

Acerca del estigma de la enfermedad mental y las adicciones

Souza y Machorro Mario,* Cruz Moreno Lenin**

RESUMEN

En Psiquiatría es prácticamente la regla que se traslapen desinformación y tergiversación de los hechos, lo cual se adiciona a la visión errática de los complejos asuntos de los que se encarga. En buena parte, ello ocurre con el concurso y participación del proceso técnico, que a menudo no repara en los asuntos educativos de los pacientes y sus familiares, y mantiene su persistencia al no deshacer las dudas, reflexiones y conclusiones inadecuadas a que llegan las personas, respecto del proceder profesional y su objetivo. La actividad profesional debe considerar entre sus quehaceres, la educación en salud para que sus pacientes cuenten con un referente que les sirva de guía para el manejo de algunos de sus problemas de salud, del funcionamiento sano de su cuerpo, en calidad suficiente y necesaria para coadyuvar a resolver estas intrincadas limitaciones que obstaculizan la buena atención de la salud social de la comunidad. La palabra vicio, por ejemplo, y sus connotaciones morales, habiendo permeado ya la educación social en salud, se vuelve amenaza e impone la pronta y obligada solución de acabar con él y sus seguidores. En consecuencia el paciente mental y/o abusador/adicto se transforma; ahora *ipso facto* es una mala persona: ya no es paciente, es vicioso; no merece respeto y atención, sino castigo y dolor en pago o penitencia. De modo paralelo, la resistencia subyacente encuentra ahora su mejor condición, saldrá a la luz y se justificarán los miedos y temores en *nombre de nuestra racional defensa*. **Palabras clave:** estigma, enfermedad mental, adicciones.

About the stigma of the mental illness and the addictions

ABSTRACT

Misinformation and misrepresentation of facts frequently overlaps in Psychiatry, in addition to the erratic vision of the complex issues it handles. In large part, this occurs with the help and participation of the technical process, which is often not considered as an educational matter for patients and their families, permitting the persistence of doubts, reflections and inadequate conclusions regarding professional procedures. The professional activity must consider, health education for patients with as a benchmark that would guide to the handling of some of their health problems, the healthy functioning of their body in order to help to reach a good care of the social health of the community. The word vice and its moral connotations, having already permeated social education on health, is threatening and requires prompt and forced solution to avoid that the patient mentally ill and/or abuser addicted be considered as a bad person and no longer a patient: it is then a vicious person, not worthy of respect and attention, but worthy of punishment. In parallel, the underlying resistance becomes now the best condition, justifying the fears and apprehensions on behalf of a rational defense.

Key words: Stigma, mental illness, addictions.

INTRODUCCIÓN

Esta revisión retoma la postura de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) en torno al estigma de la patología mental. No obstante que la producción y evolución de la concepción mítica en el ejercicio de la medicina cuenta con una larga evolución, hace apenas unos cuantos años que se ha despertado el interés mundial de modificar el impacto del estigma de la enfermedad mental en general y de las adicciones en particular. Los trastornos mentales (TM) en el mundo son lamentablemente muy numerosos, se estima que los sufren 450 millones de personas, de los cuales 90 millones son por uso de alcohol y drogas; 15.3 millones de personas padecen trastornos por consumo de sustancias (TCS) con 5-10 millones de venousuarios.¹ De todas las nuevas infecciones por VIH en el mundo de 5-

10% provienen del consumo endovenoso de drogas.² Estudios recientes indican que el TCS y el TM son a menudo comórbidos (seis de cada diez personas con TCS sufren, además, TM). Su etiopatogenia cruzada, dado que ambos son causados por factores de riesgo comunes, implica que un TCS puede provocar otro TM, o éste favorecer un TCS. Tal condición contribuye en distintos grados, a la creación de determinados TM comórbidos y al abuso/dependencia de psicotrópicos, por el traslape de la vulnerabilidad genética que provoca la presencia de un trastorno; la superposición ambiental desencadenante (estrés, maltrato físico o abuso sexual) y la exposición temprana a las drogas (factores comunes a ambas) en especial en pacientes vulnerables genéticamente y por la participación de regiones cerebrales similares. Ambos trastornos, a menudo comienzan en la infancia o adolescen-

* Médico Especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis. Maestro en Psicoterapia Médica y Psicoanalítica. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. Coordinador de la Maestría en psicoterapia de las Adicciones. CIES/SEP.

