



Trabajo Final de Grado, Licenciatura en Psicología

Modalidad Monografía

**La importancia de la reducción del estigma para la rehabilitación
psicosocial de usuarios con esquizofrenia.**

Estudiante: Carolina Noya Meyrán

C.I: 4.685.884-1

Tutora: Prof.Adj Dra.Denisse Dogmanas

Revisora: Prof.Adj Mag.Alejandra Arias

30 de abril, 2022.

Resumen

El presente trabajo pretende reflexionar sobre las consecuencias negativas que tiene la estigmatización en usuarios diagnosticados con esquizofrenia, más precisamente para la rehabilitación psicosocial. Para esto se realiza una revisión bibliográfica conectando las diferentes conceptualizaciones planteadas por diversos autores sobre la temática, buscando una base conceptual que dé cuenta de la importancia de la reducción del estigma para lograr una reinserción social adecuada del usuario.

Para cumplir con el objetivo planteado, se realiza un recorrido histórico sobre el concepto de trastorno mental, su evolución y tratamiento. Luego se desarrolla la definición de esquizofrenia desde sus inicios, abarcando su semiología.

A continuación se plantea el concepto de rehabilitación psicosocial, fundamentando por qué es el tratamiento más adecuado para estos usuarios y contextualizando la rehabilitación psicosocial en Uruguay.

Se define el concepto de estigma, profundizando en las consecuencias que tiene el mismo en los usuarios con esquizofrenia y desarrollando sus diferentes formas de manifestación. Se hace énfasis en la autoestigmatización, siendo esta la forma de manifestación más grave de estigma y la que más afecta al proceso de rehabilitación.

Por último, se mencionan las diferentes estrategias a utilizar para apuntar hacia una reducción del estigma.

Palabras clave: estigma, esquizofrenia, rehabilitación psicosocial.

Índice

| | |
|--|----|
| 1.Introducción..... | 4 |
| 2. Breve recorrido histórico sobre la evolución del concepto de trastorno mental y su tratamiento..... | 5 |
| 2.1 Definición y semiología de la esquizofrenia..... | 8 |
| 3.Rehabilitación psicosocial..... | 11 |
| 3.1 Avances en normativas hacia una rehabilitación psicosocial en Uruguay | 15 |
| 4.Estigma..... | 20 |
| 4.1Autoestigma..... | 27 |
| 4.2Contrarrestar el estigma. | 30 |
| -Reflexiones finales..... | 33 |
| -Referencias | 36 |

1.Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a alrededor de 21 millones de personas en todo el mundo (OMS 2019).

El estigma es una construcción social, que incluye ciertas actitudes o comportamientos, formando así un prejuicio sobre un grupo de personas, consecuentemente llevando a la discriminación. Las personas que presentan trastornos mentales son de las más estigmatizadas por la sociedad (Alpud y Borges, 2010).

Desde la desinformación y el desconocimiento se formaron ideas erróneas sobre los trastornos mentales, y particularmente sobre las personas que padecen esquizofrenia. Son percibidas como personas agresivas, peligrosas, impredecibles, sin capacidades cognitivas, culpables de su trastorno. Se generan de esta manera sentimientos de rechazo y exclusión por parte de la sociedad (Uribe, Mora y Cortes 2007).

La estigmatización y discriminación que sufren los usuarios impide tanto el acceso a los servicios sociosanitarios, como el acceso al tratamiento y la adherencia a la rehabilitación. Además, existe un riesgo elevado de vulneración de derechos.

La rehabilitación psicosocial junto con el tratamiento con fármacos es eficaz para reducir los síntomas de esquizofrenia. Con un adecuado tratamiento y apoyo social se puede lograr la reinserción en la comunidad (OMS, 2019). El comienzo del tratamiento y la perduración de este se ve fuertemente influenciado por el estigma, funcionando a modo de barrera para lograr el objetivo de la rehabilitación.

Como objetivo principal de este trabajo, se pretende analizar y fundamentar la importancia de la reducción del estigma para lograr la rehabilitación psicosocial.

Se considera fundamental mantener una perspectiva global sobre esta temática, ya que son diversas las formas de manifestación del estigma, siendo su construcción un fenómeno multifactorial.

Es imprescindible diferenciar los síntomas característicos de la esquizofrenia de los que se construyen socialmente sobre la misma, en su mayoría erróneos.

Como consecuencia del trastorno, se puede pensar en un doble sufrimiento para los usuarios: el que conlleva el trastorno en sí, junto con su sintomatología y el proveniente del estigma social.

2. Breve recorrido histórico sobre la evolución del concepto de trastorno mental y su tratamiento

Para abarcar esta temática es necesario realizar un recorrido histórico sobre el concepto de trastorno mental y su tratamiento. Es importante entender el origen del estigma que hay sobre los trastornos mentales y comprender porque la sociedad tiene esta percepción sobre la esquizofrenia.

En la Ley de Salud Mental:

“Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno” (Ley 19529, 2017).

En la edad antigua los trastornos mentales no eran considerados como tales, sino que se las atribuía a una posesión demoníaca. Los tratamientos se realizaban con métodos de índole religioso (León, 2005).

Fueron los mitos que se formaron en ese entonces los que consolidaron una concepción demoníaca de la enfermedad mental, creando esta visión en la población y en la propia historia. Más adelante surgió el mito de la transformación de las personas con trastorno mental en bestias, como lo era por ejemplo el hombre lobo atribuyéndole un gran grado de violencia a estos sujetos (León, 2005).

Fue en Grecia la primera vez que se le dio una mirada científica a la salud mental, estudiando de esta manera la causa científica de los trastornos mentales y sus efectos. Así surgieron los primeros tratamientos como: la inducción del pensamiento, la interpretación de los sueños y el diálogo psicoterapéutico (León, 2005).

Hipócrates hizo grandes aportaciones, como la ubicación del cerebro en el cuerpo humano y las capacidades mentales. Los romanos introdujeron la idea de que los deseos no cumplidos se manifiestan en el sujeto causando estas enfermedades (León, 2005).

En el siglo XX se comienzan a diagnosticar y clasificar los trastornos mentales, dando inicio también a sus respectivos tratamientos. Los mismos abarcan diferentes psicoterapias, acompañadas de farmacología. De esta manera fue disminuyendo el número de pacientes hospitalizados (León, 2005).

Lugares de encierro

El hospital psiquiátrico surge en la modernidad, como una forma de exclusión, una forma de clasificación entre salud y enfermedad. Este nuevo modelo de exclusión se alimenta de la estigmatización, marcando la identidad de cada individuo que forma parte de dicha institución. El sujeto es estigmatizado y desvalorizado, siendo dificultoso por este motivo, el avance y progreso hacia la mejoría y la reinserción social (Alpud y Borges, 2010).

La exclusión, la estigmatización y el encierro son parte del cóctel que brindan las instituciones manicomiales lo cual, además, influye en la forma en que la sociedad asume y entiende los trastornos mentales (Alpud y Borges, 2010).

En Valencia, España se crea el primer hospital psiquiátrico. A partir de este momento es que surgen los manicomios en Europa durante los siglos XVI y XVII (León, 2005).

A fines de la Edad Media, se comienza a encerrar en las afueras de la ciudad a las personas que padecen trastornos mentales, aumentando de esta manera la exclusión. Como consecuencia de esto es que se origina la idea de peligrosidad en la sociedad, junto con sentimientos de miedo y rechazo (Runte, 2005).

