

ESTIGMATIZACIÓN DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA Y CONSECUENCIAS PARA EL PROCESO DE REHABILITACIÓN: UN ESTUDIO EN PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL*

*THE STIGMA OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA AND IMPLICATIONS FOR THEIR
REHABILITATION PROCESS: A STUDY OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS*

Margarita Loubat O.**

Universidad de Santiago de Chile (USACH), Santiago - Chile.

Rosario Lobos

Universidad de Santiago de Chile (USACH), Santiago - Chile.

Nicolás Carrasco

Universidad de Santiago de Chile (USACH), Santiago - Chile.

Recibido julio de 2016/Received July, 2016

Aceptado junio de 2017/Accepted June, 2017

RESUMEN

Se analizan los factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con diagnóstico de esquizofrenia y se identifican las repercusiones que ello conlleva para el tratamiento y rehabilitación del paciente. El estudio utiliza un diseño cualitativo-descriptivo y de muestreo de tipo intencionado. Se realizan entrevistas en profundidad a 10 profesionales de la salud mental con una experiencia mínima de 7 años de trabajo con pacientes con esquizofrenia. El análisis de los datos se realiza mediante contenido temático. Los resultados indican que los estereotipos y prejuicios se fundan en el abordaje histórico cultural de la locura y son promovidos por los medios de comunicación en base a la falta de información y educación respecto de la enfermedad. La estigmatización dificulta la detección precoz y la adhesión al tratamiento, vulnera al paciente a experimentar recaídas, intensifica su sintomatología psicótica, genera perjuicios en la construcción de la identidad, autoestima y autonomía e interfiere significativamente en el proceso de tratamiento y reinserción social ocupacional del sujeto. Se concluye que la estigmatización de la persona con diagnóstico de esquizofrenia es una problemática actual, que repercute negativamente en el proceso de tratamiento y rehabilitación, afectando al que sufre el trastorno y a su familia por temor a la exclusión social. La estigmatización es un fenómeno que debe ser problematizado a nivel de la población en general, y por los profesionales dedicados al tratamiento de esta patología.

Palabras Clave: Esquizofrenia, estigmatización, tratamiento, rehabilitación.

ABSTRACT

Factors that create and perpetuate the stigma of people with schizophrenia are analyzed, and at the same time, the implications associated to treatment process and rehabilitation of patients is identified. The study is based on a qualitative-descriptive design, with intentional sampling. In-depth interviews were conducted with 10 mental health professionals with at least 7 years of experience in working with patients diagnosed with schizophrenia. Analysis of the collected data is performed through thematic content analysis. The results indicate that stereotypes and prejudice are based on the historical record of madness and, in turn, are promoted by

* Este estudio fue financiado por la Dirección de Investigación Científica y Tecnológica de la Universidad de Santiago de Chile (proyecto DICYT N° 031393LO).

** Autor correspondiente / Corresponding author: margarita.loubat@usach.cl; co-autora: rosario.lobos@gmail.com; co-autor: nicolas.carrascof@gmail.com

the media based on lack of information and education on the disease. Stigma appears as a phenomenon hindering early detection and treatment adherence; making patients more prone to experience relapses, intensifying their psychotic symptoms; generating loss identity, self-esteem and autonomy construction, which significantly interferes with the process of occupational therapy and social reintegration of the subject. It is concluded that stigma of people with schizophrenia is a current and longstanding problem that negatively affects patients' treatment and rehabilitation process, affected not only those who suffer the disorder but also to their families, due to fear of social exclusion. Stigma is a phenomenon that must be problematized on the general population level, as well as by professionals involved in the treatment of this disease.

Key Words: Schizophrenia, stigma, treatment, rehabilitation.

Introducción

La estigmatización es un constructo social que incluye actitudes, sentimientos, creencias y comportamientos que se configuran como prejuicios, lo que conlleva consecuencias discriminatorias hacia la persona estigmatizada (Ochoa, Martínez, Ribas, García-Franco, López, Villellas, Arenas, Álvarez, Cunyat, Vilamala, Autonell, Lobo, & Haro, 2011). Este fenómeno se ha traducido, a lo largo de la historia y en diversos contextos sociales, en una marca de descrédito que mantiene aislada del resto a personas o grupos minoritarios que presentan algún rasgo diferencial que los identifica. Según Fresán, Robles, Cota, Berlanga, Lozano, y Tena (2011), la estigmatización puede ser el resultado de la falta de conocimiento acerca del fenómeno o persona en particular (ignorancia); la generación de actitudes negativas (prejuicio); y la evitación o exclusión de la persona (discriminación). En el caso de la esquizofrenia, este fenómeno conlleva a que el paciente y su familia no sólo se vean afectados por la enfermedad, sino también por el prejuicio asociado a peligrosidad y violencia que existe respecto del trastorno.

