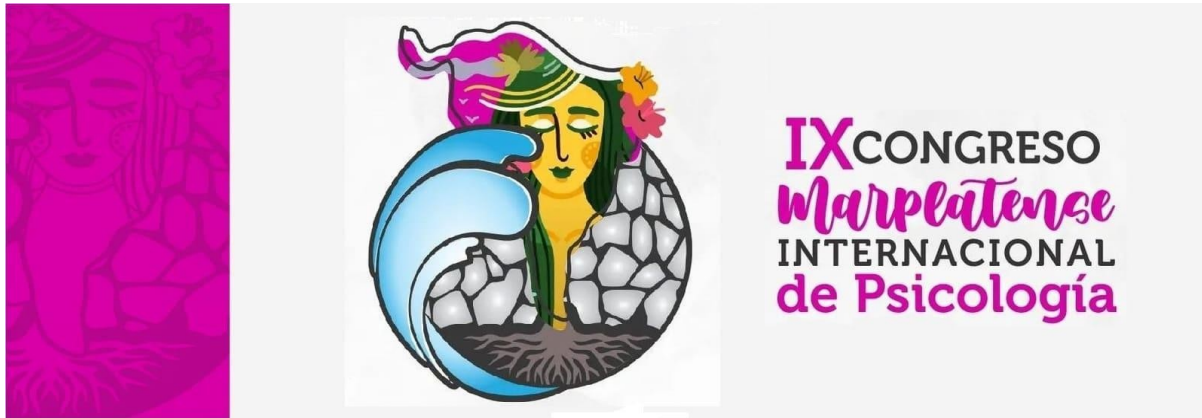




Título

Estigma y diagnóstico en salud mental

Autorxs:

Lisandro Peralta – Agustín González Marchelli

Mails de contacto

lisandroprlt@gmail.com – agustin3387@hotmail.com

Institución y/o lugar de referencia:

Universidad Nacional de Mar del Plata

Resumen:

Las personas con diagnóstico en salud mental grave sufren no solo las dificultades propias de su padecimiento sino, además, de reacciones sociales negativas que dificultan su bienestar, adaptación y participación social, limitando su autonomía y afectando globalmente su recuperación. El estigma es definido como la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo original (Gofman 1963 en Geffner y Agrest, 2021). A partir de esta situación se produce una descalificación por el solo hecho de ser miembro del grupo devaluado. El estigma vehiculiza actitudes sociales negativas hacia las personas blanco del mismo, de forma

que son víctimas de prejuicios y discriminaciones, siendo ubicadas en lugares de inferioridad. Este no solo afecta a la persona estigmatizada, sino también a su sistema de apoyo y a los profesionales que le brindan atención. Se han encontrado diferentes estudios que evalúan y dan cuenta de la existencia de niveles de estigma en profesionales de la salud mental. Esta realidad convierte a tales profesionales en una fuente de estigma, dificultando los procesos de tratamiento y reinserción social. El presente trabajo muestra diferentes estudios empíricos que sustentan tales conceptualizaciones y, por último, se comenta brevemente una posible línea de abordaje para la reducción de tal situación.

Eje Temático:

Problemáticas Sociales y Comunitarias

Subtema:

Palabras claves:

Estigma - Salud Mental - Diagnóstico - Profesionales de la salud mental

Trabajo (máximo 8 paginas- incluida bibliografía y gráficos)

Definición de estigma y tipos

Uno googlea la palabra “estigma” y aparece una definición que, a nuestro entender, ilustra de maravilla aquello que queremos transmitir:

“Marca o señal en el cuerpo, especialmente la impuesta con un hierro candente como signo de esclavitud o de infamia.”

