoy, que ya para mí, pues solo estar ya es suficiente." (Mari)

La auto-deshumanización animalista, por otro lado, es expresada como un estatus social más bajo, comparado con quienes consideran "normales", o ser un incompetente, incapaz de hacer las cosas bien o no tener valor como persona:

"... yo habría trabajado como una persona normal. Me hubiera gustado, pues eso, tener un estudio, tener un trabajo, tener una mujer, unos hijos, un coche, una casa, un piso. [...] no lo he podido tener..." (Enrique)

Esta percepción de la propia persona puede generar una autoestima baja, lo que puede incidir en una peor integración en la comunidad:

"Me veo un poco desplazado, en el sentido de decir, fíjate, que desgraciadito que soy, no soy capaz de coger nada de lo que me están diciendo. [...] Me veo vencido por la... me dejan lastrado en la pesadumbre de la dejadez y [no] vales para nada, eres una pura mierda." (Evaristo)

Estigma

A pesar de que el estigma internalizado no aparece en las entrevistas, el estigma percibido sí está presente en todas ellas. Perciben que la sociedad ve a las personas con diagnóstico de TMGD como malas, peligrosas, que no pueden mantener relaciones sociales normales o que no aportan nada a la sociedad. Este estigma puede suponer un obstáculo en el establecimiento de relaciones con personas que no pertenecen a este colectivo, por miedo al trato que puedan recibir de estas:

"Y estás en la residencia esa [residencia para personas con TMGD] y ya es como si fueras un... una persona mala..." (Juan)

"Sí podemos aportar ¿sabes? [...]... creo que lo que más necesitamos es sentirnos útil, útiles, ¿sabes?" (Mari)

No obstante, varias personas mencionan que el estigma solo se da cuando los síntomas del trastorno o los efectos de los neurolepticos son visibles, restándole importancia al estigma, lo que podría actuar como estrategia de afrontamiento ante este. Aunque con esto se reduzca la percepción del estigma, también puede llevar a la persona a ocultar su diagnóstico, dificultando así su empoderamiento y su integración:

"Si la gente no lo aparenta [un diagnóstico de TMGD], no sé, o está suficientemente mejorado, digamos, pues procura... bueno no, no les da mayor importancia, creo." (Pepe)

"Sí... sí te reconocen, pero no [...] o sea, no están hablando de un enfermo mental, están hablando de un tío con los efectos nocivos de los neurolepticos..." (Ernesto)

Empoderamiento

La mayor parte de la gente entrevistada da muestras de empoderamiento en algunos aspectos del mismo. Principalmente, el empoderamiento se expresa a través de la libertad en la toma de decisiones, que la mayor parte de las personas entrevistadas alegaba tener:

"Pues las tomo yo. [...] las decisiones las tomo yo." (Enrique)

"Pues creo que yo. Yo, con mi hermana, se lo puedo comentar a ella, pero la última palabra la tengo yo..." (José)

También está muy presente el rechazo a las injusticias sufridas por las personas con TMGD, contra el estigma percibido y la discriminación:

"No es normal, hay que tratarlo igual que a otra persona, es lo mismo." (Juan)

"Y considero que es muy injusto. Que se tiene que hacer mucho. Tiene que avanzar." (Alejandra)

Sin embargo, a pesar de percibir como injusto el estigma y la discriminación, la mayoría no actúa en contra de ellas cuando se producen estas situaciones. Algunas personas piensan que esa situación no tiene solución, o no tienen las herramientas para responder o, simplemente, responden con indiferencia:

"No se las van a quitar nunca [las ideas negativas sobre personas con TMGD]." (Judith)

"...pero tampoco le he dado mucha importancia [al ser tratada de manera diferente]." (Janis)

Del mismo modo, ninguna de las personas entrevistadas hace referencia a lo que pueden hacer ellas o el colectivo de personas con TMGD para reducir el estigma y la discriminación, a excepción de una persona que refiere educar a la gente sobre salud mental cuando el tema sale en una conversación:

