

Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales

Mental Health Literacy, Stigma and Social Imaginaries

Manuel Torres Cubeiro

IES Campo de San Alberto / GCEIS

macodi1966@hotmail.com

Resumen

Una asunción no cuestionada relaciona el aumento de la cultura adquirida con la disminución de los prejuicios. Si aceptamos este presupuesto al aumentarse la alfabetización en temas de salud, disminuiría el estigma asociado a la dolencia mental. Pero, esta intuición del sentido común, ¿es acertada? El objetivo de este artículo es describir el concepto de alfabetización en salud mental [ASM] acuñado por Jorm en 1997 y ver su relación con los imaginarios sociales. Vemos como la investigación muestra qué, con diferencias por grupos, las tasas de ASM son tan bajas entre los docentes y el personal médico como en la población en general. Además, tras la realización de campañas de alfabetización, aunque en algunos ítems aumenta, el estigma asociado a las dolencias mentales severas permanece estable. Se mantiene el deseo de distancia social frente a los diagnosticados con una dolencia mental severa tanto en la población en general como entre los profesionales de la educación y la sanidad. Constatamos que en España no se han realizado ningún estudio sobre la ASM. Por lo tanto, si la prevalencia de la enfermedad mental es constante y las mediciones del estigma asociado a ella se mantienen entre profesionales de la salud y de la educación, sería conveniente investigar más la relación entre alfabetización y estigma y los factores sociales que parecen explicar ese mantenimiento contradiciendo la intuición. Sería beneficioso incorporar el concepto de ASM en los estudios periódicos que sobre percepción de la salud se realizan en España, especialmente en los realizados por el INE como en otros países.

Palabras clave: alfabetización; salud mental; estigma; medicina; educación; sociología de las dolencias mentales; imaginarios sociales.

Abstract

A common intuition based on a socially build common sense states that if literacy improves the consequence would be an automatic decrease of discrimination and stigma, thanks to the increase of knowledge among people. But, is this common sense intuition right? This article explores what the scientific scholarship has discovered about this. In 1997 Jorm coined the concept of Mental Health Literacy (MHL) and the research that came later shows that MHL is low among medical and educational staff. Even more, investigation on public stigma by Pescosolino and her group, shows that after MHL public campaigns stigma stays mainly stable. Given that around a 25% of the population would suffer a mental disorder, we conclude that the complexity of mental disorder; educators and medical personal should take scientific discoveries about the social complexity implicated in MHL campaigns seriously. We propose in consequence that the concept of MHL must be included in research periodically in public opinion state pools.

Key Words: literacy; mental health; stigma; medicine; education; medical sociology of mental illnesses; social imaginaries.

*El sentido común es la cosa mejor repartida del mundo
pues todo el mundo cree poseerlo en cantidad suficiente.*

Rene Descartes

Introducción

La ciencia, como el mismo Descartes argumenta, no surge del sentido común sino de su cuestionamiento. Es la sociedad en el proceso de socialización la que construye este sentido común o intuición, incluyendo en él, imágenes o proyecciones de la propia sociedad a través de imaginarios sociales (Pintos, 1995). La labor de la sociología como ciencia no es repetir o confirmar lo que nuestro sentido común afirma sobre las comunidades humanas, sino más bien comprender los procesos por el que esta intuición crea y reproduce descripciones de la sociedad.

Un ejemplo de esta asunción del sentido común es la de que al aumentar la educación disminuye la incultura y se reduce el analfabetismo. Por lo tanto, se asume que cuanto más alfabetización más descenderán la discriminación social y el estigma. Es decir, la sociedad ha instalado en nuestra intuición la asunción de que la desaparición del analfabetismo traerá consigo la erradicación de la discriminación y del estigma de aquellos percibidos como diferentes. Pero, ¿es esto cierto? Si una campaña de alfabetización aumenta la capacidad de leer de una población dada: ¿disminuye el estigma asociado a los inmigrantes?, o una campaña de educación en salud mental, ¿haría disminuir o desaparecer el estigma asociado a los que viven con un diagnóstico de una dolencia mental severa, como la esquizofrenia, la enfermedad bipolar o la depresión clínica?

Para contestar esta pregunta revisamos la investigación en sociología médica de las dolencias mentales. Comenzamos con unos datos de la incidencia de las dolencias mentales. Después nos centramos en el concepto de alfabetización en salud mental [ASM] acuñado por Jorm (1997). Haremos a continuación una revisión de los resultados en la literatura científica sobre cómo afectan las campañas de salud mental al estigma asociado a las dolencias mentales. Introducimos luego el concepto de imaginarios sociales para concluir con una petición.