** Maestro en Salud Pública y en Medicina Social. Profesor de la UAM, Xochimilco. drlenincm@hotmail.com

cia, cuando el cerebro cursa cambios dramáticos a causa de su desarrollo. De ahí que la exposición temprana a las drogas pueda afectar al cerebro de manera que aumente el riesgo de TM, al igual que los primeros síntomas de un TM desencadenen la vulnerabilidad al TCS. Se ha documentado que los jóvenes abusadores de marihuana tienen más probabilidades de desarrollar síntomas psicóticos e incluso trastornos de tipo esquizofrénico, lo cual destaca la compleja interacción entre la genética, la exposición a drogas, y la edad de uso en el riesgo de desarrollar un TM.¹ Además, en comparación con la población general, los pacientes con T. de ánimo o T. de ansiedad son dos veces más proclives a sufrir TCS y quienes los padecen tienen casi el doble de probabilidad de presentar un T. de ánimo o T. de ansiedad. De modo que la elevada tasa comórbida entre TCS y TM indica la necesidad de un enfoque global que identifique, evalúe y trate ambos trastornos a la par, pues los pacientes con T. comórbidos a menudo presentan síntomas más graves que los causados por una sola alteración, lo que realza la necesidad de un manejo integral. El diagnóstico y manejo de uno de ellos reduce el riesgo para otros o, al menos, mejore su pronóstico.¹ La necesidad de desarrollar intervenciones efectivas para el manejo simultáneo de ambas condiciones está documentado, lamentablemente ha sido difícil de llevar a la práctica, porque los sistemas de atención de salud en lugar de tratarlas a la par, permanecen escindidos y con ello ineficientes. Los médicos suelen tratar a los pacientes con TM, pero prevalece la confusión institucional para ofrecer tratamiento adecuado al TCS. De hecho algunos centros de tratamiento de adicciones no usan fármacos, aun cuando sean necesarios para el manejo del TM grave.³ En el país faltan servicios efectivos y humanos; atención que permita prevenir la discapacidad crónica y la mortalidad prematura.⁴ Un apoyo que permita alcanzar una vida más sana y rica vivida con dignidad.⁵ En consecuencia, la atención de los riesgos, la identificación precoz de las enfermedades, su abordaje integral y seguimiento a largo plazo, constituyen elementos centrales en el mejoramiento de la calidad de vida de la población y significan nuevos retos para la atención psiquiátrica.⁶ Si bien las opciones de tratamiento personalizado para ciertos grupos de edad o género han resultado prometedores en el manejo integral TCS-TM, aún falta identificar la farmacoterapia de ambos trastornos y su respectivo orden procesal. La recomendación basada en la experiencia es reunir los esfuerzos terapéuticos (farmacológicos y conductuales) en pro de la obtención de mejores resultados.⁷ Pero he aquí, que el estigma hacia ellos, por distintas y complementarias razones, cuando el paciente acude a tratamiento, dificulta su rehabilitación,¹ ya que en una gran cantidad de casos los pacientes simplemente no re-

ciben atención. En países desarrollados con sistemas eficientes de atención, entre 44-70% de las personas con TM no reciben tratamiento y en los países en desarrollo la cifra llega casi a 90%.⁸ Un mayor conocimiento y una mejor comprensión de estos trastornos en las alteraciones de la función cerebral ha de contribuir a la reducción del estigma social que bloquea la búsqueda de tratamiento, su calidad y el acceso a la atención de los pacientes.⁹

DESCRIPCIÓN

El estigma es la expresión de una vieja estrategia de afrontamiento muy eficaz para la supervivencia. Sirve para identificar, para siempre, un peligro, cuya característica se convierte en una marca distintiva, o distingue al portador. El estigma es la consecuencia de los prejuicios y daña a la persona afectando su dignidad y sus derechos. El prejuicio lleva a la acción, y ésta al estigma, la cual conduce a la acción (discriminación). Discriminar es hacer distinciones perjudiciales a personas diferentes a uno (raza, color, etc.). En términos psicodinámicos se considera que el estigma resulta del miedo a la enfermedad, proyectado sobre los demás. Por lo que la mayoría de las personas con TM lleva una doble carga, que en el caso de las adicciones origina otra carga extra. La lucha contra los síntomas y discapacidades producidas por el TM; la impugnación que reciben vía estereotipos y prejuicios sociales derivados de ideas equívocas sobre la patología mental y la severa crítica y rechazo de quienes, con aval del modelo moral, desprecian la patología adictiva, les hace considerarlos “viciosos”.¹⁰ En consecuencia, los pacientes son despojados o nunca facultados a acceder al apoyo y oportunidades que permite y define una calidad de vida (buenos empleos, vivienda segura, satisfactoria atención de la salud y la afiliación con un grupo diverso de personas: deportivo, político, cultural, etc.).¹¹ Aunque la actualidad, la investigación desarrollada vertiginosamente para entender el impacto de la patología, apenas recientemente hemos iniciado a valorar y comprender el estigma del TM. Entre tanto, los prejuicios individuales/colectivos detienen eficazmente la noción veraz acerca de estos males. Por fortuna, diversos profesionales se abocaron a estudiar los fenómenos vinculados al estigma de los grupos minoritarios. En la literatura, se ha avanzado en la comprensión de los prejuicios y estereotipos descalificantes de las personas con TM e inician a desarrollarse los modelos para el cambio actitudinal de individuos y grupos y aplican tal conocimiento de sus tres componentes al servicio de su corrección y prevención: *estereotipos, prejuicios y discriminación*. Los estereotipos, muy eficaces debido a su aprendizaje temprano y continuo en la comunidad,¹¹ son considerados *sociales* al representar