Siguiendo a Geffner y Agrest (2021), Goffman, en su clásica publicación *Estigma: la identidad deteriorada*, define al estigma como: *“la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo original. A partir de esta situación se produce una descalificación por el solo hecho de ser miembro del grupo devaluado”*. -Nos interesa resaltar el verbo crear, ya que da la opción de construir nuevas creaciones.-

El estigma se caracteriza por vehicular actitudes sociales negativas hacia las personas estigmatizadas, de forma que son víctimas de prejuicios y discriminaciones. Estas personas son colocadas en un lugar de inferioridad, lo cual genera sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación, descrédito y desvalorización social (Mora Ríos y Bautista; Mascayano Tapia et al, 2014). El estigma no solo afecta a la persona estigmatizada, sino también a su sistema de apoyo y, en el caso de personas con padecimiento mental, a los profesionales que le brindan atención. En este sentido, es interesante que mientras los tratamientos suelen transcurrir de modo episódico y cuentan con una eficacia creciente, produciendo en muchos casos “recuperación”, los procesos de estigmatización son más permanentes, transversales y reacios a la intervención (Geffner, I y Agrest, M; 2021)

Las conductas negativas hacia las personas estigmatizadas no depende exclusivamente de la marca en sí del estigma, sino de la naturaleza de este a ellos asociada, al grupo social de pertenencia, a la inclusión dentro de alguna categoría específica. Se pueden distinguir tres categorías: estigmas físicos, estigmas psicológicos y estigmas sociales (Marichal, F y Quiles, M; 2000).

Segun Geffner y Agrest (2021) el estigma es un concepto complejo que se manifiesta en distintos niveles. Si bien hay clasificaciones diferentes, siguiendo a estos autores, proponemos una división del estigma en tres niveles:

* Un nivel estructural, el cual implica un nivel macro que se concreta en políticas públicas o leyes que restringen derechos y oportunidades, legitimando diferencias de poder y reproduciendo la exclusión social. (Mora Ríos y Bautista, 2014)

* Un nivel social del estigma, donde aparece la existencia de grupos que comulgan con determinados estereotipos y actúan frente al grupo estigmatizado.

* Y, por último, un nivel individual, donde encontramos el estigma percibido, el anticipado y el internalizado o autoestigma. El estigma percibido es aquel que el individuo siente en su comunidad debido, en este caso, a su condición de salud. Anticiparse al rechazo que puede causar el estigma, es decir la anticipación a la devaluación o discriminación por pertenecer a determinado grupo social “marcado”, es conocido como el estigma anticipado. El último de los estigmas individuales, el autoestigma, es el más grave, ya que implica la internalización de las actitudes negativas que la persona ha recibido.

Estigma y Salud Mental

Los estereotipos asociados a las personas con padecimiento mental, según Geffner, N. I., & Agrest, M. (2021), refieren en general a su condición de peligrosidad, imprevisibilidad, debilidad, incapacidad, responsabilidad por el padecimiento que el diagnóstico señala, falta de control, incompetencia, incapacidad, etc.

Si bien el estigma es un fenómeno extendido a todos los trastornos mentales, según Navarro Gomez, N. y Trigueros, R. (2019), habría un gradiente entre aquellos más aceptados socialmente (depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento alimentario), hasta aquello más asociados a la “locura” (la esquizofrenia principalmente). Así, por ejemplo, la creencia de peligrosidad es alta cuando se trata de cuadros como el abuso de sustancias o la esquizofrenia, y menor cuando se asocian con la depresión.

Estas cuestiones generan que el estigma en salud mental sea un fenómeno contraproducente en el camino a la inclusión social. Las personas víctimas de estigmatización suelen tener bajos niveles de autoestima, menor calidad de vida, baja adherencia a tratamientos y una reducida red social (Mascayano Tapia et al 2015).

En relación a los tres niveles antes mencionados:

* Individual (autoestigma): se ha relacionado positivamente con creencias de desvalorización y discriminación, con una disminución en la calidad de vida y un

agravamiento de síntomas (Mascayano Tapia et al, 2015). A su vez, correlaciona negativamente con la esperanza, la autoestima, la autoeficacia o el empoderamiento, todas variables psicológicas protectoras (Geffner y Agrest).

* Social (por afiliación, asociado o de cortesía): por ejemplo, una familia asociada a una persona estigmatizada sufre una devaluación social (Mascayano Tapia et al, 2015); y en ellas encontramos empobrecimiento de la calidad de vida y del bienestar, trastornos del sueño, mayores niveles de aislamiento y exclusión social, etc...

