

LA DISCRIMINACION Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD MENTAL

DISCRIMINATION AND ITS INFLUENCE ON MENTAL HEALTH

Javier E. Saavedra¹;
Yolanda Robles²

RESUMEN

Se postula que la discriminación en un sentido más amplio surge como función adaptativa en la evolución del hombre y de la sociedad, y luego deviene como expresión de desconfianza, de protección, y de dominación. Los efectos de la discriminación se han puesto en evidencia en forma directa o indirecta en la salud en general y en el bienestar social y emocional. Sin desconocer la complejidad social de la discriminación, desde la psicología cognitiva se revisan, a propósito de un caso, las creencias que dominan las actitudes autodiscriminatorias, que ponen de relieve el papel del discriminado en el mantenimiento de la condición. Se llama la atención sobre la particularidad que, a diferencia de otros países, la discriminación racial en nuestro país ha sido dirigida hacia la mayoría. Se proponen acciones que tomen en cuenta fundamentalmente al discriminado y sus creencias y no sólo el enfoque social del problema.

PALABRAS CLAVE: Discriminación, racismo, salud mental, discriminado.

SUMMARY

It is postulated that discrimination, in a wider sense, emerges as adaptive function in the evolution of man and society, and then becomes an expression of mistrust, protection, and domination. The effects of discrimination have become evident, either directly or indirectly, in health in general as in social and emotional wellbeing. Without ignoring the social complexity of discrimination, from the cognitive psychology and in regard to a case vignette, we review the beliefs that dominate the self-discriminated attitudes, that emphasize the role of the discriminated in maintaining this situation. It draws attention to the particularity that, unlike other countries, racial discrimination in our country has been directed into the majority. It is proposed actions that take into account mainly the discriminated and their beliefs and not only to the social dimension of the problem.

KEY WORDS: Discrimination, racism, mental health discrimination.

¹ Psiquiatra, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; Profesor Principal, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Psicóloga, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"; Docente, Universidad de Lima.

Según la Real Academia Española¹, la palabra *discriminación* se refiere a la acción y efecto de discriminar, y *discriminar* significa en su primera acepción separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra; y, en su segunda acepción, dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc. Ambas acepciones deben conjugarse para comprender el proceso de la discriminación social. La capacidad de discriminar es un ingrediente fundamental para el desarrollo del ser humano y probablemente uno de los cimientos de su sobrevivencia como especie. Desde que nacemos ejercemos la discriminación en el sentido que diferenciamos objetos, lugares y personas, lo que progresivamente ordena nuestros procesos cognoscitivos y valorativos. El balance entre confianza y desconfianza está inmerso en la capacidad de discriminación del niño y es de vital importancia para su subsistencia, y lo fue tal vez mucho más en tiempos remotos. Tener en cuenta estos aspectos nos podría ayudar a comprender la ubicuidad de la discriminación. Es probable que la discriminación haya surgido de los enfrentamientos entre grupos humanos por la necesidad de desarrollar y proteger su

individualidad e identidad como grupo. De ser esto cierto, formaría parte de un proceso en el que podríamos anticipar, aunque lejanamente, su desaparición progresiva en virtud de la madurez emocional de las personas y de las sociedades.

En su aspecto negativo encontramos la discriminación en variadas manifestaciones. La discriminación como estresor psicosocial es considerada entre los estresores secundarios más importantes asociados a eventos estresores mayores, como la pérdida del trabajo o la exposición a la violencia (Wethington, Brown y Kessler, 1995, cit. por Kessler²). Un número importante de estudios internacionales respaldan la importancia de la relación entre discriminación y salud mental. Entre los motivos de discriminación con los cuales se ha hallado relación con la salud mental se encuentran el género, la orientación sexual^{3,4}, la raza⁵, las etnias⁶, el status social² e incluso la condición de salud mental en sí misma⁷, sin considerar formas más sutiles como la belleza física, la edad, etc. Los aspectos de salud mental empleados para medir los efectos de la discriminación han sido el distrés

La Discriminación y su Influencia en la Salud Mental

psicológico, la satisfacción con la vida, el sentimiento de felicidad, síntomas de ansiedad y depresivos⁶.