colectivamente un acuerdo respecto de ciertas nociones de los grupos y deben su eficiencia a que la gente puede generar rápidamente impresiones y expectativas de las personas de determinado grupo estereotipado.¹³ Si bien el conocimiento en la mayoría de las personas de un conjunto de estereotipos no implica su acuerdo con ellos,¹⁴ como ocurre con los ciertos grupos raciales, ciertas personas aceptan, no obstante, algunos prejuicios y estereotipos negativos: el paciente mental como individuo agresivo.¹⁵ Las creencias y actitudes con evaluación negativa y los prejuicios¹⁶ representan una respuesta cognitivo-afectiva que conduce a la discriminación.¹⁷ De hecho, un prejuicio puede dar lugar a dañar físicamente a un grupo minoritario,¹⁸ o sustituir su adecuada atención en el marco institucional de la salud por el sistema judicial.¹⁹ Véase cómo el miedo conduce a la evitación (los patrones no contratan personas con TM, las despiden injustificadamente o les ponen todo tipo de trabas), lo cual converge en discriminación.²⁰ Las investigaciones señalan que el estigma y el rechazo lleva a muchas personas incluso a no perseguir mejores oportunidades de vida²¹ y a favorecer las actitudes de restricción a causa del TM. Lamentablemente el fenómeno incluye profesionales de distintas disciplinas,²² y aunque parece ser menos evidente en países asiáticos y africanos²³ no está claro si este hallazgo representa un ámbito cultural que no promueve el estigma o reflejo de la escasa investigación en estas sociedades. Los estudios indican que si bien las actitudes hacia el TM varían entre las culturas no occidentales,²⁴ el estigma del TM puede ser menos severo que en las culturas occidentales. La falta de diferenciación entre los T. psiquiátricos y no psiquiátricos en las tres grandes tradiciones médicas no occidentales es también un factor decisivo, si bien la posibilidad de estigma del TM ciertamente existe en las culturas no occidentales, parece que lo depositamos principalmente en el de tipo crónico, resistente al manejo tradicional. Cabe señalar que los estudios transculturales indican que el estigma casi no existe en las sociedades islámicas²⁵ y que la existencia de conceptos erróneos sobre el TM y su estigma en diversas sociedades, se agrava por la participación de los medios de información al difundir prejuicios sobre el TM (como propio de homicidas a quien temer; la percepción infantil del mundo real y la debilidad de carácter.^{26,27} Algunas recomendaciones que pueden emplearse para reducir el estigma a través de los medios de información se detallan en la Guía de Estilo sobre Salud Mental y Medios de Comunicación realizada por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, FEAFES (Tabla 1). Además, la estigmatización de las actitudes no se limita al TM, la gente rechaza incluso a las personas con discapacidades físicas.²⁸ Y, asimismo, se pretende ver el TCS empatado *a fortiori* con la

prostitución y la delincuencia.²⁹ Y a diferencia de la discapacidad física, la persona con TM es percibida por el público como dotada del control de su discapacidad y por tanto responsable de causarla, de ahí que reaccionan con ira y desprecio al considerar que no merece ser ayudada.³⁰ Otra forma extrema de este comportamiento es la evitación social, donde el público se esfuerza por no interactuar con las personas con TM.³¹ Todo lo cual restringe las oportunidades para una vida sana.³² La discriminación afecta la opinión pública en cómo tratar a las personas con TM-TCS,³³ pues no hay duda de que padecen estigma en diversas formas:³⁴ ya por discriminación social (dificultad en la obtención de empleo, reducción del acceso a la vivienda, pobre o nulo apoyo para acceder al tratamiento, rechazo o dificultad de relación interpersonal.³⁵ La percepción de estigma alude a las creencias que los miembros de un grupo estigmatizado tienen acerca de la prevalencia de la estigmatización de las actitudes y acciones de la sociedad.³⁶ El autoestigma (baja autoestima, pensamientos negativos y sentimientos de vergüenza, miedo) surgen de la identificación con un grupo estigmatizado; la baja autoestima frente a la ira, describe una paradoja fundamental en la etiopatogenia del autoestigma.³⁷ Los modelos que explican la experiencia de autoestigma contrastan tal comportamiento con el de las personas cuyo sentido de sí mismos los induce a mostrar fuerza para reaccionar enérgicamente contra la injusticia. El tercer grupo causal en el origen del autoestigma es la reacción de indiferencia, como interpretación esencial de una particular condición. Por ello su impacto, derivado del comportamiento de evitación de tratamiento, no buscar empleo, evasión de contacto íntimo con otras personas, etc., acentúa los problemas de la vivencia expresada entre otras cosas, en la dificultad de adaptación social,³⁸ todo lo cual limita su calidad de vida sin importar cual sea su TM,^{39,40} marco en el cual deben actuar más eficazmente los profesionales.⁴¹ Ante tal circunstancialidad los organismos internacionales recomiendan 3 pautas de eliminación: *Protesta, Educación y Contacto*.⁴² La primera, dirigida a aclarar a los medios lo que realmente significa el TM y sus alcances, a efecto de crear opiniones veraces e incrementar los efectos de la promoción de actitudes positivas. La Educación por su parte, ofrece información para que el público tome decisiones mejor informadas acerca del TM. Se ha documentado que quienes la comprenden rechazan el estigma y la discriminación.⁴³ El suministro de información estratégica acerca del TM puede reducir los estereotipos negativos.⁴⁴ Los programas educativos sirven a una amplia variedad de beneficiarios de todos los niveles de la sociedad y personas afectadas. De hecho el estigma se reduce si los miembros de la comunidad aceptan y conviven con los

Tabla 1
Guía de Estilo sobre Salud Mental y Medios de Comunicación.
Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES)*

