

ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL: UN PUNTO DE VISTA HISTORICO-SOCIAL

Héctor M. León Castro¹

El propósito de este artículo es revisar aspectos históricos del estigma en la enfermedad mental. El trabajo está dividido en tres secciones. Primero una visión general de las representaciones sociales y el estigma. Segundo, sus orígenes históricos, y tercero, la visión del estigma y las políticas de Salud Pública.

Palabras clave: *Estigma en la Enfermedad Mental, Historia del Estigma, Locura.*

The purpose of this paper is to review historical aspects of stigma of Mental Disease. This paper is divided in three parts. 1st A general view of social representation and stigma. 2nd Historical origins of stigma. 3rd Views of stigma and public health policy.

Key Words: *Stigma of Mental Disease, History of Stigma, Madness.*

¹ Doctor en Psiquiatría, por la Universidad Federal de Río de Janeiro. Jefe del Área de Hospitalización de Mujeres del Hospital Hermilio Valdizan. Perú.

Hace algunas décadas, la sola alusión de haber recibido tratamiento psiquiátrico implicaba una prueba incuestionable de trastorno mental, o cuando menos un hecho irrefutable de debilidad de carácter o de fracaso personal. Visto en este sentido, las enfermedades mentales no solo producen sufrimiento psíquico al paciente y a su familia; también les causan, con bastante frecuencia, vergüenza, humillación y aislamiento. Las consecuencias más inmediatas son el ocultamiento de la enfermedad por parte del paciente, y del paciente por parte de la familia.

Cuando la enfermedad se torna crónica, la familia llega a sentir a su paciente como una “pesada carga” y, entre otras reacciones, tiende a experimentar rechazo o sentimientos ambivalentes hacia él (Silva, 1991). Al mismo tiempo, se produce un fenómeno de retraimiento de sus relaciones sociales y, con cierta frecuencia, tienen que abandonar totalmente actividades que los conectaban con el mundo social.

El paciente, sin lugar a dudas, es quien sufre directamente el peso del estigma. Al ser segregado de sus grupos de pertenencia se daña la red de sus relaciones sociales y queda paulatinamente aislado. En este caso, al trauma de experimentar un trastorno mental se suma la devastadora experiencia de la marginación, que afecta cada vez más su mermada autoestima.

A su vez, el desconocimiento del origen de los trastornos mentales, favorece la aparición de mitos y tabúes de toda índole. Habitualmente, en nuestro País, la idea de daño o posesión espiritual maligna como génesis de estos trastornos es frecuente en amplios sectores de la población. También, lo es la idea de que una vez atravesada la frontera de la normalidad no hay regreso posible a la eup-

siquia (Disertori y Piazza, 1974; Mariátegui, 1988).

Como resultado de todo esto, el paciente encuentra que los amigos han dejado de frecuentarlo, que al buscar trabajo tiene que esconder activamente sus antecedentes psiquiátricos, o que si consigue una pareja tiene que mentir sobre los aspectos más importantes y dolorosos de su vida.

Salud Pública y Trastornos Psiquiátricos

Los desórdenes mentales y los trastornos psíquicos, incluidas las manifestaciones depresivas, la esquizofrenia, el Alzheimer, la epilepsia y el retraso mental, representan el 11% del total de las enfermedades en el mundo. Según la OMS son 400 millones de personas afectadas y, si no se toman medidas, esta proporción se elevará hasta el 14% en el 2020. La depresión llegará a ser, en el año 2020, la segunda causa de discapacidad en el mundo después de las enfermedades coronarias y cerebro-vasculares.

Informes recientes indican que los trastornos mentales son responsables de una proporción importante de la discapacidad en el mundo y que existen indicios de que esta situación se va a deteriorarse aún más. El estigma ligado a la enfermedad mental y a la discriminación, representa un obstáculo significativo para desarrollo de los programas de salud mental (Camargo Díaz et al., 1996; Ribeiro, 1996). El rol de los psiquiatras y de los profesionales de la Salud Mental es abogar por medidas de salud pública que tendrán que ser ejecutadas por toda la red de servicios a nivel nacional, con el decidido apoyo de la acción intersectorial.

