

ESTIGMA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL

STIGMA IN THE PSYCHIATRIC PRACTICE OF A GENERAL HOSPITAL

DR. RENATO D. ALARCÓN (1), (2)

(1) Mayo Clinic College of Medicine, Department of Psychiatry and Psychology, Rochester, Minnesota, USA.

(2) Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Email: alarcon.renato@mayo.edu

RESUMEN

Estigma es un fenómeno socio-cultural de múltiples y poderosas proyecciones en diversos campos, incluido el de salud y salud mental. Históricamente, su arraigo colectivo para calificar y marginar drásticamente a quienes padecen de una enfermedad mental, se ha extendido a todo tipo de escenarios clínicos. El artículo revisa las características e implicancias de estigma en el contexto de un hospital general y sobre la base de las tareas de la Psiquiatría de Enlace. Los actores de todo evento estigmatizante (pacientes, familiares, profesionales, público, entre otros) y las formas de presentación del estigma (negación, racionalizaciones, rechazo abierto, silencio) se describen con ejemplos pertinentes. Luego de analizar el impacto y las consecuencias del estigma en el cuidado cotidiano y seguimiento de los pacientes afectados, el artículo concluye ofreciendo modalidades variadas de intervención y manejo; y reflexiones en torno al significado de estigma y su futuro en las interacciones medicina-sociedad a nivel global.

Palabras clave: Estigma, hospital general, psiquiatría de enlace, psiquiatría social y cultural, diagnóstico psiquiátrico, redes sociales.

SUMMARY

Stigma is a socio-cultural phenomenon of multiple and powerful projections in different areas, including those of health and mental health. Historically, its collective objective to qualify and drastically marginalize those who suffer of a mental disorder, has expanded into all kinds of clinical settings. The characteristics and implications of stigma in the general hospital context, based on the tasks of consultation-liaison psychiatry, are examined. Actors of stigmatizing events (patients, relative, professionals, public, etc.) and stigma's forms of presentation (denial, rationalizations, open rejection, silence, etc.) are also described using pertinent examples. After analyzing the impact and consequences of stigma on daily care and follow-up of the affected patients, the article concludes offering various intervention and management modalities and reflections about the meaning of stigma and its future in medicine-society interactions across de world.

Key words: Stigma, general hospital, consultation-liaison psychiatry, social and cultural psychiatry, psychiatric diagnosis, social networks.

INTRODUCCIÓN

En una época como la actual, en que globalización, tecnología y la vigencia de sistemas masivos de comunicación presiden el desenvolvimiento cotidiano de la población mundial, existen temas de evidente impacto en niveles variados de la realidad social. Uno de ellos es indudablemente el fenómeno llamado estigma, cuyos orígenes etimológicos son más bien modestos y hasta ambiguos: la palabra proviene del griego antiguo *στίγμα* y del Latín *stigma*, que significa picadura, marca hecha con hierro al rojo vivo, herida sangrante o tatuaje. Su uso en épocas pretéritas tuvo alcances teológicos: era el nombre de “una huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación que sus almas toman en la pasión de Cristo” (1). También se designó así a “la marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud” refiriéndose a la huella de castigos infligidos a pecadores, delincuentes o personas supuestamente transgresoras de normas políticas o sociales dominantes. Al paso de los siglos, su significado más evidente es el de ser “marca de desgracia o descrédito”, de “desdoro, afrenta, mala fama” (1,2).

Son estas últimas acepciones las que se aplican hoy casi exclusivamente en diversas esferas como expresión condenatoria o negativa de situaciones, conceptos o personas al margen de la estimación mayoritaria. Al lado de términos tales como “prejuicio” (idea anticipada y generalmente equivocada) o “discriminación” como resultado patente de aquellas ideas, estigma se convierte en el puente por el que transitan acciones de crítica, postergación y abuso contra los “marcados”, sea en áreas de identidad étnica, militancia política, creencias religiosas u orientaciones de género (3). Para los efectos de este artículo, el vocablo grafica el etiquetamiento desfavorable e insultante de determinados problemas de salud (vgr., lepra en el pasado, SIDA en la época contemporánea), en particular los relacionados con salud y enfermedad mental: prácticamente todo tipo de cuadro psiquiátrico y las acciones que se toman para su examen y manejo, son objetivos de una estigmatización sistemática por parte de sociedades y comunidades a lo largo del mundo (4).