La discriminación como conducta se inscribe dentro de un sistema sociocultural particular. Los valores y normas que regulan la conducta de los individuos y sus interacciones con otros individuos en estos sistemas socioculturales particulares, son mediados por la familia y grupos de pertenencia^{8,9}. A su vez, son los individuos en las familias y grupos los que mantienen los sistemas socioculturales.

Al parecer la prevalencia de la discriminación sería muy alta. Según un estudio epidemiológico realizado en los EEUU², la gran mayoría de las personas ha experimentado algún tipo de discriminación mayor en su vida, y un tercio considera experimentarla en algún momento en el día a día. Por ejemplo, según este estudio, el 48% de los encuestados percibe en algún momento que las personas actúan como si ellas fueran inferiores; un 40% percibe en algún momento un mal servicio en restaurantes o tiendas; un 43% percibe en algún momento que las personas actúan con ellos como si no fueran inteligentes.

Kessler (1999) indica que la discriminación implica no solo la ocurrencia de una experiencia objetiva sino también una atribución acerca de la razón para la experiencia, y agrega que como resultado de esto se debe considerar la posibilidad de una mayor propensión de algunas personas a interpretar las experiencias estresantes que cualquier persona puede pasar como debidas a la discriminación. Pensamos que dichos mecanismos se aplican a todo tipo de discriminación y que una extensión del último mecanismo propuesto por Kessler se relaciona con las preguntas planteadas. En una sociedad que ha sido muy discriminadora esperaríamos que el individuo asumiera el estigma de inferioridad y que reaccionara con percepciones y sentimientos de discriminación por mucho tiempo, aun después que dicha discriminación no se estuviera llevando a cabo o hubiera disminuido. Es decir, la persona podría estar haciendo interpretaciones de una discriminación de hecho inexistente en acciones de otras personas en situaciones determinadas. Con esta afirmación no descartamos de ninguna manera que no exista discriminación, pero sostenemos que parte de las medidas para solucionar el problema sería orientarse también al componente psicológico del discriminado.

Lo que una persona piensa sobre su pertenencia a un grupo racial o étnico configura la identidad

racial, el significado psicológico de la raza, de importancia esencial para determinar su ubicación en la estructura social. La internalización del racismo (Neighbors y Williams, 2001, cit. por Carter¹⁰) implica que, al caracterizarse culturalmente una raza como superior, el individuo que no pertenece a ella se autopercebe como de menor valor y poder.

La evaluación de un evento como estresor incluye aspectos culturalmente relevantes relativos a la raza y a la historia familiar. (Slavin *et al*, 1991, cit. por Carter¹⁰). El sentido o significado de un evento como estresor estará definido por la evaluación de la persona de si tal estresor significa un problema por la raza. En un segundo momento la persona define lo que puede hacer acerca del evento, y eso está determinado también culturalmente: quién decide lo que se debe hacer. Con la internalización de los estereotipos sociales, quienes se sienten discriminados tienen una visión negativa de sí mismos y generan mayor estrés por sentirse incapaces de manejar la experiencia. Asimismo, contribuye a la valoración de la situación la disponibilidad de recursos, por ejemplo la familia o la religión. Y, finalmente, los aspectos culturales influyen en la expresión del malestar por la situación o por el fracaso en manejarla. Siendo el racismo un estresor crónico, y aunque en apariencia se pueda concluir que la persona se adapta a él, constituye microagresiones constantes, cotidianas, que afectan el bienestar y salud de las personas.

Williams & Williams-Morris (2000) definen tres mecanismos por los cuales el racismo puede afectar a la salud mental. Primero, la discriminación institucional puede restringir la movilidad socioeconómica; segundo, las experiencias de discriminación son una fuente de estrés que puede afectar adversamente a la salud mental y, tercero, la aceptación del estigma de inferioridad por parte de algunos de los miembros del grupo minoritario [de la población americana] puede llevar a un deterioro en el funcionamiento psicológico del individuo. Así, se desprenden dos vertientes: una relacionada con la discriminación como determinante social de carácter estresante para la salud mental y, la otra, relacionada con la percepción y posición del discriminado.

Un estudio desde la discriminación de la enfermedad mental puede ilustrar el punto. El estigma entre los pacientes con trastornos mentales es abordado a través de experiencias de rechazo y de creencias acerca de ser devaluado/discriminado; es notoria la correlación negativa con la calidad de vida percibida.