Allí donde las posibilidades de tratamiento son limitadas y por lo tanto no se puede

prevenir la discapacidad o la enfermedad es crónica, las intervenciones deberían centrarse en la disminución del estigma ligado a la enfermedad mediante educación sanitaria preventiva, acción en los medios de información, formación adecuada del personal sanitario, etc.

En numerosos casos no será posible separar la enfermedad del estigma. Donde éste sea el caso, las intervenciones en salud pública tendrán que ir acompañadas de intervenciones legales, generando políticas de abogacía para reducir y, eventualmente, eliminar la discriminación negativa ligada a la enfermedad y a las personas estigmatizadas que la padecen.

Finalmente, en algunos casos la prevención no será posible y la enfermedad conducirá a una discapacidad y a una reducción considerable de la calidad de vida y de las posibilidades de inserción social. En estos casos, la intervención deberá ser dirigida a la separación de la disfunción y la discriminación.

El actual concepto de trastorno mental como condición duradera que generalmente está marcado por importantes discapacidades de funcionamiento personal y social, tendrá que ser revisado a la luz de los avances actuales de la psiquiatría y la Salud Mental.

Tanto el personal de asistencia sanitaria y el público en general, incluyendo las personas que padecen los trastornos mentales, deberán, por ejemplo, aceptar la noción de que ésta no siempre es de larga duración; que un episodio de enfermedad no implica que la persona que lo sufre debería ser considerada enferma crónica; que la mayoría de los trastornos mentales no implican interrupciones marcadas en la realización del proyecto de vida personal.

Además de la evidente necesidad de respetar al paciente y proteger sus derechos humanos, resulta igualmente importante dar preferencia a tratamientos que no contribuyan a la estigmatización de la enfermedad. El paciente podría, por ejemplo, ser tratado en servicios sanitarios generales (Brody, 1986; OPS, 1991; OPS, 1996) antes que en instituciones psiquiátricas convencionales, y deberían de elegirse tratamientos psicofarmacológicos que no produzcan efectos secundarios visibles o se deberían ajustar las dosis para minimizar los efectos secundarios.

La Asociación Psiquiátrica Mundial (WPA) ha iniciado un programa internacional para luchar contra el estigma y la discriminación debido a la esquizofrenia. La rehabilitación después de la enfermedad puede ser difícil y hasta cierto punto depende de las actitudes y de la conducta de la gente que rodea a los pacientes y de los pacientes mismos. Se debe fomentar una actitud colectiva que se oponga a la desmoralización que sobreviene cuando una enfermedad crónica es percibida no sólo como incurable sino también como inmanejable. Debemos oponer a la figura estigmatizante de una “*enfermedad incurable*”, la de una “*disfunción controlable*”.

Elementos Históricos del Estigma

La psiquiatría ha sido una de las últimas especialidades médicas en ser aceptada como tal en la comunidad científica (Goffman, 1963). A lo largo de la historia las enfermedades mentales han sido terreno de las concepciones mágicas y religiosas, cuestionándose continuamente su condición misma de enfermedades, ya sea atribuyéndoles un origen espiritual diabólico, en los tiempos anti-

guos, o un origen netamente social y económico en los tiempos recientes.

El estigma ha sido definido como comportamientos, señales o marcas físicas de una persona o grupo de personas que indican hechos, acontecimientos peligrosos o conductas de riesgo, que escapan de la norma o constituyen un hecho vergonzoso.

Edwin Goffman (1963) definió el estigma como un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y la tornaba de una categoría inferior. De esta manera, aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo.

A través de la historia, la construcción social del estigma en psiquiatría, ha estado ligado a mitos, miedos y *prejuicios* que han marcado negativamente al enfermo mental y su familia (Duarte, 1992; Krauss, 1981; Levy, 1994). Así, el concepto de prejuicio deriva del latín *Praejudicium*. Es un sentimiento de desprecio, desagrado, de miedo o aversión sin motivos suficientes, es decir inmotivado que no se fundamenta en hechos objetivos. Los prejuicios, generaron estereotipos sociales estigmatizantes que, finalmente, devinieron en distintas formas de discriminación, segregación y violencia contra los estigmatizados.