"Nosotros no podemos ser abanderados ¿sabes? [...] Pero si entras en una conversación u oyes una conversación y te sientes preparada como para decir, pues mira esto no es así o esto no es así, pues mira hay que enseñarlo ¿no?" (Mari)

Además, en lo que se refiere a la "salida del armario", la mayor parte de las personas entrevistadas prefiere no contarle a la gente que tienen un diagnóstico de TMGD. Lo que está ligado al estigma percibido, ya que muchas de estas personas refieren no contárselo a la gente por miedo a como pueda reaccionar:

"Hay muchas personas que ni siquiera lo comentas, porque te pueden hacer daño." (Alejandra)

"No, no, porque ya empiezan tú no sé qué, tú no sé cuánto, pitos y flautas, estás zumbado, estás virado, un zumbateras, un pirado de la vida, un loco y..." (Antonio)

Esto también puede deberse a la poca identificación con el colectivo de personas con diagnóstico de TMGD, puesto que muchas de las personas entrevistadas refieren ser o parecer “normales” o hacer vida normal como lo contrario a parecer que tiene una TMGD o como motivo para no decirle a la gente que tienen este diagnóstico. Como se ha mencionado anteriormente, esta estrategia puede facilitar a priori el acercamiento a los demás, pero esta ocultación de la identidad impide la formación de vínculos profundos con otras personas:

“Pero yo no me considero que estoy enfermo, yo me considero una persona normal.” (Pedro)

“Porque a mí me parece que parezco normal ¿no? [En respuesta a porque no le cuenta a la gente que tiene una TMGD]” (María)

Discusión

Numerosos estudios demuestran la relación entre la integración en la comunidad y varios elementos de la recuperación de personas con diagnóstico de TMGD^{14, 15, 16, 17}. Aunque se han encontrado algunos factores que influyen en la integración^{39, 40, 41}, no se han encontrado suficientes estudios que analicen la influencia de la deshumanización en la integración en la comunidad de este colectivo. Este estudio muestra las vivencias de personas con TMGD con respecto a la meta-deshumanización, auto-deshumanización, estigma percibido y empoderamiento. Además, su experiencia en relación a estas variables indica cómo pueden estar afectando a su integración en la comunidad.

Primeramente, resulta notable la ausencia de meta-deshumanización mecanicista y de estigma internalizado, en este grupo de personas. En el caso de la primera, esta ausencia puede deberse a que, tanto las creencias que la gente expresa sobre las personas con TMGD^{42, 43} como las representaciones que se hacen de este colectivo en los medios de comunicación^{44, 45}, están relacionados con la deshumanización de tipo animalista (e.g. que son peligrosas, irresponsables, incapaces de tomar decisiones, etc.). Esto explicaría por qué al describir cómo les ven los demás, en ocasiones, utilizan una terminología que puede resultar deshumanizante de un modo animalista, pero no mecanicista.

En cuanto a la falta de estigma internalizado, teniendo en cuenta que todos los participantes del estudio acudían a centros de atención social para personas con TMGD, esta falta podría deberse a las intervenciones que se realizan en dichos centros. De este modo, pueden ser conscientes de los estereotipos que existen en la sociedad sobre las personas con TMGD, pero no estar de acuerdo con ellos ni considerar que se apliquen a como son ellos y ellas, por lo que el estigma no se internalizaría^{9, 31}. También podría estar relacionado con el hecho de que varias de las personas entrevistadas no se identificaban con el colectivo de personas con TMGD, lo que podría actuar como estrategia de movilidad social (i.e. hacerse pasar por miembro del grupo de mayor estatus) para proteger la autoestima⁴⁶. Esto dificultaría la aplicación de estos estereotipos a la propia persona.

Por otro lado, se ha encontrado que las personas entrevistadas presentan cierta integración física y psicológica, especialmente en relación a las actividades organizadas por los centros de atención social para personas con TMGD a los que acuden, y solo en algunos casos, en relación al barrio en el que viven. La integración social es la que menos personas refieren. Concretamente, tener una red variada de personas con las que relacionarse, ya que más de la mitad de las personas entrevistadas afirman que solo se relacionan con sus compañeros y compañeras del centro al que acuden y/o su familia. Estos resultados siguen la línea de los obtenidos por Gumber y Stein³⁹, que indican que para este colectivo la integración en la comunidad tiende a producirse en la comunidad de personas con TMGD, pero es más difícil que se produzca fuera de esta.