Complementariamente, el empoderamiento, considerado como una medida de la autoestima y autoeficacia, tiene una correlación positiva con la calidad de vida. En este caso se muestra la importancia de la autopercepción como determinante de la satisfacción personal, llegándose a proponer al empoderamiento como un antídoto frente al estigma¹¹.

Considerando la alta prevalencia de la percepción de ser discriminado, es importante tener en cuenta tres dimensiones: las conductas discriminatorias hacia el otro, la percepción de ser discriminado y las conductas autodiscriminatorias. Así, nos preguntamos ¿cuál es efectivamente la prevalencia de la discriminación?, ¿en qué medida participan en la estimación de la discriminación y en su mantenimiento los factores psíquicos del propio discriminado?, ¿qué tan importantes serán la influencia de los estereotipos sociales asumidos por el discriminado y la presencia de distorsiones cognoscitivas?; finalmente, ¿cuál sería la posibilidad de enfrentar el problema de la discriminación desde el punto de vista psicológico del discriminado y no sólo desde el discriminador? Pensamos que desde un punto de vista preventivo promocional poco se ha trabajado con el discriminado. Esta cuestión sería fundamental porque podría significar un cambio de estrategia en la manera de enfrentar el problema desde la salud pública.

Nos encontramos sin duda en una sociedad que todavía discrimina, pero que probablemente discrimina mucho menos que antes. Los datos norteamericanos apuntan a un significativo descenso de las actitudes negativas raciales en los EEUU. En 1942 sólo el 32% de los americanos creía que los negros y blancos deberían asistir a una misma escuela, mientras que en 1995 el 96% consideraba que las escuelas debían ser integradas; en 1958 sólo el 4% de los blancos aprobaba el matrimonio entre blancos y no blancos, mientras que en 1997 el porcentaje ascendía a 67%. Sin embargo, no dejan de existir ciertas ambigüedades, como la persistencia de estereotipos negativos raciales o la segregación por áreas de residencia. La discriminación en general no resiste al análisis racional; con el paso de los años la tendencia al racismo y a las distintas formas de discriminación va a ser cada vez más ilógica para el sentido común de las personas.

La discriminación como problema social que afecta la vida de sociedades y personas es de alta relevancia y forma parte de la agenda pública en temas relativos a la salud y, en particular, a la salud mental. Su abordaje demanda la actuación

sobre diferentes factores sociales, desde la mejora de disposiciones legales para promover y defender los derechos humanos hasta la educación a más largo plazo¹².

El caso de Carlos

El caso de un paciente podría ayudarnos a aclarar el tema. Carlos es un varón de aproximadamente 35 años, pícnico, piel mestiza, que creció en una familia nuclear de clase media baja. El padre era muy colérico, abusaba físicamente de la madre y bebía licor en exceso, era mujeriego y generalmente estaba ausente de la casa. La madre era muy pasiva, confiada y muy trabajadora y asumía estoicamente los maltratos del padre. Carlos es el quinto de ocho hermanos. La relación con el hermano mayor era mala; éste lo insultaba y trataba despectivamente por su apariencia personal, diciéndole "indio", "cholo", "serrano", "cara de papa", y con frecuencia abusaba físicamente de él. Cierta día, en 1970, cuando tenía 8 años, su padre se internó en un hospital de la seguridad social. Ese día Carlos ingresó a la cafetería del hospital y uno de los mozos "o el dueño, de piel blanca y bien vestido" lo sacó del lugar sin darle mayor explicación. Pensó que esto le sucedió por ser pobre, estar mal vestido, porque podría aparentar ser provinciano o por el color de su piel. Desde entonces se fue generando en él un sentimiento de inferioridad frente a personas de piel blanca. Progresivamente su temor se fue generalizando a distintas situaciones sociales.