Veamos brevemente como se ha desarrollado este proceso de estigmatización a lo largo de la historia en la psiquiatría. (Postel y Quetel, 1997; Thuillier, 1981).

Edad Antigua

Los primeros médicos babilonios, conocidos como *Assipu*, consideraban a las enfer-

medades mentales como posesiones demoníacas y los trataban ante todo con métodos mágico-religiosos. En el Judaísmo, el tratamiento de los trastornos mentales fue restringido a la acción de los médicos laicos por considerarlos enfermedades ocultas que sólo debían recibir atención espiritual de los sacerdotes. Debe recordarse que en la Biblia se describe la enfermedad mental de Saúl, que terminó en suicidio, y ha sido interpretada en distintas épocas como causada por un espíritu maligno enviado por Jehová. Existen también descripciones de probables excitaciones catónicas y ataques epilépticos que también fueron atribuidos a este tipo de posesiones.

Así mismo, debe subrayarse que en Persia, la fuente original de su filosofía se encuentra desarrollada en el *Zendavesta*, uno de cuyos volúmenes, el *Venidad* considera que existirían 99,999 enfermedades en los seres humanos, todas causadas por espíritus malignos. De hecho, “venidad” significa en el estricto sentido “*la ley contra los demonios*”, o métodos para luchar contra la acción de los demonios. De esta manera, se constata que en las culturas antiguas la concepción demoniaca de las enfermedades y en particular de los trastornos mentales estaba firmemente enraizada.

La pregunta que incuestionablemente se plantea es la siguiente: ¿Como surge la concepción espiritual maligna de los trastornos mentales? Hipotetizamos que con la emergencia del *Homo Sapiens Sapiens*, esta especie tuvo que crear simbólicamente seres espirituales buenos y malos que le permitían dar sentido a su vida y desarrollo social.

De esta manera, los espíritus buenos se convirtieron en factores de protección y los malos en factores de riesgo, en lo negativo. Aún cuando en estos períodos también surgieron formas de estigmatización positiva, por

ejemplo los epilépticos eran considerados en algunas culturas antiguas mensajeros divinos, la gran mayoría de los trastornos mentales fueron considerados de origen demoníaco, es decir tuvieron una estigmatización negativa en la terminología desarrollada por Goffman.

Los Mitos, leyendas y las concepciones religiosas de aquella época se encargaron de consolidar esta concepción demoníaca de la enfermedad mental en la población y en la propia historia. Así, la Iglesia primitiva cristiana organizó una orden de sacerdotes, conocidos como los *posesos*, quienes eran los encargados de practicar el exorcismo, con el fin de «expulsar el demonio» de los pacientes mentales, no en vano el cine moderno ha explotado estas creencias en numerosas películas de gran éxito comercial y de dudoso valor artístico.

En el transcurso de los siguientes siglos surgiría, además, el mito de la mutación zoomórfica, expresada principalmente en la llamada *licantropía*, es decir, la transformación de determinados enfermos mentales en lobos o en hombres-lobos. Así mismo, en la edad media surgió la teoría del *lunatismo*, es decir la idea que refiere que en las noches de luna llena se descompensan los pacientes psiquiátricos y se lanzan en busca de sus potenciales «víctimas». Todos estos mitos en gran medida aún subsisten en el inconsciente colectivo de las poblaciones y en conjunto consolidan la idea mítica del origen espiritual-demoníaco de los trastornos mentales, en especial de la psicosis.

Grecia

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales; desde un punto de vista científico. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran consti-

tuir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos que han trascendido al tiempo: la inducción del sueño, la interpretación de los sueños y el diálogo psicoterapéutico con el paciente (Postel y Quetel, 1997).

