

EL ESTIGMA SOCIAL EN LAS ENFERMEDADES MENTALES Y SU IMPACTO PARA LA RECUPERACIÓN.

Romina Longo
C.I : 4.862.027-4

Tutora: Andrea Gonella
Revisora: Rossina Machiñena

Febrero, 2024
Montevideo, Uruguay.

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Concepción de enfermedad mental	5
4. Estigma	6
5. Estigma en las enfermedades mentales	7
6. Tipología de estigma	8
6.1 Estigma Público	8
6.2 Estigma Estructural	9
6.3 Autoestigma	11
7. Impacto del estigma en la salud integral	12
8. Tratamiento, estigma y recuperación	14
8.1 Psicoeducación	16
9. Hacia la reducción de estigma	17
9.1 A nivel internacional	18
9.1.2 Programa “ <i>See me</i> ”	19
9.2 Situación en América Latina	20
10. Rol del profesional de salud para minimizar el estigma	22
11. Reflexiones finales	24
12. Referencias	25

1 Resumen.

El presente trabajo corresponde a una monografía que pretende indagar sobre una de las principales problemáticas que se transita en la sociedad como lo es el estigma hacia las enfermedades mentales, lo cual no es un problema nuevo sino que ha transcurrido en la historia, debido a que las enfermedades mentales no siempre han sido consideradas como tales, por lo que el trabajo comienza con la noción que se han tenido sobre las mismas, acompañándolas de una connotación negativa, y situando a las personas en una desventaja social y propensas a la discriminación.

Se aborda la noción de estigma, abordando el proceso del mismo, su tipología, y como la misma se establece como una barrera para el cumplimiento de derechos, y recuperación para una vida digna.

El estigma se ve de manifiesto en diferentes áreas de la vida, donde imposibilita muchas veces a la persona con enfermedad mental a tener un rol activo en la sociedad, por lo que la persona no solo tiende a convivir con las limitaciones provenientes de una enfermedad mental sino también con las limitaciones provenientes de la sociedad.

Todos estos puntos a su vez dificultan la posibilidad de un buen pronóstico de la enfermedad, evitando ser diagnosticado, con el fin de no pertenecer a “ese grupo estigmatizado”.

Se desarrolla sobre diferentes maneras de estrategias para minimizar el estigma, como la protesta, educación y contacto y la importancia de una atención integral por parte del profesional de la salud.

Palabras claves : Estigma ; Enfermedad Mental ; Recuperación

2. INTRODUCCIÓN

La elección de la temática nace por un lado por interés de formación académica teniendo el objetivo de la Licenciatura en Psicología en la Universidad de la República y por otro lado por la importancia que tiene dicha problemática que como sociedad en la que formamos parte nos involucra a todos más allá de dedicarse profesionalmente o no.

Con respecto a mi trayectoria académica desde que curse la unidad curricular obligatoria “Psicopatología de adultos” despertó un gran interés en mi por seguir profundizando mis estudios hacia las enfermedades mentales, lo que me llevó a cursar años más tarde la optativa “Esquizofrenia: rehabilitación psicosocial”, en el curso se abordaron varios temas generales sobre la esquizofrenia siendo uno de ellos el estigma, donde al permitirme cuestionarme sobre los prejuicios y el daño que puede conllevar, me dio lugar a decidir a realizar mi último trabajo de grado sobre la misma.

Si bien el trabajo no se especifica ampliamente sobre la esquizofrenia, es importante destacar que dicha enfermedad es según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) una de las enfermedades más discapacitantes lo cual a menudo las personas que la padecen se convierten en víctimas de estigmatización, vulnerados en sus derechos y discriminados.

Considerando que el término “enfermedades mentales” abarca un amplio abanico de diagnósticos, es importante destacar que en el trabajo se hará referencia a aquellas que se consideran “graves” y menos toleradas por la sociedad.

Introduciendo en la temática, en lo que respecta a cifras y datos la OMS (2022) establece que en el año 2019 una de cada ocho personas en el mundo padece una enfermedad mental, siendo muchas de las mismas que no cuentan con el acceso a una atención eficaz ; a lo que Campo-Arias (2014) agrega que el estigma es la causa principal.

Estereotipo, prejuicio y discriminación son conceptos que se identifican en el proceso de estigmatización y el mismo se ve de manifiesto en diferentes áreas de la vida siendo un obstáculo para la recuperación de la persona afectada (Muñoz et al. 2009). Se relaciona el concepto de recuperación con un cambio de paradigma en donde se evalúan aspectos subjetivos y vinculares y no posicionarse únicamente en la enfermedad propiamente dicha y la reducción de síntomas (Rosillo, 2013).

El concepto de recuperación se ha ido modificando, y ha tomado relevancia en el modelo comunitario, en el cual implica favorecer la inclusión social, fomentar la calidad de vida, y ejercer los derechos de las personas con enfermedad mental, dicho modelo apunta a una atención integrada, fomentando a la reducción del estigma asociado a la asistencia de servicios estructurados (Plan Nacional de Salud Mental, 2020).

Según lo expresado en el Plan Nacional de Salud Mental (2020) , si bien actualmente, en Uruguay coexisten tres modelos de atención en salud mental : el modelo asilar, hospitalocentrico, y comunitario, la Ley de Salud Mental vigente apunta a este último modelo.

En el trabajo se evalúan tres tipos de estigma, “estigma público” , “estigma estructural” y “autoestigma”; considerando que las fuentes de estigma y las formas de discriminación pueden ser diversas y se desarrolla su magnitud de impacto, siendo una carga adicional que lamentablemente lidian las personas con enfermedad mental, por lo que, el siguiente trabajo da prioridad a hacer visible los obstáculos que se le genera a una persona con enfermedad mental, y también evaluar aspectos que se han llevado a cabo para minimizar el problema.

3 Concepción de enfermedad mental.

El manual de Psiquiatría DSM-V vigente del año 2014 define al trastorno mental como :

..un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente. (pág 20)

Sin embargo, a lo largo de la historia las enfermedades mentales no han sido consideradas como tales, sino que han tenido diferentes connotaciones como de índole religioso, mágico, creándose así en la sociedad diferentes teorías, mitos y leyendas que han generado una imagen errónea y negativa hacia la persona con enfermedad mental, por lo que ya desde sus inicios se empezaba a separar desde los llamados “espíritus buenos y por otro lado los espíritus malos” (León, 2005).

Siguiendo con el mismo autor, se ha ido avanzado en estudiar las enfermedades desde un punto de vista científico, lo que dio lugar a explicaciones más apropiadas, sin embargo esto no dio lugar a un trato digno hacia las personas afectadas (León, 2005).

Siguiendo con Apud et al. (2010) el castigo, y la reclusión han sido estrategias que permanecieron por muchos años. Por lo que desde sus inicios las personas con enfermedad mental se han encontrado en desventaja social, fomentando la exclusión social, y marcando diferencia entre “el loco” como figura que predominó mucho tiempo separado de lo considerado “normal”.

Así, las primeras instituciones de asistencia para las personas padecientes de enfermedad mental han emergido con un modelo de asistencia asilar, que se caracteriza por el “depósito” de personas alteradas por su salud mental (Martinez, 2020).