Apenas terminó el colegio decidió salir de su casa y huir del maltrato de su hermano; primero viajó a Pucallpa y luego a Brasil. En este país notó fluida interacción entre blancos, negros y todas las razas; su preocupación por "el color de su piel" disminuyó considerablemente y se sintió mucho mejor. Luego, a los 21 años, por problemas migratorios tuvo que viajar a La Guyana Francesa, lugar donde predomina la raza negra, y ahí notó que la discriminación era a la inversa: los extranjeros no negros eran segregados a los peores lugares y él estaba incluido junto con los blancos. A los 25 años decidió regresar al Perú, y la experiencia laboral como técnico en mecánica automotriz que obtuvo en ambos países le valió para lograr buenos trabajos. Sin embargo, a los 35 años, a pesar de su experiencia y de que su situación había cambiado, persistía su incomodidad ante determinadas situaciones. Por ejemplo, se sentía muy incómodo asistiendo a lugares de comida rápida de franquicia internacional pues consideraba que eran para personas de "cierto nivel"; además, sentía que no

lo trataban igual que a las demás personas o temía que no quisieran atenderlo en algún momento.

Este caso ejemplifica visiblemente, primero, la existencia de discriminación objetiva dominante en la década de los años sesenta y setenta; segundo, la relatividad de la discriminación, según diversos entornos culturales; tercero, la influencia del pasado remoto en el presente; y cuarto, la asunción del estigma de inferioridad del paciente aunque en el presente no se estén dando las situaciones de discriminación que él percibe. Por otro lado, también pone en evidencia que el cambio de ambiente o de estímulos discriminadores influye en la percepción de ser discriminado. Si bien en el Perú neoliberal de los años noventa podría haber encontrado cierta discriminación, sin lugar a dudas no se da en la magnitud descrita por el paciente ni en aquellos lugares. No menos importante es que la sensibilidad a la discriminación y su sentimiento de inferioridad se basen en la percepción de las actitudes parentales.

Un enfoque psicológico

La teoría cognitivo-conductual permite analizar la dimensión psicológica del discriminado por racismo¹³. En el caso narrado encontramos condiciones históricas en la vida del paciente determinantes del aprendizaje de las conductas de discriminación. Asimismo, se ponen en evidencia creencias irracionales, como por ejemplo: "Los restaurantes de cierto nivel son exclusivos de gente blanca y adinerada y, por lo tanto, todas las demás personas serán rechazadas"; "El dinero hace la diferencia entre las personas"; "De todas maneras haré algo equivocado frente a las demás personas y seré rechazado"; "Todas las personas de recursos son prejuiciosas"; "Nunca seré aceptado por el color de mi piel"; "Mi aspecto físico me hace diferente y por eso recibo un trato diferente".

De igual manera encontramos distorsiones del pensamiento como filtraje (tiende a observar sólo las señales negativas), personalización (cualquier observación externa es interpretada como dirigida a la persona aparentemente discriminada), lectura del pensamiento (las personas asumen pensamientos discriminatorios de sus interlocutores interpretando antojadizamente las conductas), pensamiento polarizado (las personas o discriminan o no discriminan), falacias de control (la persona aparentemente discriminada se siente impotente ante el supuesto discriminador y no asume conductas que verifiquen o no lo interpretado), falacias de justicia (el discriminado asume que su interlocutor debería comportarse de determinada manera; si no, eso significa

discriminación), falacia de cambio (el aparente discriminado espera que el supuesto discriminador cambie para adaptarse a su forma de ver las cosas).

Por otro lado, el estilo atribucional sería de incontrolabilidad, con *locus* de control externo para sus éxitos e interno para sus fracasos. La existencia de factores intrínsecos de tipo psicológico al interior de los discriminados se evidencia en los hallazgos de Finch y colaboradores (2000) quienes encuentran una relación inversa entre aculturización y discriminación percibida en mexicanos emigrantes; esta relación es más bien directa en hispanos nacidos en los EEUU.

Tanto a nivel individual como social, la educación orientada a modificar creencias irracionales y mitos que mantienen el sentimiento de inferioridad es la principal herramienta para el logro de un cambio radical de las actitudes discriminatorias, subrayando la importancia de reconocer la diversidad entre individuos y culturas y de reconocer la igualdad de derechos. Con la población en general, las acciones podrían iniciarse con una educación orientada a cambios en las representaciones sociales, pero no solo de lo nocivo de la discriminación sino también de lo nocivo de seguir actuando en función de las aparentes conductas y pensamientos de las otras personas. Desarrollar estudios epidemiológicos sobre el nivel real de las actitudes discriminatorias y difundir los resultados en campañas que generen enfoques que ayuden a cambiar distorsiones de pensamiento en la comunidad puede ser un medio para lograr ese fin.