1. **Aumentar el conocimiento social.** Informar con exactitud de conceptos y términos. *Los medios deben representar bien la realidad, sin confundir o ignorar los datos técnico-científicos sobre el TM. Documentarse e informarse adecuadamente antes de transmitir información inexacta o errónea, igual que se haría en cualquier otro ámbito (política, economía, etc.). Contrastar las noticias institucionales y del mundo médico y científico; potenciar aquellas provenientes de las personas directamente afectadas (asociaciones, familiares y personas con TM). Recurrir a las fuentes de información al alcance para dar una información precisa, objetiva y que responda a la realidad. Llamar a las cosas por su nombre y no hacer simplificaciones excesivas.*
2. **Mostrar una visión positiva.** Transmitir una visión positiva de la enfermedad mental. *Enfatizar las facetas positivas, las potencialidades, los logros y avances, las calidades humanas. Evitar sobredimensionar las limitaciones y los casos aislados negativos. Mostrar a la persona con enfermedad mental en sus múltiples facetas positivas, sin sobredimensionar el hecho de que padezca una enfermedad mental, ni en lo negativo ni en lo positivo (no entronizar a personas fuera de serie, sino más bien enfatizar los logros ordinarios).*
3. **Contemplar todas las facetas.** Mostrar a las personas con un TM de forma integral. *Las personas con TM tienen múltiples facetas, igual que cualquier otro individuo. No mostrar las personas con TM de forma unidimensional sino en todas las demás: con los mismos sentimientos, problemas, aspiraciones, con las mismas fuerzas y debilidades, con una vida laboral, familiar, social, sexual, creativa, etc. La enfermedad mental no es algo global, permanente ni inmutable, sino que es algo parcial y relativo. Todos conocemos a alguien con algún TM, sea aguda o leve.*
4. **Facilitar información normalizada.** El TM debe recibir el mismo trato que cualquier otra enfermedad. *El TM es una enfermedad más. Representar a las personas con TM en situaciones normales y corrientes en la comunidad: hogar, trabajo, ocio, situaciones sociales. Presentar el TM con naturalidad, la misma con que se trata una gripe, un traumatismo o una discapacidad física. Ofrecer una imagen natural y verosímil.*
5. **Disminuir la compasión y aumentar los recursos.** Luchar por los derechos y los recursos, no despertar compasión. *Evitar una visión lastimera y que despierte compasión. No mostrar el TM de forma dramática o sensacionalista; no recurrir gratuitamente a aspectos emocionales que puedan despertar sentimientos de paternalismo, compasión, curiosidad morbosa, superprotección, distanciamiento, frivolidad, etc. Las personas con enfermedad mental tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Lo que necesitan son recursos para poder ejercer plenamente estos derechos.*
6. **Dejar hablar a los protagonistas.** Potenciar la información individualizada y vivencial que puedan aportar las propias personas afectadas como herramienta para crear una imagen positiva. *La proximidad y conocimiento directo entre las personas ayuda a desmontar estereotipos y prejuicios falsos y negativos, ya que ayuda a ver más a la persona y menos la etiqueta. Las personas directamente afectadas han de participar por sí mismas y tener oportunidades de acercamiento a los medios, sin intermediarios ni posibilidad de manipulación por terceros.*
7. **Clarificar falsas creencias mitos o prejuicios.** No propagar y mantener prejuicios y falsas creencias de forma explícita ni sutil. *Romper con la conceptualización tradicional del TM. No recurrir a las antiguas ideas, creencias, mitos, prejuicios negativos o estereotipos sobre cómo es una persona con TM. Muchas de las creencias que tiene la sociedad en general pueden ser o son incorrectas: el TM no es un castigo ni una culpa de nada, las personas que la padecen no tienen una doble personalidad, ni son individuos deshumanizados e irracionales, no son agresivos, etc. Reflexionar y documentarse antes de reproducir falsas creencias.*
8. **Alejar la enfermedad mental de la crónica de sucesos.** Romper el falso vínculo violencia-enfermedad mental. *Una conducta violenta no puede justificarse sólo a causa de un TM. Las personas con TM tienen la misma probabilidad de cometer un acto delictivo que cualquier otra. Las personas con enfermedad mental, con tratamiento psiquiátrico y un entorno social y familiar adecuado pueden y deben vivir en la sociedad sin que esto suponga un riesgo para nadie. No prejuzgar ni relegar la causa de un acto violento o delictivo a un TM porque muy pocas veces existe una sola causa que explique una conducta de este tipo. No omitir información relevante para entender el hecho porque puede dar una visión sesgada que fomente y mantenga prejuicios. Actuar de dos formas: o limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar todas las circunstancias contextuales y factores causales sin relegar la enfermedad como única causa para no asumir la pluralidad de responsabilidades.*
9. **Cuidar el lenguaje. No etiquetar.** No estigmatizar a las personas con TM con usos incorrectos de las palabras que las definen. *Las personas, sanas o enfermas son, ante todo, personas. En muchos casos, la circunstancia del TM no es relevante para la información, y entonces no hay ni por qué citarla. Si hay que hacerlo, debe evitarse etiquetar a los individuos sustentando su condición: "un esquizofrénico", "un adicto", etc. De la misma manera que difícilmente hablaríamos de "un griposo", "un sifilitico" o "un sidoso". No hacer hincapié en las diferencias, sino en las similitudes entre la gente. Utilizar el lenguaje apropiado para representar a la enfermedad mental. No usar terminología psiquiátrica en un contexto distinto, y menos aún cuando ésta adquiere un significado negativo o peyorativo.*
10. **Recordar que la mayoría de las enfermedades son invisibles.** Ilustrar la información sobre personas con TM con el material gráfico adecuado. *La mayoría de las enfermedades mentales no se perciben físicamente. Los medios de comunicación impresos y la televisión necesitan ilustrar sus informaciones. Para ello recurren muchas veces a fotografías inadecuadas, que muestran síntomas externos de otras dolencias más "visibles". Esta práctica contribuye poderosamente a mantener el confucionismo que existe entre diversas patologías. En la medida de lo posible debe aplicarse a la información gráfica todo lo indicado en los puntos anteriores.*