Discrepancias de sentido común: epidemiología de las dolencias mentales, primeras consultas psiquiatras y gasto público en psiquiatría.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] señala que un 25% de la población está en riesgo de padecer una enfermedad mental (Sturgeon, 2006: 37). Un 25% de las familias tienen un miembro con una persona con una dolencia mental (Jorm, 2012). Al mismo tiempo, los trastornos mentales suponen un 17% de la discapacidad a nivel mundial según esta misma fuente (OMS, citada por Alonso et al., 2013). Un informe de 2010 sobre “enfermedades del cerebro” eleva a un 33% el riesgo en Europa de padecer estas dolencias (Olesen et al. 2012: 160). En España (Parés-Badell et al., 2014) el impacto económico de los trastornos relacionados

con el cerebro ronda el 8% del PIB suponiendo un gasto de unos 1700 euros per capita anuales y unos 2500 anuales para cada persona afectada (Olesen et al., 2012: 160). Según la OCEE en países desarrollados el impacto de costes directos e indirectos asociados a las dolencias mentales es superior al 4% del PIB (OECD, 2014).

Con esta cifras de prevalencia resulta significativo constatar que sólo una minoría de los afectados por dolencias mentales severas buscan ayuda el primer año de la aparición de los síntomas (Jorm, 2012: 1-2). Los estudios indican que se tarda una media 15 años en reconocer y/u obtener un diagnóstico para las enfermedades mentales (Jorm, 2012: 1-2; Torres, 2009). Lo cual conlleva un retraso en la búsqueda de tratamientos o terapias (Jorm, 2012: 2), aumentando riesgos y costes. Dado que el desarrollo de las dolencias mentales es mayoritariamente en la primera juventud y la adolescencia, pero tienden a convertirse en condiciones crónicas, la incidencia y coste se multiplican (Alonso, et al., 2013). En España, según datos del Banco Mundial (2016), el gasto en general en salud (privada y pública) era del 9.6% del PIB en 2010, bajando hasta el 8.9% en 2013. La media de la Unión Europa ronda el 10% del PIB en las mismas fechas (Banco Mundial, 2016). Del montante total del gasto sanitario en Europa, el 10% se destina a programas de salud mental, bajando en España hasta un 5% del gasto sanitario (MEC, 2014: 10-19).

Como vemos existe un contraste entre los datos epidemiológicos, y, como indica Jorm (2012), el gasto en salud mental. Pues éste gasto no se corresponde con el impacto de estas dolencias en la población. La discrepancia entre el impacto de las dolencias mentales y el gasto del Estado en las dolencias mentales severas es grande. Mientras que la prevalencia es del 25 % población con unos gastos de las familias con una dolencias mentales severas del 4% PIB, el estado invierte sólo entre un 5% y un 10% del gasto total sanitario. Todo esto lleva a Jorm a acuñar el concepto de ASM (Jorm et al., 1997).

El concepto de alfabetización en salud mental: Anthony F. Jorm.

En salud pública, tras el higienismo y la beneficencia del siglo XIX, aparece en los años setenta del siglo XX (Simonds, 1974) el concepto de alfabetización en salud. Se había constatado entonces la relación entre la alfabetización en lecto-escritura y la salud en general (Nutbeam y Kickbusch, 2000). Así los datos indicaban que el 50% de la población de EE.UU. presenta dificultades graves para tomar decisiones en temas de salud (Sorensen et al., 2012: 2). En este contexto (Tones, 2002: 287), la OMS recoge este vínculo entre alfabetización lecto-escritora y salud definiendo la alfabetización en salud como: "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud" (citado en Fallon y Luna, 2012: 92).

La OMS señala la alfabetización lectora como uno de los determinantes sociales de la salud (Kutcher et al., 2016: 154). Asimismo, para la Comisión Europea la alfabetización en salud es: “la habilidad de leer, filtrar y comprender información sobre salud para ser capaz de formarse opiniones juiciosas” (Sorensen et al., 2012: 2). En los años noventa el concepto se generaliza y se aplica entonces a las dolencias mentales. Jorm define ASM bajo varias dimensiones:

los conocimientos y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención. La ASM incluye: la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de búsquedas adecuadas de apoyo. (Jorm et al., 1997: 3 –traducción propia)

Jorm presenta en este artículo una encuesta realizada en Australia, la primera de una larga serie sobre ASM. Para esta encuesta, usa descripciones breves o viñetas basadas en el Manual Estadístico de Diagnóstico Psiquiátrico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V) y su equivalente de la OMS (CIE-10). Las viñetas describen los síntomas de personas con un diagnóstico: Depresión y Esquizofrenia¹. Tras leerlas el encuestado responde a unas cuestiones para evaluar su ASM.