Se examinará fundamentalmente la presencia y manifestaciones de estigma en relación a aspectos psiquiátricos de la práctica diaria en hospitales generales, tengan o no unidades psiquiátricas. Los conceptos que siguen se refieren a diversos escenarios clínicos dentro del hospital y, en particular, a observaciones en el contexto de la llamada Psiquiatría de Enlace. Abarcan a varias entidades diagnósticas y a diversos protagonistas del acto médico, examinando el impacto de estigma, sus consecuencias y posibles intervenciones correctivas. Presenta datos de revisión de la literatura psiquiátrica y concluye con comentarios aplicables a la realidad de la atención psiquiátrica en hospitales generales de América Latina.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ESTIGMA EN MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

El *background* definitorio de estigma es predominantemente socio-cultural (5). En un número de instancias puede ser simplemente resultado de ignorancia respecto al objeto de su condena, en este caso, la enfermedad mental. Su origen, lamentablemente, no reside solo en una educación limitada por carencias socio-económicas ya que existe evidencia de ideas y prácticas estigmatizadoras en miembros de sectores socio-económicos altos y de niveles educativos superiores, incluyendo profesiones de la salud (3,6). Las nociones estigmatizantes tienen un carácter íntimo y subjetivo resultante de variadas influencias ambientales de naturaleza socio-familiar, ocupacional o grupal, cuando no de experiencias personales con familiares, amigos o vecinos enfermos o del espectáculo de pacientes mentales deambulando por calles y plazas o durmiendo a la intemperie (7). Este conjunto de vivencias genera, en muchos casos, ideas estereotipadas de generalización fácil y convencimiento intenso.

Otros factores socio-demográficos que contribuyen a la prevalencia de estigma en la población son: edad (estigma es mayor en adolescentes, adultos jóvenes y adultos en edad media de la vida), género (más evidente en varones que en mujeres), zona de residencia (poblaciones urbanas más que rurales) y ocupación (amas de casa, trabajadores manuales y de oficina más que profesionales) (8,9). Puede también afirmarse que el nivel de estigma se da directamente en función de la severidad y persistencia del trastorno mental al cual se aplica.

Un aspecto poco estudiado en la conducta de quienes rechazan o estigmatizan a las enfermedades (y enfermos) mentales es el posible impacto de rasgos psicopatológicos presentes en ellos mismos, el llamado auto-estigma o estigma internalizado, este último, resultado de la percepción que el individuo adquiere a partir de la manera cómo el público se expresa de la enfermedad y del enfermo mental (10, 11). ¿En qué medida el ser portador de un cuadro mental afecta la actitud del individuo hacia otros con el mismo o diferente diagnóstico? La respuesta no es fácil porque entraña un espectro de posibilidades: positivas o favorables (simpatía consciente, el “conocer” la profundidad de una experiencia singular y la solidaridad que esto induce hacia aquéllos que la sufren) pero, por otro lado, sentimientos de rechazo, resentimiento y frustración nutriendo reacciones concomitantes hacia personas que muestran conductas similares a las propias.

El mecanismo a través del cual el estigma se difunde o gana terreno en el colectivo tiene también profundas raíces socio-culturales. Se trata de un proceso combinado de reiteraciones, rumores, informaciones a través de los medios y las llamadas “redes sociales”, procesos de “persuasión de masas”

y experiencias personales o individuales que, en conjunto, dan lugar a una suerte de “contagio social”, un compartir de opiniones que se traduce en acuerdos tácitos y estrategias permanentes hacia un objetivo común (12). Lo más importante en este proceso es que estigma invoca y encarna, a través de actitudes hostiles y por lo tanto, agresivas (consideradas como “necesarias”), un propósito supuestamente alturado de protección, de defensa, de beneficio individual y colectivo y hasta de “pureza” y convicción sincera. La articulación de estigma y sus modalidades utiliza, en buena medida, la justificación dialéctica de causas nobles, de fines trascendentes.

Las implicaciones políticas y económicas de estigma son también numerosas y contradictorias. A través de la historia, cuando estigma era un elemento institucionalizado en el trato a los enfermos mentales, su impacto se tradujo en la ubicación de los asilos de “lunáticos” en zonas apartadas, lejos de la vista y consideración del gran público. En el momento actual, casi siete siglos más tarde, el estigma ha adoptado formas más sofisticadas (vgr., disposiciones legales o declaraciones oficiales elocuentes pero, carentes de recursos financieros o materiales adecuados) o solapadas: falta de cobertura de seguros para enfermedades mentales, números limitados de plazas académicas o personal hospitalario, escaso acceso de personas con historia de padecimientos emocionales al mercado de trabajo, entre otros (13,14). Estos procesos se conocen con el nombre de “**estigma estructural**”.