* Modificado de Guía de Estilo sobre Salud Mental y Medios de Comunicación. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, 2004.

pacientes, permitiéndoles desarrollarse sin rechazo en calidad de vecinos o conocidos, ¿de qué otra manera podría aceptarse tal involuntaria condición? La atención comunitaria adecuada de estos pacientes también disminuye el estigma, que una vez internalizado hace al portador sentirse menos e infravalorado a causa de un trastorno del que no es responsable en su origen.⁴⁵ aunque debe ser gestor de su manejo. El efecto perjudicial de los prejuicios es un lastre cotidiano que lacera al portador,⁴⁶ pues lo impele a abandonar su deseo de salud, en especial si no tiene tratamiento que lo contrarreste.⁴⁷ Ambas actitudes relevantes en la etiopatogenia del estigma del TM-TCS se relacionan entre sí; la supuesta peligrosidad y el incumplimiento de la responsabilidad laboral del Personal de salud (PS) que los atiende; ambas limitan las oportunidades de apoyo y su rehabilitación. Las actitudes y comportamientos discriminatorios llevan al estigma y deben ser contempladas en los programas de educación al PS a todos los niveles. El temor a la peligrosidad es un factor clave en la actitud discriminatoria que el PS muestre, de ahí que la cercanía técnica respetuosa y profesional, y el trato humano –como a cualquier otro paciente–, sea fundamental para su erradicación.^{48,49,50}

DISCUSIÓN

La estrategia para reducir el estigma a los pacientes mentales y/o adictos se aglutina en dos teorías: La de *Recategorización* caracterizada por el moviendo de “ellos a nosotros” y la de *Atribución*, unificación de las explicaciones que una persona hace acerca de la conducta de otro individuo.³⁰ Ambas atribuciones resultado de la autopercepción del TM como responsable de su condición, culmina en sentimientos de ira y disgusto consigo. La percepción de peligrosidad plantea un problema cada vez más grave que coloca a las personas en el más alto riesgo de ser culpados por su enfermedad. Tales diferencias se asocian a las reacciones emocionales y grado de discriminación, pues el deseo del público de mantener una *distancia social* parece más fuerte contra los abusadores/adictos a drogas, seguido de los que adictos al alcohol y quienes padecen esquizofrenia, mientras que las personas con depresión y T. de ansiedad sufren menos rechazo.²⁰ Además, deben considerarse la diferencia entre enfrentar el autoestigma y la estigmatización, que repercuten en el conocimiento de los desequilibrios e injusticias inherentes a las decisiones políticas y las normas sociolegales.⁵¹ En adición, como efecto del estigma, la psiquiatría es marginada en el sistema de atención de salud y se le asignan menos recursos que a otros servicios médicos. De hecho existen leyes que, directa y abiertamente son discriminatorias contra los pacientes con TM, así como

las leyes que no diferencian entre TM y personas físicamente enfermas, lo cual en la mayoría de los casos cobra resultados adversos. Además, las disposiciones jurídicas destinadas a proteger los derechos de estos pacientes pueden incluso dar cabida a discriminación.^{50,51} Al efecto se han intentado dos estrategias:

1. **La Medicalización** (integración de la psiquiatría en la mayor medida posible en la medicina; alentar la concepción de la TM de la misma manera que de enfermedad física).
2. **La Normalización** (estrategia de distanciamiento de la medicina tratando de evitar los problemas de TM; prefiriendo hablar de “crisis”. Lo cual deja el problema sin solución, pues no se promueve la continuidad entre las posturas).

Para lograr más contacto con la sociedad, las personas con TM, tras recibir atención en lugares ad hoc, deben poder recibir atención en otros lugares. Sin renunciar a ninguna de las ventajas terapéuticas que ofrece la neurociencia y la medicina modernas, la mayor atención posible debe asignarse fuera de las instalaciones médicas tradicionales a los pacientes psiquiátricos (los ancianos pueden recibir atención en salas de geriatría, los niños en las de pediatría; los adolescentes en servicios juveniles y los pacientes menos graves y de mediana edad en salas neuropsiquiátricas). La magnitud del problema parece requerir de una combinación de todos los medios razonables para combatir el estigma, incluyendo un manejo de utilización del medio ambiente.⁵² La psiquiatría “ha hecho un gran esfuerzo para delimitar lo mental normal y anormal de los acontecimientos, siguiendo el camino del resto de las disciplinas médicas, llegando a identificar los síntomas de la locura, asunto esencial para su diagnóstico y toma de decisiones acerca de las mejores opciones terapéuticas. Al ahondar en el significado de las alteraciones psiquiátricas y la búsqueda de estructuras comunes con los fenómenos mentales normales, se arriba a establecer que la diferencia no radica en la estructura de las ilusiones nuestras, ni de los delirios de los pacientes, todos usamos los mismos procedimientos para captar la realidad, para construir el mundo en que vivimos y dotarlo de significado. En ese punto el estigma se convierte en un elemento esencial contra ellos. Por tanto, la lucha contra el estigma se convierte en parte esencial de la lucha contra los TM. No se trata sólo de la necesidad de superar los obstáculos para la atención –de suyo, reto de gran envergadura–, es esencial para recuperar la salud mental. En otras palabras, “las barreras que el cuerdo construye para protegerse contra la demencia son las mismas que el loco ha de superar para recuperar su cordura”.¹¹ Al efecto, una