Las instituciones psiquiátricas con el tiempo fueron deteriorándose y transformándose en algo similar a una cárcel, dejando de lado los tratamientos y el enfoque en la mejoría de los pacientes (Runte, 2005).

En el siglo XIX la ciencia, influenciada por el positivismo, atribuye a los trastornos mentales un origen puramente organicista, clasificándolos como una enfermedad cerebral (Galende, 1985, citado en Runte, 2005).

Con lo que respecta a Uruguay, la concepción de salud mental y su percepción ha ido cambiando a lo largo de los años. En el año 1800 se ha producido el modelo asilar, medicalizado, centrado únicamente en la enfermedad y no siendo abordado desde la integralidad. Se diferenciaba la salud mental, de la salud en general (Plan Nacional de Salud Mental 2020).

Con el surgimiento del psicoanálisis se da un cambio de paradigma, ya que en el siglo XX se crean dentro de los hospitales generales las primeras unidades de atención para usuarios con trastornos mentales en estado agudo (Runte, 2005). Se comienza a cuestionar en

esta época a los hospitales psiquiátricos y al encierro, dando lugar al cierre de varios centros psiquiátricos y cambiando el foco de atención a la reinserción del usuario a la comunidad. Para eso se crean redes de contención comunitarias de atención a la salud mental, enfocadas en atender las necesidades de los sujetos y mejorar su calidad de vida. Esto se pudo lograr en parte, por la aparición de la farmacología que ayuda a la estabilización de los usuarios (Runte, 2005).

En los años 80, se crea en Uruguay el primer Programa Nacional de Salud Mental. Teniendo por objetivo el desarrollo del primer nivel de atención, la creación de equipos de salud mental en hospitales generales y la creación de centros de rehabilitación (Plan Nacional de Salud Mental 2020).

Aun así, con el cierre de algunos hospitales y el cambio de paradigma que hubo sobre los trastornos mentales resulta difícil cambiar la imagen que tiene la sociedad sobre estos sujetos. Continúan siendo víctimas de estigmatización y discriminación. Si bien los cambios en cuanto al refuerzo en los derechos humanos básicos y la devolución de la ciudadanía permitieron una mejora en la calidad de vida, se siguen viendo afectados por el estigma (Runte, 2005).

Love y Reina (2021) concuerdan en que aún sigue existiendo el estigma sobre las personas que padecen trastornos mentales. Principalmente sobre los de tipo crónico como lo es la esquizofrenia, siendo el estigma el principal problema de estos usuarios.

2.1 Definición y semiología de la esquizofrenia

Resulta fundamental definir la esquizofrenia y considerar su semiología, para poder comprender así su sintomatología, con el fin de desmentir el concepto erróneo que tiene sociedad sobre la misma.

Ey (1965) clasifica a la esquizofrenia dentro de las psicosis delirantes crónicas. La caracteriza como una enfermedad mental grave que provoca una modificación profunda y durable de la personalidad, caracterizada por un proceso de disgregación mental.

Según el DSM V (2013) para el diagnóstico de esquizofrenia deben presentarse dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
- Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

El concepto de esquizofrenia se ha ido transformando a lo largo de la historia. El primer concepto relacionado a la esquizofrenia es el de demencia precoz planteado por Kraepelin. Este término surge en el siglo XIX para referirse a sujetos jóvenes con determinadas características o síntomas, las cuales evolucionan a una pérdida de las facultades mentales, más precisamente hacia la demencia (Novella y Huertas, 2010).

Bleuler (1911) fue el primero en introducir el concepto de esquizofrenia propiamente dicho, considerándola un rasgo psicopatológico fundamental que consiste en la escisión del yo. Plantea como problema central del trastorno, la alteración de la unidad y coherencia de la conciencia, lo cual se expresa mediante los síntomas constantes y exclusivos de la esquizofrenia. Estos son: el autismo, la ambivalencia, la alteración de la afectividad y la alteración de la forma del pensamiento (Fraguas y Palacios, 2009).

Clasifica Bleuler los síntomas en positivos y negativos. Plantea que los síntomas positivos abarcan, el delirio, las alucinaciones, la alteración de la forma y curso del pensamiento y lenguaje y el comportamiento desorganizado. Por otro lado, menciona que los síntomas negativos llevan al déficit de determinadas funciones. Estos son: la apatía, la desorganización de la vida afectiva, el afecto incongruente, la pobreza del discurso, la abulia, la anhedonia, el deterioro del rendimiento sociolaboral, el descuido del aseo personal y la alteración de las funciones cognitivas (Fraguas y Palacios, 2009).

Bleuler (1911) abarca la sintomatología desde una perspectiva psicoanalítica, diferenciándose así de otros autores que destacan el origen únicamente biológico de la esquizofrenia.

Schneider basándose en la sintomatología que plantea Bleuler, profundiza sobre la predominancia de las alucinaciones auditivas, más precisamente de voces que opinan del sujeto, que comentan sus acciones generalmente negativas, acompañadas por una impresión de robo del pensamiento (Novella y Huertas, 2010).

Minkowski agrega el autismo como trastorno fundamental de la esquizofrenia. La define como una pérdida de contacto del sujeto con la realidad (Novella y Huertas, 2010).

Según Fraguas y Palacios (2009) no se conoce una causa única de la esquizofrenia, ya que hay diferentes factores que participan en la aparición y desarrollo de esta. Actualmente hay diversas teorías que plantean como causa, una combinación de los genes y el entorno, incluyendo así la genética y la interacción del sujeto con el ambiente. Por su parte Bleuler no descarta que el origen de la esquizofrenia esté también relacionado con alguna afección orgánica del cerebro (Bleuler, 1911).

Con respecto al tratamiento de la esquizofrenia, Alpud y Borges (2010) concluyen que el más adecuado y completo para los trastornos mentales en general y la esquizofrenia en particular, es la rehabilitación psicosocial.

4. Rehabilitación psicosocial

El tratamiento de la esquizofrenia ha ido variando a lo largo del tiempo. A mediados del siglo pasado es que se comienzan a utilizar los psicofármacos. Fue en 1958 donde se descubrió que algunos síntomas de la esquizofrenia disminuyen con el uso de clorpromazina y haloperidol, los cuales controlan principalmente los síntomas positivos, no siendo de gran eficacia para los negativos. Estos medicamentos pueden producir efectos neurolépticos, lo que puede llevar al abandono del tratamiento. Se observa que no alcanza solamente con el uso de fármacos para controlar los síntomas, sino que debe ir acompañado de una rehabilitación psicosocial (Alpud y Borges, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la rehabilitación psicosocial:

“Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap o desventaja de un trastorno mental– para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad”. (OMS, WAPR, 1996, pág.2)

La rehabilitación psicosocial contribuye a que el sujeto logre una mejor calidad de vida. La misma, debe potenciar las habilidades del usuario que se mantienen conservadas, además

de apuntar hacia una reducción de síntomas. Su objetivo principal es la recuperación de la subjetividad y autonomía, para la reinserción en la comunidad (Florit-Robles, 2006).

Este proceso anhela cubrir las necesidades básicas del usuario: el alojamiento, el incentivo de las acciones cotidianas como son la higiene y las tareas del hogar, acompañar en la búsqueda de empleo, brindar ayuda económica. Las actividades de ocio tienen un rol fundamental en el proceso de rehabilitación (Florit-Robles, 2006).