En otros terrenos, el estigma se ha expresado más bien como una suerte de “conspiración del silencio”, de negligencia deliberada, minimización consciente o negación subconsciente que, en cualquier caso, daría lugar a una sensación de alivio colectivo, de ausencia de culpa o de vergüenza (15); algunos incluso elogiarían esa “sublimación de la furia” hacia los llamados “culpables” de la disrupción social, los enfermos mentales.

Los profesionales de salud y salud mental de ninguna manera son ajenos a los embates del estigma. De hecho, hay ejemplos de todo tipo respecto a cómo juzgan ellos la conducta de sus pacientes, más allá de los enunciados deontológicos de la profesión: el resultado concreto es que nosotros también lidiamos con tal realidad y las acciones que tomemos pueden reflejar el estilo con el que manejamos el grado alto o bajo de estigma que pueda aquejarnos (16,17). De hecho, la objetividad del juicio clínico puede verse afectada de manera directa por tales niveles: Un paciente esquizofrénico puede generar enfoques más severos que lo que la sintomatología detectada haya revelado e influir en el nivel de “agresividad” del tratamiento (¿polifarmacia?, ¿electroshock?) o en un mayor énfasis en la seriedad del pronóstico que en las esperanzas de recuperación.

EL ESTIGMA PSIQUIÁTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL

A pesar de cambios sustanciales en muchos aspectos de la práctica médica, el hospital general sigue siendo escenario vital en el ejercicio de la profesión. La época moderna lo sitúa como eje protagónico de servicios basados en el uso cada vez más elaborado de los nuevos recursos tecnológicos. Pacientes admitidos cubren todo el espectro de posibilidades diagnósticas y de manejo en prácticamente todas las especialidades y subespecialidades, con servicios, divisiones o unidades propias pero en constante y dinámica interrelación, sello fundamental de la medicina contemporánea. El hospital general es hoy el escenario clínico con números cada vez mayores, pero aun insuficientes, de personal (en diversos niveles jerárquicos dentro de cada profesión), de camas, laboratorios y áreas de interconsulta. Cuenta además con subdivisiones que van desde servicios de emergencia hasta unidades especializadas, en las cuales la estancia del paciente tiende a ser cada vez más corta. En tal contexto, las áreas de emergencia y servicios ambulatorios son hoy escenario de flujos crecientes de pacientes, demandas administrativas y exigencias no siempre realistas de rendimiento laboral.

La presencia de la psiquiatría en el hospital general no ha sido ajena a estas tendencias. Históricamente, corresponde al movimiento de la llamada Medicina Psicosomática, el privilegio de haber fomentado el ingreso de la especialidad al más amplio territorio médico. De base psicodinámica inicial, algunos de los excesos doctrinarios en que incurrió no llegaron a opacar su mensaje de integración, respeto mutuo y aceptación pragmática (18). Esta última se materializó hacia mediados del siglo pasado, primero con la apertura de unidades psiquiátricas en hospitales generales y, a partir de los años 60, con el advenimiento de la llamada Psiquiatría de Enlace o *Consultation Liaison Psychiatry* que permitió una interacción mucho más cercana y productiva de la especialidad psiquiátrica con sus pares (19-21). El proceso ha continuado con el vigoroso avance de la llamada Atención Integrada, *Integrated Care* o *Comprehensive Medicine* en el ámbito clínico actual (22).

El hospital general y su trasfondo psicológico o emocional exhiben un ambiente colectivo necesariamente heterogéneo que se homogeniza sin embargo, al influjo de ingredientes comunes de temor y esperanza, expectativas y angustias, opiniones coincidentes o divergentes... y grados diversos de estigma, expresos o simulados, aceptados o negados. Hay ciertamente enfermedades médicas (infecciones exóticas de naturaleza epidémica, cáncer de diversos tipos, obesidad, cuadros congénitos, dolencias geriátricas) sobre las que convergen actitudes de estigma, pero ésta es varias veces más evidente cuando se trata de entidades psiquiátricas. En este sentido, los ejemplos más claros se dan, sin duda, en la práctica de la

psiquiatría de enlace: el consultor acude a un servicio médico o quirúrgico, conversa con el colega que refirió el caso, con enfermeras y otro personal auxiliar, con familiares, eventualmente con otros pacientes y, obviamente, con el (o la) paciente mismo (a). Su tarea va más allá del solo diagnóstico o de la prescripción correspondiente; se trata de una evaluación compleja y completa, del estudio de creencias, de modalidades de búsqueda de ayuda, atribuciones causales y nociones culturales respecto al problema clínico y sus implicaciones diagnósticas, terapéuticas o pronósticas (23,24). Y en medio de esta información, inevitablemente densa y multiforme, el psiquiatra debe explorar también la presencia (o ausencia) de estigma hacia la condición consultada.

