

**Universidad de Palermo**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Trabajo Final Integrador**

*Prejuicios y discriminaciones hacia los pacientes internados  
en neuro - psiquiátricos*

**Profesor Tutor:** Dr. Eduardo Leiderman

**Autor:** Juan Ignacio Capria

## ÍNDICE

1. Introducción.....	3
1.1 Objetivos generales.....	3
1.1 Objetivos específicos.....	3
2. Perspectiva Teórica.....	4
2.1 Estigma, estereotipos, prejuicios, actitud y discriminación.....	4
2.2 Pacientes internados en neuro – psiquiátricos.....	8
2.3 Estudios actuales.....	12
3. Método.....	19
3.1 Muestra.....	19
3.2 Tipo de estudio.....	20
3.3 Instrumento.....	20
3.4 Procedimiento.....	21
4. Resultados.....	22
4.1 Datos generales de la muestra.....	22
4.2 Distancia social.....	22
4.3 Percepción de la estigmatización.....	24
5. Discusión.....	27
5.1 Distancia social.....	27
5.2 Percepción de la estigmatización.....	29
5.3 Limitaciones del estudio.....	32
5.4 Conclusiones finales.....	33
6. Referencias.....	34
Anexo.....	36

## 1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo se enmarca dentro de la realización de la Práctica Profesional V. La misma se llevó a cabo en el Servicio de Admisión de un Hospital Neuro – Psiquiátrico de mujeres .

El servicio de admisión es un dispositivo de internación que tiene como primer objetivo la estabilización del cuadro psiquiátrico del paciente. Una vez conseguido esto, se trabaja de manera interdisciplinaria con el paciente, la familia y su red social con el fin de lograr la externación del mismo. El servicio cuenta con un equipo de profesionales que está compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales.

La tarea llevada a cabo en la institución consistió en la participación de los talleres de terapia ocupacional y en la observación de las entrevistas realizadas por diferentes integrantes del equipo profesional.

Existe un número elevado de pacientes que, una vez compensados psiquiátricamente, no logran concretar el alta. Entre las causas de este fenómeno se encuentra el *estigma* que genera una internación psiquiátrica. El mismo puede generar *prejuicios* y *conductas discriminatorias* hacia este grupo de personas, dificultando la posibilidad de reinserción social.

### 1.1 Objetivos generales

Describir los prejuicios y discriminaciones de una muestra de habitantes de la Ciudad de Buenos Aires hacia los pacientes internados en neuropsiquiátricos.

### 1.2 Objetivos específicos

- Identificar los *prejuicios* y *discriminaciones* más frecuentes de los habitantes hacia los pacientes internados en neuro - psiquiátricos.
- Analizar diferencias en los prejuicios y discriminaciones de acuerdo al sexo y edad de los encuestados.

## 2. PERSPECTIVA TEÓRICA

### 2.1 Estigma, estereotipos, prejuicios, actitud y discriminación

Goffman (1963) sostiene que los griegos crearon la palabra estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. En los estigmas, se encuentra siempre el mismo rasgo sociológico. Un individuo que podría haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y lleva a alejarnos de él, dejando de lado los demás atributos de la persona. Se pueden distinguir tres tipos de estigmas notoriamente diferentes:

- Las abominaciones del cuerpo (deformidades física)
- Los defectos del carácter ( perturbaciones mentales)
- Estigmas tribales de la raza, la nación y la religión

Se tiende a creer que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Utilizando este supuesto se practican diversos tipos de discriminación reduciendo así las posibilidades de vida de la persona poseedora del estigma. Se construye una teoría del estigma, una ideología para explicar la inferioridad y dar cuenta del peligro que representa la persona. El individuo poseedor de un estigma tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que los otros. La sensación de ser una “persona normal”, un ser humano como cualquier otro, una persona que, por consiguiente, merece una oportunidad justa para iniciarse en alguna actividad.. con todo esto, es posible que perciba que cualquiera sean las declaraciones de los otros, no lo aceptan realmente ni están dispuestos a establecer un contacto con él en igualdad de condiciones.

Por otro lado, Goffman (1963) plantea que el sujeto que sufre el estigma, intentará dar respuesta a esta situación. La vergüenza se convierte en una posibilidad central. Se origina cuando el individuo percibe uno de sus atributos como una posesión impura de la que fácilmente puede imaginarse exento. Tener conciencia de la inferioridad significa que

uno no puede dejar de formularse conscientemente cierto sentimiento crónico del peor tipo de inseguridad. El temor a que los demás puedan faltarle el respeto por algo que exhibe. Esto hace que siempre se sienta insegura en su contacto con otra gente, ya que es algo que no puede manejar. En ciertos casos, el estigmatizado intentará corregir lo que considera el fundamento de su diferencia. En otros casos, la persona puede romper con lo que se denomina realidad e intentar obstinadamente emplear una interpretación no convencional acerca del carácter de su identidad social. Así, el individuo poseedor del estigma adquiere un nuevo Yo, un Yo estigmatizado que le genera dificultades para entablar nuevas relaciones y problemas con los vínculos anteriores. Aquellos con los que se vincula después de adquirir el estigma lo ven simplemente como una persona que tiene un defecto; quienes lo conocen desde antes están ligados a la idea de lo que alguna vez fue y pueden por consiguiente sentirse incapaces de brindarle un trato natural. Así, los estigmatizados tienen razones suficientes para sentir que las situaciones sociales mixtas tienden a una interacción incontrolablemente ansiosa. Además lo es para las personas que participan en la interacción social con el estigmatizado. Muchas veces se siente que el individuo en cuestión es demasiado agresivo o demasiado tímido. En cualquiera de los dos casos, se lo considera propenso a leer en las acciones de los demás significados que no se intentan dar. A pesar de esto, los estigmatizados muchas veces advierten que existe gente sensible dispuesta a aceptarlo y predispuesto a compartir con él el sentimiento de que es humano y “normal”. Es preciso considerar aquí dos categorías:

- El primer grupo de personas benévolas es aquel grupo de personas que comparten su estigma. Conocedoras por experiencia propia de lo que el estigmatizado siente.
- El segundo grupo es denominado el grupo de los Sabios por el autor. Personas “normales” cuya situación especial los lleva a estar íntimamente informados acerca de la vida secreta de los individuos estigmatizados y a simpatizar con ellos.

El término estereotipo remite a otros conceptos de suma importancia para este estudio como son los estereotipos, actitudes, prejuicios y la discriminación.

Morales (1994) sostiene que pocos conceptos dentro de la Psicología social han dado lugar a tanta discusión como el de estereotipo. Se trata de un concepto claramente

articulatorio entre los procesos psicológicos, primordialmente los motivacionales y cognitivos. Los estereotipos son creencias y expectativas generalizadas que se tienen sobre los grupos sociales y sus miembros. Los mismos pueden ser positivos o negativos y son el resultado de nuestra tendencia a organizar y simplificar la gran información que encontramos en nuestra vida diaria. Los estereotipos suponen una forma de economía y de simplificación en la percepción de la realidad ya que permiten reducir su complejidad a través de la categorización. Además de esa función cognitiva tiene una función defensiva que sirve para defender nuestra posición en la sociedad. Es una proyección sobre el mundo de nuestros propios valores, de nuestra posición y de nuestros derechos. Por lo tanto los estereotipos están cargados de sentimientos que están ligados a ellos.

Muchos autores clasifican a los estereotipos como una forma de pensamiento inferior, un modo erróneo ya que no coincide con la realidad que obedece a una motivación defensiva por tener un carácter de sobregeneralización. Otros investigadores destacan la idea del consenso dejando de lado la idea de un pensamiento inferior (Morales, 1994).