Extrae dos conclusiones de su investigación. La mayoría de los encuestados reconocen la presencia de algún tipo de dolencia mental pero pocos asignan la etiqueta diagnóstica correcta. Entre la medicaciones los encuestados prefieren las vitaminas a los psicofármacos, encontrando a éstos generalizadamente más dañinos que beneficiosos (Jorm et al., 1997: 186 y 182). Por lo tanto, la visión del público en general no coincide con la de los especialistas ni con la evidencia clínica contrastada. Una segunda conclusión es que “el nivel de alfabetización en salud mental debe aumentarse” (Jorm et al., 1997: 182). El objetivo sería mejorar la salud mental de la población. El mismo autor publica en 2000 un artículo donde perfila su definición e introduce el estigma asociado a las dolencias mentales (Jorm, 2000: 398) como contexto de la escasa ASM de la población. Las conclusiones son similares al artículo anterior, pero ahora subraya la necesidad de diseñar campañas de alfabetización (Jorm, 2000: 400)². Jorm apunta la relación con el estigma en otra publicación posterior:

Aunque se ha detectado una mejora en las escalas que miden la alfabetización en salud mental, esta mejora no va asociada con una reducción de la percepción de peligrosidad o imprevisibilidad percibida en las personas con un diagnóstico de dolencia mental, ni se ha reducido el deseo de distancia social respecto de la dolencia mental. (Reavley y Jorm, 2014: 68 –traducción propia)

¹ Posteriormente los amplía en otras encuestas con cuatro diagnósticos psiquiátricos más: depresión con ideación suicida, esquizofrenia temprana, trastorno de stress postraumático y fobia social.

² Véase al amplia bibliografía de este autor: Jorm, 2015a, 2015b; Dey et al., 2016; Reavley et al., 2016; Yoshioka et al., 2015.

En una publicación reciente Jorm (2015a) describe cómo desde 1995 ha habido en Australia sucesivas campañas en las que se ha buscado incrementar la alfabetización del público en general en temas de salud mental. Alude a una campaña centrada en la depresión, *Beyond Blue*, (Jorm, 2015a: 1167), y otra centrada en mejorar las actitudes de la población en general para ayudar en casos de dolencia mental *Mental Health First Aid* (Jorm 2015a: 1167). Apunta la escasa eficacia de las campañas no diseñadas sin un previo estudio de la población y de aquellas no pensadas para atajar dimensiones específicas (no generalistas) de la ASM (Jorm, 2015a: 1160). Indica además la importancia de ese trabajo de diseño para no incrementar, como veremos, el estigma asociado a las dolencias mentales severas.

En 2000 Jorm generaliza el uso del concepto de ASM en las encuestas en Australia; y se comienza a generalizar el uso del concepto: EE.UU., Reino Unido y Canadá (Whitley et al., 2013). Simultáneamente se emprenden campañas de información inspiradas en el concepto de ASM en Australia (*Mental Health Australia, Sane*), Nueva Zelanda (*Like Minds, Like Me*), Estados Unidos (*National Institute of Mental Health; Open Minds*), Canadá (*Face Mental Illness, Transforming Lives; Kids mental health*), Reino Unido (*See Me, Rethink, Shift; Time to Change*), Alemania (*Irrsinning Menschlich; Basta*) o Francia (*Et si votre voisin voit*). En España, sin una previa investigación sobre el grado de ASM de la población se inician también campañas de información, tanto estatales (Zeroestigma; Todos somos parte del tratamiento; Toda una vida para mejorar) como autonómicas: Castilla y León (Mentalízate), Madrid (Chamberlin; Participa y comprende), Andalucía (1decada4; No decidas por la cara), Cataluña (Las etiquetas son para la ropa; *Obertament*), Extremadura (Refresca tu mirada), Euskadi (Libera tu mente) y Canarias (Los restos se miran de frente). Tampoco se ha publicado ningún estudio evaluador de las estas campañas en España.

El estigma asociado a las dolencias mentales: Bernice A. Pescosolido.