Así, Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un inadecuado balance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos humores daban lugar a las personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas. También ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos. Además clasificó enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias, histeria, etc., sentando las bases de una concepción racional y científica de los trastornos mentales.

Roma

Los romanos siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, y postularon que las *pasiones* y *los deseos insatisfechos* actuaban sobre el alma produciendo enfermedades mentales, que podían controlarse si se alcanzaba un estado mental sin perturbaciones o *ataraxia*, es decir, un marcado estado de tranquilidad interior.

En ese contexto, Celso clasificó las enfermedades en locales y sistémicas, dentro de estas últimas incluyó las enfermedades mentales que, a su vez, las dividió en febriles (delirios) y no febriles (locura). Aún cuando su

concepción era racional, consideró necesario para el tratamiento de los trastornos mentales el uso del método del confinamiento y los procedimientos extremadamente restrictivos (hambre, cadenas y grillos). Para el control de la violencia del paciente, recomendaba los sustos súbitos. Muchos de estos métodos se aplicaron en los nosocomios hasta fines del siglo XIX.

Después de la muerte de Galeno, se fue perfilando la era del oscurantismo religioso medieval que avasalló el conocimiento científico clásico y llevó a los pacientes mentales a las mazmorras y a la muerte por torturas.

Edad Media y Renacimiento

La edad media significó la gran decadencia intelectual de Occidente. Así pues, las enfermedades mentales, esta vez en occidente, fueron consideradas posesiones demoníacas, y su método la demonología debía dedicarse a estudiar los signos y síntomas o estigmas de la supuesta posesión diabólica.

A partir del siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza. El primer hospital europeo para enfermos mentales se fundó en 1409 en Valencia (España), teniendo una profunda influencia de la medicina árabe (Postel y Quetel, 1997).

A la vez que el Renacimiento ofreció la promesa de un nuevo espíritu de humanismo y conocimiento, se convirtió en uno de los períodos más nefastos en la historia de la psiquiatría y de los derechos humanos de los pacientes mentales.

En 1486, los teólogos alemanes Heinrich Kramer y Johann Sprenger, con el apoyo del Vaticano, publicaron el *Malleus maleficarum*

(El martillo de las brujas), que combinó como concepción ideológica la misoginia de la Iglesia y la idea de una conspiración contra el cristianismo, dando lugar a una cacería de brujas que condujo a la muerte a miles de personas, sobre todo mujeres (Postel y Quetel, 1997). La gran mayoría de las llamadas «personas embrujadas» o que tenían pacto con el demonio, eran mujeres. Las mismas, según las creencias de aquella época, pactaban con el demonio en medio de danzas lúbricas y paganas, en los llamados *aquelarres*.

Los autores del *Malleus maleficarum* atribuyeron la causa de todas las enfermedades mentales al demonio, negando cualquier explicación natural de las mismas, destruyendo así toda la herencia científica de la época clásica griega y romana. El “tratamiento” prescrito para la enfermedad mental fue la tortura, y si se llegaba a la muerte esta era considerado ante todo un acto de piedad cristiana para “liberar el alma” del poseído. Estos asesinatos en masa, se convirtieron por una suerte de racionalización social, en un supuesto acto de liberación del espíritu de un cristiano sojuzgado por espíritus malsanos.

Siglo XVIII y XIX

Aunque los enfermos mentales ya no eran quemados en la hoguera como en los siglos anteriores, su suerte era aún lamentable, incluso durante la Ilustración. Si no eran internados como verdaderos delincuentes en los hospitales generales que eran administradas por órdenes religiosas, vagaban solitarios en los bosques y en el virtual destierro, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos indescriptibles.

El 27 de abril de 1656, un edicto en Francia, de Luis XIV, estableció que los llamados insanos debían ser confinados en forma obli-

gatoria en los asilos. Los directores de estas instituciones estigmatizantes estaban autorizados para detenerlos indefinidamente, y se llegó a encerrar enfermos mentales junto con indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos y enfermos crónicos de tipo orgánico.