Esta dificultad para conseguir la integración social fuera de la comunidad de personas con TMGD podría estar relacionada con la meta-deshumanización y el estigma percibido. Como muestran los resultados, las personas entrevistadas perciben que a veces los demás les consideran incompetentes o agresivos o, simplemente, reducen toda su persona a un trastorno. La percepción de ser deshumanizado por el exogrupo dificulta las relaciones intergrupales²⁵. Igualmente, todas las personas entrevistadas perciben que la sociedad considera a las personas con TMGD como malas, peligrosas e incapaces de aportar algo a la sociedad. Además, en las entrevistas se hace referencia al miedo a la posible reacción de otras personas si descubren que tienen un diagnóstico de TMGD, puesto que perciben que hay gente que posee creencias negativas sobre este tipo de trastornos. De este modo, el estigma percibido, podría dificultar la “salida del armario” de estas personas, lo que, a su vez, obstaculiza la obtención de apoyo por parte de los demás²⁶. La auto-deshumanización mecanicista, también podría incidir negativamente en las relaciones sociales, ya que, sentirse incapaces de dar afecto les puede predisponer a no intentarlo como consecuencia de la profecía autocumplida⁴⁷.

Además, la auto-deshumanización implícita está presente en algunas de las personas entrevistadas, que al hacer referencia a sí mismas, cuestionan su valor como personas o su propia identidad. Esta auto-deshumanización puede producirse como consecuencia de situaciones cotidianas en las que la persona siente que es tratada sin respeto, como si no fuera igual o como si su identidad o existencia no fueran socialmente valiosas²². Esto explicaría por qué aparecen ambos tipos de auto-deshumanización, pero no de meta-deshumanización, ya que esta última puede estar más influenciada por los estereotipos existentes en la sociedad, como se ha indicado anteriormente. Esta percepción negativa de la propia persona podría disminuir su autoestima, que, como indican Gumber y Stein³⁹, repercute en una peor integración en la comunidad.

Por último, se puede considerar que la mayoría de las personas entrevistadas están empoderadas con respecto a la autonomía en la toma de decisiones, así como en el rechazo a la discriminación, el estigma y las injusticias sufridas por personas con TMGD. Aun así, muchas de estas personas se encuentran desempoderadas en relación a la percepción de autoeficacia,

de poder para cambiar las cosas y a la dificultad para “salir del armario”. Como indican Corrigan y Watson³⁴, esto puede deberse a la poca identificación con el colectivo de personas con TMGD, que manifiestan varias de las personas entrevistadas, puesto que, este es un elemento necesario para que se produzca el empoderamiento. Además, es preciso tener en cuenta, que la identificación con el grupo debe ir acompañada de la construcción de una identidad grupal positiva para mejorar la autoeficacia y autoestima, y conseguir que las personas opten por estrategias colectivas de superación del estigma³¹, en lugar de las estrategias individuales que algunas personas muestran en este estudio (e.g. ocultar su TMGD). Por ello, sería preciso que desde los centros que trabajan con este colectivo, no solo formaran a usuarios y usuarias sobre el estigma, sino que potenciaran la construcción de una identidad grupal positiva, que favorezca el empoderamiento individual y colectivo.

Asimismo, sería interesante profundizar en la diferencia entre el constructo de estigma y de deshumanización, ya que, en este estudio, se encuentra presente la auto-deshumanización, pero no se han encontrado referencias al estigma internalizado. Esto podría deberse, como se ha mencionado anteriormente, a la poca identificación con el colectivo estigmatizado o al trabajo previo realizado por los y las profesionales para reducir este estigma. Por otro lado, puesto que la auto-deshumanización encontrada en este estudio es implícita, es posible que la persona la exprese sin ser consciente de ello¹⁸, por lo que este constructo podría ser más útil en las investigaciones que se realicen con este colectivo. No obstante, para comprobar esto es necesario que futuros estudios investiguen en profundidad la diferencia entre estas variables.