En 1992 Pescosolido³ publica un artículo titulado: *Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help*. En él construye un modelo teórico para comprender cómo se decide qué ayuda médica buscar. Con datos de encuestas norteamericanas Pescosolido muestra como la asunción del sentido común que atribuye a una elección racional esta decisión, es errónea. El sentido común sobre como toman las personas sus decisiones se demuestra equivocado. Pescosolido (1992: 1096) indica que son los “patrones construidos socialmente para tomar decisiones” de salud los que explican el comportamiento individual. Con esta publicación inicia Pescosolido una larga carrera de investigación sobre cómo el estigma asociado a las dolencias mentales media en la percepción que tenemos de ellas, influyendo también en las campañas diseñadas, como veremos, para paliarlo.

³ Véase la amplia literatura publicada por esta autora: Barry et al., 2014; Perry et al., 2016; Pescosolido, 2013, 2015, 2016; Pescosolido y Martin, 2015.

De la amplia literatura publicada por Pescosolido a lo largo de los años sobre el estigma asociado a las dolencias mentales citamos cuatro artículos relevantes para nuestra argumentación. En un artículo de 1998 titulado *How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and "muddling through" from "first-timers"* (Pescosolido et al., 1998) introduce el concepto de *muddling through* frente los modelos de elección racional o de coerción que predominaban en la investigación de sociología médica. *Muddling through* (improvisando a duras penas) se refiere a un proceso por el que los posibles futuros usuarios de salud mental: "merodean en torno a las circunstancias y los otros que los rodean, mientras procuran encarar los problemas enganchándose en alternativas sucesivas sin compararlas entre sí [...]. No consiguiendo así ni resistir, ni buscar o encontrar tratamiento" (Pescosolido et al., 1998: 275 –traducción propia). Pescosolido describe cómo éste proceso de improvisación esta socialmente guiado. Así en 1999 publica un artículo titulado *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance* (Link et al., 1999). Apunta una conclusión que va a ser una de las guías de su investigación futura: "los síntomas de enfermedad mental se mantienen fuertemente conectados para el público con temores sobre su potencial violencia y con deseos de distancia social" (Link et al., 1999: 1328). No desaparecen los efectos negativos para los diagnosticados con estas dolencias: difícilmente buscarán a un psiquiatra por temor al estigma asociado (Link et al., 1999: 1332-1334). En una publicación posterior apunta también una característica del estigma: aquellos que atribuyen los problemas mentales a causas estructurales, no a causas genéticas o biológicas, tienen más probabilidad de desear una mayor cercanía con ellos (Martin et al., 2000: 208). En consecuencia, propone que las campañas de educación en salud mental tengan en cuentas estos datos contrastados. Su trabajo posterior busca, primero, entender científicamente cómo media el estigma en la toma de decisiones; y segundo, con una orientación práctica lucha contra el estigma y sus consecuencias.

Así Pescosolido (2013) analiza las relaciones entre alfabetización y estigma, concluyendo con esta afirmación: "la percepción de la violencia como algo esencial y asociado a la Dolencia Mental no ha disminuido, sino que si algo sugieren los datos es que esa asociación persiste en el tiempo y ha aumentado". Las conclusiones se ven resumidas en esta cita sobre la temática centrado en Cánada: "la ausencia de conocimiento [sobre dolencias mentales] es considerada como un factor conducente al prejuicio (actitudes negativas) que posteriormente influye en los comportamientos (discriminación)" (Kutcher et al., 2016: 155).⁴

⁴ Existe una amplia bibliografía académica indicadora de la relación entre analfabetismo en salud mental y el estigma (Angermeyer et al., 2016; Angermeyer y Matschinger, 1994, 1997; Evans-Lacko et al., 2010; Griffiths et al., 2008, 2009; Hadlaczky et al., 2014; Kelly et al., 2007; Pescosolido et al., 2001; Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007; Thornicroft et al., 2010).

Alfabetización en salud mental en los sistemas de educación y de salud.

Las actitudes, conocimientos y habilidades en salud mental, y con ello nuestro sentido común o intuición, son adquiridas en el proceso de socialización. Dado el desarrollo propio de las dolencias mentales, con sus primeros pasos en la juventud y adolescencia, es en la escuela donde su reconocimiento debería darse. Pero los datos apuntan una discrepancia entre la incidencia de estas dolencias y el número de casos que acuden a los especialistas (Jorm, 2000; Jorm et al., 1997). Y aunque la literatura señala un aumento en el número de diagnósticos entre los jóvenes no va asociado a un incremento en el número de tratamientos ni de la calidad de los mismos (Whitley et al., 2013: 57-58).