* A nivel estructural: mencionamos que se concretiza en políticas que restringen derechos y oportunidades, legitimando diferencias de poder y reproduciendo la exclusión social. Es frecuente que las personas con enfermedad mental presenten bajo acceso a un trabajo o a una vivienda, así como a los sistemas judiciales y sanitarios (Mascayano Tapia et al, 2015)

Estigma en profesionales de la salud

Los profesionales involucrados en los tratamientos de la salud mental, al igual que el resto de la población, no son ajenos al estigma (Sanchez Castillo, M. P., 2016); principalmente desde dos puntos de vista: (1) por un lado son objeto de estigma, ya que por asociación el personal de salud también es objeto de rechazo social (Mora Rios, J. y Bautista, N., 2014) y por otro lado (2), son fuente de estigma.

Centrándonos en este último, hay que tener en cuenta que si los profesionales tienen actitudes negativas hacia la enfermedad, esto repercutirá en la atención prestada, en las oportunidades de tratamiento, en la evolución y aceptación de los pacientes, etc.. en definitiva en el proceso de recuperación de los mismos (Sanchez Castillo, 2016; Druetta, 2013)

Son diversos los estudios que dan cuenta de tal realidad. Para esta exposición hemos optado por tres:

En “Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática” realizado por Navarro Gomez, N. y Trigueros, R. (2019), dos psicólogos de la Universidad de Almería relevaron treinta y ocho artículos, publicados entre 2002 y 2018, en los que se estudia el estigma en diferentes profesionales de la salud de distintos países, escritos en español e inglés. Si bien “las actitudes discriminatorias varían en función tanto de las condiciones, como de la patología de los paciente”, concluyeron que “los resultados apuntan hacia la existencia de ciertos niveles de estigma entre los profesionales de la salud. Las opiniones de los profesionales hacia los pacientes no difieren significativamente de las de la población general en distancia social (...) Se ha teorizado que, en el caso de los profesionales, el contacto prolongado con los pacientes les hace subestimar las capacidades de los mismos, capacidades a su vez que se ven mermadas por los efectos secundarios del tratamiento (...). (El) contacto a largo plazo neutralizaría los efectos positivos que el contacto como estrategia de intervención antiestigma ha mostrado, mostrando los profesionales actitudes negativas hacia las personas con psicosis o prefiriendo no trabajar con este tipo de población.” (Navarro Gomez, N. y Trigueros, R., p. 261, 2019)

Por su parte, Sanchez Casillo (2016) en su trabajo final de máster en “Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria”, realizó una revisión bibliográfica que incluyó siete artículos publicados en los últimos diez años (previos al máster), publicados en castellano o inglés. En el mismo concluyó que el estigma en profesionales de la salud mental es una cuestión poco estudiada y que “al igual que la población general, los profesionales de la salud mental no son ajenos al estigma. La literatura revisada evidencia la existencia de estigma por parte los profesionales sanitarios, incluso en aquellos en los que globalmente tienen actitudes positivas, siempre hay alguna connotación negativa a cerca de la enfermedad” (Sanchez Castillo, M. P, p. 23 , 2016)

El último, en el cual nos detendremos un poco más ya que es un caso local, “Actitudes de los profesionales de la Salud Mental hacia las personas con esquizofrenia” (2013), evalúa actitudes y distancia social de profesionales de la Salud Mental de Argentina en relación a personas con esquizofrenia. Este tomó como muestra a 517 profesionales asistentes a dos Congresos de 2010: el XXVI Congreso Argentino de Psiquiatria en abril y el V Congreso Argentino de Salud Mental en mayo.

Los resultados presentados por Druetta, I., et al. (2013) se observaron y analizaron en varias categorías:

En cuanto a la información del diagnóstico se observó que el 36% de los encuestados no informa el diagnóstico de esquizofrenia al paciente, y el 26,5% lo mismo en relación a los familiares. Se observó también que aquellos profesionales que han trabajado en instituciones públicas informan en un 20% más el diagnóstico, que quienes no lo han hecho.

En relación a las restricciones de los derechos individuales: 1 de cada 5 profesionales estuvo de acuerdo en revocar su derecho a votar; 1 de cada 3 se muestra a favor de no renovar o revocar el derecho a conducir; 2 de cada 3 plantearon que no deberían ser profesionales de la Salud Mental. En términos porcentuales los psicólogos en relación a los psiquiatras fueron quienes respondieron de manera significativamente mayor que “no era un derecho del paciente conocer su diagnóstico de esquizofrenia”.