Las creencias y expectativas negativas pueden conducir muchas veces a prejuicios, es decir, a evaluaciones negativas respecto a los integrantes de un grupo. Echabarría y González (1980) ofrece una conceptualización del estereotipo en estrecha vinculación con el prejuicio en el que, al mismo tiempo, se hace hincapié en los aspectos cognitivos y en la función motivacional defensiva. El autor define al estereotipo como una creencia exagerada asociada a una categoría. Su función es justificar nuestra conducta en relación con la categoría. El hecho de que exista un estereotipo negativo de un grupo rechazado no es una explicación del rechazo, sino más bien una manera de justificarlo. Por otro lado, el autor destaca la insistencia en la resistencia al cambio que se da en el estigma como así también, el recurso a las excepciones. Por último hace referencia a los efectos del prejuicio en las personas del grupo objeto de éste, donde muchas veces llegan a desarrollar algunos mismos rasgos que se le atribuyen.

Echabarría y González (1980) se centra en señalar los errores del uso de los estereotipos que según él son:

- El absolutismo fenoménico. Asumir que el grupo que se evalúa es tal como uno lo percibe o como el endogrupo lo describe, sin tomar en consideración el papel de las proyecciones y de las comunicaciones defectuosas.

- La percepción causal errónea. Atribuyendo las diferencias a causas raciales más que al ambiente.
- La relación entre el contenido del estereotipo y la hostilidad. Es decir, pretender que son los rasgos negativos los que producen la hostilidad y no el etnocentrismo. Se trata de una interpretación oportunista de las diferencias.

Echabarría y González (1980) plantea que la sobreexclusión y la sobreinclusión son dos tipos de errores que ocurren con frecuencia en el estereotipo. La primera se suele dar con mayor frecuencia pues implica un menor riesgo dejar fuera a un miembro de la categoría mala que meter a un miembro de la categoría mala a la buena. Así, se tiende a ver más miembros de la categoría mala que los que realmente hay y este efecto será mayor cuanto mayor prejuicio tenga el sujeto que lleve a cabo la identificación.

Cuando se actúa de acuerdo con estos estereotipos negativos resulta la discriminación. La misma se define como el comportamiento negativo hacia miembros de un grupo particular (Feldman, 2002).

A partir de lo planteado anteriormente es preciso destacar el concepto de actitud. Morales (1994) la define como una asociación entre un objeto y una evaluación dada. Evaluación significa el efecto que despierta, las emociones que moviliza, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas. Una actitud tiene tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. El primero consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia el objeto. Las percepciones y la información pueden ser favorables o desfavorables, los sentimientos positivos o negativos y la conducta de apoyo u hostiles.

La relación entre el componente cognitivo y el afectivo se tiende a conceptuar como una consistencia afectivo – cognitivo. Es decir, se supone que la naturaleza del afecto que despierta el objeto de la actitud coincide con el contenido de la creencia. Por lo tanto si una persona cree que el objeto de la actitud facilita la obtención de objetivos, tal creencia se traduce en un afecto positivo hacia el objeto. A la inversa, si el contenido de las creencias

es un obstáculo para sus intereses, se espera un afecto negativo. Sin embargo, las actitudes no siempre presentan esa consistencia afectivo – cognitiva. La razón es que muchos objetos de actitud son ambiguos y la persona sabe perfectamente que, si bien favorecen la consecución de ciertos objetivos, impiden igualmente la de otros. Otro de los aspectos de la consistencia es el grado en que afecto y la conducta coinciden. En principio hay que esperar, ya que las personas tienden a realizar aquellas conductas que les resultan positivas y evitar las negativas pero también es común que la conducta de una persona no coincida con las preferencias que se manifiestan. Sólo cabe esperar relaciones entre actitudes y conductas cuando ambas están planeadas al mismo nivel de generalidad. Es decir, que no es razonable pronosticar a partir de una actitud genérica el comportamiento específico. La calidad del pronóstico se incrementa gradualmente a medida que se van conociendo actitudes de carácter cada vez más específico. En la conducta pueden intervenir factores diferentes de la propia actitud. En un ambiente muy contrario a una determinada conducta, una persona con una actitud muy favorable a dicha conducta se le generan dudas sobre la conveniencia de realizar dicha acción. Esa presión social que la persona percibe y que suele provenir de los más próximos, se conoce con el nombre de Norma Social (Morales, 1994).

Teniendo en cuenta los componentes cognitivos, afectivos y conductuales, puede pensarse que, en el caso de una actitud negativa hacia un grupo o categoría social, el estereotipo sería el conjunto de creencias de los atributos asignados a ese grupo, los prejuicios serían el afecto o la evaluación negativa y la discriminación sería la conducta de falta de igualdad (Morales, 1994).

## **2.2 Pacientes internados en neuro – psiquiátricos**

Desde la edad media hasta el mismo fin de las cruzadas, los leprosarios se multiplicaban sobre toda la superficie de Europa. Con el paso del tiempo, los leprosarios quedan vacíos pero los valores y las imágenes del leproso permanecen. La idea de exclusión sigue vigente, ya no dirigida a los leprosos sino en el fenómeno de la locura. Esto se debe a un avance de la visión racional del enfermo mental, donde se lo considera como un sujeto faltante de razón, el cual pasa a ser objeto de burlas y risa. La solución a esta



problemática se haya en el encierro y la exclusión de las personas que se encuentran en dicha condición (Foucault, 2006).

Goffman (1970) realiza un estudio acerca de las instituciones totales centrándose en los hospitales psiquiátricos entendiendo a los mismos, como lugares de residencia y trabajo donde un número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo, comparten una rutina diaria administrada formalmente. En este estudio Goffman (1970) plantea que los pacientes internados en neuro -psiquiátricos realizan una carrera moral que se divide en tres etapas:

- Pre – paciente
- Paciente
- Ex – paciente

Una vez realizada la internación, los pacientes tienen una limitación con el mundo exterior produciendo en los mismos un despojo de ciertas disposiciones sociales estables que se habían constituido a través de la relación con el medio. Con el paso del tiempo se va produciendo en el internado un sentimiento de inferioridad con respecto al estatus que ocupaban en el exterior antes de que se produzca el ingreso a la institución total. Este hecho crea en estas personas una atmósfera de depresión e incertidumbre respecto a lo que será de ellos en un futuro. Este temor explica la ansiedad creciente que se apodera de los sujetos internados ante la idea del alta ya que su posición social nunca volverá a ser la misma que antes del ingreso. El estigma juega aquí un rol fundamenta generando en el ex – internado diversas problemáticas a la hora de conseguir empleo y un lugar donde vivir.

Por otro lado, el autor plantea dos contingencias que deben ser tenidas en cuenta en relación al alta del pacientes. Estos influyen en el tiempo de internación del paciente psiquiátrico:

- El interés que tenga la familia en que el paciente salga de la institución y vuelva a integrarse a ellos.
- La posibilidad de adquirir un empleo.

El ex enfermo mental oculta información sobre su identidad social real, recibiendo y aceptando un trato basado en suposiciones falsas respecto de su persona. La información

que oculta es aquella que desacredita al Yo. El hecho de ser considerado normal trae grandes gratificaciones, casi todas las personas que tienen algo que encubrir intentan hacerlo en alguna ocasión. Este ocultamiento de la información recae sobre los familiares, llevando a muchos integrantes de la misma a mentir sobre la situación del enfermo mental, atribuyéndole otro tipo e enfermedad cuyo estigma sea menor (Goffman, 1963).