Actores

A la manera de un proscenio cabal, el hospital general y sus expresiones de estigma tienen una variedad de actores, cada uno de los cuales encarna perspectivas propias. El actor central es, sin duda, el *paciente*, portador de síntomas y quejas, de su conocimiento más o menos sofisticado respecto a salud y enfermedad, a patología y psicopatología, de su propia explicación causal de la enfermedad, de factores de riesgo y protección, de sus fortalezas y debilidades (25). En la mayoría de casos, consciente de sus derechos, el paciente puede formular preguntas, esperar respuestas y emitir opiniones. En el caso de diagnósticos psiquiátricos, sin embargo, criterios fuertes de estigma pueden dominar, en casos, sus deseos de información completa y desviar la naturaleza y el propósito de una evaluación especializada. El resultado de desconcierto y caos informativo es predecible (10, 11, 26).

Los *familiares* del paciente constituyen un reparto de múltiples caracteres que no exhiben, por cierto, uniformidad u homogeneidad de criterios frente a la enfermedad mental y su carga de estigma. Por el contrario, las opiniones y las actitudes o conductas vinculadas a ellas son tan variadas como el número de miembros del grupo familiar. La presencia física y el nivel de involucramiento en términos de visitas diarias, grado de apoyo, comentarios y reacciones pueden variar si al diagnóstico físico se une un diagnóstico psiquiátrico. Prejuicios y subsecuentes precauciones (menos visitas, un diálogo más reservado, distraibilidad deliberada, entre otros) pueden surgir abruptamente, aun cuando reacciones opuestas son también posibles (27,28).

La actitud de los *profesionales* envueltos en la interconsulta psiquiátrica es crucial. En primer término, el médico que hace la consulta tiene muy probablemente criterios ya formados respecto a salud y enfermedad mental y, si ellos son intensamente negativos, el llamado al psiquiatra de enlace, constituye un esfuerzo sincero de objetividad y superación de eventuales prejuicios. Ello no obstante, el estigma seguirá

operando en sus acciones e interacciones con el paciente, los familiares y el colega consultor. En la inmensa mayoría de casos, la respuesta será deseablemente correcta pero, en algunos, se puede observar niveles de desapego o indiferencia, cambios en el estilo de la transacción cotidiana, altas prematuras u otros indicios de estigma (16,17,29).

El psiquiatra consultor es otro actor principalísimo en este escenario. El que ejerza psiquiatría de enlace como subespecialidad o trabajo clínico primario permite anticipar un nivel mínimo o incluso una ausencia total de estigma. Su deber fundamental es efectuar una evaluación integral del caso y emitir sugerencias constructivas de manejo y seguimiento. Auto-observación, rasgo ocupacional probablemente más desarrollado en psiquiatras que en otros profesionales, permite prevenir efectos negativos de estigma en la actividad del consultor.

Enfermeras, asistentes médicos, trabajadoras sociales, terapeutas físicos, capellanes, secretarías, voluntarios y el personal auxiliar del servicio referente, constituye un componente importante del *ámbito* que circunda al paciente antes y después de la interconsulta. Una vez más, la variedades de opiniones y actitudes frente a un diagnóstico psiquiátrico da lugar a un despliegue de opciones y posibilidades. Miradas “de reojo”, suspicacias, hipersensibilidades, precauciones desusuales, preguntas pertinaces al médico tratante, rumores y evitamiento marcado, de un lado; y de otro, delicadezas, atención más prolija, sonrisas o voces de aliento pueden evidenciarse en este ambiente multifacético (25, 30).

No debe olvidarse a los *otros pacientes* en el servicio. Grupo también heterogéneo y aún más imprevisible que el del personal auxiliar, su reacción puede ser intensa si cunde el diagnóstico (cualquiera que él fuera) hecho por el consultor y si la actitud subsecuente del personal refuerza tal reacción. El aislamiento del paciente, la desconfianza, el temor a interactuar con él, la acusación fácil o la invectiva injustificada pueden caracterizar aquella reacción, reflejando variados niveles de estigma y discriminación. Es importante que todo el personal profesional y auxiliar tome nota de estas circunstancias en el devenir de su labor asistencial diaria.