Apud et al. (2010) hace hincapié en la distancia de las instituciones de la zona urbana dando el carácter de “aislamiento”.

Por lo que la sociedad ha tendido a separar, aislar aquello que consideraba poco habitual, o extraño dando lugar a la clasificación (Goffman, 1963).

4 Estigma.

“..Lo normal y lo anormal no depende de un patrón universal, sino que está en relación con una sociedad dada que delimita zonas y establece conductas correctas de actuar y pensar en el mundo.” (Apud et al., 2010, pág. 30).

Existen diversas aproximaciones para la noción de estigma, y la misma ha variado en el transcurso de la historia.

La palabra “estigma” proviene del griego y significa “atravesar” “hacer un agujero” (Robles, 2006). Siguiendo a Goffman (1963) los griegos aludían a este término para hacer referencia a signos corporales con la intención de diferenciar, mostrar, exhibir algo malo y/o poco habitual con respecto al estatus moral. Estas marcas tienen que ver con cortes, quemaduras en el cuerpo que daban cuenta que quien las padecía era portador de ser un esclavo, criminal, traidor, deshonrado, entre otras características negativas.

En relación a esto, el mismo autor en su libro “Estigma: la identidad deteriorada” reflexiona de que la sociedad tiene los medios para categorizar a las personas, y frente a lo “extraño” establece atributos ante las primeras impresiones ; atributo que lo considera diferente respecto a lo “normal” , lo cual lo convierte en alguien menospreciado, de esta manera categorizándolo ; por lo cual hace referencia al estigma como un atributo que es

profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo. (1963).

Siguiendo con Muñoz et al. (2013) el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social. Los estereotipos, en donde se incluye el conocimiento socialmente aprendido por la mayor parte de los miembros de una sociedad, se trata de un acuerdo generalizado sobre un grupo determinado de personas, cabe destacar que el conocimiento del estereotipo no es necesariamente preciso. Cuando se experimentan reacciones emocionales generalmente negativas a causa de los estereotipos es cuando se activan los prejuicios que se manifiestan a través de actitudes, valoraciones lo cual muchas veces desemboca en la discriminación efectiva, esto se manifiesta en rechazo y exclusión hacia ese grupo estigmatizado.

5 Estigma en las enfermedades mentales.

En relación a lo descrito, haciendo referencia a las enfermedades mentales, los estereotipos suelen estar relacionados con el peligro y actos violentos ; con la idea de que son incompetentes para la vida autónoma, haciendo referencia a la incapacidad por tareas básicas, como puede ser de autocuidado ; con la culpabilidad de la enfermedad ; y también relacionados a la debilidad de carácter (Sanchez, Gomez 2018). En lo que ; Muñoz et al (2009) agrega también la impredecibilidad del carácter, de las reacciones y la falta de control.

Dado estas creencias, los prejuicios que se activan suelen ser de ira, miedo, desconfianza, temor, lo que muchas veces desencadena en diferentes formas de discriminación como la exclusión social, reflejándose en la dificultad de acceso a vivienda, a lo laboral, limitación de lazos sociales, al área de salud, o sistema judicial lo que coloca a la persona afectada en situación de desventaja social (Muñoz et al. 2009).

En referencia a Pedersen (2009) no todas las enfermedades o conductas “aberrantes” conducen a la estigmatización y discriminación. Las enfermedades como la depresión, los trastornos alimenticios, la demencia senil son por lo general aceptados con mayor tolerancia en la sociedad, sin embargo enfermedades como la esquizofrenia o aquellas personas que han tenido un episodio psicótico agudo se considera que son más propensas a ser poco comprendida por la sociedad.

Tapia et al. (2014) sostiene que los trastornos mentales graves y el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas se vuelven las más estigmatizantes por la sociedad.

Campo-Arias et al. (2014) coincide con Pedersen (2009) y Tapia et al. (2014) con lo descrito y a su vez agrega que los trastornos de ánimo como el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar son también propensos a vincularse con estigma y discriminación.

Las enfermedades mentales graves engloban diversos diagnósticos psiquiátricos que tienen en común una cierta persistencia en el tiempo, y que presentan dificultades en el funcionamiento personal y social (Ruiz et al. 2012).

6 Tipología de estigma.

Si bien no hay una forma unívoca para clasificar el estigma, autores como Díaz De Peral (2017), Moloney (2018), y González (2024), coinciden en diferenciar tres tipos de estigma: “estigma público”; “estigma estructural” y “autoestigma”.

6.1 Estigma Público.

“En todas y cada una de estas formas narrativas –literatura, cine, series– hay un relato sobre el mundo. Los seres humanos somos seres narrativos, contamos historias, y en estas historias se producen y reproducen lo que se conoce como «imaginarios sociales».” (Cambra, 2021 pág 02).

El estigma público, hace referencia para Díaz De Peral (2017) a la imagen que se genera sobre las enfermedades mentales, lo cual determina sobre las posibilidades que tiene la persona en ser aceptada socialmente.

González (2024) agrega que el estigma público se produce a nivel interpersonal y la definición que plantea para este tipo de estigma es muy similar al de Moloney (2018) en donde ambos refieren a una reacción negativa de la sociedad hacia un grupo en particular que se considera estigmatizado basado en estereotipos.

Dicho estigma se puede hacer referencia al análisis que hace Romero et al. (2015) sobre la clásica película “Psicosis”, la cual considera que en vez de tratar sobre la psicosis propiamente dicha, la relaciona con una película de terror. Considera que la película refleja el mal uso del término psicosis dirigiéndose más hacia las características de un “psicópata”.

El autor hace referencia de que dicha película fomenta el mito de creencia que se tiene en relación a la persona con enfermedad mental vinculada a la peligrosidad. Cabe destacar que los delitos cometidos por personas padecientes de enfermedad mental son menos frecuentes en comparación con personas donde no existe alteración mental (Romero et al. 2015).

Por otro lado, Cambra (2021) agrega que la película ofrece una escena con explicación profesional como si se tratase de una película que tenga por objetivo explicar conocimiento sobre la psicosis.

Siguiendo con Cambra (2021) plantea que la ficcionalización de algunas historias en las películas puede dar lugar a confusiones de interpretación sobre signos y síntomas de los trastornos y también de los tratamientos hacia los mismos.

La película “Psicosis” es un ejemplo de lo que Arnaiz y Uriarte (2006) hacen referencia a que los medios de comunicación producen estereotipos e imágenes negativas.

Por otro lado, también se puede hacer referencia al ejemplo que describe Díaz De Peral (2017) con respecto a Google y las imágenes negativas. El autor narra la diferencias existentes entre buscar en Google sobre enfermedades neurológicas o metabólicas (imagen 04) y enfermedades mentales, siendo estas últimas acompañados de imágenes aterradoras, generando poca esperanza para el consumidor. El autor lo pone de ejemplo con la depresión (imagen 01), la esquizofrenia (imagen 02), o incluso la palabra enfermedad mental en general (imagen 03). Es importante destacar esto por la importancia y el rápido acceso que tiene Google para la mayoría de las personas. Siguiendo con Díaz De Peral (2017) , plantea el caso hipotético de una madre que recibe o está por recibir un diagnóstico del hijo adolescente con determinada enfermedad mental o mismo la propia persona afectada y busca información y se encuentra con dichas imágenes que condicione a generar un impacto desfavorable.