Para Florit-Robles (2006) el usuario y su familia deben conocer desde el principio su estado de salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El apoyo familiar y del entorno, la constancia y duración del tratamiento, son factores determinantes en la eficacia de este. No solo es necesario abordar el tratamiento terapéutico desde una perspectiva psicosocial, sino que lo es también trabajar desde el inicio con la familia, las redes sociales y el entorno con el fin de evitar el aislamiento social (Uribe, Mora y Cortés 2007).

Siguiendo la mirada de Florit-Robles (2006) la rehabilitación psicosocial consta de diferentes fases:

Fase de acogida:

Como todo cambio o nueva experiencia, el comienzo de la rehabilitación genera estrés, miedo a lo desconocido o a la reiteración de experiencias anteriores no gratas. Se busca en esta fase la adaptación, aspirando a la comodidad del usuario dentro del centro de rehabilitación.

Es necesario antes de comenzar con la rehabilitación, conocer la historia clínica del usuario, para pensar el futuro tratamiento. No se comienza desde cero en un proceso de rehabilitación, sino que continúa la historia clínica.

Al final de esta fase se pretende clarificar los objetivos del tratamiento desde el centro de atención para el usuario y la familia.

Fase de evaluación:

La evaluación debe ser realizada por un único profesional. Se utilizan las técnicas de entrevista semiestructurada y observación. Se recomienda recoger información de diferentes fuentes (el propio usuario, los usuarios que conviven con él, de la familia y de los otros profesionales que comparten este proceso).

Fase de establecimiento del plan individualizado de rehabilitación:

Tras la información recogida en la fase anterior se crea y se establecen los objetivos del plan de rehabilitación, el cual debe ser construido con el propio usuario y su familia. Esto no significa que haya que crear un plan diferente para cada usuario, sino que se debe seleccionar dentro de planes ya existentes el que mejor se ajusta a sus necesidades.

Fase de intervención:

En esta fase se ejecuta el plan de rehabilitación. El usuario en esta fase como en las anteriores debe ir acompañado de ese profesional de referencia, el cual debe encargarse de mantener motivado e informado al usuario durante el proceso. No hay que perder de vista que el objetivo de la rehabilitación es lograr que el usuario tenga la mejor calidad de vida posible.

La intervención se asienta en cuatro grandes pilares según Florit-Robles: Las tutorías, en las que se involucran el usuario y el profesional para la realización del seguimiento y análisis del proceso de rehabilitación, el apoyo a las familias, la elección de un programa de rehabilitación adecuado y los programas abiertos de recreación donde el usuario pueda interactuar con otros.

Fase de seguimiento:

Es fruto de la desvinculación del usuario con el centro. Es importante que dicha desvinculación sea progresiva y con los cuidados necesarios para no generar un cambio brusco, que pueda traer consecuencias negativas en el usuario.

Supone el logro de la autonomía y de los objetivos establecidos en el plan. Como su nombre refiere, implica un seguimiento del usuario por parte del centro de atención (Florit-Robles, 2006).

Hay un concepto actual que no se puede dejar de lado cuando hablamos de rehabilitación, el de recuperación.

"La recuperación se refiere a las formas en que una persona maneja un problema de salud mental tratando de restaurar o desarrollar un sentido significativo de pertenencia y un sentido positivo de identidad independiente de este problema. La recuperación es un proceso de cambio mediante el cual los individuos mejoran su salud y bienestar, conducen sus vidas de forma autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial" (Davidson, Gonzalez-ibañez, 2017, pág.189).

El concepto de recuperación apunta a la restauración de las personas con trastornos mentales, más precisamente de su dignidad, respeto y autoestima. Existe una diferenciación del concepto de recuperación en cuanto a los trastornos mentales y las patologías físicas. En lo que refiere a los trastornos mentales, el mismo no es sinónimo de cura, ya que la mayoría de estos no la tiene. Se enfatiza en la recuperación del sentido de vida, haciéndole frente a las consecuencias que trae el trastorno mental (Davidson y Gonzalez-ibañez, 2017).

Para Davidson y Gonzalez-Ibañez (2017), la recuperación del usuario involucra diferentes procesos centrales: la conexión con el otro, el sentimiento de esperanza y optimismo

hacia el futuro y el empoderamiento personal para cuidar y decidir por sí mismo. Agregan que para lograr estos procesos es imprescindible el apoyo y cuidado del entorno.

Las personas que padecen trastornos mentales tanto como la comunidad en general y su familia, son corresponsables de su recuperación. Además, el usuario debe sentir la aceptación y apoyo por parte de estos, para considerarse así, parte de la sociedad (Davidson, y Gonzalez-ibañez, 2017).

Es importante que los usuarios en recuperación formen parte de la gestión del sistema de salud. Particularmente en Estados Unidos es obligatoria la solicitud de aportación de estos sujetos, para la toma de decisiones en cuanto a la gestión de los servicios de salud (Davidson y Gonzalez-ibañez, 2017).

El criterio de tratamiento exitoso en los trastornos mentales ya no representa la mera desaparición de los síntomas, sino que refiere a la reinserción del usuario en la comunidad de acuerdo con sus funciones, capacidades e intereses (Klarié y Lovrié, 2017).

4.1. Avances en normativas hacia una rehabilitación psicosocial en Uruguay

En Uruguay hace algunos años hay una tendencia a la disminución de la población con trastornos mentales en centros asilares, incluso la Ley de Salud Mental (2017) prevé el cierre de los establecimientos asilares y monovalentes para el año 2025. Esto se debe al surgimiento de instituciones de rehabilitación psicosocial, las cuales surgen a raíz de la creación del Plan Nacional de Salud mental en el año 1986, generando un enfoque psicosocial de la rehabilitación (Castillo, Villar y Dogmanas, 2011).

Los establecimientos asilares refuerzan el estigma y la discriminación, por regirse bajo una lógica proteccionista, donde el usuario no tiene participación. Por este motivo se plantea

que los usuarios que necesiten ser hospitalizados lo hagan en un hospital general y no en establecimientos asilares (Ordenanza 1488, 2019).

Se ha dado un cambio de paradigma en Uruguay con la creación de La Ley de Salud Mental (2017) la cual establece:

“La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social” (Ley 19529, 2017).

Dicha ley se centra en la protección de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales. Hace énfasis en la no discriminación, resguardando al usuario contra la estigmatización y el abuso. Destaca los derechos del usuario en los servicios de salud, como lo son, el derecho al trato digno y singular (Ley 19529, 2017).

Del mismo modo, el Plan Nacional de Salud Mental (2020) (diseñado para desarrollarse dentro del periodo de los años 2020-2027) plantea la concepción de salud como un derecho humano fundamental. Destaca la promoción del bienestar psicológico y la salud mental como un factor fundamental de la salud integral.

Dicho Plan, plantea cambios en cuanto a la organización de servicios y formatos institucionales, además de enfocarse en un cambio de paradigmas y prácticas. Menciona con relación a esto tres aspectos fundamentales: el cambio del modelo de financiamiento, el cambio del modelo de gestión y el cambio del modelo de atención (Plan Nacional de Salud Mental 2020).

El cambio de paradigma que se propone en el modelo de atención requiere de una diversidad de dispositivos sanitarios, sociosanitarios, educativos y sociales, los cuales deben ser aplicados subjetivamente dependiendo de la necesidad de cada usuario. Estos dispositivos deben conformar una red efectiva para promover el fortalecimiento de los vínculos familiares y comunitarios. Se establece para esto, la creación de una red de dispositivos asistenciales, enfocados principalmente a la promoción, prevención y atención de salud, así como también a la rehabilitación de los usuarios (Ordenanza 1488, 2019).