En cuanto a la distancia social las frecuencias relativas a las respuestas que se conglomeraban en esta variable fueron muy variadas. De las mismas las tres que demostraron mayor distancia social son: Se casaría con una persona esquizofrénica (82,6 %); confiaría en una persona con esquizofrenia para que cuide a sus hijos (68,6 %); le alquilaría un cuarto a una persona con esquizofrenia (27,7 %). A su vez, a mayor cantidad de años de experiencia laboral, los encuestados demostraron una mayor distancia social, por el contrario a mayor porcentaje de personas atendidas la distancia social era menor. En relación a estos resultados Druetta, I., et al. (2013) sostienen que más allá de que el contacto puede ser considerado como uno de los factores más importantes para modificar las actitudes hacia las personas con trastornos mentales, la posibilidad de que sea transformador dependerá del contexto y naturaleza del mismo. Más allá de no existir investigaciones previas realizadas con profesionales de la salud mental en Argentina, dichos autores plantean la existencia de investigaciones realizadas en población general. En relación a estos resultados, la estadística muestra en términos generales que en los profesionales de la salud mental de la muestra recabada, existe una distancia social menor que en la población general hacia las personas con trastornos mentales. En cuanto a la práctica de no informar los diagnósticos, Druetta, I., et al. (2013), plantean que existen dos posibilidades que podrían explicar esta tendencia: Por una parte como una estrategia por parte del profesional para eludir las consecuencias aparejadas para la persona por el hecho de ser etiquetada con el diagnóstico de esquizofrenia. Por otro lado, podría también

pensarse como una resistencia a hablar sobre la esquizofrenia con los pacientes, reflejo de las propias connotaciones negativas que podría tener la enfermedad para los propios profesionales de la Salud Mental.

Posibles abordajes/soluciones

Para Beate Schulze (Mascayano et al, 2015) una intervención de relevancia es involucrar a tales profesionales en los programas antiestigma que impliquen apoyo y cercanía a pacientes y familiares, y si, sumado a esto, “dichos programas se enfocan hacia el autocuidado de los profesionales, además de la educación profesional continua y el contacto directo y cercano con los pacientes, es de esperar que las actitudes estigmatizadoras se reduzcan o se mantengan en un nivel bajo”. En líneas similares, Wahl O y Aroesty-Cohen, citados en Sanchez Castillo (2016), proponen prestar una “mayor atención a la formación en salud mental de los profesionales. Una formación cuidadosa de los futuros profesionales de la salud mental, orientada de una forma más positiva dentro de las estrategias de formación podrían ayudar a generar una mayor aceptación y comprensión. Sería interesante dedicar más tiempo a las actitudes ante la enfermedad mental en los programas de formación.” (Sanchez Castillo, 2016).

Bibliografía

Abeldaño, R. A., Gallo, V., Burrone, M. S., & Fernández, A. R. (2016). Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina. Acta de investigación psicológica, 6(2), 2404-2411.

Badallo Carbajosa, A., Ballesteros Perez, F., Bertina, A., Cerezo Quintana, Y., Magro Sanchez, M. B. y Polvorinos Galan, S. (2018) La dinámica estigmatizante:

generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. En *Revista Clínica Contemporánea* Vol. 9, E 1, pp 1-15

Druetta, I., Ceresa, M. F., & Leiderman, E. A. (2013). Actitudes de los profesionales de la salud mental hacia las personas con esquizofrenia. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 245-252

Geffner, N. I., & Agrest, M. (2021). Estudio sobre el estigma percibido y el estigma experimentado según los usuarios de servicios de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: Su impacto en la recuperación. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 14(2), 21-32.

Sanchez Castillo, M. P. (2016) Estigma en los profesionales de salud mental (Trabajo final del Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria) Universitat Jaume I.

Marichal, F. y Quiles, M. N. (2000) La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. En *Psicothema*, Vol. 12, n 3, pp. 458-465

Mora Rios, J. y Bautista, N. (2014) Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. En *Salud Mental*, Vol 37, n 4, pp 303-312.

Moscayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C. y Manchego Soza, C. (2015) Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. En *Salud Mental*, Vol. 38, n 1, pp 53-58.

Navarro Gomez, N. y Trigueros, R. (2019) Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. En *Psychology, Society, & Education*, Vol. 11 n 2, pp. 253-26