Imagen 01

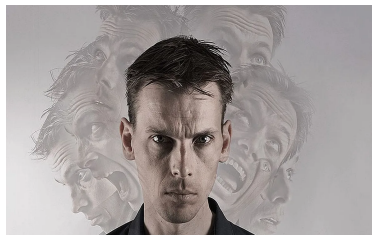


Imagen 02



Imagen 03



Imagen 04, enfermedad metabólica, ejemplo: Diabetes.

6.2 Estigma estructural.

En relación al estigma estructural, Díaz De Peral (2017) hace referencia al “estigma que nace de leyes, de políticas, de planes que en sí excluyen ya de forma expresa a los enfermos mentales” (pág 128).

En relación a esto, en Uruguay en el año 2017 se crea la ley vigente de Salud Mental N°19.529, que marca un cambio importante de asistencia para la persona con enfermedad mental, en donde promueve los derechos, y concibe a la persona desde todas sus áreas de vida, fomentando una atención integral donde el objetivo radica en impulsar estrategias y programas de rehabilitación accesibles y acordes a cada persona para lograr una mejor calidad de vida ; cabe destacar que dicha ley deja sin vigor a la “ley del psicópata” promulgada desde el año 1936, por lo que estuvo vigente por mucho tiempo. En dicha ley consideraba a la persona meramente desde su enfermedad/patología, en donde por mucho tiempo apuntó gran parte de la atención.

González (2024) agrega en relación a este tipo de estigma, que el conjunto de leyes, reglas y procedimientos, mantienen la ideología de la sociedad, así sea de forma voluntaria o involuntaria la situación estigmatizante.

Continuando con el mismo autor, hace referencia a que dicho estigma puede impactar en la persona de diferentes maneras ; a nivel judicial generando consecuencias negativas en la resolución judicial a causa de acusar de peligrosidad de forma injustificada a la persona.

Impacta también en la persona padeciente de enfermedad mental cuando en las leyes se discrimina por ejemplo en la participación activa en la toma de decisiones.

Pone de ejemplo los países africanos donde se prohíbe el matrimonio y el derecho al voto para la persona padeciente de enfermedad mental, dichas restricciones no sólo limitan los derechos sino que fomenta la estigmatización.

Sin embargo, el autor hace referencia también a la discriminación positiva que tiene que ver con acciones beneficiosas, por ejemplo cuando se realizan ajustes razonables en el lugar de trabajo para las personas con enfermedad mental o cuando las empresas están obligadas a contratar un porcentaje de personas con discapacidad, promoviendo así la inserción laboral.

En Uruguay se puede hacer referencia a la ley N° 18.651 promulgada en el año 2010 dicha normativa refiere a la protección integral de personas con discapacidad, por la misma se entiende a aquellas personas con alteración mental o física ya sea de forma prolongada en el tiempo o temporal. En la ley se establece un capítulo destinado sobre lo laboral en donde establece que el Estado deberá ocupar el 4 % de sus vacantes con personas con discapacidad.

Por otro lado, siguiendo en el contexto uruguayo, en el año 2018 se promulga la ley N° 19.691 en la cual refiere a la inserción laboral de personas con discapacidad en el ámbito privado.

En relación a esto Navarro y Trigueros (2018) hacen referencia a que los protocolos y planes de atención se pueden volver estigmatizantes cuando en los mismos obvian las necesidades reales de los usuarios donde el ocio y tiempo libre son llevados a cabo en relación a los intereses de los profesionales o en relación a las infraestructuras disponibles.

6.3 Autoestigma

Con respecto a la clasificación de estigma, el autoestigma es tal vez la parte más nociva, y al mismo tiempo menos visible de las consecuencias que puede conllevar el estigma social.

Haciendo referencia a Muñoz et al (2009) el autoestigma conduce generalmente a las personas con un diagnóstico de una enfermedad mental a internalizar los estigmas provenientes de la sociedad, aceptando e identificándose con la imagen social que creen representarlos, aceptando los estereotipos acerca de la enfermedad generando emociones negativas, y auto-prejuicios, disminuyendo su autoestima.

Siguiendo con el mismo autor, un aspecto importante del autoestigma es la anticipación del rechazo, es decir la creencia de la discriminación que podría experimentar, lo cual se denomina estigma anticipado, diferenciándose del estigma experimentado que hace referencia a la discriminación vivida propiamente dicha.

Díaz de Peral (2017) hace referencia a Thornicroft (2007) quien realiza un estudio sobre este tipo de discriminación y concluye que la discriminación anticipada se da con más frecuencia.

Lo que conlleva diferentes consecuencias como la disminución de relaciones sociales, la búsqueda de trabajo, o consultar al médico fomentando así la exclusión social y reducción de derechos.

De hecho, las personas con enfermedad mental por lo general tienen una tasa de mortalidad más prematura, debido a enfermedades cardiovasculares, tumorales, metabólicas, lo que todo lo descrito se relaciona con una calidad de vida inferior; continuando con el mismo autor expresa un ejemplo en donde se pueden reflejar las dos discriminaciones descritas, por un lado la anticipación de la persona a no acudir por miedo a no ser atendido correctamente, y la discriminación experimentada cuando al consultar por una enfermedad somática el médico le da más énfasis a la enfermedad mental que a la consulta propiamente dicha (Díaz De Peral, 2017).

Por otro lado, Campo-Arias et al. (2014) cita un estudio de Brohan et al. (2010) que demuestra a través de un cuestionario en donde participaron 1.229 personas con criterios de esquizofrenia, el 77% puntuaron tener una autoestigma importante.

Retomando a Muñoz et al (2009) otro fenómeno que se puede producir es el “estigma por asociación” y tiene que ver a las personas que se encuentran estrechamente relacionados con la persona afectada, como lo es la familia, la cual también puede generar el “autoestigma” cuando la misma asimila los mensajes provenientes de la sociedad acerca su culpabilidad de la enfermedad que conlleva a la autoculpa. Se distinguen sentimientos predominantes como condiciones o causas de embarazo, vergüenza, negación de la enfermedad lo que promueve el ocultamiento y el secreto para evitar las noticias de la enfermedad en el núcleo familiar, eludiendo así el apoyo social, o sanitario.

7. Impacto del estigma en la salud integral.

La discriminación causante del estigma se puede ver de manifiesto en diferentes áreas de la vida, en lo que respecta a lo laboral ; en Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental (2013) se hace referencia a que las personas con enfermedad mental tienen una tasa muy baja de ocupación, menor en comparación con personas que tienen discapacidades físicas por lo que las personas con enfermedad mental tienen un riesgo mayor de estar en situación de pobreza.

Además de la baja ocupación laboral, Rodríguez (2024) agrega las condiciones de empleo, en donde las personas con discapacidad (tanto física como mental) son más propensas a recibir menor salario, conseguir empleo en sectores informales, trabajos menos calificados y precarios.

En Uruguay las personas con enfermedad mental son las más discriminadas entre las personas con discapacidad dentro del mundo laboral. De hecho, entre el año 2010 y 2015 el Estado brindó trabajo a ocho personas con enfermedad mental (Bello, 2017).