Los niveles de atención deben estar conformados por un equipo multidisciplinario. Como objetivos se plantean la evaluación y el diagnóstico, además del conocimiento de la situación familiar del usuario. Se debe optar por el tratamiento que más se adecue al mismo, y realizar un seguimiento (Ordenanza 1488, 2019).

En la actualidad en Uruguay, existen tres modelos de atención en Salud Mental: el asilar, el hospitalocéntrico y el comunitario. Este último es el menos desarrollado. Si bien cuenta con equipos especializados, consultas de psicología y psiquiatría, son de poca coordinación y baja eficiencia. Además, son escasos los servicios comunitarios de mediana o larga estadía (Plan Nacional de Salud Mental 2020).

El modelo comunitario forma parte de la propuesta realizada en la Ley de Salud Mental (2017). La misma destaca que el proceso de atención debe realizarse en este ámbito. El Plan Nacional de Salud Mental (2020) plantea que el modelo comunitario no está definido por un espacio físico, sino que hace referencia a la atención desde la realidad comunitaria. Se espera que dicho modelo sea abordado desde la interdisciplinariedad, con orientación a la promoción y recuperación de los lazos sociales. El mismo pretende sustituir al modelo asilar, evitando así la privación de libertad, el encierro o cualquier forma de exclusión y pérdida de contacto del usuario con la sociedad (Ley 19529, 2017).

El modelo comprende la importancia del contexto en la recuperación del usuario. Pretende favorecer la inclusión social y brindar las condiciones necesarias para el ejercicio de sus derechos desde un enfoque integral (Plan Nacional de Salud Mental 2020).

Dicho modelo considera imprescindible la participación de la población en general y la familia del usuario en particular para lograr su empoderamiento. Esto se hace necesario ya que, a causa del estigma se puede generar una pérdida de los vínculos sociales y de la autonomía, lo que complejiza al proceso de recuperación (Plan Nacional de Salud Mental 2020).

Se busca con el Plan Nacional de Salud Mental (2020) fortalecer el modelo comunitario. Plantea el mismo que para lograr una adecuada atención es necesario trabajar en los sistemas de atención y soporte comunitario, apuntando a la recuperación de los vínculos sociales del usuario, así como asegurando el acceso de estos a la vivienda, educación, trabajo y seguridad social.

En este sentido La Ley de Salud Mental (2017) considera aspectos como la capacitación e inserción laboral, recalca que las políticas de trabajo deben promover una inserción laboral de calidad, con posibilidades de sustentabilidad, además de impulsar los emprendimientos autónomos. Considera que se debe fomentar la educación de las personas con trastorno mental severo, favoreciendo la integración educativa y promoviendo el acceso a las actividades.

En cuanto a la vivienda, La Ley impulsa un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda, promocionando la integración de los usuarios a la comunidad. El mismo incluye programas de modalidad residencial (Ley 19529, 2017).

Con respecto a la rehabilitación psicosocial, dicha Ley recalca que la misma debe enfocarse en la calidad de vida del usuario, entendiendo la singularidad de este para la elección del plan de tratamiento. Plantea como objetivo principal de la rehabilitación, la adquisición de la autonomía. Destaca la importancia de la realización de un diagnóstico acertado y menciona que este no debe ser efectuado en base a cuestiones del contexto económico, social y cultural, entre otros factores. Enfatiza en que tanto el usuario, como su familia, sean participes del tratamiento (Ley 19529, 2017).

Se proponen varios dispositivos de rehabilitación psicosocial en Uruguay. Las propuestas apuntan a la resolución de problemas en cuanto los cuidados del usuario y la reinserción social (Castillo et.al, 2011).

Como continuidad de la Ley de Salud Mental (2017), es que surge la Ordenanza 1488 (2019), donde se aprueba la lista de los dispositivos de inclusión social que deben integrar la red de salud mental.

Se plantean dispositivos de residencias protegidas y asistidas. Entre ellas, las casas de medio camino, las cuales cuentan con un equipo técnico de supervisión las 24 horas del día. Este dispositivo de rehabilitación es más bien para usuarios provenientes de la hospitalización. El objetivo de este es el fortalecimiento de los usuarios para la recuperación de hábitos cotidianos que pudieron verse afectados en la hospitalización (Ordenanza 1488, 2019).

Las residencias protegidas se utilizan al comienzo de la rehabilitación, demandando un cuidado más personalizado que las asistidas, las cuales requieren menor supervisión. A medida que el usuario recupera su autonomía, se evalúa su traslado a viviendas con mayor independencia, (Castillo et.al, 2011) como lo son las viviendas supervisadas que cuentan con apoyo técnico no residente (Ordenanza 1488, 2019).

Se propone también la creación de centros diurnos, donde los usuarios realizan diferentes talleres o actividades (Castillo et.al, 2011). Los mismos tienen por objetivo la recuperación de las habilidades, con el fin de promover la autonomía y el fortalecimiento de los vínculos sociales (Ordenanza 1488, 2019).

En cuanto al estigma, plantea el Plan Nacional de Salud Mental (2020) el inicio de campañas y acciones contra este y contra la discriminación en los trastornos mentales. Se espera que formen parte de estas, las instituciones académicas, los mismos usuarios y sus familiares, con la participación de la Presidencia de la República. Se reflexiona sobre la realización de campañas en radio y televisión, además de otros materiales de difusión gráficos contra el estigma.

5.Estigma

No es posible lograr la rehabilitación psicosocial meramente poniendo en marcha las estrategias anteriormente mencionadas. Antes es necesario contrarrestar el estigma.

El estigma es el mayor obstáculo para la recuperación de las personas que padecen trastornos mentales e implica un problema a nivel universal (Kandri y Sartorius, 2005).

La Real Academia Española (2021) define estigma como: “marcar o señalar en el cuerpo; Desdoro, afrenta, mala fama; Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud”.

Lolich y Leiderman (2008) definen la estigmatización como:

“Un proceso social que se expresa bajo diferentes formas de prejuicios, estereotipos y discriminación negativa hacia quien se identifica como portador de una diferencia que lo distingue. Se caracteriza por un conjunto específico de actitudes y comportamientos,

habitualmente negativos, que un grupo social adopta hacia otros individuos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos”.

(pág.165)

La estigmatización es considerada un fenómeno multifactorial, el concepto de normalidad aceptado por la sociedad es un factor que contribuye a su existencia. ¿Quién define qué es lo que está dentro de la norma? ¿Si no existiera el concepto de normalidad existiría la locura? Lo normal se define como lo hegemónico, lo anormal es lo que se sale de la norma y en este caso los sujetos que padecen esquizofrenia salen de la norma establecida por la sociedad. En base a la construcción del concepto normalidad es que existe el de anormalidad, ambos conceptos son relativos a lo que cada cultura les adjudique a estas connotaciones (Alpud, 2008).

Las personas que padecen trastornos mentales son de las más estigmatizadas por la sociedad (Alpud, 2008). El estigma no sólo es una barrera para la rehabilitación psicosocial, sino que conduce también a una desigualdad de oportunidades en relación con el empleo, la vivienda (Wahl, 2011), además genera pérdida de autoestima, ocultamiento del trastorno y aislamiento social con el fin de evitar el rechazo (Garay, Pousa y Pérez, 2014).