Sin embargo, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra es relativamente pequeña por lo que no es posible generalizar los resultados. Sin embargo, puede arrojar luz sobre cómo las personas con TMGD experimentan estas variables, lo que puede ser usado en futuros estudios con mayores muestras. Por otro lado, la edad media de la muestra es relativamente alta, no ha participado nadie menor de 40 años. Los resultados podrían variar con una muestra más joven y que lleve menos tiempo en los recursos destinados a este colectivo. Por ello, en futuras investigaciones sería interesante contar con participantes jóvenes para comparar las experiencias de este colectivo en distintas etapas de su vida. Otra limitación ha sido la ausencia de participantes con empleo remunerado, que ha demostrado ser un factor influyente en la integración en la comunidad³⁹. Por lo tanto, futuros estudios deberán explorar el efecto de estas variables en la integración de personas con empleo.

A pesar de ello, estos resultados nos dan información sobre las estrategias que este colectivo podría estar utilizando para afrontar el estigma, la deshumanización y para sentirse integradas, lo que está en el núcleo del proceso de recuperación de las personas con diagnóstico de TMGD. Del mismo modo, este estudio sienta las bases para que futuras investigaciones examinen la relación entre estas variables y la influencia de la identidad en ellas.

En conclusión, el presente estudio amplía el cono-

cimiento sobre los factores que podrían mejorar la integración en la comunidad de personas con TMGD, lo cual es necesario para desarrollar intervenciones eficaces.