Insúa y Kosffmon (2003) plantean que los ingresos a los servicios de internación de los Neuro - psiquiátricos según establece la ley N°448 de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, se clasifican en voluntarios, involuntarios o por orden judicial. Esta última modalidad es la que predomina. Los egresos se producen por fugas, traslados, fallecimientos, altas médicas, altas judiciales, o altas a prueba. Los hospitales que más ingresos registraron durante el 2001 y 2002 son los hospitales Moyano y Borda. Si se analiza el giro cama, que expresa la intensidad o grado de utilización de las camas, es el hospital Alvear el que alcanza el número mayor: 7,53. Este dato indica que este hospital tuvo un grado de utilización de sus camas mayor que el resto de los hospitales neuro - psiquiátricos. Esto se debe a que es el que tuvo más egresos en relación a su cantidad de camas. Este indicador se relaciona con el promedio de permanencia que en este hospital fue de 46,92 días en el 2001 y de 43,24 días en el 2002, promedio relativamente bajo en relación al resto de los hospitales, considerando que el mismo es de emergencias. Los hospitales Borda y Moyano durante el 2001 registraron un giro cama muy bajo de 1,31 y 0,68 respectivamente. Este dato se explica por los escasos egresos en relación a su gran dotación de camas y por un promedio de permanencia altísimo de 265,57 y 516,58 días respectivamente. Durante el 2002, el giro cama del Borda fue de 1,40 y el del Moyano de 0,79 mientras que el promedio de permanencia disminuyó a 246,61 y 450,37 días. Estos datos muestran promedios de internación muy largos que se deben principalmente a:

- Falta de recursos económicos.
- Hospitales que eran anteriormente Nacionales y recibían pacientes de todo el país. Hoy no se sabe nada de los familiares de muchos pacientes.
- Falta de contención social para los sujetos que salen de alta.

Una de las consecuencias preocupantes de la política de desinstitutionalización a pacientes cuyos síntomas no se controlan fácilmente es el síndrome de la puerta giratoria.

El mismo describe la situación de rehospitalizaciones psiquiátricas frecuentes. La refractariedad al tratamiento y la vuelta a la institución puede ser atribuida a diversos factores bioquímicos como psicosociales. Dentro de esta última categoría se señala que el alto índice de recaídas estaría relacionado, en parte, por ciertas características familiares como ser el grado de instrucción de la familia, el nivel de conocimiento de la familia de la enfermedad, las actitudes hacia el paciente, la existencia de otro miembro de la familia enfermo y la violencia del paciente hacia la familia (Li Ning, Rondón, Mina & Ballón, 2003).

Muchos de los problemas y dificultades generados en el proceso de la reforma en el modo de atender a los sujetos poseedores de una patología psiquiátrica a través de una adecuada implantación del modelo de atención comunitaria, tienen que ver con la escasa atención a las necesidades psicosociales y sociales de esta población. Ejes de este problema son la poca prioridad e importancia otorgada a los programas de rehabilitación, el adecuado desarrollo de recursos de atención psicosocial y apoyo en la comunidad para atender las necesidades reales de esta población. Las problemáticas y necesidades de esta población son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social. Problemas tales como desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo, estigma y falta de vivienda son comunes en esta población. Además, los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas. Ello hace imprescindible a la hora de organizar la atención comunitaria a esta población atender no sólo su problemática psiquiátrica sino también sus diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales. Por otro lado es primordial evitar situaciones de deterioro y marginación, procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad (Rodríguez González, 2007)

Factores como el abandono familiar y la estigmatización social han obturado el normal tránsito entre “el adentro” y “el afuera” de los hospitales Psiquiátricos. Esta marginación concreta configura una de las más aberrantes formas de discriminación y

violación sistemática de los derechos humanos. Nadie que sufra algún trastorno hepático, diabetes o reuma, por citar enfermedades al azar, carga con la cruz denigrante de ser un enfermo mental. La solución a las patologías mentales no puede encontrarse sólo en el encierro manicomial o en el aislamiento químico de los medicamentos. Hay que tratar a los pacientes junto con su familia, en la comunidad y con ella, entendiendo su matriz cultural y social, que en salud mental son el tipo de sociedad en que vivimos, la violencia, la agresión, la falta de armonía, de inserción o la exclusión social. Las patologías psiquiátricas tienen también su origen en la sociedad y allí parte esencial de su terapéutica. No podemos ni debemos permitir que se aleje de ella a las personas que las sufren, que se las excluya ni que se las ignore. No se trata de sacar a las personas a la calle sin protección ni cobertura, sino de seguir creando otros dispositivos de atención que se conviertan en mejores alternativas para los pacientes (González García, 2007).

En el mismo sentido Mahler (1981) plantea que la salud y específicamente la salud mental debe ser un aspecto que involucre a toda la sociedad. Sostiene que si la salud no empieza en el individuo, en el hogar y en la familia nunca se podrá alcanzar el objetivo de la salud para todos. Se requiere un criterio multidimensional, la participación de la comunidad toda y la tecnología apropiada. La salud no existe de modo aislado. Está influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe una mutua relación. Los recursos de todos los sectores deben aplicarse en armonía y en correcta combinación para alcanzar los objetivos sociales comunes. Para que esto ocurra es necesario que las comunidades asuman una responsabilidad mayor en las definiciones de sus necesidades, en la identificación de soluciones y en la movilización de recursos. Una serie de actividades sencillas, que en ningún caso han de ser siempre de naturaleza médica, destinadas a satisfacer las necesidades sanitarias esenciales de los individuos, de las familias y de la comunidad para mejorar la calidad de vida.

### **2.3 Estudios actuales**

El interés en la investigación acerca de la manera como se percibe la enfermedad mental y la actitud hacia ella, surgió durante la segunda mitad del siglo XX. Esta inclinación está en relación con el hecho de que se empezó a considerar este tipo de

enfermedades como un problema de la salud pública. El país que se ha destacado por sus estudios acerca de la percepción de la población hacia los enfermos mentales ha sido Estados Unidos. La metodología e instrumentos utilizados en las distintas investigaciones dependen de la ideología de cada investigador. Los resultados de los actuales estudios son diversos, lo que demuestra que cada comunidad maneja valores y creencias particulares (Stéfani, 1985).

Por otro lado, García - Silberman (2002) plantean que la tendencia actual de reinserción social de los enfermos mentales aumenta la presión para que el cuidado recaiga sobre la familia y la comunidad. El éxito de dicha estrategia depende en gran medida de las actitudes de la población al respecto. Bajo esta premisa, en los últimos años se han desarrollado numerosos estudios al respecto.

Diversos estudios actuales reflejan la tendencia de la gente a ver peligrosos para sí mismos y para los demás a los pacientes con ciertas enfermedades psiquiátricas como la Depresión y la Esquizofrenia. Es decir que en la actualidad se observa una tendencia a considerar a los pacientes psiquiátricos como impredecibles y peligrosos. Estas opiniones negativas afectan notoriamente la participación social de este grupo de personas. Las actitudes negativas contribuyen así, al aislamiento social y a la dificultad de reinserción laboral (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000).

Stéfani (1985) expresa que el enfermo mental y su familia padecen una carga de estigma social. La sola idea de enfermedad mental provoca en la mayoría de la gente sentimientos de temor, ansiedad y rechazo. Por otro lado gran parte de la población desconoce o está mal informada respecto a las causas, síntomas y tratamientos de las enfermedades mentales.

Estudios recientes realizados en Chile respecto a la situación y relaciones con la familia de pacientes con enfermedades mentales reflejan como la familia del paciente pasa por diversas etapas negativas desde el inicio de la enfermedad, hasta que llega a aceptarla de manera madura y espera sólo cambios razonables en el paciente. Enfermedades como la esquizofrenia causan un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia, por lo que ésta, frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el hospital psiquiátrico. La falta de manejo adecuado de la familia respecto a la enfermedad, influida por la

formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente puede llevar a situaciones como las descritas. Las experiencias traumáticas vividas antes de que exista un tratamiento adecuado de la enfermedad por los familiares directos del paciente tienen un alto grado de emotividad y bloquean una evaluación objetiva. A través de la comunicación, esta imagen se trasmite a los parientes indirectos que tienen contacto con la familia directa del paciente llevando a la formación de creencias populares en relación a los enfermos psiquiátricos. Por último, muchos casos de enfermedades psiquiátricas crónicas, llevan a la ruptura de los vínculos entre la familia directa del paciente y los parientes indirectos (Chuaqui, 2005).