La importancia del estigma en los trastornos mentales está determinada por el gran efecto negativo que provoca en los usuarios (Klarié y Lovrié, 2017).

Campos-Arias, Oviedo y Herazo (2014) clasifican el estigma en: estigma percibido, el cual es generado por la sociedad y autoestigma, el que se adjudica el sujeto a si mismo dadas las connotaciones negativas sociales. Diaz de Peral (2017) introduce el estigma estructural, expuesto en las leyes y los planes que implican la exclusión del usuario con trastorno mental a través de políticas que lo marginan, imposibilitando la reinserción en la comunidad (Wahl, 2011).

El estigma borra las diferencias individuales, categoriza al sujeto dentro de un grupo, pasando a ser este un diagnóstico y perdiendo su subjetividad (Novella y Huertas, 2010).

La preocupación por el estigma sobre los trastornos mentales ha ido en aumento en los últimos años. Esto va acompañado de que las personas que se encontraban hospitalizadas se están reinsertando en la comunidad. Las interacciones del usuario con el resto de la población se ven afectadas por estereotipos negativos y conductas discriminatorias (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel y Parente, 2002). Asimismo, el estigma se ha vuelto más fuerte en las últimas décadas dada la urbanización, y las crecientes demandas de habilidades en los sectores de empleo (Kandri y Sartorius, 2005).

La etiqueta y el estigma hacen que el usuario con esquizofrenia sea rechazado por la sociedad, aunque sus síntomas estén controlados y no se encuentre en estado agudo. Como consecuencia del estado de agudeza que alguna vez atravesó, surge esta percepción errada de la sociedad con respecto a la esquizofrenia (Penn, Guynan, Dally, Spaulding, Garbin y Sullivan, 1994).

El entorno muchas veces no solo no ayuda, sino que perjudica. La etiqueta que le pone la sociedad al usuario hace que aumente su estrés ambiental (Penn, et. al, 1994). Esto conlleva a que el mismo, desarrolle baja autoestima y confianza en sí mismo, lo que complejiza aún más su vida, tanto a nivel social como profesional, además de perjudicar la rehabilitación (Klarié y Lovrié, 2017).

Hay aspectos sociales que juegan un papel significativo en la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, como lo son el prejuicio, la discriminación y el estigma que enfrentan cuando son diagnosticados. Es por este motivo que en un principio temen consultar (Aretio, 2009).

La estigmatización hace que el usuario se vincule en forma circular con respecto a las relaciones sociales, ya que le genera ansiedad interactuar con personas que no padecen ningún trastorno mental. Debido a esto, es que evita este tipo de situaciones conduciendo al aislamiento social (Aretio, 2009).

Se cree que el usuario con esquizofrenia es una persona agresiva y eso provoca miedo. Existen dos prejuicios centrales en la población: en primer lugar, se piensa que la persona que padece un trastorno mental no puede estar sola y por eso debe estar en un hospital, y en segundo lugar que la persona con trastorno mental es una persona violenta. Aunque está comprobado que las personas con esquizofrenia no tienen predisposición a la violencia, existe este mito debido a la falta de información que se tiene sobre el trastorno (Díaz de Peral, 2017).

Uribe et.al, (2007) plantean dos aspectos centrales en relación al origen del estigma: en primer lugar, el juicio moral, que culpabiliza al usuario por su trastorno, y en segundo lugar, la percepción del usuario como una persona peligrosa.

El estigma no solo implica un obstáculo para la rehabilitación en sí, sino que también lo es en un principio para el acceso a los servicios de salud mental (Uribe et.al 2007).

Las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser de varios tipos: financieras, geográficas, institucionales, administrativas o socioculturales. El estigma funciona como una barrera sociocultural (Campos-Arias et.al, 2014).

La estigmatización se da también desde los servicios de salud, por parte de los propios profesionales. Le es más dificultoso acceder a un servicio de salud especializado a una persona que presenta un trastorno mental que a una persona que presenta una patología únicamente física (Magliano et.al, 2012). Además de que los usuarios que consultan por una

patología física obtienen una peor atención en comparación a las personas que no presentan ningún trastorno mental (Kadri y Sartorius, 2005).

En el ámbito psiquiátrico generalmente tanto el usuario como su familia no reciben toda la información que deberían sobre el trastorno y su tratamiento. Los mismos psiquiatras creen que brindar ese tipo de información es ilusionar al usuario con una posible recuperación que tal vez no suceda. Con respecto a los psicofármacos, no se le suele informar las consecuencias o efectos a largo plazo para que el usuario los tome. El trato de los médicos hacia el usuario es diferente al trato con el resto de la población. Se lo trata con menos respeto y se intenta que mejore rápidamente para poder derivarlo al departamento de salud mental (Magliano et.al, 2012).

Los funcionarios del servicio de salud utilizan términos estigmatizantes para referirse al usuario. El medico puede presentar rechazo al tratar a un usuario con esquizofrenia, lo que puede causar desconfianza en el usuario y temor de no ser tomado en serio (Magliano et.al, 2012).

Los medios de comunicación también estigmatizan a la persona con trastorno mental, poniéndola en el rol de mala de la película (Diaz de Peral, 2017). El estigma provocado en los medios de comunicación conlleva a que estos sujetos se opongan a buscar ayuda y a llevar adelante el tratamiento que necesitan. Evitan de esta manera ser rechazados y parte de esto es eludir el tratamiento de rehabilitación, procurando tomar distancia de las etiquetas que los excluyen de la sociedad (Wahl, 2011).

Existe el estigma incluso por parte de la familia. El sujeto es a veces considerado como una carga, lo cual suele generar rechazo. La familia puede llegar a sentir vergüenza y hasta puede sentir responsabilidad por la condición del sujeto (Silva, 1991, citado en León, 2005). Por otro lado, la familia tiende a tratar al usuario con esquizofrenia como si fuera un niño, tomando

un rol sobreprotector. Esta imagen del usuario como un niño, genera una dependencia de este hacia la familia. La percepción que la misma tiene sobre el sujeto, es completamente contraria a la que tiene la sociedad, la cual apunta a la idea de peligrosidad (Uribe et.al, 2007).

Son varios estudios los que avalan que el estigma implica un obstáculo para lograr la rehabilitación de las personas con trastornos mentales (Wahl, 2011). Magliano et.al (2012) mencionan que, en un estudio realizado a estudiantes de medicina, los resultados arrojan que estos consideran que el usuario con esquizofrenia es impredecible, peligroso y su trastorno incurable.

En un estudio realizado en Alemania, mencionado por Dickerson, et.al (2002), se ha demostrado que los usuarios hospitalizados perciben menos estigma que los que están insertos en la comunidad. Esto se debe a que el grado de contacto con la sociedad afecta al alcance de las experiencias de estigma por parte del usuario.

Dickerson, et.al (2002) realizan un estudio con usuarios con esquizofrenia, que reciben atención comunitaria. Los resultados arrojan que casi todos los usuarios vivenciaron experiencias de estigma. Como preocupación principal, manifiestan ser percibidos desfavorablemente además de la preocupación por el ocultamiento del trastorno.

