



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final

Los criterios diagnósticos y su relación con el estigma en Salud Mental

Modalidad de presentación: ensayo

Autor: Laura Verónica Ferrari

Legajo: F 5514-1

DNI: 23185128

Docente responsable: Alejandra Ballerini

2025

Agradecimientos

Quiero dedicar este ensayo a mi familia, especialmente a mis hijos y mi esposo. Por su apoyo incondicional y su paciencia infinita.

También quiero agradecer a mi amiga María Rosa por su compañerismo y colaboración desinteresada. Siempre está presente.

A mi directora de TIF, Alejandra Ballerini, por su tiempo, su acompañamiento y su crítica amorosa y sincera.

Por último, a la Universidad Pública y sus docentes, quienes con su presencia en estos años me brindaron mucho más que conocimientos, haciéndome sentir orgullosa de ser egresada de esta prestigiosa institución.

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	4
Introducción.....	5
Desarrollo	
El estigma en Salud Mental.....	8
Los criterios diagnósticos en Salud Mental y sus implicancias.....	11
Del ser al padecer, un diagnóstico posible.....	13
Fin del estigma. Una propuesta en marcha.....	15
Conclusión.....	18
Referencias Bibliográficas.....	20

Resumen

El presente ensayo tiene por objetivo analizar la relación entre los criterios diagnósticos y el estigma en Salud Mental desde la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericana, señalándose algunas líneas de articulación con distintas orientaciones teóricas en psicología. Para ello se realiza una revisión del uso y las propuestas de los manuales diagnósticos, especialmente el DSM-5-TR, lo cual arroja como resultado una marcada patologización de la vida cotidiana y el uso del tratamiento farmacológico como principal terapia. También se elabora un recorrido por la actualidad de las manifestaciones del estigma en Salud Mental y las consecuencias en las vidas de quienes lo padecen. Por último, se concluye que el camino para la eliminación del estigma consiste en la profunda observancia de los Derechos Humanos por parte de todos los actores sociales, en la construcción de la representación social de la problemática de la discriminación en Salud Mental y en la formación ética de los profesionales de la Salud.

Palabras claves: criterios diagnósticos – estigma – Salud Mental – Derechos Humanos.

Introducción

El presente ensayo, correspondiente al Trabajo Integrador Final requerido por la Facultad de Psicología (UNR), aborda la problemática de los criterios diagnósticos y su relación con el estigma en Salud Mental. Las controversias sobre la forma de diagnosticar las problemáticas subjetivas han sido una constante histórica hacia el interior de las disciplinas psi que perduran hasta la actualidad. El afán clasificatorio de las enfermedades mentales, por parte de la psiquiatría, es una marca de origen que ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, y que se corresponde con los cambios de paradigma y las disputas de territorios con la neurología, la psicología y el discurso de psicoanálisis. Podemos decir que el ideal psiquiátrico de la clasificación absoluta ha tomado materialidad tanto en el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Ambos manuales, con sus diferencias y similitudes, son clasificaciones descriptivas de la conducta considerada anormal, utilizados tanto para el diagnóstico en psicología como en psiquiatría, por ser una guía útil en la práctica clínica. De esta manera, los problemas de Salud Mental quedan reducidos a la identificación de aquello patológico anormal –fuera de la norma–, aquello a corregir, desaparecer, curar. En este sentido, lo fuera de la norma se transforma en “un atributo que es profundamente desacreditante y que reduce a su portador de una persona completa y corriente a una persona señalada y despreciada” (Goffman, 2006, p. 17), es decir en un estigma.

En las últimas décadas, en nuestra región, en Estados Unidos y en gran parte de Europa el uso de los manuales de diagnósticos ha tomado protagonismo, no sin las críticas de un heterogéneo sector de profesionales de la Salud Mental. En una revisión del DSM-V TR, González Rivera y Álvarez Alatorre (2022) historizan el desarrollo de los DSM, incluyendo la transformación de su vocabulario en concordancia al desarrollo del discurso de la psiquiatría y los avances tecnológicos de la industria farmacéutica, además de destacar las ganancias millonarias que obtiene la American Psychiatric Association (APA) con el lanzamiento de cada manual, dejando reflexiones abiertas a todo tipo de debates. Los autores mencionan cómo Allen Francis, jefe de Grupo de Trabajo del DSM IV y ferviente defensor del mismo, critica duramente el DSM V, publicado el 18 de mayo de 2013, considerándolo una patologización de la vida cotidiana, resaltando cómo se agregaron ciento sesenta categorías generando lo que denomina una inflación diagnóstica. También señalan una marcada e injustificada intervención psicofarmacológica, obviando las capacidades naturales de auto compensación y resistencia que tiene el cerebro

humano. Por su parte, el DSM V TR (2022) introduce modificaciones que involucran a cuatro grupos de expertos para revisar específicamente aspectos forenses, de cultura, sexo, género y suicidio, intentando ser culturalmente más sensible y menos estigmatizante. Los cambios introducidos con respecto a los diagnósticos responden a críticas realizadas por los profesionales de la salud donde el sesgo estigmatizante era el centro de la discusión.