Esta problemática requiere una intervención familiar destinada a reducir los problemas que la enfermedad mental causa a la familia, y al paciente. Se trata de asistir a las familias de pacientes ambulatorios para que reduzcan el clima hostil al interior de la familia:

- Aumentar la habilidad de la familia de adelantarse para resolver los problemas en el seno familiar
- Reducir expresiones de culpa y enojo de la familia
- Mantener expectativas razonables de la familia respecto al paciente
- Mantener un grado de distancia adecuado respecto al paciente
- Alcanzar un cambio deseable del comportamiento

La intervención familiar disminuye la frecuencia de recaídas y hospitalización en períodos prolongados, estimula la aceptación de la medicación y ayuda a los pacientes a mantener sus trabajos. En este proceso participativo surge como primera prioridad el problema de los prejuicios que existen en la comunidad y en la familia respecto a las enfermedades mentales. Dichos prejuicios pueden generar procesos psicosociales que lleven a acabar poniendo una camisa de fuerza social al paciente. Es decir, muchas veces los esfuerzos para rehabilitarlo se basan en una concepción falsa por la distorsión en la imagen del paciente que supone la existencia de prejuicios. Esta distorsión puede conducir a conductas rehabilitadoras erradas que si no se realizan con extremas precauciones pueden terminar perjudicando al paciente. (Chuaqui, 2005).

Alvarado Muñoz (2007) plantea que si bien los logros conseguidos por el modelo comunitario son muy importantes se observan algunos problemas; los más importantes son:

- El surgimiento de los llamados “nuevos crónicos. Pacientes que viven en la comunidad pero muchas veces como vagabundos, sin que sus necesidades básicas estén garantizadas.
- El fenómeno conocido como transinstitucionalización. Pacientes que salen del hospital pero luego recaen en cárceles o instituciones de caridad.
- El cuidado por parte de la familia genera muchas veces una carga, dando lugar a diversos conflictos dentro de la misma.
- El estigma y la discriminación que limitan el buen funcionamiento psicosocial y la calidad de vida del enfermo.

La representación social y las actitudes hacia los trastornos mentales juegan un papel importante en la detección como en el tratamiento del enfermo. Estas representaciones condicionan el modo en el que los terapeutas, paciente y sus familias se ven unos a otros. Diversos estudios han demostrado que las sociedades apenas diferencian entre los diferentes trastornos mentales y los distintos tipos de medicación psicotrópica. (Goerg, Fischer, Zbinde & Guimón, 2004).

Por otro lado, Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002) hacen referencia a la tendencia a asociar las enfermedades mentales con la violencia y la peligrosidad. Este hecho, de acuerdo a los autores, es uno de los factores más importantes que dificulta el restablecimiento de estos pacientes a la sociedad. Las actitudes negativas y el rechazo hacia las personas con enfermedades mentales son algunos de los principales obstáculos para lograr un tratamiento exitoso. Las consecuencias más comunes de la discriminación hacia los enfermos son:

- Exclusión
- Distancia social
- Desventajas a la hora de conseguir empleo

Otra de las consecuencias que se produce como resultado del estigma es, que muchas veces, los pacientes no aceptan la ayuda profesional hasta un estadio tardío por miedo a quedar expuestos con su enfermedad. La estigmatización y la discriminación son dirigidas también hacia amigos y familiares del enfermo. Por ende, todos estos aspectos contribuyen a que la persona sienta una reducción del autoestima y del sentimiento de satisfacción con su propia

vida. El estudio realizado por estos autores evalúa el conocimiento que tienen de la esquizofrenia los habitantes de seis ciudades diferentes de Alemania. Por otro lado muestra la distancia social que sufren los pacientes con esquizofrenia y una estimación de la estigmatización social hacia las personas que padecen esta patología. Los resultados muestran que las personas tienden a asignarles síntomas que no son propios de la patología, como ser la *personalidad disociada*. Esto demuestra un bajo conocimiento de la enfermedad. En cuanto la distancia social, los resultados son moderados. Por último la estimación que los ciudadanos tienen de la estigmatización social es elevada. Un 80 % de la muestra consideró que la mayoría de la gente considera que se le daría un empleo a otra persona antes que a un esquizofrénico. No se observan diferencias significativas en cuanto al sexo respecto a la distancia social y la percepción del estigma:

- 79% de las mujeres no se casaría con un esquizofrénico. 74% de los hombres tampoco lo haría.
- 22% de las mujeres no tendría como amigo a un esquizofrénico. 23% de los hombres tampoco.
- 16% de las mujeres le molestaría trabajar con una persona con esquizofrenia. 15% de los hombres también le molestaría.
- 9% de las mujeres tendría miedo de hablar con un esquizofrénico. 7 % de los hombres también tendría miedo.
- 6% de las mujeres se sentirían avergonzadas de tener un familiar con esquizofrenia. 7% de los hombres comparten esta idea.
- La mayoría de la gente prefiere tomar a otra persona para un puesto de trabajo antes que a una persona que ha estado internada (H = 80% / M = 82%).
- La mayoría de la gente prefiere tomar a otra persona para cuidar a sus hijos antes que a una persona que ha estado internada (H = 73% / M = 76%).
- La mayoría de la gente descalifica a las personas que han estado internadas (H = 62% / M = 63%).
- La mayoría de la gente toma como menos serias las personas que han estado internadas (H = 50% / M = 50%).



Por último, en el estudio tampoco se observan diferencias significativas respecto a la edad.

La situación laboral de las personas con enfermedades psiquiátricas tales como la Esquizofrenia es muy pobre en los diversos países del mundo, incluso en países desarrollados. En Japón se hizo una evaluación global del problema para ese país y se concluye que el 16% de los pacientes tiene trabajo completo, un 8% jornada parcial, 12% asistían a un centro de atención diurna, 4% van a talleres cerrados y sólo un 1% a talleres de rehabilitación. En otro estudio realizado en Alemania, 502 pacientes fueron estudiados, llegándose a concluir que un 12,8% vivía de lo que ganaba y la satisfacción con el trabajo era alta. Según un estudio realizado en Polonia, después de dos años de declarada la enfermedad un 40% estaba trabajando, pero la mayor parte en trabajos para discapacitados; los pacientes que trabajaban profesionalmente tenían mejor estado mental, disminuyendo los síntomas psicopatológicos en ellos. Una encuesta de 72 pacientes en Alemania reveló que sólo un 16% mantenía un empleo, y sólo 15% ganaba su propio salario. Cerca de 25 pacientes dependían de la seguridad social para mantenerse y se manifestaban situaciones de pobreza en muchos pacientes. Lo que puede concluirse es la grandes dificultades que genera en el ámbito laboral llevar el estigma de ser un paciente psiquiátrico (Chuaqui, 2005).

El estigma en los empresarios hacia los pacientes psiquiátricos se basa en el contenido de las representaciones sociales, que pueden tener su origen en:

- Las representaciones de la cultura popular.
- Las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas.
- Los procesos difusos de comunicación basados en verdades sólo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad.

Así, los empresarios tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen exageradamente negativa, que dificulta la reintegración laboral de personas con esquizofrenia (Chuaqui, 2005).

En otro estudio realizado en el Distrito Federal de México, se observa que la población, a pesar de tener bastante información acerca de las enfermedades mentales y cierta disposición a aceptarlos, al momento de los hechos mostraron depender exclusivamente de la magnitud de la necesidad experimentada. Es decir, sólo cuando era

extrema o imperativa. De esta manera, los sentimientos de aceptación pueden relacionarse con respuestas socialmente deseables que pueden estar enmascarando sentimientos más profundos de tendencia negativa. Esto explica que el componente cognitivo no concuerde con el conductual. Parece ser que el cambio de actitud que se ha observado en los últimos años no es suficiente para lograr una modificación en el comportamiento, por lo que es necesario poner mayor énfasis en los programas de divulgación y educación de las enfermedades y los enfermos mentales (García – Silberman, 2002).