Las creencias sobre salud mental y dolencias mentales están presentes en el público en general pero también entre los profesionales de la salud y educación (Martin et al., 2000): compartiendo actitudes negativas, mitos y estigmatización (Whitley et al., 2013: 59). Los estudios sobre ASM coinciden en señalar la necesidad de aumentar la alfabetización dado el aumento de los casos entre la juventud y el escaso diagnóstico precoz (Whitley et al., 2013: 59). Sobre todo, teniendo en cuenta que los educadores dudan sobre su rol en salud mental así como sobre cómo actuar. Veamos unos ejemplos ofrecidos en la literatura.

En una investigación sobre *bullying* entre estudiantes y profesorado en Canadá, Whitley señala que, aunque un 50% de los diagnósticos de dolencia mental dicen haber sufrido acoso escolar, sólo el 20% reciben algún tipo de atención o tratamiento. Termina Whitley su estudio con esta conclusión: “los profesores tienden a adoptar soluciones que casan con los relatos anecdóticos de sus colegas antes que apoyarse en evidencia científica” (Whitley et al., 2013: 65). Dada la relación entre acoso y primeros síntomas de dolencia mental severa en la juventud y adolescencia (Whitley et al. 2013: 59), la dificultad que los profesores encuentran para identificar el acoso entre sus alumnos señala que la alfabetización entre los docentes no sólo es deficiente, sino que dificulta la detección, el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

Un estudio sobre ASM entre estudiantes de medicina en México muestra que el 98% reconoce la dolencia mental correctamente (Fresán et al., 2012), pero sólo el 44% piensan que la psiquiatría sería la mejor forma de atajar esta problemática. Además, el 83% atribuyen agresividad al comportamiento de esta dolencia. Aunque la ASM ha mejorado según el estudio, el estigma asociado no lo ha hecho. En una encuesta a 4938 jóvenes portugueses realizado por la Universidad de Coimbra (Loureiro et al., 2013a) Loureiro señala que una cuarta parte de los jóvenes no reconoce la depresión, ni tiene conocimientos sobre la ayuda disponible y valora como mejor terapia la proporciona por un posible amigo o familiar (Loureiro et al., 2013a: 2)⁵. En este sentido Romaní (2010), en un estudio sobre la percepción de los riesgos en jóvenes de Barcelona (España), describe también que la primera recomendación en salud mental es la de

⁵ Véase la prolija investigación realizada por este autor y su equipo en Portugal: Loureiro et al., 2013a, 2013b, 2015.

acudir a “hablar con los amigos”. Una publicación reciente sobre un estudio en institutos de secundaria en Ottawa (Canadá) ejemplifica tanto los aspectos positivos como los negativos del estigma asociado a las dolencias mentales severas y las campañas para combatirlo (Milin et al., 2016). Trece de veintiséis escuelas secundarias de Ottawa (Canadá) recibieron formación sobre salud mental por sus profesores habituales, las otras trece no tuvieron ningún tipo de formación adicional a la dada en el currículo. Todos los alumnos de entre 16 y 18 años de ambos grupos de escuelas respondieron a dos encuestas, una previa a la formación y otra posterior. Los resultados mostraban una clara mejoría en la ASM del grupo que recibió formación frente a ausencia de cambios en aquellos estudiantes que no la recibieron.

La literatura señala que se pueden diferenciar tres componentes esenciales en el diseño de campañas para incrementar la ASM en la población: el conocimiento en temas de salud y dolencias mentales, las actitudes en torno al estigma, y finalmente las estrategias usadas en la búsqueda de ayuda en salud mental (Kutcher et al., 2016: 155). La literatura sobre esta temática coincide en que deben ser campañas diseñadas en estos tres niveles para ser eficaces, pero además deben específicamente diseñadas de acuerdo con tres parámetros (Kutcher et al., 2016: 155). En primer lugar, deben centrarse en contextos concretos, usando situaciones de la vida cotidiana. En segundo lugar, tienen que crearse teniendo en cuenta los diversos niveles de desarrollo y edades a las que van orientadas. Finalmente, deben llevarse a cabo utilizando estructuras institucionales ya existentes: colegios, hospitales, institutos, etc...

Como señala Pescosolido (2016: 354): mientras no se encuentra una cura definitiva a las dolencias mentales severas sería inteligente tener en cuenta la bibliografía en sociología médica para “combinar los esfuerzos de científicos médicos y sociales para mejorar la vida de los niños y adolescentes que se han de enfrentar a los desafíos de las dolencias mentales en sus vidas. El tema es tanto un asunto sólo médico o de salud pública, sino más bien un problema sociológico complejo. Pues es la definición social compartida de dolencia mental la que interfiere con un tratamiento basado en evidencia científica. Por lo tanto, por mucho que se aumente el conocimiento médico sobre las dolencias mentales, sino aumenta la comunicación en la sociedad sobre éstos, difícilmente se podrá detectar, tratar o prevenir de forma adecuada. En esto los imaginarios sociales juegan un papel relevante.