Según Foucault, (Duarte, 1992) “*el gran encierro*” se produjo al crearse el Hospital General en Francia, de marcado sello administrativo y represor, cuya objetivo fue “limpiar” la ciudad de París de la “escoria” de la sociedad, contribuyendo así a la emergencia de la ciudad burguesa y su naciente industria. Este hospital, llegó a albergar 6,000 personas, es decir, el 1% de la población de París de aquel entonces.

Paralelamente, en Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones de aislamiento y la brutalidad de los celadores, debían soportar los así denominados tratamientos: eméticos, purgantes, sangrías y otras virtuales torturas físicas.

El Bedlam se convirtió realmente en lugar de espectáculo “circense” dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los enfermos mentales tras las rejas de hierro de su prisión “terapéutica”. Similar situación de maltrato se producía invariablemente en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke’s Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena).

Posterior a este período nefasto surge la contribución fundamental del médico y reformador francés Philippe Pinel (1745-1826). Su labor consiguió cambiar la actitud de la sociedad

hacia los enfermos mentales con la finalidad de que sean considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico estándar. A cargo de la Bicêtre, liberó literalmente a los pacientes de sus cadenas en 1793; dos años después hizo lo mismo en la Salpêtrière.

Pinel llamó a su labor sanitaria “*tratamiento moral*”, y muchos de sus principios conservan su valor hasta hoy. En su obra *Tratado de la insanía* (1801), clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. A su vez, Esquirol (1782-1840), discípulo de Pinel y considerado como el «padre de la psiquiatría», consideraba al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental.

De otra parte, Morel (1809-1873), en su tratado de enfermedades mentales (1860), postuló que algunas de estas enfermedades podían heredarse familiarmente y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a transmisión vertical o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Es decir, se sustentaba “científicamente” la teoría de la degeneración de los trastornos mentales que contribuyó poderosamente a perennizar el estigma en este período.

Dentro de esta línea de pensamiento, Cesare Lombroso (1836-1909), autor de *El hombre delincuente* (1876), sostuvo que la criminalidad representaba un fenómeno biológico producto de la *degeneración*, identificable a partir de la fisognomía, induciendo así la creación de una escuela de antropología criminal, de donde se desarrolló la actual criminología que no ha estado exenta de profundos prejuicios estigmatizantes.

Siglo XX

En el Siglo XX se desarrollaron los criterios clínicos de diagnóstico, las clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y la psicofarmacología. Kraepelin (1856-1926), elaboró un sistema de psiquiatría descriptiva. Bleuler (1857-1939) en su libro, *Demencia Precoz* teorizó sobre la esquizofrenia. Jaspers (1883-1969), en su *Psicopatología general* realizó un estudio fenomenológico exhaustivo de los trastornos mentales. Meyer (1866-1950) desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales.

En este período, la introducción de los psicofármacos, significó la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el TOC y otros trastornos. Debe remarcar también que la psicofarmacología contribuyó a disminuir paulatinamente el tamaño de los hospitales psiquiátricos y el número de los pacientes mentales hospitalizados (Pincus et al., 1997; Sanerich et al., 1990).

En períodos posteriores del siglo XX se ha denunciado el uso abusivo de la Psiquiatría. Por ejemplo, Hitler ordenó a los médicos nazis acabar con aquellos pacientes víctimas de enfermedades incurables. Como parte de la doctrina de preservar la “pureza racial” ordenó eliminar a los “incompetentes biológicos”. De este modo, la historia reporta que, 270,000 enfermos mentales fueron asesinados en los campos de concentración.

En décadas posteriores, como una reacción a esta historia de estigmatización, surgió la

llamada Antipsiquiatría. Suele señalarse a Thomas Szasz y David Cooper como los promotores del llamado «movimiento antipsiquiátrico», (que surgió en Inglaterra en la década de los 60) cuya tesis central fue la de rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anomalía biopsíquica, para ubicarlo como un problema con un marcado contexto económico e histórico-social (Duarte, 1992).