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Muestra

Se tomó una muestra de 60 sujetos, 30 varones y 30 mujeres, mayores de 18 años, que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<b>N</b>	60
<b>Femeninos</b>	30
<b>Masculinos</b>	30
<b>Edad Promedio</b>	29.96 Años
	Masculinos: 32.1 Años
	Femeninos: 27.83 Años
<b>Moda</b>	22 Años
<b>Desvío Estandar</b>	12,72

Tabla 1

Con el fin de proceder al análisis de las diferencias en relación a los prejuicios y discriminaciones de acuerdo a la edad de los encuestados, se dividió la muestra en dos. Aquellos encuestados menores de 30 años ( $N = 37$ ) y los mayores de 30 años ( $N = 23$ ).

<b>Intervalos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencias Relativas</b>
<b>Menores de 30 Años</b>	37	62%
<b>Mayores de 30 Años</b>	23	38%

Tabla 2

Los encuestados eran residentes de cinco barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los barrios encuestados fueron:

<b>Barrios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Frecuencias Relativas</b>
Caballito	9	15,00%
La Boca	7	11,67%
Palermo	16	26,67%
Almagro	9	15,00%
Belgrano	9	15,00%
centro	10	16,67%

Tabla 3

#### 3.2 Tipo de estudio

Estudio *descriptivo - correlacional*. La metodología aplicada fue *no experimental transversal correlacional*.

### **3.3 Instrumento**

Encuesta basada en el cuestionario utilizado en el proyecto de investigación a cargo del Dr. Eduardo Leiderman, acerca de los prejuicios y discriminaciones de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires hacia las personas con Esquizofrenia (**ver anexo**).

Este instrumento fue extraído del *Cuestionario estandarizado de actitudes públicas hacia personas con enfermedad mental* (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002). Dicho cuestionario, consta de preguntas y afirmaciones a las que el sujeto debe responder por sí o por no. El mismo se divide en tres partes. La primera de ellas indaga el conocimiento que tienen las personas acerca de la Esquizofrenia. La segunda parte, se centra en la distancia social y el último de los apartados, indaga la percepción que los sujetos tienen de la estigmatización que existe hacia las personas con enfermedad mental.

Este instrumento fue utilizado en el año 2001 para evaluar las actitudes hacia las personas con enfermedad mental en seis ciudades diferentes de Alemania. Participaron de dicho estudio 7246 personas y la forma de administración del cuestionario fue por vía telefónica.

Para la realización de este estudio se tomaron preguntas básicas al entrevistado basadas en el cuestionario donde se indagó, entre otras cosas, el nivel educativo y la clase social de los encuestados. Por otro lado se han utilizado ítems de la segunda y tercer parte del instrumento, remplazando la idea de *personas con enfermedad mental* por la de *pacientes internados en neuro – psiquiátricos*.

### **3.4 Procedimiento**

El trabajo se llevó a cabo en base a los resultados de la encuesta. La misma fue administrada por quien escribe el trabajo durante los meses de Enero y Febrero de 2009 en la vía pública. La participación fue voluntaria.

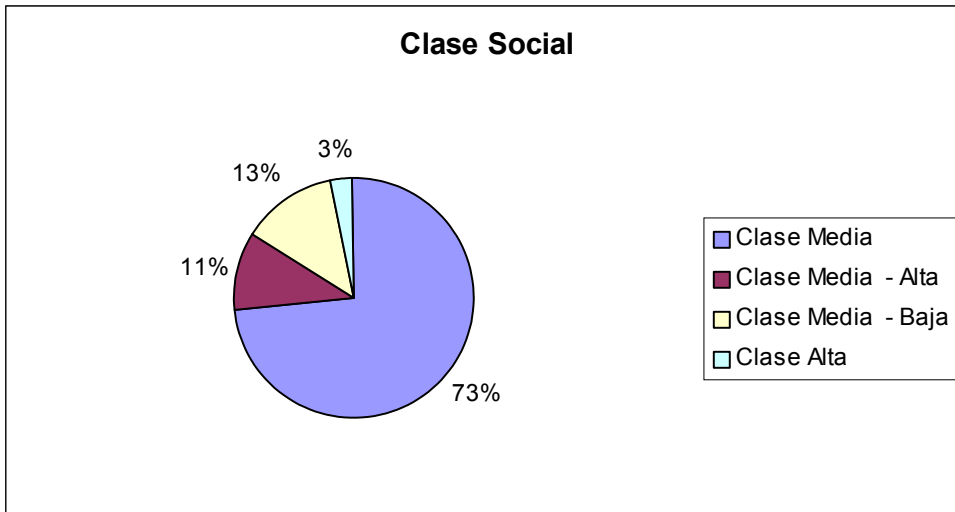
Luego de obtener los datos, se procedió a realizar un análisis descriptivo de los prejuicios y discriminaciones encontrados, teniendo en cuenta la frecuencia.

Por otro lado se analizaron las diferencias encontradas en relación a las variables *sexo* y *edad*. Para esto se utilizó la prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas (*Ji cuadrada*). La misma se calcula por medio de una tabla de contingencia, que es una tabla de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable (Sampieri, Collado & Baptista, 1995)

#### **4. RESULTADOS**

#### 4.1 Datos generales de la muestra

De un total de 60 encuestados, 44 pertenecen a clase media (73%), las restantes personas se reparten entre clase media alta, alta y clase media baja. Un elevado porcentaje de encuestados se ubicó en la línea de la clase media. Resulta común, en este tipo de encuestas, la tendencia de las personas ha ubicarse en clase media.



**Gráfico 1**

Más de un cuarto de la muestra (35%) tiene algún vínculo con alguna persona que está o ha estado internada en un neuro - psiquiátrico. Un 22% de los encuestados tiene algún familiar que está o ha estado internado en alguna institución. Solo cinco encuestados (8,83%) trabajan en áreas de salud mental.

#### 4.2 Distancia social

Más de la mitad de la muestra (55%) respondió que no se casaría con una persona que ha estado internada en un neuro – psiquiátrico.

Casi un 90% de las personas encuestadas plantean que tendrían como amigo una persona que ha estado internada. Más del 80% de los sujetos de la muestra considera que no le molestaría trabajar con una persona que ha estado internada en un neuro - psiquiátrico. Casi el total de la muestra (97%) considera que no sería una molestia tener como vecino a

un ex paciente. Del mismo modo que a la mayoría (93%) no le daría miedo hablar con una persona que ha estado en un neuro – psiquiátrico. Por último, solo 6 personas consideraron que sentirían vergüenza de tener un familiar internado.

#### 4.2.1 Diferencias en relación al sexo

Se observa que solo un 40% de las mujeres se casaría con una persona que ha pasado por una situación de internación. En cambio, más de la mitad de los encuestados varones consideran que contraerían matrimonio. Esta diferencia resulta significativa teniendo en cuenta *ji cuadrada*.  $\chi^2 = 5,45 / gl = 1 / p = 0.020$

Alrededor del 90% de hombres y mujeres encuestados consideran que tendrían como amigo a un sujeto que ha estado en un neuro – psiquiátrico.

Por otro lado, a un 10% de los hombres le molestaría trabajar con ex paciente y a un 20% de las mujeres le molestaría esta misma situación. La diferencia no resulta significativa.  $\chi^2 = 1.176470588 / gl = 1 / p = 0.27$

Más del 90% de hombres y mujeres respondieron que no le molestaría tener a una persona que ha estado en una institución psiquiátrica como vecino y tampoco le daría miedo hablar.

Por último, solo un pequeño porcentaje de hombres (14%) y mujeres (7%) sentiría vergüenza de tener un familiar internado.