tarea importante sería identificar las características de las personas con TM, pero aún falta precisión para discriminar entre el aspecto y el comportamiento de las personas con distintos TM, y a continuación restaurar lo más posible la dignidad humana de quienes la sufren, lo cual es factible a través de mejores tratamientos y una mejor atención en la sociedad en general, aunque ésta pone mucho de la responsabilidad de la propia vida de la persona, por lo que debe eliminarse la culpa del autoestigma y aumentar los conocimientos sobre la etiopatogenia y modalidades del TM. En consecuencia, se hace necesario abatir los estereotipos y prejuicios respecto del TM en la sociedad, para reducir los riesgos comunitarios e individuales del estigma. Como en el caso de la epilepsia, es alentador que gracias a la disponibilidad de tratamientos eficaces y disponibles, la percepción sobre el problema ha cambiado y los prejuicios y la discriminación se han reducido considerablemente. Para lograr la integración de las personas con TM es preciso reconocer que aunque estén en todas partes, el rechazo a estas personas y sus familiares, así como la violación de sus derechos humanos no pueden justificarse por más tiempo. La sociedad debe romper el silencio que encubre y niega sus problemas.⁵³ El modelo *tetralogue* (diálogo de cuatro lados), usado en Eslovaquia, incluye a todos los participantes de este asunto: las personas con TM, sus familiares, los profesionales y la sociedad. Ello ha producido interacciones muy benéficas, alentando a las personas a interesarse en su salud mental y la colectiva. El programa desarrollado por la Asociación Mundial de Psiquiatría contra el estigma y la discriminación, ha permitido involucrar a muchas personas en todas las latitudes, dado que el fenómeno es universal e impacta directamente el acceso a los servicios.¹¹ Estudios recientes han documentado que la inclusión de las personas con TM en los programas de tratamiento suele producir buenos resultados y que el manejo adecuado de la contingencia permite medidas terapéuticas mejores y más rápidas en abusadores/adictos.⁵³ En ello, entre otros importantes factores, el *tiempo de espera para recibir atención* es una realidad contemporánea de muchos programas contra el TCS, lo que resulta en grandes problemas para los pacientes y la sociedad. Tanto los factores institucionales como los individuales que influyen en el tiempo de espera, son diversos y pueden influir negativamente en el cumplimiento de las metas en el proceso terapéutico.⁵³ Además, el estigma se ha reconocido como un destacado elemento en la atención de la salud mental en los países con amplios servicios y la limitación de los servicios. Ello va de la mano con el hecho de que durante demasiado tiempo el modelo discriminativo ha percibido equivocadas las cosas, al punto que ha dominado el discurso público. Véase si no, cuando se quiere afectar a una persona que ha co-

metido cualquier tipo de falta se le dice “loco”, ya por los políticos, los medios de información, etc., en sus distintas modalidades. Tal asociación, desde luego, no ayuda en la lucha contra el estigma. En Canadá, las personas de 60 años en adelante son las que muestran más distanciamiento social.⁵⁴ Estudios realizados en Bangalore, India, indican que las personas que presentan formas somáticas de la depresión son menos estigmatizadas que las portadoras de síntomas psíquicos.⁵⁵ Y mientras los pacientes con depresión en Londres se someten a cierta restricción social, en la India sufren discriminación civil. Los hombres experimentan una mayor discriminación en el ámbito laboral, mientras las mujeres experimentan más problemas en el ámbito familiar y social.⁵⁶ Por tanto, los programas de lucha contra el estigma y la discriminación debe abordar el estudio de las experiencias locales en diferentes grupos utilizando métodos cualitativo-cuantitativos, cuyas intervenciones de cara a la sociedad, sean específicas de grupo y el esfuerzo de alfabetización en salud mental, centrarse en la descripción clara y puntual de los fenómenos mórbicos enfatizando el modelo de la normalidad y no el de la desviación.^{57,58}