El *público*, espectador no necesariamente pasivo del quehacer cotidiano de un hospital general, puede jugar un rol en esta serie de interacciones, merced a la eventual intervención de medios de comunicación masiva, en particular de las redes sociales y aún diarios o revistas locales que difundan noticias con afanes sensacionalistas (31, 32). A fin de cuentas, estos medios son los agentes primarios de todo “lo bueno, lo malo y lo feo” que la sociedad contemporánea adquiere y digiere

día a día: estigma hacia la enfermedad mental es uno de esos ingredientes.

Formas de presentación

El estigma adopta formas diversas de presentación en el hospital general. A las ya mencionadas posturas de rechazo abierto, negación o silencio, o de motivaciones como vergüenza o culpa, se unen otras:

Causalidad física: El ser portador de un cuadro médico, quirúrgico, obstétrico o, en general, el estar en un hospital no-psiquiátrico confiere al paciente y su familia, la factibilidad de usar explicaciones "físicas" como causa de eventuales síntomas emocionales ("¡la causa es la misma que me ha dado esta neumonía, doctor; se cura la neumonía y se me va el miedo!"), reduciendo con tal racionalización el impacto de una auto-crítica estigmatizante (10,33).

Bromas o comentarios risueños, "indirectas" elusivas de juicio frente a la posible evidencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante: "¿Así que estoy loco? ¡No doctor, el loco es mi primo que se cree actor de cine!".

Insultos: Informado de la posibilidad, el paciente reacciona airadamente y profiere comentarios duros o soeces, acusando o criticando a otros (fundamentalmente a familiares o al propio profesional), manifestaciones que, sin embargo, no son ni deben ser calificadas como psicóticas.

La actitud "conspiratoria" en respuesta a posibilidades de diagnóstico psiquiátrico entraña la participación de otros, en la mayoría de casos familiares del paciente que, tal vez en respuesta a sus propios temores, refuerzan la negación, intensifican el silencio o desvían la crítica a otras fuentes (15).

Cada entidad diagnóstica puede dar lugar a distintas formas de presentación del estigma, de modo tal, que la presencia de éste refleja una relación estrecha y casi directa con la seriedad de aquélla. Se sabe que los cuadros psicóticos (esquizofrénicos o bipolares) engendran un rechazo mayor, basado en un prominente nivel de estigma (34). Su expresión puede ser algo menor en cuadros afectivos, aun cuando en éstos la sensación de desesperanza y angustia puede dominar las manifestaciones del estigma subyacente. Entidades de tipo ansioso, con miedos concomitantes o historias traumáticas, acentúan actitudes de negación y estigma basadas en recuerdos penosos (35). Paradójicamente, un diagnóstico de trastorno de personalidad puede producir reacciones menos intensas, un tanto ambiguas y, en todo caso, un nivel de estigma un tanto menos abrumador que el de otros diagnósticos (36); lo mismo tiende a ocurrir con cuadros adictivos, considerados auto-evidentes y cuyo tratamiento y eventual

recuperación se estima que puedan depender más de la "fuerza de voluntad" de los pacientes que de factores más allá de su control, íntimamente unidos a la raigambre cognitivo-instintiva del estigma (37).

Impacto y consecuencias

Se ha mencionado ya el aislamiento del paciente en la unidad de servicio como resultado de la reacción estigmatizante de otros pacientes, familiares o personal profesional y auxiliar. De parte de estos últimos, si son víctimas de ideas y/o convicciones de estigma, el nivel de calidad de su trabajo puede decrecer involuntaria o inconscientemente, dando lugar a una atención mediocrizada que puede llegar, en algunos casos, a negligencia marcada, a falta de atención a las quejas del paciente o a reportes de otros en relación a su evolución clínica. El corolario de estos eventos puede ser, por cierto, el agravamiento tanto del padecimiento físico primario (el que trajo al paciente al hospital) como del cuadro psiquiátrico que dio lugar al pedido de interconsulta (38).

Los diferentes niveles de rechazo, sutil o declarado, nacido del estigma hacia la enfermedad mental son potenciales factores de desquiciamiento del orden interno de la institución hospitalaria, de las relaciones entre diferentes niveles del personal que labora en ella, de interpretaciones equivocadas en cuanto al origen y la naturaleza de los hechos subsecuentes y de la asignación errónea de responsabilidades. La consecuencia final puede irrogar daños severos o permanentes a la relación del hospital con la comunidad a la que sirve y a la confianza que ésta y actuales y futuros pacientes puedan o quieran depositar en aquél.