Lo interesante de la realidad peruana, a diferencia de algunos países como los EEUU, es que los discriminados por racismo en el Perú han constituido siempre la mayoría. Supuestamente en sociedades donde los discriminados son minoría sería más difícil superar el problema porque el interés egoísta de la mayoría podría prevalecer. Sin embargo, como se mencionó antes, la racionalidad en evolución es incompatible con la discriminación; y, de la misma forma, como en la actualidad la esclavitud es inaceptable, algún día lo será la discriminación en la representación social de la población. La persistencia del problema estaría relacionada con la inmadurez emocional, pero no sólo de parte del discriminador sino también del discriminado. Nuestra sociedad se encontraría todavía emocionalmente inmadura y estaría propensa a aceptar el estigma del ser inferior. Esto se pondría en evidencia en nuestra falta de identidad, en nuestras inseguridades en cosas tan simples como los deportes, en la falta de

confianza en lo nacional o en la volubilidad de nuestras decisiones políticas. El origen de esto lo podríamos encontrar en nuestra historia, en la forma de la conquista, en la características de personalidad de los conquistadores y de los conquistados, en los procesos dinámicos que se dieron entre las culturas, en la supresión de la elite pensante nativa que dejó sin líderes autóctonos a la inmensa mayoría, o tal vez en las marcadas inequidades económicas planteadas al iniciarse la carrera del mercado.

Si asumimos que la discriminación está disminuyendo y que persiste una actitud de inercia en el discriminado y una aceptación del estigma de inferioridad, cabría la posibilidad de trabajar el problema desde el punto de vista psicosocial y no solo social.

Conclusiones

La discriminación sigue siendo un problema de salud mental pública importante; sin embargo, en nuestro país cobra un significado especial desde el punto de vista del discriminado. Este punto de vista implica la aceptación del estigma de inferioridad, la puesta en marcha de complejos psicológicos como las distorsiones de pensamiento y las creencias irracionales. Consideramos que, con el paso de los años, este punto de vista se convertirá en el tema principal alrededor de la discriminación y que, visto de otra manera, podría no ser otra cosa que la recuperación de la confianza en los demás. En el Perú los discriminados no son minorías como ocurre en otros lugares y la posibilidad de la toma de conciencia podría tener un efecto multiplicador sumamente rápido. En cierta medida lo estamos observando en la última década en que un descendiente de japoneses y, luego, de mestizos asumen la presidencia del país. Estos son signos de que las cosas están cambiando. Seguir asumiendo la presencia de discriminación cuando ésta en realidad ha disminuido podría constituir un indeseable caldo de cultivo para la violencia social. Este es otro de los motivos para intentar trabajar masivamente sobre dichas distorsiones y recuperar la confianza nacional.

Referencias

- 1 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Madrid: Editorial Espasa Calpe. 1992.
- 2 Kessler RC, Mickelson KD, Williams DR. The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *J Health Soc Behav* 1999; 40(3): 208-30.
- 3 Mays VM, Cochran SD. Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2001; 91(11): 1869-76.
- 4 Meyer I. H. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36: 38-56.
- 5 Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5(3-4): 243-68.
- 6 Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav* 2000; 41(3): 295-313.
- 7 Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27(2): 219-25.
- 8 Alarcón R. Psicología, Pobreza y Subdesarrollo. Lima: Instituto Nacional de Investigación y Desarrollo de la Educación. 1986.
- 9 Stern F. El estigma y la discriminación. Bs. As: Ediciones Novedades Educativas. 2005.
- 10 Carter R. Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist* 2007; 35; 13.
- 11 Lundberg B, Hansson L, Wentz E and Björkman T. Stigma, Discrimination, Empowerment and Social Networks: a Preliminary Investigation of Their Influence on Subjective Quality of Life in a Swedish Sample. *Int J of Social Psychiatry*. 2008; 54: 47.
- 12 ONU. Conferencia Mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. Declaración y Programa de Acción de Durban. Sudafrica 31 agosto - 8 setiembre 2001.
- 13 Mc Kay M, Davis M, Fanning P. Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. 1985.