Entre otros resultados que informa esta investigación, se destaca que los usuarios que perciben ingresos los cuales no satisfacen sus necesidades básicas, reportan mayor sentimiento de rechazo y estigma interpersonal. Esto demuestra que el nivel socioeconómico afecta la estigmatización. Además, se demuestra que los usuarios que presentan mayor nivel socioeconómico son menos estigmatizados. Lo mismo sucede con el nivel educativo, a mayor nivel, menor estigmatización (Dickerson et.al 2002).

Se ha observado que hay una diferenciación en cuanto al género en lo que respecta a la estigmatización, debido a que nos encontramos bajo un sistema patriarcal. El hecho de ser mujer coloca a la persona en un nivel desfavorable, aún más sumando un trastorno mental. Las mujeres que padecen trastornos mentales tienden a vivir mayores situaciones de abuso sexual. Aretio (2009) explica que vivencias en la infancia de abuso sexual también contribuyen al desarrollo de este tipo de trastornos.

Dickerson et.al (2002) observa que hay casos donde el hombre puede llegar a ser más estigmatizado que la mujer, debido a la imagen de peligrosidad que hay sobre los usuarios. Se tiende a creer que el hombre tiene más fuerza, por lo tanto, se deduce que es más peligroso y agresivo.

Hay un desconocimiento de los trastornos mentales por parte de la población en general e incluso por parte de las mismas personas que los padecen y su familia (Campos-Arias et.al, 2014). Se cree que la esquizofrenia por presentar causas genéticas y requerir un tratamiento de por vida, no es un trastorno que pueda mejorar (Magliano et.al 2012).

El diagnóstico y tratamiento tardío debido a la estigmatización prolonga el sufrimiento de los usuarios y su familia. Las consecuencias del estigma son muchas veces más graves que el trastorno en sí (Campos-Arias et.al, 2014).

El estigma hacia los trastornos mentales aún está presente en todas las culturas y naciones (Klarié y Lovrié 2017). Además, la estigmatización es propia de cada cultura y cada contexto histórico (Aretio, 2009).

La persona que es estigmatizada vive en una ambivalencia. Por un lado, es consciente de sus atributos positivos y consciente de que es una persona más allá de su trastorno, pero

por otro lado toma como propias las creencias de la sociedad, las interioriza y termina por creerlas generando así el autoestigma (Aretio, 2009).

5.1 Autoestigma

Los trastornos mentales implican un doble padecimiento para las personas que los experimentan: el del trastorno propiamente dicho y el del estigma social (Campos-Arias, 2014).

El autoestigma es la forma más grave de manifestación del estigma. Se produce cuando la persona interioriza el estigma avalado por la sociedad (Lin, Lin, Huang, Ma, Yen y Lee, 2022). De esta manera el sujeto pierde su subjetividad como ser individual, etiquetándose a sí mismo (Loubat, 2017).

Debido a la autoestigmatización las personas con trastornos mentales pueden experimentar sentimientos de desesperanza, incapacidad, auto eficiencia, aumento de ira o indiferencia (Lin et.al, 2022). Además, se produce una disminución de autoestima, aumentando de esta manera la falta de voluntad para participar y asistir a la rehabilitación (Kelvin y Fung, 2008).

Las personas con trastornos mentales perciben que su esfuerzo por la rehabilitación es muchas veces es socavado por el entorno social que los malinterpreta y los rechaza (Wahl, 2011).

Suele haber una interrupción prematura del tratamiento en este tipo de usuarios, incluso hay usuarios que se niegan a iniciar el tratamiento. La errónea percepción que tiene la sociedad sobre la esquizofrenia funciona como barrera no solo para iniciar la rehabilitación, sino para mantenerla (Kelvin y Fung, 2008).

Para Ochoa (2011) la visión del usuario con esquizofrenia en relación a cómo lo percibe el resto de la población y su entorno es de gran influencia para su integración en la comunidad.

La autoestigmatización genera en el usuario temor a relacionarse con otras personas, ya que teme al rechazo. Siente que es tratado y mirado de diferente manera en comparación a los demás (Wahl, 2011). Muchas veces a causa del estigma anticipado, el usuario se niega a relacionarse o a realizar determinadas acciones por miedo a ser discriminado (Díaz de Peral 2017). Como consecuencia de esto, renuncia a buscar o comenzar el tratamiento de rehabilitación, así como también a los vínculos personales, logrando el aislamiento (Wahl, 2011).

Un estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en usuarios con esquizofrenia realizado en España demuestra que las áreas de mayor preocupación para los usuarios son: la peligrosidad, la pérdida de roles sociales y el miedo al rechazo. Concretamente la percepción que tiene la sociedad sobre la peligrosidad del usuario ha sido lo más destacado en este estudio. Este concepto surge a raíz de la ignorancia y la desinformación que tiene la población sobre la esquizofrenia. Destacan los usuarios la influencia de los medios de comunicación sobre este punto. Además, mencionan la pérdida de las redes sociales, destacando la influencia negativa del estigma en la búsqueda de empleo, en las relaciones sociales y sentimentales. Una observación importante de este estudio es el ocultamiento del trastorno por parte de los sujetos por el temor al rechazo (Ochoa, 2011).

Se ha comprobado que el autoestigma contribuye a la evitación del tratamiento, la adherencia al mismo y conlleva a un mayor riesgo de recaídas y hospitalización (Wahl, 2011).

En relación con esto, los resultados de un estudio mencionado por Kelvin y Fung (2008) arrojan que el autoestigma baja la adherencia de los usuarios al tratamiento de rehabilitación psicosocial. Una de las razones de esto, es que el usuario tiende a ocultar el trastorno y evitar

el tratamiento para evitar así la discriminación. En este estudio queda demostrado que los usuarios con baja autoestima tienen una participación más pobre en el tratamiento psicosocial. Además, presentan sentimientos de desesperanza, no creyendo beneficioso el tratamiento de rehabilitación, lo que conlleva a una peor adherencia al mismo. La falta de adherencia inhibe los resultados y actúa como barrera para la recuperación de las personas con esquizofrenia (Kelvin y Fung, 2008).

Los resultados de la investigación llevada a cabo por Garay et.al (2014) confirman que la recuperación de las personas con esquizofrenia se ve negativamente afectada por el autoestigma.

Resulta sumamente interesante conocer el punto de vista del propio usuario con respecto a la autoestigmatización. Un usuario narra en el artículo escrito por Gallo (1994), su experiencia personal en cuanto a la autoestigmatización. Menciona que luego de su primer episodio agudo y de la hospitalización, ingresa a un centro de rehabilitación psicosocial donde sentía que estaba escondido de la sociedad y su crueldad. Expresa sentimientos de rechazo por parte de la sociedad hacia él, por lo que lleva a cabo estrategias para permanecer lejos de esta, logrando así la exclusión social. Con el transcurso del tiempo, da cuenta de que estos sentimientos eran causados por la autoestigmatización. Destaca que con ayuda de la rehabilitación pudo superar la misma, a través del empoderamiento. Aun así, manifiesta la imposibilidad de hacer desaparecer el estigma.

Este relato da cuenta de cómo el estigma y más precisamente el autoestigma influye en el proceso de rehabilitación de los usuarios con esquizofrenia. No solo la sociedad misma estigmatiza y excluye, sino que también se excluyen los mismos usuarios con las percepciones de estigma anticipado.

La realización de estos estudios y tener en cuenta este tipo de relatos, es de suma importancia para dar cuenta sobre los aspectos donde los sujetos perciben mayor estigma y poder realizar de esta manera una estrategia de trabajo para la reducción de estos y del estigma en general (Garay et.al, 2014).