CONCLUSIÓN

El progreso científico-tecnológico experimentado por la especialidad en los últimos años ha llevado a logros importantes en lo que respecta a la comprensión y tratamiento de estos problemas. Los profesionales de la salud mental se sienten orgullosos porque hoy día la mayoría de las personas con TM pueden ser tratados con éxito y son integrados a su entorno sociofamiliar, y de este modo llevar una vida útil y productiva. La “buena calidad de vida”, como objetivo, puede lograrse gracias a las políticas adecuadas y programas de salud mental y al logro de los cambios en la organización de los servicios de salud; inclusión de los avances científicos y tecnológicos; nuevos enfoques terapéuticos e inclusión de modernas técnicas psicoeducativas; modalidades de rehabilitación psicosocial y sus adecuaciones pertinentes. Es conveniente, asimismo, asumir los conceptos vertidos en el documento de consenso sobre la rehabilitación psicosocial producido por la OMS y la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, AMRP en la que se establecen las siguientes definiciones y objetivos.⁵⁹ La rehabilitación psicosocial buscada es en su calidad de proceso, el que: permite a las personas que sufren deterioro, discapacidad o mutilación derivadas de TM, alcanzar un nivel óptimo de funcionamiento independiente; mejoría de su competencia; promoción de cambios en su entorno para mejorar su calidad de vida. Se pretende reducir la sintomatología, la iatrogenia, la discriminación y el estigma; mejorar la competencia

social, procurar apoyo a la familia y brindar apoyo social a los usuarios de los servicios a través de estrategias de acción en diferentes niveles. En el plano social, las recomendaciones buscan mejorar la legislación respectiva; para dar más poder a los usuarios, mejorar la opinión pública y las actitudes acerca de la TM.⁶⁰ En la próxima década, habremos de presenciar una serie de prometedores avances en el tratamiento de los pacientes con TM-TCS (como los inyectables e implantes de larga duración y quizá otros métodos innovadores de abordaje). Pero los retos que ello conlleva no sólo incluyen asuntos financieros del costo asistencial y el manejo de los pacientes, sino la erradicación del estigma y sus consecuencias.⁶¹ Es imperativo ético profesional inaplazable de todas las áreas dedicadas a las neurociencias –en especial de la psiquiatría–, velar por el respeto de los derechos humanos de los pacientes cuyo estigma representa una indeseable carga extra al ya pesado dolor del TM.⁶²

Cabe señalar que la Guía FEAFES pretende concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de información para que puedan elaborar informaciones sobre la salud mental y su colectivo, que sean un reflejo real de lo que es el TM y para las personas afectadas reciban un tratamiento pronto, justo y adecuado. Se trata de un documento complementario a los códigos deontológicos y que considera prioritario que se haga todo lo posible para erradicar estereotipos y tópicos que afectan a las personas que padecen una enfermedad mental y a su entorno. Por tanto, el periodismo científico de la presente revisión –que continúa el espíritu de allegar al público general las opiniones de los expertos, sobre tópicos importantes de la especialidad–, va de la mano con el deseo de difundir adecuada y oportunamente información veraz a la comunidad, sabedores de su necesidad imperativa para bloquear el avance de los estereotipos, prejuicios y discriminación ligados al estigma.

REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M. *La salud mental y el adulto* (Editorial). Rev Mex Neuroci 2007; 8(3): 218-21.
2. OMS. *Invertir en Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2004.
3. Souza y Machorro M. *Por una psiquiatría de las adicciones*. Rev Mex Neuroci 2003; 4(4): 206-8.
4. Souza y Machorro M. *Adicciones: clínica y terapéutica*. México: Editorial Alfil; 2007.
5. WHO. *Human rights and legislation who resource book on mental health*. World Health Organization, Geneva, 2005.
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J. *World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in: the World Health Organization World Mental Health Surveys*. JAMA 2004; 2; 291(21): 2581-90.
7. Souza y Machorro M, Cruz ML. *Acerca de las mejores prácticas terapéuticas para el abuso/adicción de psicotrópicos*. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centro de Integración Juvenil, A.C. México, 2008
8. Souza y MM, Cruz MDL. *Vejez, fisiopatología y consumo de sustancias*. Rev Mex Neuroci 2008; 9(1): 20-30.
9. NIDA. *National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Comorbid Drug Abuse and Mental Illness*. information@nida.nih.gov June 2007
10. Souza y Machorro M. *El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones*. Rev Mex Neuroci 2002; 2(1): 25-7.
11. Sartorius N. *Uno de los últimos obstáculos para mejorar la asistencia en salud mental: El estigma de la enfermedad mental* Advances in Relational Mental Health 2003; 2(2): 1-7.
12. Krueger J. *Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics*. J Pers Soc Psychol 1996; 71: 536-48.
13. Hamilton DL, Sherman JW. *Stereotypes*. In: Wyer RS, Srull TK (eds.). *Handbook of social cognition* (2nd. ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1994, p. 1-68.
14. Jussim L, Nelson TE, Manis M. *Prejudice, stereotypes, and labeling effects: sources of bias in person perception*. J Pers Soc Psychol 1995; 68: 228-46.
15. Devine PG. *Stereotypes and prejudice: their automatic and controlled components*. J Pers Soc Psychol 1989; 56: 5-18.
16. Eagly AH, Chaiken S. *The social psychology of attitudes*. Fort Worth: Harcourt Brace Jovanovich; 1993.
17. Crocker J, Major B. *Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma*. Psychol Rev 1989; 96: 608-30.
18. Weiner B. *Judgments of responsibility: a foundation for a theory of social conduct*. New York: Guilford Press; 1995.
19. Corrigan PW. *Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change*. Clin Psychol Sci Pract 2000; 7: 48-67.
20. Corrigan PW, Penn DL. *Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma*. Am Psychol 1999; 54: 765-76.
21. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. *On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study on men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*. J Health & Social Behavior 1997; 38: 177-90.
22. Lyons M, Ziviani J. *Stereotypes, stigma, and mental illness: learning from fieldwork experiences*. Am J Occup Ther 1995; 49: 1002-8.
23. Fabrega H. *Psychiatric stigma in non-Western societies*. Compr Psychiatry 1991; 32: 534-51.
24. Ng CH. *The stigma of mental illness in Asian cultures*. Aust N Zeal J Psychiatry 1996; 31: 382-90.
25. Dols MW. *Insanity and its treatment in Islamic society*. Med History 1987; 31: 1-23.
26. Gabbard GO, Gabbard K. *Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists*. In: Fink PJ, Tasman A (eds.). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press; 1992. p. 113-26.
27. Wahl OF. *Media madness: public images of mental illness*. New Brunswick: Rutgers University Press; 1995.
28. Corrigan PW, River LP, Lundin RK. *Stigmatizing attributions about mental illness*. J Commun Psychol 2000; 28: 91-103.
29. Guisa CVM, Díaz BSL, Souza y Machorro M. *A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia*. Psiquiatría 2003; 19(1): 14-27.
30. Albrecht G, Walker V, Levy J. *Social distance from the stigmatized: a test of two theories*. Soc Sci Med 1982; 16: 1319-27.
31. Skinner LJ, Berry KK, Griffith SE. *Generalizability and specificity of the stigma associated with the mental illness label: a reconsideration twenty-five years later*. J Commun Psychol 1995; 23: 3-17.
32. Corrigan PW, Markowitz F, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. *Two models that explain the public's discrimination of people with mental illness*. Schizophr Bull Schizophrenia Bulletin 2002; 28(2): 293-309.
33. Wahl OF. *Mental health consumers' experience of stigma*. Schizophr Bull 1999; 25: 467-78.
34. Page S. *Effects of the mental illness label in 1993: acceptance and rejection in the community*. J Health Soc Policy 1995; 7: 61-8.