DISCUSIÓN

¿Qué hacer ante una situación de desconcierto y desmoralización en la totalidad o en sectores de un hospital general, resultante de diversas maneras de expresión de estigma hacia la enfermedad mental, por parte de diversos actores? Una respuesta inicial es obviamente la de activar mecanismos de prevención en base a disposiciones administrativas y clínicas precisas, adecuadamente diseminadas, materia de programas regulares de adiestramiento y actualización y de discusiones continuas entre todos los segmentos de la institución hospitalaria (39-41). En este contexto, la educación de profesionales (a través del ejercicio de una Atención Primaria Integrada) y del público (mediante información pertinente de los medios de comunicación masiva y redes sociales), juega un rol decisivo de planificación y alcances realistas.

Los pacientes y familiares directamente afectados por actitudes negativas en el ámbito hospitalario deben ser objetivo fundamental de estas labores de prevención y manejo.

Debe darse prioridad a testimonios personales ante audiencias directamente envueltas en el proceso y a discusiones francas en torno a motivos y detalles de la acción o reacción estigmatizadora. La conducción de tales encuentros, a cargo de expertos en salud mental, salud pública y comunicación puede garantizar un efecto saludable. La difusión de transacciones y resultados de estos ejercicios dentro y fuera del servicio afectado o del hospital en general, jugaría también un papel primordial en las labores de alivio y prevención de daños secundarios a estigma.

Existen otras modalidades de enseñanza a los grupos envueltos en causas y consecuencia del estigma. El hospital general puede tener ventajas en relación a otras instituciones de salud si abre sus instalaciones a debates y conversatorios públicos y a la participación de figuras importantes, con experiencia propia o adquirida en relación al tema. Se considera aquí la presencia de “celebridades”, personas de figuración pública en diversas áreas (artes, ciencias, letras, academia, política, tecnología, etc.) que hayan padecido de un cuadro mental y hayan sido, de una u otra manera, protagonistas o víctimas de acciones desencadenadas por el estigma hacia él. El poder persuasivo de estas acciones tiene muchos ejemplos (42-44) y hasta se ha considerado que su impacto es mucho más notable que el de la difusión de hallazgos de la investigación psico y neuro biológica en relación a salud y enfermedad mental (45). Historias personales presentadas en los medios, el trabajo de organizaciones no-gubernamentales, discusión de películas en relación al tema, son otros pasos que se han dado -y que deben continuar- en este tipo de campañas (46, 48).

América Latina es una región de características culturales propias, pero que, al igual que otras en el mundo, es escenario de una compleja historia de hechos relacionados al estigma mental. La interacción de factores poblacionales religiosos, étnicos, lingüísticos y socio-económicos es particularmente intensa y potencialmente conflictiva (49-52) por lo que el estigma puede revestir riesgos añadidos dentro del curso clínico de enfermedades mentales. La labor internacional coordinada de dependencias de salud, personal administrativo y clínico de hospitales y una opinión pública madura y convergente sería factor decisivo en el manejo exitoso del estigma y sus problemas en el continente y en el mundo (53-55).

CONCLUSIONES

La percepción de estigma y sus implicancias es compartida por personas, agencias y organizaciones diversas en el contexto social. El concepto adquiere un significado poderoso (y hasta ominoso) cuando proyectado focalmente al campo de la salud mental, en el que sus consecuencias pueden ser devastadoras. Es importante estudiar e investigar a fondo su vigencia a nivel global, con énfasis en las características con que se da en cada región, continente o ámbito colectivo, incluidos escenarios clínicos tales como hospitales generales y sus diversas reparticiones. El manejo debe incluir estrategias de salud y educación pública, con énfasis preventivo, pero debe extenderse también a tareas de educación y adiestramiento práctico a médicos y otros profesiones de la salud. El rol de expertos en psiquiatría cultural y social debe ser fundamental en la cristalización de estas estrategias.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. & C. Merriam Co. *Webster's Third New International Dictionary*. New York, 1966.
2. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*, 20a. edición. Madrid, 1984.
3. Bryman A., Lewis-Beck M.S. & Liao T.S. *The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods*. Thousand Oaks, California: SAGE, 2004.
4. Corrigan P.W., Druss B.G., Perlick D.A. *The impact of mental illness stigma on seeking and participating on mental health care*. *Psychol Sci Public Interest* 2014; 15: 37-70.
5. Bhugra D., Maj M., Ventriglio A., Ruiz P. *World aspects of Psychiatry*. En: Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 10th. Ed. Chp. 62. Philadelphia, PA: Wolters-Klower, 2017: pp. 4517-4532.
6. Patten S.B., Williams J.V., Lavorato D.H. et al. *Perceived stigma among recipients of Mental Health Care in the general Canadian population*. *Can J Psychiatry* 2016; 61: 480-488.
7. Aromaa E., Tolvanen A., Tuulari J., Wahlbeck K. *Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland*. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 125-132.
8. Murthy R.S. *Stigma is universal but experiences are local*. *World Psychiatry* 2002; 1: 28-30.
9. Schibalski J.V., Müller M., Ajsacic-Gross V. et al. *Stigma-related stress, shame and avoidant coping reactions among members of the general population with elevated symptom levels*.