Con respecto a lo descrito Virginia Peretti (2017) atribuye que esto se da en consecuencia al estigma debido a la imagen que se genera de la persona con enfermedad mental, "En el imaginario, una persona con trastorno mental está puesta como la foto de cuando está descompensada. En la vida de una persona a veces es una semana, tres días, un mes, pero eso deja una huella que inunda todo" (citado por Bello, 2017 pág 03).

Más recientemente, retomando a Rodríguez (2024) la autora hace referencia a las leyes anteriormente mencionadas en el apartado “estigma estructural” para hacer referencia a que si bien existen leyes que amparen la limitación de barreras, desde que ambas leyes entraron en vigencia no es sinónimo de que se hayan logrado los objetivos de la mismas, siendo que en el año 2023, en lo que respecta a todos los organismos del Estado Uruguayo,

ingresaron 121 personas, lo que representa al 0,99 % ; considerando que alcanzar el 4 % establecidos por la ley implicaría el ingreso de 664 personas, y en lo que respecta a la actividad privada no se encuentran datos precisos.

A respecto esto, Rodríguez (2024) plantea que no es la discapacidad en sí lo que limita el acceso laboral sino las actitudes y barreras como el principal obstáculo. Cabe destacar que la autora hace referencia a “discapacidades” porque tal y como lo describe la ley engloba en el término a las discapacidades físicas y mentales, por lo que en los datos descritos la cifra exacta de las personas con enfermedad mental no están precisos, aunque cabe destacar que anteriormente se afirmó que las personas con enfermedad mental están aún más en desventaja que aquellas que cuentan con alguna dificultad física.

Rodríguez (2024) considera que las mayores barreras para el acceso laboral son “la discriminación y el estigma asociados a la discapacidad”(pág, 03) en ella hace referencia a los estereotipos, pre conceptos, prejuicios, miedos, mitos ; la autora destaca que dentro de la discapacidad, el estigma se ve más elevado y más sufrido por personas con discapacidad intelectual o mental. Otra barrera que destaca es “la falta de entornos inclusivos y barreras de accesibilidad”(pág 03) en ella hace referencia a barreras físicas, comunicacionales ; falta de asistencia para la ejecución de trabajo o la falta de ajustes necesarios. Por último hace referencia a “la falta de educación inclusiva y de formación profesional orientada al empleo”(pág 04) en la misma refiere a que la discriminación, estigma y falta de accesibilidad también conlleva dificultades para el acceso a la educación, en el contexto Uruguayo solo el 32% de personas con discapacidad logran culminar la educación primaria (Rodríguez, 2024), requisitos que se tornan principales para muchos puestos de trabajos. En lo que respecta a la educación también hace referencia a la deficiente formación en los profesionales.

El acceso al mercado laboral es un derecho universal ; sin embargo existe una diferencia de oportunidades de cómo llevarlo a cabo según el contexto y las características de la persona ; tener acceso a un trabajo es una instancia de participar en la sociedad (Monferrer et al. 2020).

Continuando con el mismo autor, el mismo relaciona el trabajo con calidad de vida, para hacer referencia a este último concepto utiliza el modelo de Calidad de Vida de Schalock y Verdugo (2013), dicho modelo abarca las dimensiones de bienestar emocional (Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés o sentimientos negativos) ; la dimensión de relaciones interpersonales (Relaciones sociales, familiares, amigos) ; la dimensión de bienestar material que refiere a la vivienda, salario, ahorros ; la dimensión de desarrollo personal que refiere a las limitaciones y posibilidades ; dimensión de bienestar físico refiere a la atención sanitaria, sueño, salud, actividades de la vida diaria ; dimensión asociada a la autodeterminación que tiene que ver con las metas, preferencias personales, decisiones y

autonomía y por último la dimensión de inclusión social que lo relaciona con participación, integración, accesibilidad, ejercicios de derechos, respeto, conocimiento.

A partir de este modelo, Monferrer et al. (2020) realiza un proyecto de investigación, donde los protagonistas son personas con trastorno mental grave que han estado o están relacionados con el área laboral ; participan 50 personas, de rango de edad de 31 a 76 años donde los resultados demuestran una relación estrecha entre calidad de vida y el área laboral, donde en las distintas respuestas se pueden destacar que se hace mención a las dimensiones antes descritas en mayor y menor medida.

Por otro lado, en lo que respecta al área de sanidad también se puede manifestar el estigma, en varios aspectos.

Por un lado, el estigma de los profesionales de salud mental hacia el usuario, haciendo referencia a Navarro y Trigueros (2019) ejemplifican esta idea con un diagnóstico precoz al usar la violencia en la historia clínica como factor para identificar a una persona con esquizofrenia.

Muñoz et al. (2009) hace referencia a actitudes estigmatizantes de los profesionales de la salud hacia el usuario cuando se realiza una actitud de “paternalismo” lo cual ejemplifica con la toma de decisiones desde el punto de vista paciente/pasivo. Siguiendo con el mismo autor también hace referencia a la transmisión de mensajes de una forma desmoralizadora como otra actitud estigmatizante y otro aspecto es una actitud “deshumanizada” en donde los derechos, los sentimientos, sensibilidad, y los deseos, necesidades y esperanzas quedan por fuera.

En lo que respecta al área de sanidad también se puede hacer referencia al estigma de los psicofármacos provenientes de la sociedad, como una barrera para acceder a los mismos. Haciendo referencia a Hernández (2021) de manera generalizada, los psicofármacos han estado ligados también al estigma, a leyendas y creencias erróneas. El autor plantea dos causas principales de estigma hacia los psicofármacos, la creencia errónea de relacionar al medicamento con ser una persona débil, de la cual priva a la persona a “solucionar” la enfermedad mental por sus propios medios, y la creencia errónea de los efectos secundarios, generalmente son vistos por la sociedad como dañinos y adictivos.

8. Tratamiento, estigma y recuperación.

En base a los factores evaluados, muchas personas con enfermedad mental experimentan discriminación, aislamiento, rechazo, de hecho muchas personas afectadas se han sentido incomprendidas al conocer el diagnóstico (Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental, 2013).

Pedersen (2009) hace referencia a que el estigma en las enfermedades mentales es el factor más significativo que influye negativamente a la hora de buscar tratamiento, lo cual a su vez puede empeorar la evolución y pronóstico de la enfermedad.

A su vez, Campo-Arias (2014) agrega que la magnitud del impacto a causa del estigma conlleva muchas veces a las personas a ocultar sus síntomas, en no buscar la ayuda profesional, en rechazar el diagnóstico clínico e incumplimiento del tratamiento.

En relación a esto se puede hacer referencia a que la persona busca no ser “etiquetada” en una categoría donde le implica tener desventajas ; en este sentido la “teoría del etiquetado” hace referencia que pesa más la etiqueta en sí que el comportamiento per se (Muñoz et al 2009).

Todos estos puntos a su vez dificultan el camino hacia la recuperación ; cabe destacar que en referencia a Díaz De Peral (2017) recuperación no es sinónimo de curación.