#### 4.2.2 Diferencias en relación a la edad

En cuanto la diferencia de edad, más de la mitad de personas menores de 30 años (57%) y más de la mitad de sujetos mayores a 30 años (52%) consideran que no se casarían con una persona que ha estado internada en un neuro – psiquiátrico. Diferencia que no resulta significativa.  $\chi^2 = 3.671786166 / gl = 1 / p = 0.055$

Un 94% de los menores tendría como amigo a una persona que ha estado internada, mientras que un 78% de los mayores tendrían de amigo a una persona que ha

pasado por esa situación. La diferencia no resulta significativa.  $\chi^2 = 1.176470588 / gl = 1 / p = 0.27$

Un elevado porcentaje de sujetos menores (89%) y mayores (78%) plantean que no le molestaría trabajar con un ex internado. Por otro lado, más del 90% de menores y mayores no le molestaría tener a una persona que ha pasado por una internación como vecino y tampoco le daría miedo hablar.

Por último, solo cerca 10% de menores de 30 años sostuvo que le daría vergüenza tener un familiar que haya pasado por la experiencia de internación. 9% de los mayores de 30 años compartió esta idea.

### **4.3 Percepción de la estigmatización**

Más del 90% de los encuestados considera que las personas preferirían tomar a una persona que no ha estado internada para un empleo antes que a un ex internado. Casi el mismo porcentaje de encuestados (93%) considera que las personas prefieren tomar para el cuidado de sus hijos, personas que no hayan estado internadas.

Tres cuartas partes de la muestra (75%) piensa que la mayoría de la gente descalifica a una persona que ha pasado por la situación de internación.

Por último un 76% considera que las personas toman como menos serias las opiniones de los ex pacientes.

#### **4.3.1 Diferencias en relación al sexo**

En relación a la diferencia entre los encuestados masculinos y femeninos, el 100% de mujeres considera que la mayoría de la gente prefiere tomar a otra persona para un empleo antes que un sujeto que ha estado internado en un neuro – psiquiátrico. Por otro lado, más del 80% de los hombres compartieron la misma idea. Esta diferencia resulta significativa.  $\chi^2 = 4,285714286 / gl = 1 / p = 0.034$

Se obtuvo los mismos porcentajes y la misma diferencia ante la idea de que la gente prefiere tomar a otra persona para el cuidado de sus hijos antes que un ex paciente.



Cerca de un 75% de hombres y mujeres consideran que la mayoría de las personas descalifica a los sujetos que han pasado por la situación de internación.

Por último, el 80% de las mujeres considera que la mayoría de la gente toma la opinión de un ex paciente como menos sería. Un 70% de los hombres comparte esta idea. La diferencia no resulta significativa.  $\chi^2 = 1.49068323 / gl = 1 / p = 0.22$

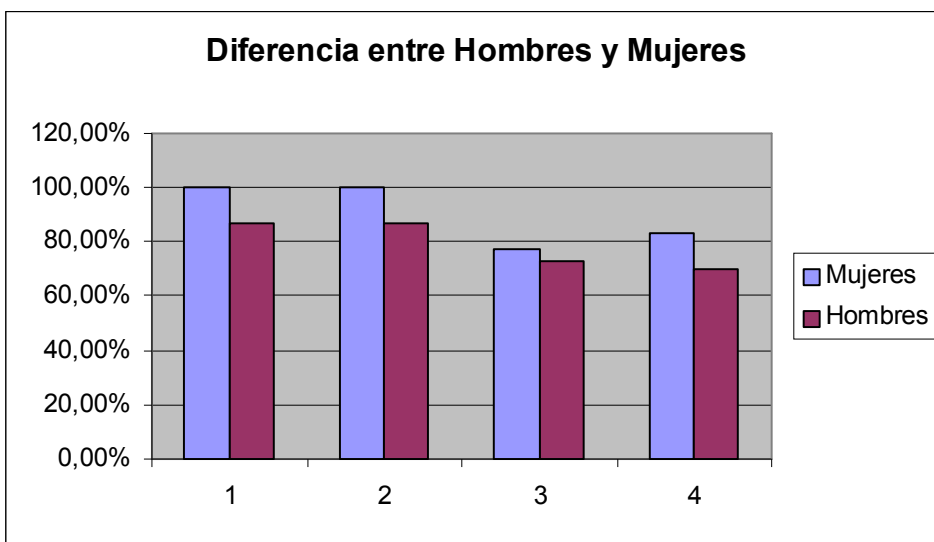


Gráfico 2

#### 4.2.2 Diferencias en relación a la edad

En relación a la diferencia de edad, se puede observar que más del 90% de los menores y mayores de 30 años, consideran que la mayoría de la gente prefiere tomar como empleado a una persona que no ha estado internada.

El 100% de los menores de 30 años considera que la mayor parte de la población prefiere tomar a una persona que no haya estado en un neuro - psiquiátrico para cuidar a sus hijos. El 87% de los mayores de 30 años comparte esta idea.

El 86% de los menores considera que la mayoría de la población descalifica a las personas que han estado internadas. Por otro lado, 53% de los mayores comparte esta idea. Esta diferencia resulta significativa.  $\chi^2 = 6,792009401 / gl = 1 / p = 0.009$

Por último, 86% de los encuestados menores de 30 años respondió que la mayoría de la gente toma como menos seria la opinión de una persona que estuvo internada. El 60%

de los menores comparte esta idea. Diferencia significativa  $\chi^2 = 5,76000451 / \text{gl} = 1 / p = 0.016$

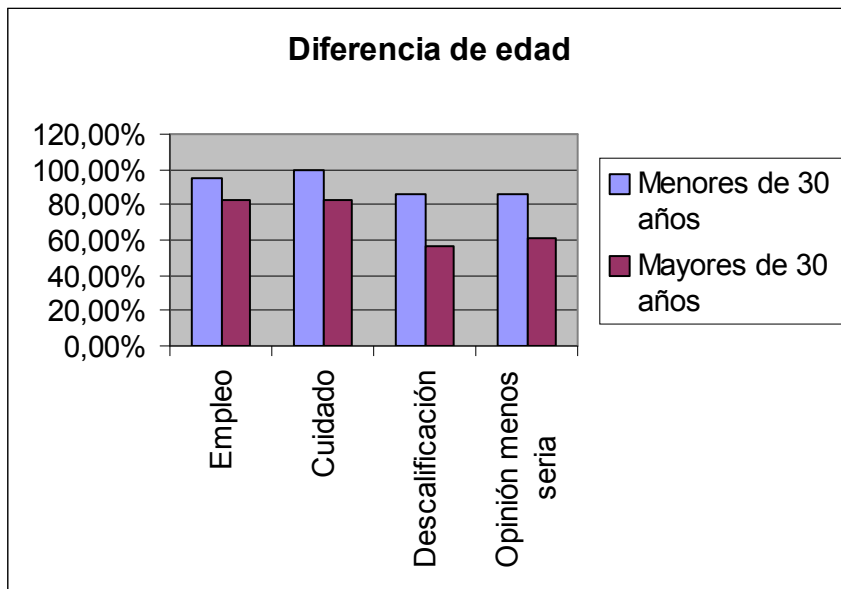


Gráfico 3

## 5. DISCUSIÓN

## 5.1 Distancia social

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que la distancia social de las personas encuestadas hacia los pacientes internados en neuro – psiquiátricos es baja. Existe una tendencia a la aceptación de las personas que han pasado por esta situación. Dichos resultados se asemejan a los obtenidos por Stéfani en 1985. La misma realiza una investigación con el objetivo de comparar la actitud hacia la enfermedad mental en sujetos de distintos niveles económicos en la ciudad de Buenos Aires. Los resultados muestran que, la mayoría de entrevistados, poseía en general una actitud levemente favorable hacia los enfermos mentales. (Stéfani, 1985).