Imaginarios Sociales: complejidad social y dolencias mentales severas.

La sociedad contemporánea es compleja. En ella múltiples sistemas conviven sin poder ofrecer una descripción completa de sí misma (Luhmann, 2007; Pintos, 2015; Torres, 2013). Los imaginarios sociales son simplificaciones construidas socialmente en esa complejidad. Ofrecen imágenes de la sociedad como algo estable y con sentido. Su misión es simplificar la comunicación haciendo probable lo improbable. Pintos (2015: 156) los define como: "Los imaginarios sociales están siendo esquemas contruidos socialmente que orientan nuestra

percepción, permiten nuestra explicación y hacen posible nuestra intervención en lo que en diferentes sistemas sociales sea tenido por realidad".

Con los imaginarios sociales la sociedad crea una herramienta para construirse en los procesos comunicativos que la constituyen. Pues los imaginarios edifican el sentido común: construyen la intuición compartida en la comunicación. Son los imaginarios el instrumento adecuada para describir el funcionamiento del sentido social compartido en la sociedad en su constante creación (Aliaga y Pintos, 2012). La realidad, en este caso de las dolencias mentales severas, es un efecto de la construcción social de la comunicación porque "la sociedad es un efecto de la construcción social de la realidad a través de la comunicación" (Moeller, 2013: 8). Pero los imaginarios sociales son elementos obviados u opacos en todo proceso comunicativo. Funcionan sin percatarnos de su uso, lo hacen al funcionar como suposiciones del sentido común.

Los imaginarios sociales construyen simplificaciones de la realidad social sobre una diferencia⁶ erigida socialmente. Pintos (1995) apunta que el imaginario social centra el foco sobre algo, elemento relevante, obviando el elemento convertido en opaco. La diferencia en la que se genera el imaginario es la de algo relevante frente algo opaco. Así, por ejemplo, al señalar algo como sano se obvia su contrario, la enfermedad. En otro lugar presentamos ya cuatro elementos de los imaginarios sociales de la dolencia mental (Torres, 2012): uno biológico predominante, otro social, otro psicoanalítico y otro psicológico. La sociedad se construye ofreciendo sentido en la comunicación, simplificando la complejidad de la dolencia mental: los imaginarios sirven para pensar, actuar y comprender la dolencia mental. Uno de ellos es el dominante, el construido sobre el modelo de enfermedad como entidad mórbida subyacente. Sociológicamente no es relevante si el IS aporta verdad o no, sociológicamente describimos cómo sirve para construir sentido comunicativo donde no lo había. Pues un sistema social no se arriesga en una única apuesta, sino que los IS de la dolencia mental siguen siendo múltiples e incoherentes. De ahí que la labor del sociólogo sea explicar porque al comprar en el supermercado de ideas seleccionamos para nuestro hermano, paciente o familiar, un imaginario y no los otros. La semántica social ofrece un amplio universo de significado donde comprender lo incompresible en su complejidad. El estigma asociado a las dolencias mentales, la discriminación surgida en el comportamiento en ese entorno adquieren sentido (o no) en este universo de los imaginarios (Torres, 2012). Las campañas de alfabetización mental encuentran su significado (o no) al ser diseñadas teniendo este universo de sentido. Un ejemplo sería la investigación de Pintos sobre el significado del término paciente entre los distintos grupos implicados en salud mental (Pintos y Marticorena, 2012).

⁶ Pintos (1995) construye su concepto de imaginario social a partir del concepto luhmaniano de diferencia –basado en la epistemología de Spencer-Brown (1979)–, véase al respecto: Torres (2013).

Discusión. Alfabetización en salud mental: una verdad contra la intuición.

Hemos visto cómo las dolencias mentales afectan directamente a un cuarto de la población, tocando indirectamente a un porcentaje alto de cualquier grupo humano. La epidemiología psiquiátrica señala que la primera incidencia de estas enfermedades se da en la juventud, recomendando un tratamiento temprano. Sin embargo, el gasto público es inferior a estas cifras. Hemos descrito además cómo el conocimiento general sobre estas dolencias es escaso y los prejuicios negativos asociados a ellas son altos. Tanto el personal médico como el del sistema educativo comparten una baja ASM. Ambos grupos, médico y educativo, son claves en la detección y tratamiento de las dolencias mentales en la juventud. Finalmente, hemos constatado que la bibliografía señala la necesidad de utilizar la comprensión sociológica de la complejidad para diseñar campañas de alfabetización adecuadas, pues de no hacerlo los resultados se han comprobado contraproducentes.