En referencia a Rosillo (2013) considerar la recuperación en personas con enfermedad mental implica un cambio de paradigma frente a la asistencia tradicional. Si bien el concepto de recuperación no es nuevo en medicina ni en psiquiatría, la misma se ha ido ampliando / modificando en la medida en que la recuperación se base meramente en la reducción de síntomas, o disminución de recaídas, o ingresos psiquiátricos a redefinir el concepto para tomar en cuenta factores psicosociales y criterios funcionales.

La recuperación implica el desarrollo de un propósito en la vida a pesar de las consecuencias causadas por la enfermedad. (Larry, González 2017).

Si se entiende a la recuperación en este sentido, la rehabilitación psicosocial se considera como un factor clave en la eficacia del proceso de recuperación e inclusión social (Hernandez, 2017).

De hecho, en una investigación realizada entre junio del año 2017 y mayo del 2019 , donde participan usuarios de rehabilitación en Buenos Aires, Argentina, se destacan a través de entrevistas que los mismos asociaban la noción de recuperación no con la reducción de síntomas sino que haciendo énfasis a los valores relacionales y el logro de aptitudes, como también la importancia del optimismo del profesional de salud , brindando recursos para la inclusión (Geffner, Agrest, 2021).

Cabe destacar que es el usuario quien decide sobre sus cuidados, sus deseos, y metas siendo el profesional un mediador para lograrlo ; lo cual implica la individualización del proceso, participación activa del usuario y la actitud de esperanza del profesional (Robles, 2006).

Considerando que la enfermedad mental es una de las condiciones médicas más rechazadas, lo que conlleva a la persona sentirse “avergonzada” de acceder a un especialista o en consumir psicofármacos (Hernández, 2021) se torna necesario considerar

intervenciones que faciliten reducir el estigma para que el proceso de recuperación sea eficaz.

8.1 Psicoeducación

Considerando que la persona muchas veces termina internalizando el estigma, siendo esto una barrera principal para acceder al tratamiento ; el desconocimiento y temor a ser discriminado incide en la persona a abandonar el tratamiento, por lo que se torna necesario que en toda intervención se cuente con estrategias psicoeducativas, donde el usuario pueda comprender su enfermedad, sus efectos , impactos, y sus síntomas, fomentando un papel activo de su salud. En la medida en que la persona afectada pueda reconocer sus características y sintomatología da posibilidad a que concurra a los centros de atención (Godoy et al.2020).

Fresán et al (2001) asegura que se ha reportado que los índices de recaídas es mayor en los usuarios que solo reciben tratamiento farmacológico en comparación con aquellos que lo combinan con intervenciones psicoeducativas.

Por otro lado en la Guía de Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (GPC 2009) hace referencia a que si bien el conocimiento es un derecho del usuario, la información debe de ser transmitida en función a las necesidades de la persona y del momento evolutivo de la enfermedad.

Godoy et al. (2020) refiere que la psicoeducación no solo refiere a la comprensión de la enfermedad, sino también a dar conocimiento a las crisis no normativas, que se vuelven complejas para la persona debido al desconocimiento, de esta manera la psicoeducación también aporta abordar situaciones cotidianas de la persona, por lo que se trata de una herramienta que evalúa aspectos cognitivos, biológicos, y sociales.

Tal y como se consideró en apartados anteriores, la familia también puede internalizar el estigma, por lo que un rol activo de la misma es un factor importante para mejores resultados como la disminución de la carga familiar (en relación a la culpabilidad), vínculo del usuario con su familia y mejor alianza con el profesional (GPC, 2009).

De hecho en la investigación realizada en Argentina, anteriormente descrita por Geffner, Agrest (2021) , se evalúa en los resultados que los usuarios manifiestan que el apoyo familiar es esencial tanto para el proceso de recuperación, como para el impacto del estigma.

Del mismo modo en que se consideró en el apartado anterior a la recuperación como un cambio de paradigma, la psicoeducación es considerada para Godoy et al. (2020) como una “herramienta de cambio” que avala y promueve el cambio de paradigma.

Tanto Godoy et al. (2020) como Zapata et al. (2015) afirman de que existen diversas intervenciones psicoeducativas, variando en la cantidad de sesiones, lugares, modalidad en referencia a que puede ser individual o grupal, también puede variar el profesional a cargo de las sesiones ; todo ello dependiendo de la necesidad individual del usuario, los recursos y los objetivos. A pesar de las diferentes modalidades en la que se puede aplicar, los autores mencionados identifican aspectos centrales en la psicoeducación como fomentar los conocimientos de la enfermedad, mejorar la actitud y comportamiento frente a la enfermedad, aumentar su estado de salud y calidad de vida, reducción del estigma. En base a estos pilares, en referencia a Zapata et al (2015) la psicoeducación ha demostrado tener resultados beneficiosos en lo que respecta a la adherencia al tratamiento, a tener mayor conciencia de enfermedad, disminuir o prevenir la ansiedad o depresión tanto de la persona afectada como su entorno directo, disminuir las recaídas, y síntomas.

Considerando que la psicoeducación es una herramienta accesible de aplicar, ya que no requiere de altos costos efectivos, y al demostrar ser efectiva en los resultados, la misma debería ser incluida en todo plan de tratamiento como herramienta esencial (Godoy et al. 2020).

9.Hacia la reducción de estigma

Ante las consecuencias negativas que derivan del estigma, en el correr de los años se han llevado diferentes estrategias con el objetivo de reducir el impacto de la misma,

Para Arnaiz y Uriarte (2006) las estrategias realizadas se han clasificado en protesta, contacto, y educación.

Con respecto a la protesta, la autora plantea que dicha estrategia ha sido eficaz sobre todo en la reducción de la imagen negativa pública que se ha generado de la enfermedad mental, pero no ha sido suficiente para cambiar los prejuicios establecidos.

López et al. (2008) consideran que la protesta ha tenido efectos a corto plazo, es decir una disminución de la discriminación, o supresión temporal de alguna forma específica de discriminación sin lograr mayores resultados que están sostenidos en el tiempo, aunque contribuye a una mejoría en la autopercepción de la persona usuaria que participa en la protesta.

En lo que respecta a la educación, haciendo referencia a Muñoz et al. (2013) considera que dicha estrategia pretende reemplazar los estereotipos hacia la enfermedad mental por información basada en datos, que permita derribar mitos establecidos en la sociedad.

Para llevar a cabo este tipo de estrategias se han utilizado diferentes medios de comunicación como libros, programas, videos (Araniz y Uriarte 2006) ; Lopez et al. (2008)

consideran que aquellos programas educativos de mayor duración e incluyendo a personas afectadas , presentando casos reales, es decir evitando la información “pasiva” son más eficaces.

Siguiendo con Magallanes (2011) el autor plantea la importancia que tienen los medios de comunicación a la hora de transmitir determinada información, y afirma que distintas investigaciones han demostrado que distintos programas han transmitido la idea de la persona con enfermedad mental relacionándola estrechamente con la violencia, o con la idea de peligrosidad. Cabe destacar que los medios de comunicación, como lo es la televisión es una fuente que abarca mucho público y muchas veces puede ser la única fuente de información de la sociedad, y es clave para la formación de opiniones, por lo que la educación a través de los medios de comunicación puede ser una estrategia muy eficaz o por lo contrario generar una imagen negativa hacia la persona con enfermedad mental.