Realizando un análisis más exhaustivo, se puede ver que esta tendencia de aceptación se invierte al indagar la posibilidad de contraer matrimonio con una persona que ha estado internada. Es decir, que en la pregunta donde el compromiso del acercamiento era mayor, más de la mitad de la muestra consideró no estar dispuesta a aceptar casarse. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado en seis ciudades alemanas que sirvió de base para este estudio. La investigación muestra que, si bien la distancia social es moderada, gran parte de los habitantes alemanes (77%) no se casaría con una persona con esquizofrenia (Gaebel, Baumann, Witte & Zaeske, 2002).

García – Silberman (2002) muestra, en el estudio realizado en la Ciudad de México, que existe cierta disposición a aceptar a las personas con patologías psiquiátricas, pero al momento de los hechos mostraron depender exclusivamente de la magnitud de la necesidad experimentada. Es decir, solo cuando era extrema o imperativa. Una posible explicación está en que estas respuestas corresponden a contestaciones socialmente deseables que pueden enmascarar sentimientos más profundos de tendencia negativa.

La negativa de contraer matrimonio, junto con el porcentaje de personas de la muestra que tiene algún familiar que ha pasado por la situación de internación (cerca del 25%), ponen al descubierto la problemática que implica un enfermo mental en el seno familiar. Chuaqui (2005) sostiene que enfermedades como la esquizofrenia causan un serio problema no sólo al paciente, sino también a la familia. Esta frecuentemente se ve aliviada cuando el paciente es hospitalizado, lo que en ciertos casos lleva a que la familia deje abandonado al paciente en el hospital psiquiátrico. La falta de manejo adecuado de la

familia respecto a la enfermedad, influida por la formación de imágenes negativas de la familia respecto al paciente puede llevar a situaciones como las descritas. Por estos motivos resulta fundamental intervenciones orientadas a la familia y a la comunidad. La intervención familiar disminuye la frecuencia de recaídas y hospitalización en períodos prolongados, estimula la aceptación de la medicación. En el mismo sentido, Alvarado Muñoz (2007) destaca los logros de la intervención comunitaria y a la vez sostiene que unas de las principales dificultades que enfrenta este tipo de intervención es el cuidado por parte de la familia. Esta situación genera, muchas veces, una carga para la misma generándose diversos conflictos dentro de la familia.

Por otro lado, Goffman (1963) plantea el individuo poseedor del estigma adquiere un nuevo Yo, un Yo estigmatizado que le genera dificultades para entablar nuevas relaciones y problemas con los vínculos anteriores. Aquellos con los que se vincula después de adquirir el estigma lo ven simplemente como una persona que tiene un defecto; quienes lo conocen desde antes están ligados a la idea de lo que alguna vez fue y pueden por consiguiente sentirse incapaces de brindarle un trato natural.

#### 5.1.1 Diferencias en relación al sexo

No se observan diferencias significativas, excepto en la primer pregunta, donde se indaga la posibilidad de contraer matrimonio con una persona que ha estado internada. Allí las mujeres se mostraron más reticentes a contraer matrimonio. A pesar de esto, en general, la distancia social en las mujeres y en los hombres es baja. Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Gran Bretaña en relación a las opiniones de los ciudadanos respecto a las personas con enfermedades mentales. Los resultados muestran que no existen grandes diferencias entre los hombres y las mujeres. Las actitudes negativas de la muestra son leves, salvo en los casos de esquizofrenia, alcoholismo y drogas. En estos casos la población se mostró más reticentes a aceptarlos (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000).

El estudio realizado por Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002) muestra que, si bien las mujeres parecen tener mayor respecto a la esquizofrenia, no existen grandes diferencias en cuanto la distancia social entre los encuestados. Se observa en este estudio

una bajo nivel de distancia social. Esto se invierte, ante la idea de contraer matrimonio con un esquizofrénico. En este caso el prejuicio es elevado tanto en hombre como en mujeres.

### 5.1.2 Diferencias en relación a la edad

No se observan diferencias significativas en relación a la edad. Los resultados son similares a los obtenidos en el estudio alemán. En el mismo, no se observan diferencias significativas en cuanto a la edad.

En la investigación mencionada anteriormente en Gran Bretaña, donde se evalúa la estigmatización hacia las personas con enfermedades mentales, no se observan diferencias en cuanto al grupo de edad 16 – 24 años y el grupo 25 – 65 años. Sin embargo en dicho estudio se destaca una disminución de las opiniones negativas en el grupo mayores de 65 años (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000).

## 5.2 Percepción de la estigmatización

Se observa una elevada percepción de estigma hacia las personas que han pasado por la situación de internación en la muestra. La mayoría de los encuestados considera que:

- La mayoría de la gente prefiere tomar a otra persona para un puesto de trabajo antes que a una persona que ha estado internada.
- La mayoría de la gente prefiere tomar a otra persona para cuidar a sus hijos antes que a una persona que ha estado internada.
- La mayoría de la gente descalifica a las personas que han estado internadas.
- La mayoría de la gente toma como menos serias las personas que han estado internadas

Estos resultados resultan similares a los obtenidos en la investigación que ha sido base para este estudio. Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002) encontraron que la estimación de los ciudadanos respecto a la estigmatización social es elevada. Un 80 % de la muestra consideró que la mayoría de la gente le daría un empleo a otra persona antes que a un esquizofrénico. Por otro lado el 74% de los encuestados consideró que la mayoría de las personas preferiría tomar a otra persona antes que a un esquizofrénico para el cuidado de

sus hijos. Más de la mitad de la muestra del estudio alemán sostuvo que las opiniones de los esquizofrénicos se toman como menos serias. Por último, un 62 % planteo que la mayoría descalifica a los esquizofrénicos.

Dichos resultados ponen al descubierto la problemática social a las cuales se enfrenta una persona que ha pasado por la situación.

Una vez realizada la internación, los pacientes tienen una limitación con el mundo exterior produciendo en los mismos un despojo de ciertas disposiciones sociales estables que se habían constituido a través de la relación con el medio. Con el paso del tiempo se va produciendo en el internado un sentimiento de inferioridad con respecto al estatus que ocupaban en el exterior antes de que se produzca el ingreso a la institución total. Este hecho crea en estas personas una atmósfera de depresión e incertidumbre respecto a lo que será de ellos en un futuro. Este temor explica la ansiedad creciente que se apodera de los sujetos internados ante la idea del alta ya que su posición social nunca volverá a ser la misma que antes del ingreso (Goffman, 1970).

Por otro lado Insúa y Koffmon (2003), en el informe que realizan sobre el estado de los neuro – psiquiátricos argentinos, consideran que una de las principales causas de los largos periodos de internación se debe, en gran parte, a la falta de contención social para los sujetos que salen de alta.

En el mismo sentido, Rodríguez González (2007) plantea que las problemáticas y necesidades de la población con patologías mentales son múltiples y complejas. En la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas presentan discapacidades, déficit y dificultades para el funcionamiento psicosocial autónomo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social. Problemas tales como desempleo, pobreza, aislamiento social, rechazo, estigma y falta de vivienda son comunes en esta población. Resulta primordial evitar situaciones de deterioro y marginación, procurando oportunidades y posibilidades efectivas de rehabilitación e integración social normalizada en la comunidad.

Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002) sostienen que las consecuencias más comunes de la discriminación hacia los enfermos son:

- Exclusión

- Distancias social
- Desventajas a la hora de conseguir empleo

Por último Chuaqui (2005) realiza un análisis de la situación laboral de las personas con enfermedades psiquiátricas. Destaca los múltiples problemas que sufren los pacientes psiquiátricos al momento de conseguir empleo incluso en los países desarrollados. Esto se debe a que, gran parte de los empresarios, tienen un gran desconocimiento real del problema y una imagen exageradamente negativa, que dificulta la reintegración laboral de personas con patologías psiquiátricas.