La asunción que señalábamos al principio no parece funcionar en temas de salud mental, pues, aunque aumente la ASM, este incremento no conlleva asociada una disminución en el estigma. Ni la violencia atribuida a la dolencia mental ni el deseo de distancia social atribuido a ellas, disminuyen al acrecentar la alfabetización, ni siquiera entre aquellos que se deberían encargar de detectarla: personal médico y de educación.

La ASM no es un asunto médico, económico, psicológico o político, aunque, tenga repercusiones en todos estos campos. Es un asunto social. Por ello, la comprensión y la planificación de su abordaje debe basarse en los datos de la ciencia de la sociedad. Porque, aunque se aumente el conocimiento médico experto no va a aumentar el diagnóstico precoz, dado que los médicos, educadores o trabajadores sociales y docentes se han socializado en los mismos contextos que la población en general. Tampoco va a cambiar el grado de alfabetización las muchas veces que los medios de comunicación han convertido en escándalo y denunciado reiteradamente los diversos fracasos asociados a las dolencias mentales. Sólo una adecuada comprensión de las formas de comunicación social desde estudios sociológicos rigurosos puede ayudar a planificar la mejora de la salud mental, tal y como lo demuestran los estudios generados desde la aparición de la noción en las publicaciones de Jorm. Así como las publicaciones sobre el estigma público y su complejidad de Pescosolido.

Sería necesario pues analizar y cuestionar nuestro sentido común. La investigación nos muestra que sería forzoso generalizar encuestas para establecer un diagnóstico de nuestra ASM en cada país. Detectando así todas sus complejas dimensiones (Torres, 2009, 2013, 2014). Una vez realizado y generalizado se podrán diseñar campañas específicamente diseñadas sobre los resultados obtenidos. Pero estas campañas deben basarse en los descubrimientos ya descritos en la bibliografía sobre el complejo social del estigma (Pescosolido y Martin, 2015). De no hacerse así, se llevarán a cabo campañas voluntaristas, pero como ya se ha demostrado poco eficaces o efectivas. Pues como consecuencia seguramente no deseada esas mismas campañas mantienen,

cuando no alimentan, tanto la discriminación como el estigma asociado a las dolencias mentales severas.

Referencias

- Aliaga, F., Pintos, J.L. (2012). La investigación en torno a los imaginarios sociales. Un horizonte abierto de posibilidades. *RIPS*, 12(2), 11-17.
- Alonso, J., Chatterji, S., He, Y., World Health Organization (2013). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 382, 39-45.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological medicine*, 27(01), 131-141.
- Angermeyer, M.C., Van der Auwera, S., Matschinger, H., Carta, M.G., Baumeister, S.E., Schomerus, G. (2016). The public debate on psychotropic medication and changes in attitudes 1990–2011. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(2), 165-172.
- Banco Mundial (2016). Datos de libre acceso del Banco Mundial. <http://datos.bancomundial.org>
- Barry, C.L., McGinty, E.E., Pescosolido, B.A., Goldman, H.H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269-1272.
- Descartes, R. (2001). *Discurso del método*. Madrid: Espasa Libros.
- Dey, M., Reavley, N.J., Jorm, A.F. (2016). Young people's difficulty in talking to others about mental health problems: An analysis of time trends in Switzerland. *Psychiatry research*, 237, 159-165.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Fallon Romero, M., Luna Ruíz-Cabello, A. (2012). Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.
- Fresán Orellana, A., Robles García, R., Martínez López, N., Vargas-Huicochea, I. (2012). Alfabetización sobre esquizofrenia para estudiantes de medicina. *Salud y ciencia*, 19(3), 220-223.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC psychiatry*, 8(1), 1.

- Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F. (2009). Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health*, 9(1), 92.
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467-475.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <http://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A.F. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to take action for better Mental Health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. <http://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A.F. (2015a). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 49(10), 887-897. <http://doi.org/10.1177/0004867415600891>
- Jorm, A.F. (2015b). Why We Need the Concept of «Mental Health Literacy». *Health Communication*, 30(12), 1166-1168. <http://doi.org/10.1080/10410236.2015.1037423>
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Kelly, C.M., Jorm, A.F., Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 187(7 Suppl), S26-30.
- Kutcher, S., Wei, Y., Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Loureiro, L.M., Barroso, T.M. de A., Mendes, A.M., Rodrigues, M.A., Oliveira, R.A., Oliveira, N.R. (2013a). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portuguesas sobre abuso de álcool. *Escola Anna Nery*, 17(3), 474-481. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300010>
- Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Mendes, A.C., Santos, J.C., Ferreira, R.O., Pedreiro, A.T. (2013b). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry* 13(129). <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>
- Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Oliveira, R.A., Mendes, A.M., dos Santos, J.C., Rodrigues, M.A., Sousa, C.S. (2015). Mental health Literacy about schizophrenia: A survey of portuguese youth. *Early intervention in psychiatry*, 9(3), 234-241. <http://doi.org/10.1111/eip.12123>
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. Mexico: Universidad Iberoamericana, Herder.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior', labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior* 41(2), 208-223.