En relación al contacto, Magallanes (2011) considera que es una estrategia eficaz y útil para reducir el prejuicio hacia las personas con enfermedad mental. Arnaiz y Uriarte (2006) consideran que el contacto coopera a aumentar los efectos generados por la educación, por lo que consideran que es una buena combinación para que el objetivo de reducción de estigma sea eficaz.

Siguiendo con Muñoz et al. (2013) considera que para que el contacto sea una estrategia eficaz debe de cumplir con ciertos requisitos como la igualdad de status, sin que exista competencia entre las personas y que el contacto esté apoyado por una organización o autoridad, considera que el contacto con una persona que se aleja moderadamente al estereotipo puede beneficiar aún más para la reducción de prejuicios.

9.1 A nivel internacional.

Moloney (2018) hace referencia a diferentes intervenciones que se han desarrollado con el objetivo de disminuir el estigma en salud mental en Europa con resultados beneficiosos. La autora distingue a las estrategias de aquellas que tienen naturaleza genérica de aquellas que enmarca a un diagnóstico específico. Entre ellos destaca la iniciativa de “*Head’s Together*” (2016) en Reino Unido dirigida por el duque y la duquesa de Cambridge y príncipe Harry como una iniciativa genérica sobre Salud Mental.

La autora hace referencia la estrategia “*Open the Doors*” comenzado en 1996 como una estrategia de diagnóstico específico, basándose en la esquizofrenia como el objetivo de la misma para mejorar las actitudes públicas generando mayor conciencia de la naturaleza de la enfermedad y opciones de tratamiento con el fin de minimizar la discriminación y prejuicios y añade que el programa está establecido en más de diez países europeos.

Por otro lado Tapia et al. (2014) también hace referencia a diferentes programas que han tenido éxito como “*Like Minds Like Mine*” comenzado en 1997 en Nueva Zelanda ; “*Changing Minds*” comenzado en 1998 ; “*Beyondblue*” en el año 2000 en Australia ; “*Time’s to Change*” comenzado en el año 2007 donde las campañas estuvieron centradas en diversas poblaciones de Reino Unido ; “*Opening Minds*” en el año 2009. El autor también hace referencia al programa “See me” el cual se desarrollará brevemente en el siguiente apartado ya que el programa se desarrolla en los medios de comunicación, donde anteriormente se dejó evidencia de la importancia que tienen los mismos, además de reunir otras características positivas que se van a describir a continuación.

9.1.2 Programa “See me”

El programa “See me” nace desde la necesidad de tomar acciones dirigidas a disminuir la discriminación y el prejuicio. Dicho programa se mantiene en el tiempo y es financiado totalmente por el Gobierno Escocés ; inicialmente su financiamiento fue de 500.000 libras (823.000 USD) , por un periodo de cuatro años.

El foco se centró en el desarrollo de una campaña de sensibilización pública acerca del impacto del estigma en las personas con enfermedad mental. Para ello uno de los mayores objetivos fue trabajar cercanamente con los medios de comunicación para modificar la imagen negativa que generalmente se divulga por la televisión, y los distintos medios de comunicación.

En cada año, la campaña recurrió a distintos mensajes como “ 1 de 4 personas tiene una enfermedad mental,” “las personas con enfermedad mental si reciben un apoyo correcto, pueden recuperarse”, “las personas con enfermedades mentales son personas, no rótulos”, entre otras. Se pudo comprobar su eficacia de la siguiente manera : En el año de su lanzamiento, el 84% de los adultos en Escocia reportó haber visto los avisos publicitarios difundidos a través del país y un 71% por medio de la publicidad en la televisión. A su vez, otro logro de la campaña en su primer año, fue que en un 57% se redujeron los conceptos devaluativos acerca de la enfermedad mental utilizados por los medios de comunicación, según el informe de la Encuesta de Actitudes Públicas de Escocia del 2004. Si bien en un principio se dirigió hacia poblaciones diversas, en años posteriores dirigió mensajes específicos hacia empleadores, y adolescentes con mensajes como : “1 de cada 10 jóvenes presenta un problema de salud mental,” “mantente junto a tus amigos cuando tengan problemas mentales” donde también se puede comprobar su eficacia donde los porcentajes de cobertura estaba por arriba del 80%.

Al tercer año de la campaña, la evaluación de la Encuesta de Actitudes Públicas acerca de la Enfermedad Mental y el Bienestar comprobó que las actitudes hacia las

personas con enfermedad mental mejoraron significativamente, donde el “miedo” hacia los usuarios se vio disminuido del 32% al 17%.

En la adolescencia también se comprobaron cambios significativos reflejados en el reconocimiento de los problemas en salud y la empatía por quienes la padecen.

En un estudio (Myers F, 2009) donde se comparan encuestas aplicadas en el año 2002 y en el año 2006 se comprobó que la tolerancia hacia la persona con enfermedad mental aumentó de 68% en el año 2002 a un 75% en el año 2006.

A raíz de esto Tapia et al. (2014) consideran que dicha campaña reúne características exitosas que debería tener una estrategia en lo que destaca la buena cobertura, impacto positivo, trabajo en colectivo con diferentes actores y estabilidad en el tiempo.

9.2 Situación en América Latina.

Si bien a partir de la Declaración de Caracas (1990) se realizaron una serie de reformas en salud mental defendiendo los derechos humanos ; Tapia et al (2014) hace referencia de que los programas, planes elaborados con excelencia a partir de ese entonces si bien han demostrado ser muy bien planificados, la implementación de los mismos han sido escasos. Dicha consideración se vio de manifiesto en la evaluación efectuada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009;2008;2011;2006) donde señala que la traducción de las políticas en salud mental a programas específicos de intervención ha sido lenta y, en algunos casos, inexistente. Lo cual considera a la ejecución de los programas como un desafío pendiente (Tapia et al. 2014)

Las reformas que se realizaron tienen tres objetivos principales , “1) anclar la salud mental en la atención primaria, 2) desarrollar servicios comunitarios de salud, y 3) reducir el estigma asociado a la enfermedad mental.” El ultimo objetivo descrito cobra mayor importancia desde que la OMS (2001) declara que “la principal barrera para el desarrollo de la salud mental comunitaria es el estigma y la discriminación asociada a las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento” (Tapia et al. 2014).

Con respecto a esta declaración, siguiendo con el mismo autor ,se evidencia que el estigma es un fenómeno presente y perjudicial para los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares en América Latina, afectando negativamente su autoestima, adherencia al tratamiento y calidad de vida; siendo de mayor relevancia si se considera que el estigma identificado proviene desde los propios profesionales y autoridades de los servicios de salud.

A pesar de esto, el estudio del estigma en América Latina fue escaso en décadas anteriores , siendo en el año 2003 a 2013 donde se realizan diversas investigaciones donde

demonstraron tasas significativas de estigma hacia las personas con enfermedad mental, donde han quedado plasmados en artículos, sin embargo las intervenciones o iniciativas para reducir el estigma no fueron abordadas (Tapia et al 2014).

Si bien el estigma se ha proclamado como prioridad, la evidencia demuestra que en América Latina, la discriminación y exclusión hacia los usuarios y familiares redonda a causa de los estereotipos y desconocimiento, considerando la escasa o nula desarrollo de proyectos anti estigma (Tapia et al 2014).