La antipsiquiatría rechazó el modelo médico tradicional aplicado por la psiquiatría y el manicomio-asilo, al que consideró el auténtico productor de trastornos irreversibles del paciente. Desde este punto de vista, el enfermo mental no era un ser anormal que debía ser tratado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que expresa constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad, o malestar de la cultura.

Así, en su concepción extrema, la antipsiquiatría ha considerado que la enfermedad mental es una invención opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declaran enfermos y los «aniquila» con el tratamiento. Por tanto, según este particular punto de vista, la psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia institucional.

En Italia, Franco Basaglia influyó en la promulgación de la ley 180, que generó el paulatino cierre de los hospitales psiquiátricos tradicionales. Otro autor importante, en esta línea de pensamiento, fue el húngaro Thomas S. Szasz (1920), autor de *El mito de la enfermedad mental* (1961). Basó su punto de vista en el siguiente cuestionamiento ¿existe la enfermedad mental o es un invento para comercializar psicofármacos y ser utilizado como instrumento de poder opresivo contra

los disidentes del sistema social? es decir, los pacientes.

Calidad de los Servicios de Salud Mental y el Estigma

La calidad de la salud mental puede valorarse según un número definido de criterios. Desde el punto de vista de los pacientes podría referirse a definidos aspectos. Si la asistencia es de buena calidad y su acceso no es restringido, si son tratados con respeto y reciben información imparcial, comprensible acerca de diversas opciones de tratamiento con posibilidad de serles útiles. Además, si pueden expresar su preferencia por cualquiera de ellas, y si el tratamiento es proporcionado con la pericia necesaria, si la información sobre su enfermedad es mantenida confidencialmente; si pueden costearse la asistencia que reciben y si sus derechos humanos son respetados durante el proceso de tratamiento (OPS, 1991; OPS, 1996)

El estigma de la enfermedad mental generalmente afecta a cada uno de los anteriores factores generando una asistencia de baja calidad. El acceso a la asistencia dependerá de la percepción que las autoridades y la población en general tengan de la enfermedad. Si las personas enfermas mentales son percibidas como peligrosas, y se les considera difícilmente recuperables, habrá mucha oposición a la hora de colocar los nuevos servicios de salud mental en vecindarios con inmuebles de buena calidad y fácilmente accesibles.

El acceso depende también de los aspectos financieros de los servicios. El estigma de la enfermedad mental reduce el consentimiento de las autoridades para proporcionar recursos financieros que permitirían el suministro de una asistencia de buena calidad. Basta revisar el presupuesto histórico que ha

designado el MINSA a la Salud Mental en nuestro país (MINSA, 1992). La consecuencia es que se les niega el acceso a la asistencia y que se ofrecen servicios de menor calidad, a menudo con un gasto administrativo considerable (OPS, OMS, MINSA, 2001).

La asistencia poco óptima tiene resultados de salud pública pobres, lo que confirma el mito de la intratabilidad de la enfermedad mental. Malas condiciones de trabajo también afectan a la calidad de los programas y servicios de salud mental (OPS, OMS, MINSA, 2001).

Los recursos insuficientes reducen el abanico de métodos de tratamiento ofertado y dificultan que los profesionales activos en el campo amplíen o actualicen sus conocimientos y sus habilidades mediante una formación adicional. Paradójicamente, el estigma de la enfermedad mental habiendo contribuido a una peor calidad de servicio también contribuye a una menor probabilidad de que la confidencialidad sea protegida contra la divulgación.

El estigma y la intolerancia a las diferencias han aumentado durante las últimas décadas. Varios factores pueden ser los responsables. La urbanización, por ejemplo, al aumentar la densidad de la población en las ciudades, hace más probable que las personas no sean capaces de tolerar en su vecindario a alguien que tiene una conducta perturbadora.

La cada vez mayor complejidad del trabajo hace menos probable que las personas peor calificadas o que perdieron sus calificaciones debido a deterioros causados por la enfermedad mental, encuentren empleo; esto tiene a su vez una influencia negativa sobre su salud y contribuye a aumentar al estigma que soportan.