- MEC [Ministerio de Economía y Competitividad] (2014). *Plan Estratégico CIBERSAM 2014-2016*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad.
- Moeller, H.-G. (2013). *The Radical Luhmann*. Columbia University Press.
- Nutbeam, D., Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2014). Making Mental Health Count. *Focus on Health*, julio.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.-U., Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Perry, B.L., Pullen, E., Pescosolido, B.A. (2016). At the intersection of lay and professional social networks: how community ties shape perceptions of mental health treatment providers. *Global Mental Health*, 3, 1-17. <http://doi.org/10.1017/gmh.2015.25>
- Pescosolido, B.A. (1992). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1092-1138.
- Pescosolido, B.A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior* 54(1), 1-21. <http://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Pescosolido, B.A. (2015). Erving Goffman: the moral career of stigma and mental illness. En F. Collyer (Ed.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* (pp. 273-286). Londres: Palgrave Macmillan.
- Pescosolido, B.A. (2016). The Beginning of the End? Deploying Rigorous Research in Real-World Settings to Reduce Stigma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(5), 353-354.
- Pescosolido, B.A., Gardner, C.B., Lubell, K.M. (1998). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and «muddling through» from «first-timers». *Social science & medicine*, 46(2), 275-286.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K. (2015). The stigma complex. *Annual review of sociology*, 41, 87-116.
- Pescosolido, B.A., Tuch, S.A., Martin, J.K. (2001). The profession of medicine and the public: examining Americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the 'health care crisis' to the era of health care reform. *Journal of Health and Social Behavior* 42(1), 1-16. <http://doi.org/10.2307/3090224>
- Pintos, J.L. (2015). Apreciaciones sobre el concepto de Imaginarios sociales. *Revista Miradas*, 1(13), 150-159.
- Pintos, J.L. (1995). *Los imaginarios sociales: la nueva construcción de la realidad social*. Bilbao: Editorial Sal Terrae.

- Pintos, J.L., Marticorena, J. R. (2012). Análisis sociocibernético del discurso. La explotación de datos y los procedimientos informatizados en las investigaciones sobre Imaginarios Sociales. Un caso. *RIPS*, 12(2), 47-79.
- Reavley, N.J., Jorm, A. F., Morgan, A.J. (2016). Beliefs about dangerousness of people with mental health problems: the role of media reports and personal exposure to threat or harm. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-8.
- Reavley, N.J., Morgan, A.J., Jorm, A.F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69. <http://doi.org/10.1177/0004867413491157>
- Romaní, O. (2010). *Jóvenes y riesgos. ¿Unas relaciones ineludibles?* Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Research*, 2, 1-25.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project . (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spencer-Brown, G. (1979). *Laws of form*. New York: Dutton.
- Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(suppl 1), 36-41. <http://doi.org/10.1093/heapro/dal049>
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Geneva: Oxford.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.
- Thornicroft, G., Rose, D., Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment*, 16(1), 53-59.
- Tones, K. (2002). Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 17(3), 287-290. <http://doi.org/10.1093/her/17.3.287>
- Torres Cubeiro, M. (2009). *Orden social e loucura en Galicia*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.
- Torres Cubeiro, M. (2012). Imaginarios sociales de la Enfermedad mental. *RIPS* 11(2), 101-114.
- Torres Cubeiro, M. (2013). *Niklas Luhmann*. A Coruña: Baía Edicións.
- Whitley, J., Smith, J. D., Vaillancourt, T. (2013). Promoting mental health literacy among educators: Critical in school-based prevention and intervention. *Canadian Journal of School Psychology* 28(1), 56-70. <http://doi.org/10.1177/0829573512468852>
- Yoshioka, K., Reavley, N.J., Hart, L.M., Jorm, A.F. (2015). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment: results from a mental health literacy survey of Japanese high school students. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(2), 207-222.

Recibido: 16.9.2016

Aceptado: 4.10.2016