Si bien el capital económico es diferente en comparación con otras regiones donde se han desarrollado programas con éxito como puede ser el anteriormente descrito siendo financiado por el Gobierno, cabe destacar que, siguiendo a Brescia et al. (2021) “casi un tercio de los países carecen de un presupuesto independiente para la salud mental y el 36% gasta menos del 1% de su presupuesto total de salud en ella” (pág 03).

En lo que Senyacen (2023) refiere a que se debería destinar mínimo el 5 % del total del presupuesto de salud, en salud mental en los países de ingresos bajos y medios, siendo en los países de ingresos altos mínimo el 10%.

En base a esto , Tapia et al (2014) considera tres tareas esenciales para América Latina las cuales son, reconocer las fortalezas con las que cuenta cada país latinoamericano ; identificar las particularidades del estigma en cada región o comunidad ; diseñar estrategias de intervención que se adapte al contexto en donde se va a llevar a cabo, tomando en cuenta su contenido, difusión y cobertura.

En la misma línea el autor plantea que más allá de conocer la expresión del estigma, las intervenciones deben apuntar hacia condiciones que son generalmente desfavorables en América Latina, tales como la pobreza, la marginalidad , el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas siendo muchas veces propensos a la estigmatización.

Por otro lado, haciendo referencia a Brescia et al. (2021) En Uruguay se ha empezado a implementar en los últimos años intervenciones para hacer noción y fomentar la toma de conciencia sobre el estigma, como por ejemplo la campaña “Salud mental sin prejuicios”.

Desde el año 2013, la clínica de psiquiatría viene realizando diferentes actividades de sensibilización hacia diferentes actores de la salud como lo son estudiantes de pregrado, de posgrado de Psiquiatría, docentes de medicina interna de la Udelar, funcionarios y técnicos del Hospital Vilardebó, estudiantes de Licenciatura de Terapia Ocupacional (Brescia et al. 2021).

La autora describe un plan de trabajo para los estudiantes de pregrado de la facultad de Medicina de la Udelar de la especialidad de Psiquiatría elaborado en el año 2013, y que abarcó cuatro generaciones en el periodo de 2013-2016 ; lo cual consiste en una encuesta prediseñada por un equipo docente para aplicar a dichos alumnos. El

cuestionario se aplica antes de realizar la pasantía, la cual se realiza en el Hospital Vilardebó y en un Hospital general de patología aguda, y al finalizar la misma. En el cuestionario se indaga sobre la opinión y actitud hacia las enfermedades mentales mediante variables como : el estigma, haciendo referencia a los mitos y creencias más frecuentes en la sociedad como : imprevisibilidad, necesidad de vigilancia, no pueden trabajar, carga social y familiar , falta de autonomía agresividad, entre otros. Otra variable consiste en los antecedentes, sobre consulta en salud mental, o consumo de medicamentos psicotrópicos, otra variable consiste en la actitud y opinión acerca de la psiquiatría y la última variable consiste en la reflexión sobre la experiencia de la pasantía, por lo que se pregunta únicamente en el segundo cuestionario, donde se evalúa si existe cambios de perspectiva en salud mental en los estudiantes.

Continuando con la autora, dicho plan de trabajo tiene como objetivo general el impacto del estigma hacia las personas con enfermedad mental, promover una actitud empática, y reflexionar sobre el obstáculo que se genera para el acceso a la salud integral ; como objetivo específico indagar sobre las actitudes y opiniones que tienen los estudiantes a respecto de las personas con enfermedad mental y el estigma.

Con respecto a los resultados obtenidos de las encuestas se ha demostrado una tendencia a disminuir el estigma en estudiantes posteriormente a la pasantía y mayor contacto, y seguimiento con pacientes, también en respuestas con relación a la consulta con un psiquiatra se consideró beneficiosa la pasantía siendo significativo el aumento de porcentaje de estudiantes considerando positivo consultar en caso de necesitarlo.

Desde el lado de los estudiantes de Medicina, la autora describe que los mismos vivenciaron la pasantía como una experiencia que les ayudó para tener otra perspectiva sobre las enfermedades mentales, desde el punto de vista académico, personal y emocional, y desde el lado de la formación dicho plan de trabajo facilitó para crear y modificar estrategias de enseñanza, habilitando a incorporar la temática del estigma de forma más constante a lo largo de la carrera de Medicina.

10. Rol del profesional de salud para minimizar el estigma.

A pesar de que en apartados anteriores se ha constatado de que los profesionales de la salud, en diversas áreas, pueden desarrollar determinadas actitudes estigmatizantes, también pueden ser agentes potenciales para minimizar el estigma; tanto es así que autores como Tapia et al. (2015) y Lopez et al. (2008) coinciden en la importancia del profesional en las estrategias anti estigma.

Lopez et al. (2008) hace énfasis en la importancia del profesional en las protestas considerando que refuerza y legitima el objetivo de la misma en lo que respecta al cambio de actitudes y factores de discriminación.

Desde el punto de vista de Schulz (2007) el involucramiento del profesional en estrategias anti estigma facilita en el contacto directo con personas y familiares afectados, brindando mayor apoyo, posibilitando la disminución de actitudes estigmatizantes (citado por Tapia et al. 2015).

Por otro lado, la atención de los profesionales de la salud hacia los usuarios es un aspecto clave tanto para fomentar el estigma o minimizarlo. Tapia et al. (2015) afirma que reducir el estigma es un objetivo central en el entrenamiento y formación de profesionales.

En relación a lo descrito, la entrada en vigencia de la Ley de Salud Mental (2017), impulsa una transformación en la atención, fomentando los derechos de los usuarios y apuntando hacia un modelo de atención comunitaria basado en el paradigma de recuperación.

En la Ley se establece un capítulo centrado en los derechos de los usuarios, donde se afirma la necesidad de una atención respetuosa, humanizada, desde la singularidad, reconociendo a la persona de manera integral ; se establece también el principio de no discriminación donde apunta a no diagnosticar en base a exclusividad de determinados factores que no justifiquen correctamente el diagnóstico propiamente dicho como lo es por ejemplo el estatus del usuario.

Años más tarde se aprueba en el año 2020 el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) para dar cumplimiento a lo establecido en la Ley anteriormente nombrada con el objetivo de crear acciones enfocadas a eliminar toda forma de incumplimiento de los derechos humanos (PNSM, 2020).

Continuando en referencia con el profesional de la salud, se hace énfasis en la Ley y en el PNSM sobre la importancia de capacitaciones y actualizaciones permanente de los mismos. En referencia a López et al. (2008) consideran como un efecto negativo en los servicios de salud cuando el conocimiento es distorsionado o insuficiente en los profesionales con respecto a la validez de los tratamientos existentes.

En lo que respecta al profesional de psicología, se aprueba en el año 2001 el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a , con el fin de reglamentar el ejercicio del profesional, basado en normas y principios éticos, siendo deber del psicólogo/a cumplir con lo establecido en el Código (Código de Ética, 2001).

Los psicólogos/as deben regir su profesión en base a "Respeto a los derechos y dignidad de las personas" , "Competencia" , "Compromiso profesional y científico" , "Integridad" , y "Responsabilidad social" (Código de Ética, 2001).