La esquizofrenia es responsable del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile, se le considera dentro de las seis enfermedades prioritarias en la carga de Salud Mental. A nivel mundial, tiene una prevalencia de entre 3,3 y 4,6 por cada mil personas (MINSAL, 2009). El estado del arte señala que son los tratamientos multidisciplinarios, multifactoriales y en fases iniciales de la enfermedad, los que pueden incidir en el curso de la enfermedad. En lo que concierne a la resolución del trastorno –dejando entre paréntesis el fenómeno de la estigmatización– existen estudios sobre remisión de síntomas y recuperación del paciente que muestran resultados bastante optimistas (Ciudad, Bobes, Álvarez, San, Novick, & Gilaberte, 2011). Resultados que consideran medicación, una aproximación psicosocial con inclusión del medio y la superación de

etapas: control de los síntomas, donde juega un papel fundamental la medicación antipsicótica; reinserción social, apuntando a la necesidad de psicoterapia y a los programas de rehabilitación psicosociales; y, acceso a la autonomía e inserción laboral plena, etapa que aún se ve a la distancia. Como se aprecia los esfuerzos desplegados para el tratamiento son múltiples, pudiendo estos verse mermados por el impacto negativo que tiene la estigmatización sobre la persona afectada.

Es necesario señalar que el estigma hacia la persona con trastorno mental se manifiesta en diversos niveles de comportamiento social, dando paso a una guía de intercambio social que finaliza con un “ellos” y “nosotros” (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Guillen & Izquierdo, 2011). La tolerancia fría y el paternalismo aparecen como patrones de interacción frente al sujeto con trastorno mental, algunas personas toleran su presencia, pero evitan el contacto o actúan de manera sobreprotectora (Badallo, García & Yélamos, 2013). También, el fenómeno provoca repercusiones emocionales en quien estigmatiza, tales como miedo, ansiedad, irritación y compasión.

La percepción de que los pacientes no poseen la capacidad de controlar su comportamiento siendo agresivos, violentos y peligrosos puede agravar los síntomas negativos de la esquizofrenia (Fresán et al., 2011). Ello resulta nocivo a nivel emocional y conductual, repercute en la calidad de vida y autoestima y se relaciona positivamente con síntomas de depresión y ansiedad (Muñoz et al., 2011). Existen estudios que dan cuenta de que personas con trastorno mental grave vivencian las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y generalmente negativa, asimilando estereotipos de peligrosidad, de bajo control sobre sí mismos e incurabilidad. Esta auto-estigmatización trae consigo desmoralización y sentimientos de vergüenza; lo cual promueve el aislamiento, el estrés y se constituye como un factor que podría aumentar los riesgos de recaídas e incluso conducir al suicidio

(López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez, & Aparicio, 2008). En un estudio orientado a la auto-percepción del estigma social con personas con esquizofrenia (Ochoa et al., 2011), se indica que las categorías de mayor preocupación son el área de peligrosidad, asociada a la sensación de que los demás le temen; la culpa, referida al desarrollo de la propia enfermedad; la pérdida de roles sociales, en términos de conflictos con amistades y vínculos amorosos; el miedo al rechazo, como la percepción de ser tratado diferente a los demás y a la dificultad para relacionarse adecuadamente. Estos autores señalan que las personas con esquizofrenia que perciben un mayor grado de estigmatización, puntúan más alto en sintomatología positiva y en discapacidad.

Este estigma social, que acompaña al afectado por el trastorno mental a lo largo de su vida, también ha estado influido por los medios de comunicación, incrementado las limitaciones del paciente, su sufrimiento, y ha traído consecuencias en su reinserción social (Muñoz et al., 2011). No obstante, aquellos sujetos que poseen relaciones sociales de apoyo, desarrollan mejores condiciones de vida y menor presencia de síntomas, así como también menor ingreso hospitalario, en comparación con quienes carecen de aquel apoyo (Gutiérrez, Caqueo, Ferrer, & Fernández, 2012).

Como se ha podido apreciar en los antecedentes expuestos, el estigma es un fenómeno lapidario para el sujeto con trastorno mental y es atendiendo a ello que en el estudio que se presenta, se buscó conocer, desde profesionales de la salud mental, los factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con esquizofrenia en Chile y describir las repercusiones que ello conlleva para la rehabilitación del paciente.

Método

Para responder a los objetivos del estudio se llevó a cabo un diseño cualitativo-descriptivo, con un muestreo de tipo intencionado, a fin de recoger la perspectiva de especialistas en la temática (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Este correspondió a 10 profesionales de la salud mental pública chilena –Región Metropolitana –, con una experiencia mínima de siete años en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Participaron tres psiquiatras, tres psicólogos, dos asistentes sociales y dos terapeutas ocupacionales. Los profesionales fueron contactados a través de la técnica de bola de

nieve y se les aplicó el consentimiento informado a fin de resguardar los aspectos éticos ligados a la investigación. La información se recolectó en base a entrevistas semi estructuradas y en profundidad (2) -año 2015-, utilizando una pauta guía basada en antecedentes teóricos respecto de la estigmatización, que consideró los ejes centrales de la investigación: factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con esquizofrenia y repercusiones para la rehabilitación del paciente. Cada entrevista duró alrededor de 60 minutos, acumulándose alrededor de un total de 20 horas de entrevistas. Éstas fueron grabadas con un aparato magnetofónico y una vez transcritas se llevó a cabo el análisis de contenido temático (Rodríguez, Gil, & García, 1999). Se identificaron y segmentaron categorías temáticas, lo cual permitió considerar unidades relevantes y significativas en función del tema abordado. El procedimiento se matizó entre lo inductivo y lo deductivo: se incluyeron categorías teóricas en función de los antecedentes y objetivos expuestos y se generaron categorías emergentes. Finalmente se llevó a cabo una triangulación siguiendo la propuesta de Denzin (Soneira, 2006) mediante el análisis integrado y crítico de los datos obtenidos en los participantes de la investigación, en el marco teórico y en las discusiones del equipo de investigación.

Análisis de los resultados

La Tabla 1, muestra las características de los participantes. Todos trabajan en la Salud Pública: participan tres psiquiatras, tres psicólogos, dos terapeutas ocupacionales y dos asistentes sociales, con un promedio de 18 años en el ejercicio de la profesión y con una experiencia mínima de siete años trabajando con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. El rango de edad promedio es de 46 años de edad. Participan cuatro hombres y seis mujeres.

Respecto del análisis de las entrevistas, en la Tabla 2 se muestra un árbol categorial con 8 categorías temáticas identificadas a partir de los discursos de los profesionales entrevistados.

La Categoría 1, informa respecto del *Estereotipo de la persona con diagnóstico de esquizofrenia en la población general*, refiriéndose a la percepción de los entrevistados, respecto del conjunto de características que la población atribuye al paciente con diagnóstico de esquizofrenia.

Tabla 1.
Características de los participantes.

Protocolo	Edad	Sexo	Años de Profesión	Lugar de Trabajo	Profesión
Entrevistado 1	49	Hombre	19	Servicio de Psiquiatría	Psiquiatra
Entrevistado 2	39	Mujer	14	Servicio de Psiquiatría	Psicóloga
Entrevistado 3	34	Mujer	9	Consultorio	Terapeuta Ocupacional
Entrevistado 4	37	Hombre	12	Consultorio	Asistente Social
Entrevistado 5	61	Mujer	31	Servicio de Psiquiatría	Psiquiatra
Entrevistado 6	60	Mujer	30	Servicio de Psiquiatría	Psicóloga
Entrevistado 7	61	Hombre	31	Servicio de Psiquiatría	Psiquiatra
Entrevistado 8	35	Mujer	8	Consultorio	Terapeuta Ocupacional
Entrevistado 9	56	Mujer	25	Servicio de Psiquiatría	Asistente Social
Entrevistado 10	32	Hombre	7	Consultorio	Psicólogo

Fuente: Elaboración propia

Según los entrevistados, los atributos adjudicados, se caracterizan por ser la construcción más cercana a lo que la sociedad entiende por “locura” en su concepto más amplio, lo cual no ocurriría con el resto de los trastornos mentales. Señalan que ese estigma anular las expectativas de desarrollo afectivo, social, educacional y laboral del paciente, excluyéndolo de una participación activa en el entramado social. Esa marca lapidaria determinar las pautas de intercambio social entre la población y el paciente, replicando el estereotipo del loco en la mayoría de los espacios de interacción social del sujeto, provocaría nulas expectativas de desarrollo del paciente, otorgando al trastorno un criterio de cronicidad, independiente de las características asociadas a la patología en sí y promueve el reconocimiento de éste como carga social. Se señala que el estigma compromete aspectos fundamentales de la existencia del

enfermo y trae como consecuencia un desajuste a determinadas lógicas sociales, profundizado por creencias culturales aprendidas que actúan a modo de consenso social, en relación al paciente, promoviendo una distinción entre éste y el resto de la población. Uno de los profesionales señala que el paciente se percibe de la manera siguiente: “(...) desde la figura del vagabundo, el tipo en situación de calle, hasta la figura del antisocial y peligroso (...)” (Entrevistado 10, párrafo 10).

Esta visión reafirma lo señalado por Novella y Huertas (2010), que uno de los atributos más prevalentes en el discurso cotidiano de la población hace referencia al imaginario del antisocial adjudicado al paciente y también validan lo planteado por Muñoz et al. (2011), quienes señalan que el estereotipo del paciente apela a la agresividad, peligrosidad y violencia del sujeto.

Tabla 2. Categorías y Sub categorías respecto de la estigmatización del paciente con esquizofrenia en Chile.

CATEGORIAS	SUB CATEGORÍAS
Categoría 1: Estereotipo de la persona con diagnóstico de esquizofrenia en la población general	
Categoría 2: Causas que generan y perpetúan la estigmatización en Chile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registro histórico de la locura 2. Regulación del orden social 3. Medios de comunicación 4. Ausencia de psico-educación
Categoría 3: Ejercicio de la estigmatización en Chile	<ol style="list-style-type: none"> 1. Población general 2. Instituciones de Salud 3. Profesionales de la Salud Mental
Categoría 4: Repercusiones asociadas a la reinserción social y laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo social 2. Inclusión laboral
Categoría 5: Repercusiones de la estigmatización en la subjetividad del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. En la construcción de identidad 2. En la vivencia de la sintomatología 3. En la capacidad de agencia 4. En la vivencia de la exclusión
Categoría 6: Repercusiones de la estigmatización en el tratamiento y rehabilitación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repercusiones en tratamiento 2. Repercusiones en rehabilitación
Categoría 7: Estrategias de intervención respecto del trastorno desde los servicios de salud mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección precoz 2. Psico-educación 3. Trabajo interdisciplinario 4. Vinculación con la familia 5. Estimulación ocupacional 6. Intervenciones comunitarias
Categoría 8: Percepción del profesional respecto de las políticas públicas y des-estigmatización del paciente con diagnóstico de esquizofrenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beneficios en el tratamiento y rehabilitación 2. Críticas y desafíos en función de la des-estigmatización

Categoría 2: *Causas que generan y perpetúan la estigmatización en Chile*. Emergen cuatro sub-categorías: a) *Registro histórico de la locura*: los profesionales refieren que el acontecer histórico asociado a la enfermedad mental, se establece como una causa que explica la génesis del fenómeno, instalándose fuertemente en la sociedad y que continua repercutiendo en las pautas culturales actuales, al igual que la asociación entre esquizofrénico y “loco”. Este imaginario en torno a la locura y las lógicas de distinción y exclusión de estos pacientes, son, además, resultantes de las

prácticas de un modelo médico ya superado, que abordó históricamente la locura por medio de instituciones orientadas a la marginación de los “enfermos mentales” quienes eran alejados de la urbanización. Ese confinamiento habría promovido la idea de que el “enfermo mental” está destinado a la incurabilidad y a la imposibilidad de reinserción social, reconociendo al enfermo como un ente perturbador del funcionamiento normal de ésta. b) *El orden social*: alude a los dispositivos de regulación, control económico y social, rigiéndose bajo criterios de funcionalidad y productividad, dictaminan lo que se considera

como normal, dentro de los cuales el “enfermo mental” no tendría cabida. Opinión coincidente con lo que señalan Jarne, Talarn, Armayones, Horta y Requena (2006), en el sentido de que este control social se pone en marcha por medio de la segregación de los “enfermos mentales”, inscribiéndose -en la actualidad- en el fenómeno de estigmatización que, bajo estas consideraciones, no estaría exento de dinámicas políticas de opresión y control sobre la población. c) *Los medios de comunicación*: como ente transmisor del estereotipo ya mencionado, validan los atributos asociados a la peligrosidad y por consecuencia promueven la estigmatización del sujeto. Se reafirma públicamente la caracterización del sujeto como agresivo, transgresor de ley y antisocial, por medio de información catalogada por los entrevistados como sensacionalista, estableciendo una relación directa entre el acontecer delictual y el trastorno. Revalidan con ello el estereotipo del paciente en situación de calle, como individuo cuya condición respondería en su totalidad a la enfermedad mental. d) *El sistema educativo nacional*: como agente pasivo frente intervenciones de psico - educación que pueden facilitar la información que maneja la comunidad respecto a la enfermedad mental y promover dinámicas de inclusión.

Categoría 3: *Ejercicio de la estigmatización en Chile*: a) *La población en general*: los profesionales señalan que la comunidad experimenta miedo y sentimiento de inseguridad al establecer contacto con los pacientes y evitan la interacción, también sienten temor, frente a un posible contagio de la enfermedad mental. En la literatura se plantea que el contacto con un sujeto con esquizofrenia trae consigo repercusiones emocionales negativas en quien estigmatiza, siendo frecuentes el miedo y la ansiedad. Por lo tanto, el impacto emocional frente al trastorno mental despliega estrategias de interacción social que evitan el contacto con quien padece el trastorno, promueve la exclusión y coarta las relaciones interpersonales; también evitan reconocer al individuo con esquizofrenia, su calidad de sujeto (López et al., 2008). b) *Instituciones de salud*: el estigma, se materializa por medio de la segregación de las unidades de psiquiatría, incluso al interior de los hospitales, replicando simbólicamente la exclusión geográfica histórica de las instituciones psiquiátricas, las cuales se les alejaba de la urbanización. Lo cual también

excluye al enfermo mental de las dinámicas sociales internas, asociadas a las instituciones de salud.

Tal como señala un entrevistado:

Si tu miras los servicios de psiquiatría, en los hospitales generales, están un poco aislados del resto de los servicios (...); no hay una voluntad para que esos servicios estén integrados junto a los otros, que es lo necesario, porque los pacientes psiquiátricos deberían estar cerca de una Unidad de Tratamiento Intensivo, deberían estar cerca de los Servicios de Neurología (...) y muchas veces cuando se envía a los pacientes a otros servicios, (...) ahí uno nota como en los otros profesionales existe también el estigma. (Entrevistado 5, párrafo 12).

c) *Los profesionales de la salud mental*, también participan en el fenómeno de estigmatización mediante abordajes diagnósticos y de tratamiento que pueden resultar tan lapidarios como el propio estereotipo que la comunidad deja caer sobre el paciente. Dicho fenómeno puede ocurrir cuando, apelando a la cronicidad del diagnóstico, el profesional restringe su quehacer, se limita a las prestaciones farmacológicas y no articula intervenciones en red ya sea con otros profesionales o miembros de la comunidad. Este tipo de intervención es interpretada por los entrevistados como la reducción de expectativas del profesional frente al desarrollo del paciente en cualquiera de los ámbitos de su vida. Otro entrevistado afirma:

Lo he reconocido incluso en mis propios compañeros de trabajo, en el tipo de atención, en la escucha que se les entrega, en la solución rápida o en el estigma que muchos profesionales incluso de la salud mental tienen al respecto, (...), ello se funda generalmente en que son pacientes crónicos, entonces se dice, ya no hay nada más que hacer con él (...). (Entrevistado 6, párrafo 2).

La estigmatización también conlleva una des-subjetivación, que homogeniza a todos quienes padecen el trastorno, excluyendo la vivencia que le es propia al sujeto, no comprendiendo la conducta y el síntoma en función de quien lo desarrolla. La des-subjetivación mantiene al paciente en una posición pasiva respecto del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La consideración de que los profesionales de las instituciones de

salud mental manifiestan estas actitudes le resta importancia a la ignorancia y desconocimiento como factores determinantes de la estigmatización:

(...) también cierta estigmatización que es propia de los profesionales (...) la des-subjetivación de la persona “es un esquizofrénico” como si la esquizofrenia fuera una condición que cubre y homogeniza todos los ámbitos del individuo, entonces esta persona ya no es persona es un trastorno y todo cuanto ocurre en torno a él, todo cuanto hace se lee desde la condición de esquizofrénico, todo lo que el trae ya no es nada nuevo, por una parte yo lo estigmatizo pero al mismo tiempo genero una ilusión de comprensión (...) ahí uno cae en la lógica de que todo se entiende, pero no nos acercamos a la persona, no conocemos su historia, su intimidad (...). (Entrevistado 10, párrafo 4).

Categoría 4: Repercusiones asociadas a la reinserción social y laboral. Los entrevistados señalan que es necesario separar lo propio del trastorno de lo ocasionado por los prejuicios y la estigmatización. Afirman que el deterioro ocasionado por las repercusiones asociadas a la estigmatización, requiere de la participación de todo el entramado social y que se instala como un fenómeno difícil de contrarrestar en el tratamiento. Señalan que existe un desajuste social real asociado a las características sintomáticas del trastorno, que se ve incrementado por el fenómeno de estigmatización, en la medida que éste dicta las pautas de intercambio social entre la comunidad y el individuo con esquizofrenia. Agregan que existe consenso respecto de que la sintomatología trae consigo un deterioro en funciones que están relacionadas con el funcionamiento en la comunidad y que la sumatoria de episodios psicóticos intensifican el deterioro cognitivo y en consecuencia alteran el desarrollo de las habilidades sociales. Señalan, que lo propio del trastorno puede alterar las habilidades sociales, pues éste conlleva alteraciones asociadas a la memoria verbal y a la atención que repercuten en la resolución de problemas y en el desarrollo psicosocial. También van en el mismo sentido el aplanamiento afectivo, la abulia y el desgano. Que la inclusión laboral del sujeto podría verse interferida a propósito de la sintomatología, pero que esta interferencia no es permanente en el tiempo. Que el déficit neuro - psicológico que

afecta las funciones ejecutivas del paciente, no implica un distanciamiento absoluto con las instancias ocupacionales. Según Rueda y Sotomayor (2013), el deterioro psico - social mermado por la sintomatología no tendría por qué ser en todos los casos un factor invalidante, de acuerdo a lo que refieren familiares y personas dedicadas al cuidado de los pacientes, puesto que las dificultades pueden disminuir si se alejan los periodos de crisis y si se recibe atención especializada por medios de fármacos, psicoterapia y rehabilitación.

Categoría 5: Repercusiones de la estigmatización en la subjetividad del paciente: a) *Construcción de identidad:* refieren que ésta es “atravesada” y re - articulada en función de los atributos predominantes del estereotipo del paciente. Figura del antisocial y anulación de expectativas en torno a su desarrollo. Por lo tanto, es una identidad construida desde la no pertenencia al entramado social, dando paso al fenómeno de auto - estigmatización. Este fenómeno impacta a la persona, quien pareciera vivenciar las opiniones y sentimientos públicos de manera negativa, asimilando estereotipos de peligrosidad, bajo control de sí mismo e incurabilidad, lo que sin duda perjudica el pronóstico del curso de la enfermedad. Las implicancias de la estigmatización en la construcción de la identidad se desenvuelven sobre la base de un proceso de desmoralización del sujeto, quien experimenta vergüenza y prejuicios en torno a su auto-estima. Ello promueve el aislamiento, intensifica el retraimiento social asociado a la sintomatología, constituyéndose como un factor que aumenta los riesgos de recaída y podría conducir al suicidio. b) *Repercusiones en la vivencia de la sintomatología.* La estigmatización del paciente es comprendida como la perpetuación del estado de perplejidad; la cual inicialmente puede responder al enfrentamiento del diagnóstico y a la sintomatología asociada, pero que se extiende en el tiempo producto del reconocimiento de los prejuicios a nivel individual y social, que la enfermedad trae consigo. La desarticulación del sentido de la realidad se acompaña de una desarticulación de la historia y del entramado social; por lo tanto se vivencia una pérdida de la realidad como espacio de pertenencia pues no se está sujeto allí, sino que se es excluido. La angustia se prolonga instalándose en la vivencia de la cronicidad. Es desde estas condiciones que se estructura un relato crónico, construido desde la comunidad, en base a la angustia y la perplejidad.

Al respecto Mena, Bono, López y Díaz (2010), señalan que afrontar la discriminación, el desprecio y el rechazo social trae consigo un significativo malestar en el paciente, lo que en ocasiones, puede resultar de mayor impacto emocional que el derivado de los síntomas propios de la enfermedad. c) *La capacidad de agencia del paciente*. Los entrevistados manifiestan que el sujeto suele ver coartadas sus posibilidades de inserción en sistemas educativos y ocupacionales, posterior a ser reconocido como individuo que presenta el diagnóstico. Por lo tanto, el fenómeno dificulta una rehabilitación basada en la participación social activa del sujeto. Así como, el supuesto que el estigma agrava los síntomas negativos, dado que el paciente puede resignarse a su rol de incapacitado, privarse de la realización de actividades y de la rehabilitación de su deterioro funcional. d) *La vivencia de la exclusión*, experimentada por el sujeto se relaciona con la pérdida de valoración percibida, a propósito de ser marginado de lo que se considera como “normalidad”. Dicha marginación observan los profesionales, pone en cuestión la posibilidad de inclusión social de la persona, dado que experimenta vergüenza, secretismo siendo ello concomitante con el aislamiento social.

Según Ochoa et al., (2011), el estigma social comprende la vivencia de pérdida de roles sociales (amistad, relaciones sentimentales, paternidad, desarrollo educacional y laboral), experimentando con frecuencia el temor al rechazo, lo que trae consigo el ocultamiento de la enfermedad para soslayar los efectos de la discriminación.

Categoría 6: *Repercusiones de la estigmatización en el tratamiento y rehabilitación*. Los entrevistados manifiestan que la estigmatización entorpece el acceso a la atención, la adhesión al tratamiento y la rehabilitación. Uno de ellos señala:

(...) el periodo de rehabilitación es donde el paciente debería desprejuiciarse y decir yo puedo trabajar, yo puedo pensar, yo puedo hacer una vida normal, yo puedo establecer vínculos con otros, yo puedo ser una persona ajustada a este mundo, con mis peculiaridades en fin, pero puedo formar parte de la sociedad. Es ahí donde toma un mayor papel (la estigmatización) (...) porque es justamente el lugar donde hay que llevar al paciente, y cuando están estos estigmas el paciente se retrae, se inhabilita (...). (Entrevistado 7, párrafo 8).

Las reacciones de la vergüenza (que responde al estereotipo y prejuicios asociados a la enfermedad) ponen en marcha lógicas de secretismo, tanto en el paciente como en su familia, lo que dificulta la rápida incorporación del sujeto a procesos de tratamiento. Al respecto, González y Rodríguez (2010), señalan que la transmisión del diagnóstico debe estar acompañada de una adecuada entrega de información y no ciñéndose únicamente a los lineamientos de una clasificación psiquiátrica. El profesional tratante debería tener en cuenta el impacto que genera el diagnóstico en el paciente, en su grupo familiar y en su contexto social, de tal manera que debería abrir el campo de posibilidades de tratamiento y no participar como promotor de discapacidad y discriminación.

Categoría 7: *Estrategias de intervención respecto del trastorno desde los Servicios de Salud Mental*. a) *Detección precoz de la enfermedad*, de tal manera que las intervenciones se ejecuten tempranamente para atenuar el deterioro cognitivo y social del paciente, estabilizando el curso del trastorno y facilitando la reinserción. Señalan que en la medida que complejidades asociadas al diagnóstico sean superadas, la detección precoz podría instalarse como una estrategia que promueve la permanencia e inclusión del sujeto a los procesos de participación social, permitiendo atenuar las limitaciones en el desarrollo personal, con intervenciones orientadas a reducir la sintomatología psicótica, y con tratamientos que permitan frenar el deterioro funcional del paciente. b) *La psicoeducación*, como estrategia para promover la desestigmatización del paciente, reconociéndola como proceso transformador en lo que a la significación social del diagnóstico respecta. La familiarización con el trastorno permitiría desprejuiciar al paciente, a su grupo familiar y a la comunidad. La comprensión de la enfermedad facilitaría librar al sujeto de la responsabilidad que terceros le adjudican en relación al trastorno, entendiendo su génesis como un fenómeno que involucra a diversos actores y que en consecuencia requiere congregarse a todos éstos al momento de articular la rehabilitación del paciente. c) *El trabajo interdisciplinario* también es una estrategia relevante en la reinserción social del paciente, y por ende en procesos de desestigmatización. A este propósito, el MINSAL (2009), valora la interdisciplinariedad para el tratamiento y rehabilitación. Señala que aquellos tratamientos que integran un adecuado uso de psicofármacos

con intervenciones de tipo psicosocial, demuestran sistemáticamente un mayor nivel de efectividad, que alcanza al 60% de los casos. d) *Vinculación con el grupo familiar*. Señalan que la familia es un actor que debe participar activamente en la rehabilitación del paciente, puesto que las dinámicas al interior del grupo familiar pueden estar teñidas por disfuncionalidades e índices de emoción expresada familiar (EE) que detonen crisis en el sujeto, aumentando su vulnerabilidad de recaídas. La literatura señala que existen mayores probabilidades de recaídas en pacientes con alta EE familiar, por lo tanto es importante eliminar una comunicación familiar caracterizada por críticas y evaluaciones negativas, dirigidas al familiar con esquizofrenia (García, Moreno, Freund, & Lahera, 2012). e) *La estimulación del área ocupacional*, como estrategia en función de la reinserción social del paciente, intentando promover la persecución de logros personales y terapéuticos a través del ejercicio de habilidades en el plano laboral del sujeto. Esto contribuye a la desarticulación del atributo de pasividad inscrito en el estereotipo del paciente, favorece el proceso de construcción de identidad por medio de la potenciación de su capacidad de agencia personal. La idea, señalan, es reparar el auto-concepto con intervenciones dirigidas al bienestar mental por sobre el trastorno mental, lo cual es coincidente con los trabajos de Lemos, Vallina, Fernández, Fonseca y Paino (2010). f) *Las intervenciones comunitarias*, son concebidas como estrategias para vincular al sujeto con la comunidad, promoviendo el sentido de pertenencia que ha sido desprovisto, reestableciendo roles sociales perdidos, e intentando re-articular la participación activa del individuo en el entramado social. Los profesionales consideran importante disponer de intervenciones de carácter comunitario, a fin de articular la función clínica con la política social, ampliando la perspectiva psicopatológica a lo social. Ello permitiría la reducción del estigma y traería consigo la socialización de la responsabilidad respecto de la enfermedad mental.

Categoría 8: *Percepción del profesional respecto de las políticas públicas y de la desestigmatización del paciente con diagnóstico de esquizofrenia*. Señalan que las estrategias que promueven la reinserción social del paciente con esquizofrenia requieren ser puestas en marcha bajo el alero de políticas públicas, lo que implica dotar de recursos a las instituciones y dictar los

lineamientos a la base del quehacer profesional. a) *Beneficios asociados al tratamiento y rehabilitación de los pacientes en Chile*. Los profesionales reconocen las Garantías Explícitas en Salud (GES) de la salud pública, como facilitadoras del acceso al diagnóstico y tratamiento, promotoras de información e incorporación de programas de salud mental en atención primaria, incrementando el acceso a la salud mental. También que las políticas públicas han intentado, en el último tiempo, una mayor familiarización de la población con la salud mental, lo que repercute en la disposición de la comunidad al momento de acceder a tratamientos. Se estima que ello podría favorecer procesos de des-estigmatización en la medida que, a mayor acceso y cotidianeidad de los procesos de salud mental más se posibilita una transformación en las creencias, estereotipos, reparos y prejuicios que la comunidad tiene respecto de quienes acceden a la salud mental, puesto que comienza a involucrarlos a todos. b) *Críticas y desafíos*. Se identifica la falta de programas sociales gubernamentales que apunten a la participación y reinserción de los pacientes con esquizofrenia en las dinámicas sociales. Se señala que la desinstitucionalización de los pacientes con trastornos mentales es un proceso incompleto, en la medida que no se ha logrado resolver todas las implicancias que la desinstitucionalización tiene ni tampoco, todas las disposiciones tanto de recursos económicos como humanos que requiere la reforma efectuada. Otra crítica, es la ausencia de educación a la población en general respecto de la esquizofrenia la cual podría actuar complementariamente a las estrategias que se desarrollan en los dispositivos de salud.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue conocer desde profesionales de la salud mental, los factores que generan y perpetúan la estigmatización de la persona con esquizofrenia en Chile, y describir las repercusiones que ello conlleva para la rehabilitación del paciente.

La primera conclusión apunta a que los factores implicados en el fenómeno de la estigmatización serían *el registro histórico de la locura, la regulación del orden social, los medios de comunicación y la ausencia de psico-educación en la población general*. Se estima que estos factores dan paso a un modelo causal del fenómeno de estigmatización, estando los dos iniciales implicados en la génesis

de la problemática, mientras que los otros dos participan perpetuando y actualizando el fenómeno en la sociedad chilena actual. El registro histórico es relevante en la medida que hereda creencias culturales materializadas en un estereotipo caracterizado por ideas de peligrosidad e instalando lógicas de segregación las que actualmente se llevarían a cabo -de manera simbólica- por medio de pautas de interacción que la población suele desplegar frente a la persona con esquizofrenia. Concatenado con ello, se excluye a aquel que no es funcional ni productivo en la comunidad, desproveyéndolo de participación activa en el entramado social. Los medios de comunicación divulgan información catalogada como “sensacionalista”, que dispone a la población a asociar la enfermedad con el acontecer delictual, mientras que el sistema educacional no familiariza a la comunidad con la enfermedad mental, desarticulando el estereotipo y transformando las actitudes negativas en lógicas solidarias.

Una segunda conclusión está vinculada con el ejercicio de estigmatización: ésta sería desarrollada por la población general, por las instituciones de salud y también por los profesionales dedicados a la salud mental. Concluir que el que sabe también estigmatiza, pone de manifiesto cómo las pautas culturales aprendidas están de tal manera arraigadas en los miembros de la comunidad, que permean incluso a aquellos que se ocupan directamente del tratamiento del enfermo. La estigmatización ejercida por los profesionales de la salud mental, resulta ser un hallazgo fundamental de este estudio, pues permite establecer un puente concreto entre estigmatización, tratamiento y rehabilitación del paciente. El ejercicio estigmatizador de los profesionales de la salud mental, estaría vinculado a un modelo comprensivo del trastorno que resulta ser tan lapidario como las creencias culturales en torno a la esquizofrenia, reduciendo las expectativas de desarrollo del sujeto y provocando una des-subjetivación del paciente.

Una tercera conclusión está referida a las repercusiones que la estigmatización conlleva para la rehabilitación del paciente. Si bien, los antecedentes teóricos dan cuenta de que el estigma genera perjuicios en el tratamiento y rehabilitación de la persona, esta investigación permite esclarecer qué ámbitos y procesos se ven precisamente

perjudicados. Se sabe que el estigma aumenta la vulnerabilidad de recaídas en el paciente e intensifica la sintomatología asociada al trastorno, generando retrocesos en el proceso terapéutico del paciente, retrasa el acceso y adhesión al tratamiento. Pero además, exige a los profesionales de la salud mental intervenciones de mayor envergadura, debiendo hacerse cargo de un deterioro anexo a la enfermedad, relacionado con diversos ámbitos y con procesos de desarrollo del sujeto. A juicio de los entrevistados, la estigmatización merma la construcción de identidad, el auto-concepto, la capacidad de agencia personal; promueve el aislamiento social y la participación social/ocupacional; tiene un significado en la vivencia de la sintomatología y en la exclusión. Todos ámbitos y procesos de desarrollo del sujeto, que se deberían incorporar en los planes de tratamiento.

Por último, los profesionales valoran -a fin de contrarrestar la estigmatización y la exclusión social-: la detección precoz del trastorno, a fin de disminuir el deterioro funcional y facilitar la reinserción social; la comunicación del diagnóstico, acompañada de psico-educación desprejuiciada para el paciente y su familia; el trabajo interdisciplinario, pues en la medida que diversos agentes potencian al individuo en su desarrollo como persona podría reestablecerse su auto-concepto e integrarse en las dinámicas sociales como participante activo; incorporar a la familia como agente activo en el tratamiento y en la rehabilitación; reestablecer el sentido de pertenencia del individuo a su comunidad, a través de intervenciones comunitarias; y también que las intervenciones deben ser pensadas y articuladas en función de la etapa específica del trastorno.

La estigmatización es una problemática presente en Chile y actúa en detrimento de los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La disminución de su impacto es un desafío de gran envergadura para futuras investigaciones, contemplando a la población en general, a la persona que padece el trastorno, y a los profesionales implicados en la rehabilitación del sujeto afectado de esquizofrenia.

Por último, es necesario señalar que las limitaciones de este estudio se vinculan al número limitado de participantes y que éstos sólo pertenecen a la Región Metropolitana.

Referencias

- Badallo, A., García, S., & Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de Asociación Española de neuropsiquiatría*, 33(120), 737-747. Doi: 10.4321/S0211-57356013000400005.
- Ciudad, A., Bobes, J., Álvarez, E., San, L., Novick, D., & Gilaberte, I. (2011). Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 53-65. Doi: 10.1016/j.rpsm.2010.12.002
- Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D., & Tena, A. (2011). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35(3), 215 - 223. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n3/v35n3a5.pdf>
- García, P., Moreno, A., Freund, N., & Lahera, G. (2012). Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 32(116), 739-756. Doi: 10.4321/S0211-57352012000400005
- González, J. & Rodríguez, A. (2010). Programas de rehabilitación psicosocial en la atención comunitaria a personas con psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332. Doi: 10.5093/cl2010v21n3a8
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M., & Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 254-262. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/4008.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill
- Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: UOC.
- Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Fonseca, E., & Paino, M. (2010). Bases clínicas para un Nuevo Modelo de Atención en la Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 299-318. Doi: 10.5093/cl2010v21n3a7
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista Asociación Española de neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. Recuperado de <http://www.feafesandalucia.org/images/stories/DOCUMENTOS/lucha-contraestigma.pdf>
- Mena, A., Bono, A., López, A., & Díaz, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista Asociación Española de neuropsiquiatría*, 30(4), 597-611. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000400004&script=sci_arttext
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2009). *Tratamiento de Personas desde Primer Episodio Esquizofrenia, Garantía Explícita de Salud (GES)*. Santiago- Chile: MINSAL.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillen, A., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y Salud*. 22(2), 157-173. Doi: 10.5093/cl2011v22n2a5
- Novella, E. & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. Doi: 10.5093/cl2010v21n3a1
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Vilellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E., & Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. Doi: 10.4321/S0211-57352011000300006
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Soneira, A. J. I. (2006). "La Grounded Theory de Glaser y Strauss". En I. Vasilachis de Gialdino (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 153-173). Barcelona: Gedisa.