- Copmpr Psychiatry 2017; 74: 224-230. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.001.
10. Kao Y.C., Lien Y.J., Chang H.A., Wang S.C., Tzeng N.S., Loh C.H. Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of self-stigm. *Psychiatry Res* 2016; 240: 187-195. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.030.
 11. Picco L., Pang S., Lau Y.W. et al. Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry Res* 2016; 246: 500-506. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.041.
 12. Lauber C., Nordt C., Falcato L., Rössler W. Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40: 265-274.
 13. Montenegro R. Advances and perspectives in mental health: Is psychiatry being stigmatized?. *Psiquiatriki* 2011; 22: 283-289.
 14. Totman J., Mann F., Johnson S. Is locating acute wards in the general hospital an essential element in psychiatric reform? The U.K. experience. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010; 19: 282-286.
 15. Liggins J., Hatcher S. Stigma toward the mentally ill in the general hospital: A qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 359-364.
 16. Grover S., Avasthi A., Singh A. et al. Stigma experienced by caregivers of patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study. *Int J Soc Psychiatry* 2017; May 1: 20764017709484. doi: 10.1177/0020764017709484. [Epub ahead of print]
 17. Magliano L., Strino A., Punzo R., Acone R., Affuso G., Read J. Effects of the diagnostic label "schizophrenia", actively used or passively accepted, on general practitioners' views of this disorder. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63: 224-234. doi: 10.1177/00207640017695353.
 18. Sadock B., Alcott V. *Medicina Psicosomática. Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta/Psiquiatría Clínica (10a. ed.)* Barcelona: Wolters Klower Health. Madrid, España 2008; pp. 813-838.
 19. Lipowski Z.J. Consultation-Liaison Psychiatry: An overview. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 623-630.
 20. Hoyle L., Streltzer J. (Eds.) *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry, 2nd. Ed.* New York: Springer, 2015.
 21. Noblett J., Caffrey A., Deb T. et al. Liaison Psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *J Psychosom Res* 2017; 95: 26-32.
 22. El Ansari W. When meanings blur, do differences matter? Initiatives for improving the quality and integration of care: conceptual matrix or measurement maze? *J Integra Care* 2011; 19: 5-21.
 23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Ed (DSM-5). Section III, Cultural Formulation.* Washington DC: APA, 2013. pp. 749-760.
 24. Alarcón R.D., Vega-Dienstmaier J., Cruzado L. Use of the Cultural Formulation Interview in different clinical settings. En: *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview.* Lewis-Fernández R., Aggarwal N.K. Hinton L. et al. (Eds.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc., 2015, pp. 208-223.
 25. de Figueiredo J.M. Deconstructing demoralization: distress and subjective incompetence in the face of adversity. En: *The Psychotherapy of Hope: The Legacy of Persuasion and Healing.* R.D. Alarcón, Frank J.B. (Eds.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2012, pp. 107-124.
 26. Powers R. *No one cares about crazy people.* New York: Hachette Books, 2017.
 27. Karnieli-Miller O., Perlick D.A., Nelson A., Mattias K., Corrigan P., Roe D. Family members of persons living with a serious mental illness: Experiences and efforts to cope with stigma. *J Ment Health* 2015; 22: 254-262.
 28. Pérez-Garín D., Molero F., Bos A.E. Internalized mental illness stigma and subjective wellbeing: the mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Res* 2015; 228: 325-331.
 29. Gold K.J., Andrew L.B., Goldman E.B., Schwenk T.L. I would never want to have a mental health diagnosis on my record: A survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment and reporting. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 43: 51-57.
 30. Harrison C.A., Hauck Y., Ashby R. Breaking down the stigma of mental health nursing: A qualitative study reflecting opinions from Western Australian nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017, Apr. 19. doi: 10.1111/jpm/12392 [Epub ahead of print].
 31. Peek H.S., Richards M., Muir O., Chan S.R., Caton M., McMillan C. Blogging and social media for mental health education and advocacy: A review for psychiatrists. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 88-91. doi: 10.1007/s11920-015-0629-2.
 32. Henderson C., Noblett J., Parke H. et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 467-482. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6.
 33. Abdullah T., Brown T.L. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values and norms: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 934-948.
 34. Singh A., Mattoo S.K., Grover S. Stigma and its correlates in patients with schizophrenia attending a general hospital psychiatric unit. *Indian J Psychiatry* 2016; 58: 291-300. doi: 10.4103/0019-5545/192024.
 35. Schraufnagel T.J., Wagner A.W., Miranda J., Roy-Byrne P.P. Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us?. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 27-36.
 36. Alarcón R.D., Foulks E.F., Vakkur M. *Personality Disorders and Culture. Clinical and conceptual interactions.* New York, NY: Johns Wiley & Sons, Inc., 1998.
 37. Wanigaratne S., Salas S., Strang J. Substance misuse. En: *Textbook of Cultural Psychiatry.* Bhugra D., Bhui K., (Eds.). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2007, pp. 242-254.
 38. Chen J.A., Shapero B.G., Trinh N.T. et al. Association between Stigma and Depression outcomes among Chinese immigrants in a Primary Care Setting. *J Clin Psychiatry* 2016; 77: 1287-1292. doi: 10.4088/JCP.15m10225.
 39. Blashill A.J., Perry N., Safren S.A. Mental health: A focus on stress, coping, and mental illness as it relates to treatment retention, adherence, and other health outcomes. *Curr HIV/AIDS Rep* 2011; 8: 215-222.