11. Reflexiones Finales.

A lo largo del trabajo ha quedado reflejado como las personas con enfermedades mentales han estado relacionadas con una imagen negativa, tanto desde la antigüedad, reflejándose aun en la actualidad.

Las sociedades han tenido siempre la necesidad de buscar explicaciones a aquello diferente, o lo que la ciencia aún no estaba preparada para dar argumentos válidos ; por lo que realizar un breve recorrido sobre la concepción que se ha tenido sobre las enfermedades mentales no es con el objetivo de una crítica ya que no considero viable juzgar de un contexto a otro, pero sí entender que aquellas teorías, películas, leyendas se han ido incorporando a la sociedad con una información errónea que se ha ido naturalizando.

Sin embargo, aunque en el correr de los años se ha tenido una visión más amplia e integradora sobre los problemas en salud, el estigma sigue siendo un obstáculo principal para las personas afectadas.

Si bien en el trabajo se hace referencia a tres tipos de estigma, las mismas se relacionan entre sí ; las leyes muchas veces son reflejo de la ideología de la sociedad, el contexto y el momento socio-histórico ; en base al rechazo social, las personas afectadas pueden sentirse identificadas con el estereotipo, produciendo en la persona una menor autoestima.

También las áreas de la vida que se pueden ver perjudiciales a causa del estigma están relacionadas entre sí, es decir la falta de oportunidad de conseguir un empleo, dificulta la independencia, el acceso a vivienda, fomentando la situación de pobreza, y la vulneración de derechos, por lo que cuestiones humanas básicas como la igualdad , y el ejercicio de derechos son muchas veces un problema cotidiano para personas con enfermedad mental.

Todos estos factores se relacionan con una calidad de vida inferior.

Considerando que recibir un diagnóstico con determinada enfermedad mental puede ser impactante para la persona debido a la posibilidad de internalizar los estereotipos provenientes de la sociedad, brindar información sobre la enfermedad, con respeto y humanismo facilita la adherencia al tratamiento, el autoestima , esperanzas del usuario y el camino a la recuperación.

Se considera que la recuperación es subjetiva en cada persona, por lo que cada proceso es único teniendo en cuenta la importancia del rol del profesional como facilitador del proceso, los vínculos cercanos y la inclusión en la sociedad.

Centrarse en que la persona no se debería identificar únicamente por su enfermedad y las limitaciones que la misma conlleva, para dar lugar a las fortalezas, deseos,

proyectos, mejorar la situación actual y basarse en la singularidad se debe convertir en las prioridades principales para la recuperación.

En líneas generales, combatir el estigma, defender y ejercer los derechos universales, y amparados en la Ley de Salud Mental, son aspectos viables para apuntar hacia un modelo que ampare la recuperación.

12. Referencias.

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Apud, I., Techera, A., Borges, C. (2010). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. CSIC. Udelar

Bello, C (2017) Sólo ocho personas con trastornos mentales consiguieron trabajo estatal en seis años. *El Observador*

Bianchi, L. R. (2024). Inclusión laboral de las personas con discapacidad. *Noticias CIELO*, (10), 5.

Brescia, M. S., de Mattos, S. N., Porto, V. M., Redes, M. L., & Wschebor, M. (2021). Estigma y enfermedad mental: intervención en estudiantes de Medicina. *Revista medica del Uruguay*, 37(1)

Cambra-Badii, I. Los trastornos mentales en el cine y las series. *Salud Mental*, 360.

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167.

Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205.

Coordinadora de Psicólogos, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay, Facultad de Psicología. (2001). Código de ética profesional del psicólogo/a.
<https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>

Díaz del Peral, D. (2017) Recuperación y estigma. *Revista Psiquiátrica*. 81 (2), 127- 144.
http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf

Dibarboure, F. M. (2020). 140 años de historia del Hospital Vilardebó. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 15(2).

Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. (2013, mayo 26). Dossiers del Tercer Sector.
https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf

Florit Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 223-244.

Fresán, A., Apiquian, R., Ulloa, R. E., Loyzaga, C., García-Anaya, M., & Gutiérrez, D. (2001). Ambiente familiar y psicoeducación en el primer episodio de esquizofrenia: resultados preliminares. *Salud mental*, 24(4), 36-40.

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.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

Gonzalez (2024) El estigma en salud mental: Tipos y efectos en la persona con experiencia vivida (1ª parte) - Blog del Creap Valencia - Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Hernández (2020). El miedo a los medicamentos psiquiátricos. *Psiquiatría y Salud Mental*.
<https://saludmental.mx/blog/5iobpl9f8s8kl7fyfmb4jtv5ju2hax>

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Incipiente. (2009). Ministerio de sanidad y consumo.

Hernández Monsalve, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187.

León, H. (2005). Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 4(1), 33-42.
<https://www.fundacion-salto.org/enlaces/un-punto-de-vista-historico-social/>

Ley 18.651 Protección integral de personas con discapacidad. (2010) Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>

Ley Nº 19.529 Salud Mental (2017). Disponible en:
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.

Méndez, J., & Senyacen, J. (2023). Presupuesto para salud mental : Un derecho humano universal. México: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, CIEP<
<https://ciep.mx/vhAE>

Ministerio de Salud Pública. (2020). Plan Nacional de Salud Mental: 2020-2027.
https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf

Moloney, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. *Mens Project Policy Papers*, 75-87.

Monferrer, M. C., Carrasco, R. D. F., & Mir, G. H. (2020). Calidad de vida e inserción laboral de personas con trastorno mental grave. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 31(2), 342-355.

Muñoz, A. A., & Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59.

Muñoz, M., Crespo, M., Pérez, E., & Guillén, A (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.*

Muñoz, M., Guillén, A., & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación psicosocial*, 10(2), 10-19.

Navarro Gómez, N., & Triguero Ramos, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática.
<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/6928/2268-7611-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). Trastornos mentales.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). Esquizofrenia.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.

- Pedro M. Sánchez Gómez (2018) CAPÍTULO I: La lucha contra el estigma de la enfermedad mental. En Dr. Enrique Mendoza Gaitán • Dra. Graciela Beatriz Onofrio, Estigma en Psiquiatría Perspectivas y Nudos Problemáticos (pp 9-20) Apal
- Pozueco, J. M., Moreno, J. M., García, M. E., & Blázquez, M. (2015). Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos. *Revista Criminalidad*, 57 (2): 235-251.
- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., & Smith, S. P. K. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 257-271.
- Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Lauffer, J. C., Álvarez, C., Mauriño, J., & de Dios Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 98-106.
- Sanjuan, A. M. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de psicologia. International journal of psychology*, 13(2), 7-17.
- Tapia, F. M. (2014). *PROGRAMAS PARA REDUCIR ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MEN-TAL: LECCIONES PARA LATINOAMÉRICA* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Córdoba).
- Tapia, FM, Castro, WL, Poblete, CM y Soza, CM (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental* , 38 (1), 53-58
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56982>Fuente
- Zapata Ospina, JP, Rangel Martínez-Villalba, AM, & García Valencia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista colombiana de Psiquiatría* , 44 (3), 143-149. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082004>