REFERENCIAS

- Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, ... Romacho M. Development group recommendations on physical health in patients with depression. Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:195-207.
- Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J, Comas A. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* 2009;119:52-58.
- World Health Organization. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf of subordinate document. Accessed 20 Jan 2019.
- Townley G, Kloos B, Wright PA. Understanding the experience of place: expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health Place.* 2009;15(2):520-531.
- Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(5):586-594.
- Hernández Monsalve M. La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2017;37(131): 171-187.
- Mezzina R, Davidson L, Borg M, Marin I, Topor A, Sells D. The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006;9(1):63-80.
- Corrigan PW, Gifford D, Rashid F, Leary M, Okeke I. Recovery as a psychological construct. *Community Ment Health J.* 1999;35(3):231-239.
- Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol.* 2006;25:875-884.
- Martínez AG, Piff PK, Mendoza-Denton R, Hinshaw SP. The power of a label: mental illness diagnoses, ascribed humanity, and social rejection. *J Soc Clin Psychol.* 2011;30(1):1-23.
- Reistetter TA. Community integration following brain injury: examination of the community integration measure and exploration of the model of community integration (tesis doctoral). Texas Woman's University, Estados Unidos; 2004.
- Gulcur L, Tsemberis S, Stefancic A, Greenwood RM. Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Ment Health J.* 2007;43(3):211-228.
- Wong YL, Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Ment Health Serv Res.* 2002;4:13-28.
- Abdallah C, Cohen CI, Sanchez-Almira M, Reyes P, Ramirez P. Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2009;60(12):1642-1648.
- Granerud A, Severinsson E. The struggle for social integration in the community—the experiences of people with mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;12:288-293.
- Prince PN, Gerber GJ. Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Qual Life Res.* 2005;14:161-169.
- Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatr Serv.* 2007;58(4):469-474.
- Haslam N, Loughnan S. Dehumanization and inhumanization. *Annual Review of Psychology.* 2014;65:399-423.
- Haslam N. Dehumanization: an integrative review. *Pers Soc Psychol Rev.* 2006;10(3):252-264.
- Bain P, Park J, Kwok C, Haslam N. Attributing human uniqueness and human nature to cultural groups: distinct forms of subtle dehumanization. *Group Process Intergroup Relat.* 2009;12(6):789-805.
- Martínez Gutiérrez R. Animalizar y mecanizar: dos formas de deshumanización (doctoral thesis). Universidad de Granada, Granada; 2013.
- Bastian B, Haslam N. Experiencing dehumanization: cognitive and emotional effects of everyday dehumanization. *Basic Appl Soc Psychol.* 2011;33(4):295-303.
- Murphy G, Peters K, Wilkes L, Jackson D. Adult children of parents with mental illness: dehumanization of a parent - 'She wasn't the wreck in those years that she was to become later'. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27(3):1015-1021.
- Bastian B, Haslam N. Excluded from humanity: the dehumanizing effects of social ostracism. *J Exp Soc Psychol.* 2010;46:107-113.
- Kteily N, Hodson G, Bruneau E. They see us as less than human: metadehumanization predicts intergroup conflict via reciprocal dehumanization. *J Pers Soc Psychol.* 2016;110(3):343-370.
- Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry.* 2012;57(8):464-469.
- Prince PN, Prince CR. Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment. *Psychiatr Rehabil J.* 2002;25(4):323-331.
- Mezzina R, Borg M, Marin I, Sells D, Topor A, Davidson L. From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2006;9(1):39-61.
- Rappaport J. Studies in empowerment: introduction to the issue. *Prev Hum Serv.* 1984;3:1-7.
- Rogers ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr Serv.* 1997;48(8):1042-1047.
- Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009;8(2):75-81.
- Zhang R, Mak WWS, Chan RCH. Perceived primal threat of mental illness and recovery: the mediating role of self-stigma and self-empowerment. *Am J Orthopsychiatry.* 2017;87(1):44-51.
- Jorge-Monteiro M, Ornelas J. "What's wrong with the seed?" a comparative examination of an empowering community-centered approach to recovery in community mental health. *Community Ment Health J.* 2016;52(7):821-833.
- Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol (New York).* 2002;9(1):35-53.
- McKeague L, Hennessy E, O'Driscoll C, Heary C. Retrospective accounts of self-stigma experienced by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or depression. *Psychiatr Rehabil J.* 2015;38(2):158-163.
- Creswell JW. *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.
- Paton J, Horsfall D, Carrington A. Sensitive inquiry in mental health: a tripartite approach. *Int J Qual Methods.* 2018;17(1):1-11.
- Langdridge D. *Phenomenological psychology: theory, research and method.* Glasgow: Pearson Education; 2007.
- Gumber S, Stein CH. Beyond these walls: can psychosocial clubhouses promote the social integration of adults with serious mental illness in the community? *Psychiatr Rehabil J.* 2018;41(1):29-38.
- Townley G, Miller H, Kloos B. A little goes a long way: the impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychol.* 2013;52(1-2):84-96.
- Yanos PT, Stefancic A, Tsemberis S. Objective community integration of mental health consumers living in supported housing and of others in the community. *Psychiatr Serv.* 2012;63(5):438-444.
- Feldman DB, Crandall CS. Dimensions of mental illness stigma: what about mental illness causes social rejection? *J Soc Clin Psychol.* 2007;26:137-154.
- Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull.* 1981;7:225-240.
- Farina A. Stigma. In Mueser KT, Tarrier N, editors. *Handbook of social functioning in schizophrenia.* Boston: Allyn & Bacon; 1998. pp. 247-279.
- Wahl OF. *Media madness: public images of mental illness.* New Brunswick: Rutgers University Press; 1995.
- Tajfel H. Social psychology of intergroup relations. *Annu Rev Psychol.* 1982;33(1):1-39.
- Glover D, Pallais A, Pariente W. Discrimination as a self-fulfilling prophecy: evidence from French grocery stores. *Q J Econ.* 2017;132(3):1219-1260.
- Shepherd G, Boardman J, & Slade M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad.* Servicio Andaluz de Salud.

Tabla 1. Datos socio-demográficos de los y las participantes.

Género	Edad	Lugar de residencia
Mujer	57	Sola
Hombre	49	Residencia
Mujer	59	Sola
Mujer	62	Con su familia
Mujer	40	Con su familia
Mujer	50	Casa de un familiar
Hombre	49	Casa de un familiar y residencia
Hombre	66	Solo
Hombre	52	Solo
Hombre	47	Piso tutelado
Hombre	57	Residencia
Hombre	51	Residencia
Mujer	60	Residencia
Hombre	60	Casa de un familiar