Los medios de comunicación han presentado durante muchos años una imagen negativa de los que padecen de enfermedad mental. Los malos y peligrosos en las series televisivas y en las películas son a menudo representados como mentalmente anormales o enfermos. Los servicios de salud mental son presentados en los medios de comunicación con un sesgo subrayando sus lados oscuros, negativos y con sus insuficiencias estructurales y financieras. La conducta violenta es considerada como una certera indicación de enfermedad mental, aunque en realidad la mayoría de la violencia es perpetrada por personas que nunca han padecido de ninguna forma de trastorno mental diagnosticable.

La falta de psiquiatras suficientes es otro aspecto de la estigmatización, recordemos que en el Africa Subsahariana hay un psiquiatra por cada cuatro millones de personas, mientras que en Manhattan, el céntrico barrio de Nueva York, viven más de 3.000 psiquiatras. En nuestro país es sabido que importantes departamentos no cuentan con un solo psiquiatra, entre ellos tenemos, Ayacucho, Huancaavelica, San Martín, Apurímac, Amazonas, etc. También afecta a la vocación y motivación de los médicos que al entrenarse en servicios de baja calidad alejan la posibilidad de formarse como psiquiatras (Cawley, 1990).

Finalmente, no debemos olvidar que de 37 millones de personas que sufren esquizofrenia en países en desarrollo; sólo una cuarta parte de ellos reciben atención sanitaria.

REFERENCIAS

- Brody, E. (1986). La Psiquiatría en relación con la Salud mental. Una perspectiva global. *Revista Salud Mental*, Vol. 9. Año 9.No 2.
- Camargo Díaz, et al. (1996). O advento e a evolucao dos novos modelos assistenciais em saude mental na cidade de Campinas. *Revista ABP-APAL*, 18 (1): 17-28.
- Cawley, R.H. (1990). Educating the psychiatrist of the 21st Century. *British Journal of Psychiatry*, 157, 174-181.
- Disertori, B.y Piazza, M. (1974). *Psiquiatría Social*. Buenos Aires: Editorial Ateneo.
- Duarte, N. (1992) As contribucoes da sociología para o estudo das doencas mentais. *J. Bras Psiq* 41 (8) 399-406.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Krauss, S. (1981). *Enciclopedia de Psicología*. Editorial el Ateneo.
- Levy, A. et al. (1994). *Picosociologia. Analise social e intervencao*. RJ: Petropolis.
- Lieberman, J. et al. (1996). Redefining the role of psychiatry in medicine. *Am J. Psychiatry*, 153:11.
- Mariátegui, J. (1988). *Salud Mental y Realidad Nacional*. Lima: Editorial Minerva.
- MINSA (2002). *Situación de Salud Mental en el Perú*. MINSA. Lima.
- OPS. (1991). La reestructuración de la asistencia Psiquiátrica. Bases conceptuales y caminos para su implementación. *Conferencia Regional Caracas*. Washington.
- OPS-OMS-MINSA (2001). Aproximaciones hacia el estado de la información en Salud mental en el Perú. OPS. Lima.
- OPS (1996). Recomendaciones del 1o grupo de trabajo de Directores de Salud mental de los Ministerios de Salud de America. OPS.
- Pincus, Harold et al. (1993). Trends in research in two General Psychiatric Journal in 1969-1990. Research on research. *Am J. Psychiatry*, 150:1.
- Postel, J. y Quetel, C.(1997). *Historia de la Psiquitría*. México: Fondo de Cultura económica.
- Ribeiro, P. (1996). *Saude Mental. Dimensao Historica e campos de atuacao*. Sao Paulo.
- Silva, P. et al. (1991). Fardo do paciente psiquiátrico cronico na familia. *Revista ABP-APAL*, 13 (2): 49-52.
- Sonerich, C. et al. (1990). Por uma Psiquiatría dos anos noventa. *Revista ABP.APAL*, 12 (1,2,3,4). 8-12.
- Thuillier, J. (1981). *El nuevo rostro de la locura. Una revolución en la Psiquiatría*. Editorial Planeta S.A.