#### 5.2.1 Diferencias en relación al sexo

En general, no se observan diferencias significativas, salvo en la primer pregunta, donde el total de las mujeres considera que la mayoría de la población, le daría un empleo a otra persona antes que a un ex internado. Un porcentaje significativamente menor ( 86%) de los hombres encuestados compartió esta idea. A pesar de esta diferencia, la percepción del estigma de los hombres y mujeres en general es elevada . Estos resultados son similares a los obtenidos en el estudio realizado en la seis ciudades alemanas. Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002) plantean que son elevados los porcentajes de hombres y mujeres que tienen una alta percepción de estigmatización.

#### 5.2.2 Diferencias en relación a la edad

Un elevado porcentaje de menores y mayores de 30 años (93%) considera que la mayoría de las personas tomarían a otra persona para un empleo y para el cuidado de sus hijos antes que a una persona que estuvo internada. En el mismo sentido, el estudio realizado por Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002), muestra que el 80% de lo menores y mayores de 30 años consideran que la mayoría de las personas tomarían a otra persona para un empleo y para el cuidado de sus hijos antes que a una persona con esquizofrenia.

Por otro lado se observan diferencias respecto a la idea de que la mayoría de la gente toma como menos seria la opinión de los pacientes que han estado internados y que se los descalifica. Se observa que a medida que aumenta la edad, decrecen estas ideas.

Un 86% de los menores considera que la mayoría de la población descalifica a las personas que han estado internadas. Por otro lado, 53% de los mayores comparte esta idea. Además, el 86% de los encuestados menores de 30 años respondió que la mayoría de la gente toma como menos seria la opinión de una persona que estuvo internada. El 60% de los menores comparte esta idea. En estudio de Gaebel, Baumann, Witte y Zaeske (2002) la diferencia de porcentajes es menor. Pero a pesar de esto se puede observar que esta tendencia se mantiene en el estudio alemán. A medida que aumenta la edad, decrece la percepción del estigma.

### **5.3 Limitaciones del estudio**

Existe una limitación metodológica en relación a este estudio que no debe soslayarse. La muestra resulta muy pequeña para lograr sacar conclusiones respecto a los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires. El distrito cuenta con más de 3.000.000 habitantes, por lo tanto se necesitarían más de 1500 encuestas para poder tener una muestra representativa de la ciudad. De todas formas este estudio sirve de punto de partida para futuras investigaciones al respecto.

Otra de las limitaciones es que la encuesta utilizada para la realización de este estudio no está validada en la Argentina.

Por otro lado, los encuestados tuvieron dificultades en la sección de preguntas que indaga la percepción del estigma ya que muchos no comprendían si se refería a lo que ellos piensan o lo que piensa la mayoría de la gente.

### **5.4 Conclusiones finales**



Como conclusión de este estudio se puede decir que las personas, si bien no se reconocen como prejuiciosas y discriminadoras hacia las personas que han pasado por una situación de internación, reconocen que el la mayoría de la gente discrimina y estigmatiza a esta población. En relación a la diferencia en relación al sexo, las mujeres se muestran más reticentes a contraer matrimonio en relación a los hombres pero en general no se observan diferencias significativas. En cuanto a la edad, no se observan diferencias en relación a la distancia social. En el caso de la percepción del estigma, los menores de 30 años parecen tener una mayor percepción respecto a los mayores de 30 años.

En los últimos años, el gran número de estudios acerca del estigma que sufren los pacientes psiquiátricos y el destacado avance de los procesos de desmanicomialización a nivel mundial ponen en el tapete el rol de la sociedad frente a las enfermedades mentales.

Desde este trabajo, simplemente se intentó dar muestra de cuales son las opiniones que tienen los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires respecto a esta temática. A partir de esto, resulta imperante seguir trabajando e informando a la población acerca de las enfermedades psiquiátricas para que las mismas dejen de ser un tema tabú en la sociedad y para que la sociedad toda no se mantenga al margen.

Respecto a los neuro – psiquiátricos, desde la salud pública, es necesario mantener en pie estas instituciones para trabajar fuertemente con el paciente, la familia y con toda la sociedad con el objetivo de lograr, en los casos posibles, una pronta reintegración del enfermo en la sociedad.

## **6. REFERENCIAS**

- Alvarado, M. (2007). Calidad de vida y tratamiento familiar de pacientes con esquizofrenia. *Psicothema*, 20, 152-160.
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, I. & Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90, 618-621.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Social Online*, 2, 45-66.
- Echebarría, A. & González, J. (1980) *Psicología social del prejuicio y el racismo*. Madrid: CERA.
- Feldman, R. (2002). *Psicología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Foucault, M (2006). *Historia de la locura en la epoca clasica I*. Barcelona: Plaza Ediciones.
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people whit mental illness in six German cities. *The European Journal of Psychiatry*, 252, 278-287.
- García – Silberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad menal. *Salud Pública Mex*, 44, 289-296.
- Goffman, E. (1963). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González García, G. (2007). *Salud Mental: recuperar el tiempo perdido*. Recuperado el 18 de Enero de 2009 en [http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prensa\\_opinion-43.as](http://www.msal.gov.ar/htm/Site/prensa_opinion-43.as)
- Insúa, T. & Koffsmom, A. (2003). *Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado el 20 de Febrero de 2009 de la base de datos de CIPPEC.
- Li Ning, J., Rondón, M., Mina, R. & Ballón, R. (2003). Causas de rehospitalización de pacientes esquizofrénicos crónicos. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66, 13-23.
- Mahler, H. (1981). El sentido de la Salud para todos en el año 2000. *Foro Mundial de la Salud*, 2, 5-25.
- Morales, F. (1994). *Lecturas de Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rodríguez González, A. (2007) Modelo de atención comunitaria. Recuperado el 18 de Enero de 2009 de la base de datos de USAL.
- Sampieri, R., Collado, C. & Baptista, L. (1995) *Metodología de la investigación*. Madrid: McGraw-Hill.

Stéfani, D. (1985). Posición social y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 2, 27-30.

## **Anexo**

**Encuesta Realizada en:.....**

Femenino

Masculino

Edad: .....

Primaria Incompleta  Grado.....

Primaria Completa

Secundario Incompleto  Año.....

Secundario Completo

Terciario Incompleto  Año.....

Terciario Completo

Universitario Incompleto  Año.....

Universitario Completo

Nivel Socioeconómico:

Clase Baja...Clase Media Baja... Clase Media... Clase Media Alta... Clase Alta ...

**Marque con un círculo la respuesta correcta.**

- 1) ¿Tiene usted algún vínculo con personas que están o han estado internadas en un neuro - psiquiátrico?  
**Si No**
- 2) ¿Tiene usted algún familiar que está o ha estado internado en un neuro – psiquiátrico?  
**Si No**
- 3) ¿Trabaja en algún área de salud mental?  
**Si No**
- 4) ¿Se casaría con una persona que estuvo internada en un neuro - psiquiátrico ?  
**Si No**
- 5) ¿Tendría como amigo a una persona que estuvo internada en un neuro - psiquiátrico?  
**Si No**
- 6) ¿Le molestaría trabajar con una persona que estuvo internada en un neuro - psiquiátrico ?  
**Si No**
- 7) ¿Le molestaría que un vecino haya estado internado en un neuro - psiquiátrico ?  
**Si No**
- 8) ¿Le daría miedo hablar con alguien que estuvo internada en un neuro - psiquiátrico?  
**Si No**
- 9) ¿Se sentiría avergonzado de tener un familiar internado en un neuro – psiquiátrico?  
**Si No**
- 10) La mayoría de la gente preferiría tomar como empleado a otra persona antes que a una persona que estuvo internada en un neuro - psiquiátrico  
**Si No**
- 11) La mayoría de la gente evitaría tomar una persona que estuvo internada en un neuro - psiquiátrico para el cuidado de sus hijos.  
**Si No**
- 12) La mayoría de la gente descalifica a una persona que ha estado internado en un hospital psiquiátrico.

**Si No**

**13)** La mayoría de la gente toma la opinión de una persona que estuvo internada en un neuro – psiquiátrico como menos seria.

**Si No**