5.2 Contrarrestar el estigma

Dickerson (2002) cita un estudio donde los usuarios manifiestan haber experimentado reacciones negativas por parte de la sociedad, influyendo estas en la rehabilitación. Esto da cuenta de la necesidad de crear estrategias para hacer frente al estigma.

Klarié y Lovrié (2017) distinguen dos conceptos diferentes en cuanto a la lucha contra el estigma. Señalan por un lado la desestigmatización, la cual representa un proceso de liberación del estigma, y por otro lado la prevención de la estigmatización, que engloba acciones justamente de prevención. Ambos procesos tienen el mismo objetivo, la reducción o eliminación del estigma.

Se han realizado anteriormente una serie de programas para disminuir el estigma relacionado a los trastornos mentales (Kadri y Sartorius, 2005).

En el año 1990 La Organización Mundial de Salud recomienda una lucha global contra el estigma y la discriminación en salud mental (Klarié y Lovrié 2017).

En el año 1996 el Mundo de Asociación Psiquiátrica (WPA) lanza un programa internacional contra el estigma y la discriminación, conocido como "Open the Doors". Destacando que para la aplicación de este programa como de otros, se deben realizar estudios con el fin de conocer las causas del estigma, su mecanismo de acción y los factores que aumentan o disminuyen el mismo (Kadri y Sartorius, 2005).

Plantean Tapia, Castro, Poblete y Soza (2015) que las mejores estrategias de intervención para la disminución de autoestigma son los llamados programas de empoderamiento personal, los cuales se centran en potenciar las habilidades del usuario.

En este sentido se dirige también el paradigma de recuperación, el cual plantea que es fundamental trabajar en el fortalecimiento de las habilidades del usuario dirigiendo el foco de atención, a la salud y el bienestar personal (Sampietro, 2021).

Se ha demostrado un resultado positivo también, en la terapia cognitivo conductual individualizada, donde se ha visto una reducción de autoestigma y un aumento de bienestar (Tapia et.al, 2015). Algunas personas con trastornos mentales han manifestado que participar en grupos de autoayuda también es beneficioso para hacer frente al estigma (Dickerson, 2002).

Según Diaz de Peral (2017) las personas con trastornos mentales frente al estigma tienen dos opciones: como primera opción asumir los estereotipos que le adjudica la sociedad, perdiendo así la autoestima y las posibilidades de recuperación, y como segunda opción pueden rechazar estos estereotipos. Esto reafirma que el autoestigma solo puede ser superado con el empoderamiento.

Es sumamente necesario contar con ciertas estrategias para contrarrestar el estigma que hay sobre la esquizofrenia. Una de ellas es brindar información a la población sobre los trastornos mentales en general y la esquizofrenia en particular (Penn et.al, 1994).

Klarié y Lovrié (2017) introducen tres métodos efectivos para contrarrestar el estigma: la educación, el contacto con el usuario, y las protestas.

Uribe et.al (2007) plantean que la información no puede asegurar que el estigma vaya a desaparecer. Brindar información implica también informar sobre el estado de agudeza y el origen biológico del trastorno, lo que puede generar malas interpretaciones y reforzar el

estereotipo que hay sobre la esquizofrenia (Penn et.al, 1994). Por este motivo es importante que se haga fuerte hincapié en el origen biopsicosocial y no solo biológico (Uribe et.al, 2007).

Aun así, en un estudio mencionado por Penn et.al (1994) se ha comprobado que las personas que poseen más información sobre salud mental son menos perjudiciales para los usuarios con esquizofrenia en cuanto a la estigmatización. Lo mismo pasa con los familiares que tienen mayor conocimiento sobre el tema. Además, arrojan los resultados, que las personas que han tenido contacto con un sujeto que padece un trastorno mental son las que menos estigmatizan. Se reafirma igualmente, que brindar información previa sobre el trastorno puede ser contraproducente en algunos casos, debido a que las personas pueden darle más importancia al estado agudo y priorizar esa información sobre la otra.

Por otra parte, se hace necesario para la reducción del estigma y sobre todo del autoestigma, trabajar específicamente con el personal de salud, para que puedan impulsar al mantenimiento de la autoestima del usuario, así como también destacar la importancia de la participación de este en el desarrollo del plan de tratamiento. Asimismo, deben ser cuidadosos en cuanto al diagnóstico y tomar conciencia del peligro del etiquetado. Es también importante trabajar con los medios de comunicación (Kadri y Sartorius, 2005).

No solo el personal de salud y los medios de comunicación pueden participar en la reducción del estigma, sino que toda la población puede realizar acciones contra este. Desde la participación de un programa, hasta la realización de un simple comentario. Toda la población debería ser consciente de lo que la estigmatización genera en los usuarios (Kadri y Sartorius, 2005).

Reflexiones finales

A lo largo del trabajo ha quedado reflejada la importancia de la reducción del estigma para que el usuario con esquizofrenia pueda iniciar y mantener el proceso de rehabilitación.

El estigma se ha señalado como un obstáculo para el desarrollo de programas de rehabilitación y un impedimento para la reinserción social del usuario con esquizofrenia en la comunidad. La estigmatización aumenta el riesgo de cronificación de la enfermedad, ya que el sujeto evita el diagnóstico por temor a la discriminación.

Quedan evidenciadas las consecuencias negativas que trae el estigma para las personas que padecen esquizofrenia, como lo son: la discriminación, la dificultad a la hora de conseguir un empleo, los problemas de acceso a la vivienda y a los servicios de salud. La sociedad tiene una imagen de peligrosidad de estos sujetos, lo cual lleva a que sean excluidos por parte de esta, entre otras características. Es preocupante que el estigma no proviene únicamente de la comunidad, sino que se traslada desde esta, hasta el entorno del usuario y su familia. Como consecuencia del estigma el usuario internaliza las connotaciones negativas que le adjudica la sociedad surgiendo así el autoestigma. Además del estigma que perciben por parte del mismo personal de salud.

Se concluye que la rehabilitación psicosocial es fundamental para la recuperación de los usuarios con esquizofrenia, siendo considerada como el tratamiento más adecuado. Ha quedado demostrada la necesidad de abordar el tratamiento desde un punto de vista psicosocial, no alcanza solo con la medicación.

Un aspecto para destacar es la creación del plan de tratamiento individualizado, el cual se propone en el Plan Nacional de Salud Mental (2020). Esta toma en consideración la individualidad de cada sujeto. Destaca la importancia de abordar cada caso como particular y

buscar un plan que se adecue a las necesidades del usuario, no dando lugar a la generalización.

Se considera indispensable trabajar desde el inicio del tratamiento con la familia y con las redes sociales del usuario con el fin de evitar el aislamiento social.

Es imprescindible poner foco en la recuperación, apuntar a la calidad de vida del usuario, más allá de su condición.

Se parte desde una mirada al pasado, donde el tratamiento para las personas con trastornos mentales consistía en el encierro y la exclusión, para llegar luego a la creación de los centros y planes de rehabilitación los que, por el contrario, tienen por objetivo además de la reducción de los síntomas, el recupero y fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los usuarios, así como también el refuerzo de la autoestima con el fin de lograr la reinserción social.