35. Segal S, Baumohl J, Moyles E. Neighborhood types and community reaction to the mentally ill: a paradox of intensity. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 345-59.
36. Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30: 511-41.
37. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, Padilla N, Fisher G. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors* 2007; 32: 1331-46.
38. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout P, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach in the area of mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev* 1989; 54: 100-23.
39. Hamre P, Dahl A, Malt U. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. *Norwegian J Psychiatry* 1994; 4: 275-81.
40. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004; 59: 614-25.
41. Corrigan P, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9, 35-53.
42. Corrigan PW, River LP, Lundin RK. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27: 187-95.
43. Brockington I, Hall P, Levings J. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 93-9.
44. Link BG, Cullen FT. Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *J Health Soc Behav* 1986; 27: 289-302.
45. Corrigan PW, Backs-Edwards A, Green A, Lickey-Diwan S, Penn D. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin* 2001; 27: 219-25.
46. Corrigan PW, McCracken SG. Rehab Rounds: Training Teams to Deliver Better Psychiatric Rehabilitation Programs. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 43-5.
47. Corrigan PW, Diwan SL, McCracken SG, Oliver K, Backs A, Rashid F, Campion J, Davies-Farmer R. Organizational correlates to attitudes about behavioral programs. *Behaviour Change* 2001; 18(2): 114-23.
48. Corrigan PW, McCracken SG. Refocusing the training of psychiatric rehabilitation staff. *Psychiatric Services* 1995; 46: 1172-7.
49. Crisp AH, Gelder MG, Rix S. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
50. Link BG, Phelan J, Bresnahan M. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89: 1328-33.
51. Haghigat R. Una teoría unitaria de la estigmatización: la búsqueda de su propio interés y rutas a destigmatisation. *Br J Psiquiatría* 2001; 178: 207-15.
52. Kellam SG, Brownb CH, Poduska J, Ialongo N, et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 2008; 1(4): 1-24.
53. Carey J, Carr A, Xu J, Redko C, Lane DT, et al. Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treatment* 2008; 34: 192-201.
54. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 245-52.
55. Shibre T, Negash A, Kullgren G. Perception of stigma among the family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 299-303.
56. Thara R, Srinivasan TN. How stigmatizing is schizophrenia in India? *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46: 135-41.
57. Weiss MG, Jadhav S, Raghuram R. Psychiatric stigma across cultures: local validation in Bangalore and London. *Anthropol Med* 2001; 8: 71-87.
58. Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *J Affect Disord* 2001; 64: 277-84.
59. Organización Mundial de la Salud. *La rehabilitación psicosocial. Una declaración de consenso.* Ginebra: OMS, 1996.
60. Organización Mundial de la Salud. *Directrices para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.* Ginebra: OMS; 1996.
61. Kleber HD. Future advances in addiction treatment. *Clinical Neuroscience Research* 2005; 5: 201-5.
62. Arboleda-Flórez J. Stigmatization and human rights violations. In: *World Health Organization (ed.). Mental health. A call for action by world health ministers.* Geneva: WHO; 2001, p. 57-71.



Correspondencia: Dr. Mario Souza y Machorro
Centros de Integración Juvenil, A.C. CIES
Aguascalientes 2001-7º. Col. Hipódromo Condesa,
Del. Cuahutémoc, C.P. 065100, México, D.F.
Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx.