

Rechazo social frente al trastorno mental: algunas actitudes y sugerencias

Social rejection of mental disorder: some attitudes and suggestions

Catherine Tatiana Páez Cordero¹
ctpaezc@unal.edu.co

¹ Estudiante de Enfermería IX Semestre, Universidad Nacional de Colombia.

Palabras clave

Rechazo, sociedad, percepción, estigma social, prejuicio.

Resumen

El objetivo de este artículo es describir las características y principales soluciones del rechazo social frente a la enfermedad mental. Se realizó una revisión bibliográfica centrada en estudios acerca del estigma originado por la enfermedad mental en la sociedad. Las publicaciones más relevantes fueron seleccionadas a partir de búsqueda en bases de datos como PUBMED y MEDLINE mediante el uso de palabras clave como: mental, rechazo, sociedad, percepción, estigma, prejuicio. Quienes están más cerca al individuo, es decir, su familia, amigos y personal de salud tratante, sufren y causan evitación o rechazo de manera recíproca, aclarando que es realizada de manera inconsciente, no obstante es percibida en alto grado por la persona con trastorno mental, por esto se plantean diferentes soluciones a nivel institucional, familiar y social tales como el seguimiento telefónico, apoyo familiar y la escucha activa por parte del mismo grupo haciendo partícipe al paciente de las decisiones familiares con la consecuente generación de autoconfianza. Tras la revisión bibliográfica se encontró que las principales características del rechazo social frente a la enfermedad mental fueron el estereotipo, los prejuicios y la discriminación, y para atenuarlas es necesario que tanto la familia como la comunidad en general hagan inclusión a la persona enferma nuevamente a la sociedad.

Keywords

Rejection, society, perception, social stigma, prejudice.

Abstract

The objective of this project is to describe the main features and solutions of social rejection against mental illness. A literature review focused on studies of stigma caused by mental illness in society was conducted. Most relevant publications were selected from search databases such as PUBMED and MEDLINE using keywords like: mental, rejection, society, perception, stigma, prejudice. Those closest people to the patient, ie, family, friends, and health care professionals in charge, suffer and cause avoidance or rejection on a reciprocal way, clarifying that it is done unconsciously, however it is highly perceived by the person with the mental disorder, so different solutions to institutional, family and social level such as telephone monitoring, family support and active listening by the same group getting the patient involved in family decisions and the consequent generation of confidence arise. After the literature review it was found that the main features of social rejection of the mentally ill were stereotyping, prejudice and discrimination, to mitigate them, it is necessary that the family and the society in general make a social inclusion of the person with mental illness.

Introducción

Las cifras de salud mental en Colombia dan un panorama general de la misma en la población colombiana, el cual se debe tener en cuenta por parte de los profesionales de la salud para dar respuesta de manera más pertinente y oportuna a los pacientes. Según el estudio nacional de salud mental en Colombia (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2003), cuatro de cada diez individuos presentan un trastorno mental alguna vez en la vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes. En cuanto a la diferenciación de los trastornos mentales por género: en el caso de los hombres, el que más se presenta es el abuso de alcohol y en el caso de las mujeres, es el trastorno depresivo mayor. En cuanto a la distribución geográfica, los habitantes de Bogotá han presentado trastornos mentales alguna vez en su vida en un 46.7%. Los trastornos de ansiedad se presentan en 6.7% en Bogotá y la zona del Pacífico.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), la salud mental se define como: “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Según Goffman, otra definición para tener presente es el estigma social, “atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo” (citado por Muñoz, 2009) frente a la sociedad, quien a su vez desconoce el pensamiento y forma de ver el mundo de la persona estigmatizada, aún más, ignora las consecuencias que genera en la ya afectada salud mental del individuo además de la repercusión en su vida familiar, social e incluso laboral.

Por otro lado, se asocia dicha definición de estigma social con características indeseables socialmente (Link, Struening, Neese, Asmussen y Phelan, 1997), que se muestran de manera sencilla mediante tres

eslabones: los prejuicios sociales, la discriminación y los estereotipos, como se aprecia en la figura 1.

Figura 1. Cadena del estigma social en las personas con trastornos mentales.



Fuente: Diagrama basado en Goffman (1963)

Estos eslabones se desarrollan de manera progresiva (Link et al., 1997), siendo el más leve la concepción social del individuo con trastorno mental hasta la más grave, que es la discriminación y el rechazo adoptado en los distintos aspectos de la vida del individuo.

Inicialmente, se origina el estereotipo, el cual es una conducta social aceptada y adaptada por la población, es decir, lo que la mayoría de la gente piensa frente a una persona con trastorno mental ya que este pensamiento fue aprendido desde la niñez y ha sido reafirmado por la sociedad constantemente; posteriormente se da el prejuicio por medio de las emociones y sentimientos que se expresan frente a una condición que en el caso puntual serían las enfermedades mentales, y por último sale a flote la discriminación, es decir, comportamientos adoptados socialmente y que están aso-

ciados al prejuicio social y que tienen como objetivo alejar a la persona del contacto social en cualquier nivel, provocando así graves consecuencias tanto en su recuperación como en su actual tratamiento. Puede incluso llegar a empeorar su salud mental al presentar retraimiento y aislamiento.

Referente a la enfermedad mental, se ha demostrado que los estereotipos son el primer eslabón de la cadena y asocia a los individuos que la padecen como seres violentos y peligrosos que tienen poco autocontrol o que incluso conviven de manera permanente con estados de alucinación en los cuales la realidad se distorsiona y provoca en ellos comportamientos inhabituales y que ponen en riesgo a quienes les rodean, con todo lo que ello implica. Es decir, para la sociedad las personas con trastornos mentales son el sinónimo de personas faltas de carácter, incapaces de solucionar alguna situación de la vida cotidiana que el resto de la sociedad afrontó y solucionó adecuadamente (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen, 2009).

El segundo eslabón de la cadena observado en la figura 1 es el prejuicio de la sociedad que se asocia con desconfianza y miedo frente a las personas con enfermedad mental, lo que desemboca en rechazo social, manifestado en situaciones como la falta de empleo para estas personas. Pocas de ellas son cabeza de una familia estable o pueden participar activamente en la vida familiar.

Cabe señalar que algunas familias llegan a rechazar a su pariente enfermo hasta tal punto de dejarlo olvidado en hospitales psiquiátricos, abriendo así una brecha de gran tamaño entre la pronta recuperación del mismo y el apoyo familiar, lo cual termina por empeorar la condición del paciente.

El tercer eslabón es cuando el sujeto víctima del estigma social se aísla de la comunidad, a lo que se suman: dificultad para encontrar empleo, alcoholismo, drogadicción, altas tasas de reingresos hospitalarios y la inmersión continua del paciente

en su enfermedad e imposibilidad de recuperación de la misma.

Quienes son víctimas de este estigma sienten vergüenza frente a su condición ya que pueden o no estar en tratamiento psiquiátrico. Es una enfermedad que se ve de manera distinta y en cierta medida peligrosa frente a la sociedad, haciéndola parecer un tabú o tema oculto, razón por la cual, a pesar de la redundancia, es un rechazo socialmente aceptado que utiliza medios como el lenguaje displicente para referirse a estas personas y las aparta de derechos básicos (Hinshaw y Cicchetti, 2000).

La vergüenza que se autogenera en estos pacientes ocasiona un efecto de rebote, haciendo que los síntomas que tratan de suprimir se agudicen aún más, provocando más vergüenza, autodiscriminación y baja autoestima lo que nuevamente conlleva al aumento de síntomas, y así un círculo vicioso (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2002).

Angermeyer y Matschinger (2005) indican que según la opinión de la gente, el rechazo a las patologías del orden mental va en disminución, aunque la realidad se muestra con un panorama diferente ya que las opiniones de la sociedad cambian cuando se solicita un punto de vista acerca del trastorno mental y el estigma social cuando se tiene a un familiar o se es un paciente con trastorno mental. Dicho en otras palabras, la percepción de la sociedad cambia cuando el enfermo mental no hace parte del círculo social de un individuo en comparación a la percepción que se pueda tener si la persona con enfermedad mental hace parte de ese círculo.

Percepciones frente a la persona con trastorno mental

Según Stier y Hinshaw (2007), en muchas culturas del mundo se genera rechazo hacia la enfermedad

mental y quienes la padecen tienen la misma percepción frente al medio en donde viven e incluso consigo mismos. Además de sentirse diferentes al resto de su comunidad e incómodos con su situación, se genera una estigmatización por parte de su entorno sociocultural con la consecuente exacerbación de los síntomas, razón por la cual los individuos no buscan ayuda profesional y quienes sí lo hacen, reciben desde su punto de vista una atención poco sensible que se suma a la sintomatología preexistente.

Con el fin de plantear mejores soluciones tanto al paciente como a su familia, además de observar el progreso y evolución de la enfermedad dentro de los estudios realizados por varios autores consultados (Link, Struening, Neese, Asmussen y Phelan, 1997) (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen, 2009) (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2002) (Angermeyer y Matsching, 2005) (Link, Struening, Neese, Asmussen y Phelan, 2001) (Corrigan, Edwards, Green, Diwan y Penn, 2001) (Stier y Hinshaw, 2007) (Corrigan, Markowitz y Watson, 2004) (Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas, 2008), se tienen en cuenta variables tales como percepción del rechazo social, percepción del estigma, sintomatología y formas de afrontamiento; ya que permiten medir en mejor grado la enfermedad y evolución del individuo observando a su vez los distintos factores que podrían estar afectándole.

Percepciones de la sociedad

Cuando una persona es paciente con trastorno mental, la percepción social es el rechazo. Generalmente el individuo con enfermedad mental logra desviar la atención de la sociedad, pero en los casos en que se deja entrever algo diferente en él, como el hecho de verle en consulta por psiquiatría, que tome algún psicofármaco o que se encuentre en una clínica de reposo mental, la sociedad logra detectar que hay un trastorno mental y lo etiqueta inmediatamente como peligroso, incapaz, débil, conllevando así a un deterioro en

su nivel de vida, afectando su trabajo, su familia y su círculo social.

La persona con trastorno mental tiene como sintomatología comportamientos que están por fuera de los parámetros comunes (Hinshaw y Cicchetti, 2000) (Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas, 2008). Un ejemplo claro es la higiene personal, que se ve deteriorada. También presentan cambios en las relaciones interpersonales, en el comportamiento y alteraciones en el patrón de sueño, síntomas que llaman la atención no solo del círculo social del individuo sino además de la sociedad en general, quienes realizan una asociación entre dichas señales y los tópicos que presentan los distintos medios de comunicación de las personas con enfermedad mental.

Es importante hablar del estigma ya que no solo se da en la sociedad, entre conocidos, compañeros o en las personas que cruzan a su lado en la calle; al conocer el estado mental de una persona se puede identificar de manera precoz el posible rechazo que genere la sociedad a la persona con trastorno mental y pueda así buscar él mismo, o su cuidador, las soluciones más ajustadas que funcionen de manera eficaz ante las necesidades del individuo.

Es común que a las personas con trastorno mental se les dificulte encontrar empleo por sí mismos, o que cuando reconocen su enfermedad consigan uno en el que no se les demuestra confianza. En concordancia con Corrigan et al. (2004), socialmente la imagen de los individuos con trastornos mentales ha sido tergiversada por los medios de comunicación, apoyando así el prejuicio y mostrándolos como individuos peligrosos e incapaces con el consecuente rechazo social, terminando así por dejarlos sin posibilidades de acceder a un empleo.

Sumado a lo anterior, según Corrigan et al. (2004), la sociedad deja por fuera ciertos derechos fun-

damentales a estos individuos, tales como votar, ocupar un cargo electivo, ser jurado, criar hijos; siendo estas personas vulneradas en distintos aspectos de la vida cotidiana a nivel legal, familiar y laboral.

Percepciones del personal de salud frente a las personas con trastorno mental

Los trabajadores de la salud realizan las labores de cuidado y tratamiento a los individuos con enfermedad mental que se encuentran hospitalizados, brindando así la atención necesaria para acelerar su tratamiento y obtener mejores resultados del mismo e incluso para mejorar su calidad de vida durante la estancia hospitalaria. Tras el egreso hospitalario de los sujetos con enfermedad mental, se hace necesario el seguimiento por parte del personal de salud del caso de dicho individuo de manera permanente, en el cual se garantice la ingesta de los medicamentos pertinentes, la asistencia a terapias, la inclusión social y la percepción de su familia y de sí mismo durante el proceso.

Percepción de sí mismo

Para la persona con trastorno mental, la percepción del estigma aparece en un orden específico iniciando en la comunidad, continuando con el empleo, amigos, familia y por último aquellas personas que estaban relacionadas con su tratamiento como el equipo médico. En los estudios anteriormente nombrados se da cuenta del estigma generado conforme a la cercanía de las personas al individuo con trastorno mental; es decir, quienes son más cercanos a este último son más propensos a crear un estigma que en este caso serían los profesionales de la salud, familia, amigos y compañeros de trabajo, extendiendo además el rechazo de estos pacientes hacia sí mismos. En el caso del autorrechazo, el sujeto se ve inmerso en una situación de la cual no puede escapar.

Por tomar un ejemplo de las enfermedades mentales, se hablará de la esquizofrenia, definida por

el National Institute of Mental Health (N.I.M.H.) como:

una enfermedad del cerebro crónica, grave e incapacitante; las personas con esquizofrenia a menudo sufren síntomas tales como escuchar voces o estar convencidos de que otras personas pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o están conspirando en contra de ellos. Estos síntomas causan temor y retraimiento. El habla y el comportamiento son afectados y pueden tornarse hasta incomprensibles.

En las personas en que se presenta dicho trastorno, el estigma social que percibían producía aumento en la sintomatología y sentimiento de discapacidad.

El estigma y el rechazo generan un efecto duradero en la vida de la persona ya que se prolongan más allá del año de iniciado el tratamiento (Link et al., 1997) y están asociados a depresión, entendida como un

trastorno con síntomas permanentes de tristeza, pesimismo, la persona se siente desanimada, muestra disminución en su arreglo personal, presenta alteraciones en el patrón del sueño y de su alimentación que supera las dos semanas y tiene gran influencia a nivel genético, neurobioquímico, psicosocial y orgánico del individuo (Zambrano, 1991, p. 9).

Los individuos con trastorno mental tienden a anticiparse a su rechazo, por otro lado el estigma percibido por parte del paciente influye de manera negativa sobre su calidad de vida y autoestima siendo proporcional a la depresión, la ansiedad y el aislamiento social. En la ansiedad “la persona muestra un miedo sin objeto actual, siente una amenaza inminente asociada a la inseguridad, presenta además síntomas tales como taquicardia, excitabilidad neuromuscular, náuseas” (Zambrano, 1991, p. 8). La baja autoestima está definida

como el “desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual” (NANDA, 2010, p. 251).

Frente al estigma internalizado, que es aquel que se autogenera la persona, aproximadamente el 72% de aquellas con trastorno mental lo evidencian en respuesta a los distintos tipos de estigma. El paciente responde con la búsqueda de apoyo social, educación a la comunidad frente a trastornos mentales e incluso busca enseñar sobre el trastorno mental a la sociedad para evitar el rechazo hacia los enfermos mentales y por ende, a sí mismo.

Cabe señalar que las respuestas del paciente no siempre son positivas como las nombradas anteriormente y pueden presentar silencio frente a la enfermedad mental, retraimiento y aislamiento social.

La persona con enfermedad mental en la sociedad

El apoyo que pueda concebirse en la familia y en el medio social es indispensable no solo a la hora de encontrar una ocupación por parte de la persona con enfermedad mental sino además porque crea en el individuo la autoestima suficiente para sentirse incluido nuevamente en la sociedad y continuar de la mano con ella en su aporte, generar nuevos vínculos sociales y emplear de manera más efectiva sus redes de apoyo.

Dentro de las diferentes actividades que puede realizar la persona con enfermedad mental y su familia o las personas que le sean de apoyo, está la ocupación del tiempo libre, y con ello se deben tener en cuenta actividades como las visitas a los museos, excursiones o salidas, de manera que poco a poco pueda darse inclusión social al mismo mediante la adquisición de la autoconfianza. Por otra parte, los talleres ocupacionales dirigidos, como el taller de pintura y arte o el de teatro, permiten al individuo expresar de distintas maneras

sus pensamientos de modo que se pueden identificar tanto sus debilidades como sus fortalezas. De esta manera se podrán fortalecer actitudes del paciente y hacer reforzamiento de otras.

Las distintas familias pueden realizar reuniones entre ellas de manera que pueda haber un espacio en donde compartan experiencias, sentimientos y puedan además realizar retroalimentación, o incluso consejería frente a distintas situaciones que se hayan presentado con sus familiares con trastorno mental.

Dentro de las redes de apoyo a tener en cuenta se tienen a los amigos, los vecinos y la familia. Estas redes son soportes importantes, ya que no solo se convierten en el puente que une al individuo con la sociedad sino además le permiten ganar confianza en sí mismo y en quienes le rodean, beneficiando de esta manera al equipo de salud, haciendo además que haya un apego al tratamiento farmacológico que esté prescrito en la persona enferma.

Debido a la variedad de síntomas que presentan las personas con trastornos mentales es importante no solo hacer uso de los medicamentos para estos casos sino también realizar trabajo conjunto. Por ejemplo, en el caso de la alteración en el patrón del sueño, la participación de la familia en actividades que le permitan relajarse al individuo antes de la hora de dormir es benéfico tanto para el paciente como para el núcleo familiar, ya que al tener un descanso adecuado durante la noche, el paciente se despertará con mayor energía, vigorosidad y de mejor estado de ánimo, con la consecuente participación en las actividades familiares.

Una sugerencia de cómo incluir nuevamente a una persona con trastorno mental en la familia es haciéndola participe de las decisiones que en dicho grupo se tomen o se tengan en cuenta, además de hacerle ver que su opinión frente a determinada situación también es importante, y que las sugere-

rencias en las que desea incurrir serán bien vistas, escuchadas y sobretodo respetadas.

Otra manera de incluir a la persona pero esta vez en el medio social, específicamente en la formación de vínculos de amistad con otros individuos, es depositando la confianza en él, el aprovechamiento de espacios en donde su participación sea importante, o en donde encuentre personas en alguna situación similar, ya que esto le permitirá darse cuenta de que no está solo, pues hay más personas dispuestas a colaborarle a partir de su experiencia y apoyo.

Frente al empleo, se ha demostrado que el trabajo aumenta la autoestima, integra a la persona a un medio social y por ende genera relaciones interpersonales benéficas para el sujeto además de disminuir el aislamiento social y la depresión.

Educar a la sociedad respecto a sus actitudes frente al trastorno mental es un pilar importante en la erradicación del mismo. Los pacientes con enfermedades mentales pueden hacer uso de la educación como herramienta: explicando la enfermedad, su tratamiento, sus síntomas y las terapias alternativas disponibles para su tratamiento.

Durante la estancia hospitalaria de las personas con enfermedad mental se requiere que el personal de salud incluya en distintas actividades lúdicas y recreativas al individuo. Además que logre vincularlo con los demás pacientes de manera que poco a poco los lazos de confianza se refuercen. También hay que hacerle ver a la persona con trastorno mental que es importante y que debe ser escuchada ya que en muchas ocasiones el facilitar la catarsis y expresión verbal de sentimientos es altamente liberador para esta persona y es el personal de enfermería quien le escucha porque permanece durante todo el tratamiento con el individuo.

Actualmente existen muchas instituciones hospitalarias en el país como el Hospital Mental de An-

tioquia (2013) perteneciente al Estado, que brinda distintos servicios a los pacientes dentro de los cuales se cuenta con los programas especiales de salud mental en donde se brinda ayuda a la población altamente vulnerable a tener un trastorno mental además de sensibilizar a nivel familiar, educativo y laboral, brindando así intervenciones en distintos ámbitos lo cual permite abarcar mayores áreas de interés no solo para el individuo sino en general para la sociedad, la cual puede vincularse a todo el proceso mediante este programa, haciendo de esta manera la inclusión social de manera más participativa.

En el sector privado, la Clínica La Inmaculada (Uribe, Mora y Cortés, 2007) ofrece, tanto al paciente como a su familia, talleres de psicoeducación en los cuales el individuo toma un papel protagónico; lo cual le permite recuperar poco a poco la confianza en sí mismo además de disminuir el rechazo, tanto de sus propios familiares como de los familiares de los demás pacientes. Con lo anterior se evita el aislamiento del sujeto y la familia toma un rol activo que permite su participación durante todo el proceso.

Por otro lado, también existen distintos programas de centros de salud del sector privado en los cuales el paciente es partícipe de actividades como: yoga, pilates, terapia cognitivo-conductual, terapia artística, grupos de desarrollo de habilidades de afrontamiento, todo lo anterior en conjunto con el grupo familiar y un control diario de signos vitales y terapia psiquiátrica, además de manejo de la nutrición, ya que la misma se ve afectada por algunas de estas enfermedades, como en el caso de la anorexia nerviosa.

Otra de las actividades que pueden ser realizadas de manera dirigida son las de teatro, en las cuales se le permita al sujeto interpretar el papel de su elección. De esta manera se podrá conocer la manera en que el mismo interpreta el mundo y da a conocer esta interpretación; además de que exte-

rrioriza sus pensamientos y sentimientos de manera sencilla, realizando la interpretación de un personaje.

Las actividades físicas, tales como trotar, correr, saltar y jugar un deporte en equipo, permitirán a la persona liberar energía y aumentar la concentración en actividades que exigen rendimiento físico y que le proporcionarán posterior descanso corporal. Traen el beneficio adicional de evaluar la manera en que el individuo se relaciona con la sociedad, con pares, de esta manera se pueden valorar otras actividades en grupo que sean pertinentes y logren potenciar las relaciones con los demás pacientes, la familia y la sociedad.

Es necesario investigar más acerca de las instituciones que realizan la inclusión laboral en Colombia ya que la búsqueda realizada en este artículo es insuficiente para apoyar o denegar esta labor.

Finalmente, un ejemplo de inserción laboral se da en España, en donde existe la “Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental” (Instituto Avedis Donabedian, 2012). En esta guía se proponen los servicios de inserción en los cuales se realiza una sensibilización a nivel empresarial, también se brinda asesoría legal con el posterior análisis de los perfiles profesionales para ubicar a cada individuo en un trabajo adecuado y se realiza seguimiento y acompañamiento de estas personas y la empresa, en cuanto a las condiciones laborales. Todo lo anterior está basado en el modelo de competencias y en el del empleo con apoyo.

En el caso del modelo de competencias se evidencian las capacidades y fortalezas con las que cuenta el individuo para así realizar de manera progresiva avances en su adquisición de roles y habilidades. El modelo de empleo con apoyo implica la inserción laboral de personas con enfermedad mental de manera que se les pueda brindar el apoyo necesario, tanto dentro como fuera del lugar de

trabajo, de por vida y teniendo en cuenta las aspiraciones de ascenso del individuo.

Estos dos modelos en conjunto son un apoyo importante respecto a la inserción laboral del individuo pero aún más importante es el apoyo que el sector empresarial brinda frente a la inserción y la disminución del rechazo social, ya que con ellos se demuestra que la persona con enfermedad mental no está exenta de tener aspiraciones laborales o realizar un trabajo que implique remuneración monetaria.

Conclusiones

La creencia popular de la sociedad en considerar a los individuos con trastorno mental como sujetos peligrosos incrementa la brecha social; aun así la población se muestra de acuerdo con mejorar los servicios de salud para estas personas.

El rechazo social a un individuo con trastorno mental se inicia desde el momento en que este muestra o deja ver frente a la sociedad algunos rasgos característicos de las enfermedades mentales, dentro de los que se incluyen las alteraciones del sueño, del comportamiento consigo mismo y con los demás, además de la alteración en sus procesos cognitivos. Es allí cuando la sociedad le rechaza ya que el comportamiento de esta persona se etiqueta como fuera de lo normal o extraño y por ende se vuelve indeseable, dejando así a la persona con trastorno mental con una etiqueta que lleva consigo estereotipos que usualmente son equivocados frente a las personas con enfermedad mental generando un prejuicio que es una predisposición negativa.

Según Angermeyer y Matsching (2005), las personas que generan distancia social lo hacen culpabilizando al individuo de la enfermedad mental. Mientras que en los casos en que las personas atribuían el trastorno mental a causas genéticas o condiciones socioculturales durante el desarrollo

de la persona enferma se encuentra menos rechazo social. Según el mismo autor, el nivel educativo también influye en el rechazo social ya que quienes tienen mayor nivel educativo tienen menos reacciones de miedo frente a la enfermedad mental que las personas con nivel educativo menor.

Para los pacientes con trastorno mental, las consecuencias más comunes son el seguir inmersos en la enfermedad y encerrarse en sí mismos, disminución en el estado de bienestar consigo mismo y con su entorno, baja autoestima, vergüenza y autodiscriminación, lo que finalmente empeora su condición.

Desde el punto de vista de enfermería, el cuidado que se debe prestar a la persona durante su hospitalización y la información que se le pueda brindar a sus seres queridos y amigos es vital con el fin de evitar el estigma y rechazo, además de la consecuente generación de confianza hacia el personal de enfermería con la formación académica pertinente y oportuna frente al trastorno mental por parte del individuo enfermo y su familia.

Tras el egreso hospitalario la labor de enfermería no finaliza ya que es importante el seguimiento que se le pueda realizar a la persona y su evolución. Con ello se hacen las correcciones de manera pertinente y acertada, evitando un reingreso hospitalario y una posible recaída del paciente además de la alteración en su dinámica familiar y social.

En cuanto al paciente, tal como lo plantea Badallo, García y Yélamos (2013), es pertinente que él mismo procure un aumento en la participación de actividades sociales y comunitarias, como ayuda en la organización de eventos sociales, ya que son acciones que no solo permiten que el individuo genere distracción de su situación de salud, sirviendo de paso como terapia ocupacional, también ayuda a la inclusión social y a la disminución en el rechazo social, ya que la comunidad puede

ir evidenciando poco a poco cómo la persona es capaz de adaptarse e interactuar con la misma de manera positiva para ambas partes.

No solo es importante la educación al paciente o la forma en que él debe incluirse en la sociedad, sino que también es necesario educar a la sociedad con el fin de cambiar la imagen que ella tiene de la persona con enfermedad mental, labor que puede realizarse con el apoyo del personal de enfermería, que no solamente vela por el bienestar de la persona con enfermedad mental sino también por el mejoramiento entre la relación de este último con la sociedad, que a su vez necesita la mayor información disponible sobre este tema, todo esto se puede realizar mediante la ayuda de los diferentes medios de comunicación que son la principal fuente de información de la sociedad.

Por otro lado, el ambiente familiar es indispensable en el desarrollo intelectual, social y mental del paciente ya que promueve en el mismo la liberación de sentimientos y pensamientos de manera adecuada y socialmente aceptable. Además de generar autoconfianza en el individuo y mejoramiento de manera notable en el estado anímico.

La cooperación institucional como otro tópico a tener en cuenta en la inclusión social del individuo conlleva mediante políticas adoptadas a nivel institucional, de manera especial en los centros de salud, no solo a comprender mejor a los pacientes con trastornos mentales sino también a permitir su participación en dichas instituciones y a que su opinión sea tenida en cuenta bajo las normas que el Estado pueda permitirle tanto al individuo como a dicha institución.

La autonomía e independencia demostrada de manera progresiva en el paciente conlleva a una mejor aceptación no solo a nivel social, sino también frente a sí mismo y a su familia ya que demuestra de esta manera la capacidad y conciencia de su estado de salud mental y la capacidad del individuo

de hacer frente a un trastorno mental, de manera que no se vean afectados del todo los distintos aspectos de su vida; todo lo anterior sumado a las posibilidades de aprendizaje son la base para la ayuda del paciente con trastorno mental dentro de la supervisión por parte del personal de salud y su familia.

La evaluación de resultados es determinante a la hora de valorar el nivel de mejoría del paciente. Según López, Lara, Laviana, Fernández, García y López (2004), la razón por la cual se recomienda realizarla de manera periódica es determinar con ella las necesidades que presente del personal con mayor frecuencia y la posibilidad de dar solución a las mismas en el menor tiempo posible. Dentro de dicha evaluación de resultados es importante determinar la calidad del servicio que se está otorgando y la disminución en el rechazo que se pueda sentir hacia el individuo y su condición.

La actitud del personal de salud frente a los persona con trastorno mental también puede ayudar o empeorar la situación del mismo, razón por la cual se hace indispensable conocer a fondo el trastorno y su tratamiento, además de las terapias alternativas que pueda brindar el mismo equipo de salud tales como la facilitación de la catarsis, aproximar a la persona a otros sujetos con enfermedades mentales similares de manera que no se sienta aislado y solo, participación de la familia del individuo en sus terapias, reconocimiento de los logros y avances del mismo frente al trastorno, y actividades lúdico-recreativas.

Referencias bibliográficas

- Angermeyer, M. y Matsching, H. (2005). The stigma of mental illness in Germany: A trend analysis. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 276-284.
- Badallo, A., García, S. y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120).
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2003). *Revisión preliminar Estudio Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Corrigan, P., Edwards, A., Green, A., Diwan, S. y Penn, D. (2001). Prejudice, social distance and familiarity with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 219-225
- Corrigan, P., Markowitz, F. y Watson, A. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey. Estados Unidos de Norteamérica: Prentice Hall.
- Hinshaw, S. y Cicchetti, D. (2000). *Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy*. *Development and Psychopathology*.
- Hospital Mental de Antioquia. (2013). *Programas especiales en salud mental*. Bogotá.
- Instituto Avedis Donabedian. (2012). *Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental*. Barcelona. España: Obra social "La Caixa".
- Link, B., Struening, C., Neese, T., Asmussen, S. y Phelan, A. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38(2), 177-190.

- Link, B., Struening, C., Neese, T., Asmussen, S. y Phelan, A. (2001). Stigma as a barrier to recover: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- López, M., Lara, L., Laviana, M., Fernández, L., García-Cubillana, P. y López, A. (2004). *Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas*. Archivos de psiquiatría.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2002). *La esquizofrenia: guía práctica para los medios de comunicación*. Madrid. España.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillen, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- NANDA International. (2010). *Diagnósticos enfermeros 2009-2011*. España: Editorial Elsevier.
- National Institute of Mental Health - N.I.M.H. (s/f). *Esquizofrenia – una descripción básica*. NIMH. Estados Unidos de Norteamérica: Instituto Nacional de Salud Mental.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O. y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Intervención psicosocial*, 17(3), 321-336.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Ginebra: OMS.
- Stier, A. y Hinshaw, S. (2007). *Explicit and implicit stigma against individuals with mental illness*. Berkeley. Estados Unidos de Norteamérica: Universidad de California.
- Uribe, M., Mora, O. y Cortés, A. (2007). Voces del estigma: percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Revista Universitas Médica*, 48(3), 207-220.
- Zambrano, M. (1991). *Manual de psiquiatría-Humberto Rotondo*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.