Se ha logrado un avance en Uruguay con la Ley de Salud Mental (2017) y la creación del Plan Nacional de Salud Mental (2020), el cual apunta a garantizar los derechos de las personas que padecen trastornos mentales, promoviendo así, la inclusión y participación de estas en la sociedad. Se plantea un cambio de paradigma en cuanto al modelo de atención, apuntando al modelo comunitario, destacando la importancia del contexto y buscando la desinstitutionalización. Destaca La Ley, que la internación prolongada vulnera los derechos del usuario. La misma prevé por este motivo, el cierre de los hospitales psiquiátricos para el año 2025, aunque aún queda mucho trabajo por hacer.

Antes de pensar un programa de rehabilitación se debería pensar en estrategias de prevención de estigmatización. Educar e informar a la sociedad en general sobre la esquizofrenia en este caso, como de cualquier trastorno mental. Hay una falta de información e

ignorancia sobre el tema que debe ser tratada, y esta es una de las principales causas del estigma.

No se debe culpabilizar a la sociedad, a la familia del usuario, a los servicios de salud, a los medios de comunicación, ni al propio usuario sobre la actual existencia del estigma sobre los trastornos mentales, ya que es algo que está naturalizado e internalizado dentro de todos los actores sociales. La mirada debe estar dirigida a la desnaturalización y desconstrucción del estigma.

Este trabajo pretende problematizar y visibilizar el estigma, concientizar sobre la existencia de este y de cómo afecta a los usuarios con esquizofrenia. Se debe dar especial prioridad a la lucha contra el estigma, debido a que la estigmatización actúa como un obstáculo para la rehabilitación psicosocial, como también para cualquier tipo de progreso en los planes y tratamientos de salud mental.

Referencias

Apud, I. (2008). *Exclusión social y locura. Una perspectiva antropológica.*

<http://www.arteysalud.psico.edu.uy/articulos/art%202008/Ismael/Exclusion%20Social.html>

Alpud.I. y Borges.C. (2010) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay.* Facultad de psicología. Universidad de la República. Uruguay.

Aretio.A. (2009) Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social Vol.23 (2010): 289-300.*

Asociación Psiquiátrica Americana (2013). *Manual de Diagnóstico Psiquiátrico (DSM-5)*

Bleuler.E. (1989) Demencia precoz- El grupo de las esquizofrenias. *Ediciones Home-Editorial Lumen. Segunda edición. Argentina.*

Campos-Arias.A., Oviedo.H. y Herazo.E. (2014) Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría, Vol.43, núm. 3, 162-167. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Bogotá, Colombia.*

Davidson.L y Gonzalez-Ibañez.A. (2017) La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol 37(131) Pág.189-205.*

Del Castillo.R., Villar.M. y Dogmanas.D. (2011) Hacia una rehabilitación psicosocial integral en Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad, Vol. 1. Num4.83-96. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay*

- Díaz del Peral.D. (2017). Recuperación y estigma. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(2), 127-144.
http://spu.org.uy/sitio/wpcontent/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf
- Dickerson.F., Sommerville.J., Origoni.A., Ringel.N. y Parente.F. (2002) Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol.28, Pag. 143-155. Oxford University.
- Ey.H, Bernard.P y Brisset.C. (1978). *Tratado de psiquiatría*. Octava edición. Paris, Francia.
- Florit-robles.A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 24(1,3) 223-244. Madrid, España.
- Fraguas.D. y Palacio.J. (2009) *Recordatorio de Semiología*. *Semiología de la esquizofrenia*. Madrid, España.
- Gallo.K. (1994) First person Account: Self-Stigmatization. *Schizophrenia Bullentin*. Vol20, Pag 407-410. Oxfrdm University Press.
- Garay.M., Pousa.V. y Pérez.L. (2014) La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatra*. 34(123), 459-475. Madrid, España.
- Gutiérrez.F. (24 de septiembre 2020) *Como en casa: la obra de las Hospitalarias*.
<https://icm.org.uy/como-en-casa-la-obra-de-las-hospitalarias/>
- Kadri.N. y Sartorius.N. (2005) The Global Sight against the Stigma of Schizophrenia. *PLoS Medicine*. 2, 597-599.

- Kelvin.M., Fung.T. y Tsang.H. (2008) Self-Stigma of People with Schizophrenia as Predictor of Their Adherence to Psychosocial Treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 32(2) 95-104. Trustees of Boston University.
- Klarié.M y Lovrié.S. (2017) Methods to fight mental illness stigma. *Psychiatria Danubina*, 2017, 29(5) 910-917. Zagreb, Croatia
- 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-venta-historico-social/>
- Ley 19529 del 2017. Ley de Salud Mental. 24 de agosto 2017.
- Lin.Y., Lin.M., Huang.Y., Ma.W., Yen.W. y Lee.S. (2022) Effects of Rehabilitation Models on Self-Stigma among Persons with Mental Illness.
- Lolich, M. y Leiderman, E. (2008). Estigmatización en la esquizofrenia y otros trastornos mentales. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 165-173
https://www.researchgate.net/publication/232445098_Estigmatizacion_en_la_esquizofrenia_y_otros_trastornos_mentales
- Loubat.M, Lobos.R. y Carrasco.N. (2017). Estigmatización de la persona con Esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: un estudio en profesionales de la salud mental. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83652501002.pdf>
- Love.N., Reina.P. (10 de octubre 2021) *Estigma en la salud mental: solo un 4% de los actos violentos responden a enfermedades mentales.*

https://www.consalud.es/pacientes/dias-mundiales/salud-mental-sin-esquizofrenia-creativo-no-valor_103490_102.html

Magliano.L., Read.J., Patalano.M., Sagliocchi.A., Oliviero.N., D'Ambrosio.A., Campitiello.F., Zaccaro.A., Guizzaro.L. y Cerrato.F. (2012) *Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina*. Departamento de Psicología, Segunda Universidad de Nápoles. Facultad de Psicología, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda. Facultad de Medicina y Facultad de Psicología, Universidad de Nápoles. Italia.

Novella, E y Huertas, R. (2010). *El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia*. Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC), Madrid-España.

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R. y Autonell, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477- 489
<https://www.redalyc.org/html/2650/265020921006/>

OMS (Organización Mundial de la Salud) y WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial) (1996) Rehabilitación psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO. *WAPR Bulletin*, 8(3).

Ordenanza 1488 de 2019 (Ministerio de Salud Pública). Por lo cual se dispuso a aprobar la lista de dispositivos de la red de atención de salud mental. 7 de noviembre 2019.

Penn.D., Guynan.K., Dally.T., Spaulding.W., Garbin.C. y Sullivan.M.(1994) Dispelling the Stigma of Schizophrenia: ¿What Sort of Information Is Best?. *Schizophrenia Bulletin*, Vol.20 Pág. 567–578.

Plan Nacional de Salud Mental (2020) Ministerio de Salud Pública.

Real Academia Española (2021). Diccionario de la Lengua Española.

<https://www.rae.es/>

Runte.A. (2005) *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, España]. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/766>

Sampietro.H. (2021) *El modelo de recuperación, un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental*.

<https://www.som360.org/es/monografico/recuperacion-salud-mental/articulo/modelo-recuperacion-cambio-paradigma-abordaje-salud>

Tapia, F., Castro, W., Poblete, C. y Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Revista de Salud Mental* 38(1) pág.53-53. Chile

Uribe.M., Mora.O. y Cortés.A. (2007) Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universidad Médica*, vol.48, núm 3, 207-220. Bogotá, Colombia.

Wahl.O. (2011) Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*. Vol.16. University of Hartford. USA