40. Filipcic I., Pavicic D., Filipcic A. et al. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label "schizophrenic patient" tested by an anti-stigma questionnaire. *Coll Anthropol* 2003; 27: 301-307.
41. Trinh N.H., Bedoya C.A., Chang T.E., Flaherty K., Yeung A. A study of culturally focused psychiatric consultation service for Asian American and Latino American primary care patients with depression. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 166-170. doi: 10.1186/1171.
42. Jamison K.R. *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*. New York: A.A. Knopf, 1995.
43. Styron A. *Darkness visible. A memoir of madness*. New York: Random House, 1990.
44. Vargas E. *Between Breaths. A Memoir of Panic and Addiction*. New York: Grand Central Publishing, 2016.
45. Pescosolido B.A., Martin J.K., Long J.S., Medina T.R., Phelan J.C., Link B.G. A disease like any other?. A decade of change in public reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1321-1330.
46. Wahl O.F., Lefkowitz J.Y. Impact of a television film on attitudes about mental illness. *Am J Commun Psychol* 1989; 17: 521-528.
47. Siu B.W., Chow K.K., Lam L.C., Chan W.C., Chui W.W. A questionnaire survey on attitudes and understanding towards mental disorders. *East Asian Arch Psychiatry* 2012; 22: 18-24.
48. Mak W.W., Chan R.C., Wong S.Y. et al. A cross-diagnostic investigation of the differential impact of discrimination on clinical and personal recovery. *Psychiatr Serv* 2017; 68: 159-166. doi: 10.1176/appi.ps.201500339.
49. Loch A.A., Gattaz W.F., Rössler W. Mental healthcare in South America with a focus on Brazil: past, present and future. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 264-269. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000259.
50. Interian A., Ang A., Gara M.A., Rodríguez M.A., Vega W.A. The long-term trajectory of depression among Latinos in primary care and its relationship to depression care disparities. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33: 94-101.
51. Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J. et al. Global Burden of Disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382: 1575-1586.
52. Castro P, Segura R, Tordoya G, Arévalo M, Vega J, Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med Per* 2013; 30: 63-69.
53. Tommasini N.R. Private insurance coverage for the treatment of mental illness versus general medical care: a policy of inequity. *Arch Psychiatr Nurs* 1994; 8: 9-13.
54. Quidu F., Escaffre J.P. Are the representations of the "madman", the "mentally ill person", the "depressive" and the opinions towards psychiatric hospitals homogeneous according to the populations of the investigated sites?. *Encephale* 2010; 36 (3 Suppl): 15-19. Doi: 10.1016/S0013-7006(10)70013-0.
55. Gureje O., Olley B.O., Kola L. et al. Do beliefs about causation influence attitudes to mental illness? *World Psychiatry* 2006; 52: 104-107.