Las publicaciones del DSM, en cada edición, han ido incrementando su tamaño al mismo tiempo que las controversias. Las principales críticas han ido evolucionando desde las desavenencias entre la biología y el psicoanálisis, pasando por los reclamos feministas sobre cambios desfavorables para las mujeres (Ángel, 2012, como se citó en González Riviera y Álvarez Alatorre, 2022), hasta controversias sobre el secretismo de los procesos de toma de decisiones y los altos ingresos y ganancias que se obtienen de ellos (Blashfield et al., 2014, como se citó en González Riviera y Álvarez Alatorre, 2022).

Ressia y Sánchez (2017) investigaron los criterios que utilizan los profesionales psiquiatras y psicólogos de la ciudad de San Luis que ejercen en el ámbito público y/o privado para diagnosticar las distintas manifestaciones de sufrimiento psíquico y su vinculación con la modalidad de intervención. Los resultados arrojaron una paradoja, pues para certificaciones, derivaciones o pericias judiciales utilizaban los manuales estadísticos para trastornos mentales, pero en su práctica habitual recurrían a criterios basados en la estructura y/o dinámica de la personalidad, la interrelación de los sistemas y criterios clínicos. Este doble estándar o doble diagnóstico se justifica, según este estudio, en que los profesionales consideran que los manuales arrojan una clasificación restrictiva que deja por fuera variables contextuales, dificultando el abordaje interdisciplinario que, a su criterio, la Salud Mental amerita. De esta manera se destaca la actitud responsable y reflexiva de psicólogos y psiquiatras de diferentes orientaciones teóricas a la hora de ejercer su práctica, proponiendo una revisión permanente del diagnóstico de acuerdo a la evolución del paciente. Tanto el artículo citado como la investigación ponen de manifiesto la inconformidad con los criterios diagnósticos propuestos por los manuales y apuntan fundamentalmente al DSM. González Riviera y Álvarez Alatorre (2022) focalizan su crítica en las inconsistencias técnicas y éticas, mientras que Ressia y Sánchez (2017) se concentran en la ineficacia práctica del DSM a la hora de ejercer la clínica.

En sintonía con las críticas hacia los manuales diagnósticos, se formula un nuevo enfoque interdisciplinario en los diagnósticos en Salud Mental, el transdiagnóstico (González Pando et al., 2018). El punto de partida es la complejidad del campo de la Salud mental, en donde si bien interactúan distintos modelos teóricos y psicopatológicos, la

palabra final autorizada recae en el modelo psiquiátrico. De esta manera se cuestiona la validez tanto discriminante como conceptual y predictiva del DSM IV y V y el CIE y la baja fiabilidad del diagnóstico psicopatológico, que deriva en dos núcleos problemáticos: la elevada comorbilidad entre trastornos y el riesgo de medicalizar problemas de la vida. Este artículo, al igual que los anteriores, critica el uso de los manuales DSM y CIE por considerar que ambos promueven la psiquiatrización de la Salud Mental y alientan la medicalización en detrimento de los cuidados diarios, teniendo como consecuencia la deshumanización de la práctica clínica.

Todos los antecedentes citados mencionan tangencialmente que los criterios diagnósticos hegemónicos que proponen los manuales DSM y, en menor medida, el CIE, propician la estigmatización de los usuarios de los servicios de Salud Mental, pero no profundizan en la relación entre criterios diagnóstico y estigma en Salud Mental. En este sentido, se han encontrado escasos artículos o investigaciones sobre estigma en Salud Mental que mencionen concretamente esta relación.

El estigma de la Salud Mental se refiere a actitudes o creencias negativas que llevan a desvalorizar, desacreditar y desfavorecer por parte de la sociedad a las personas con padecimiento subjetivo. Según Huizen (2021), aproximadamente del 80 al 90 por ciento de las personas con una afección de Salud Mental en muchos países de Latinoamérica experimentan el impacto negativo del estigma, constituyendo esta situación una de las principales barreras de la comunidad para mejorar la Salud Mental. Las creencias sociales, culturales, regionales, religiosas y familiares, al igual que las representaciones de los medios, pueden influir en el estigma relacionado con las afecciones de Salud Mental. Los profesionales de la salud deben ser culturalmente competentes para evitar la estigmatización.

Por todo lo anteriormente mencionado en la revisión de investigaciones y artículos acerca de estos tópicos, se considera pertinente profundizar en esta temática ya que la premisa de este ensayo radica en afirmar que ciertas formas de diagnosticar los padecimientos subjetivos propician la estigmatización de las personas que lo sufren. La Salud Mental es un campo problemático, atravesado por diferentes discursos teóricos que en la práctica someten su decir a la voz hegemónica de los manuales diagnósticos DSM y CIE y esto tiene sus efectos en la práctica cotidiana de los psicólogos. Por su parte, el estigma en Salud Mental desanima a los usuarios a buscar ayuda profesional, a continuar los tratamientos y empeora su situación en caso de padecimiento subjetivo, por lo que es necesario reducirlo identificando los factores que lo provocan.

El estigma en Salud Mental

El término estigma proviene de la antigua Grecia y originalmente se refería a un tatuaje que se utilizaba para marcar visiblemente a los esclavos o delincuentes como miembros de la sociedad con valor reducido (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012). En la segunda mitad del siglo XX, el sociólogo canadiense Erwin Goffman afirmó que los procesos de estigmatización emergen de la discrepancia entre una identidad social virtual –las características que debe tener una persona según las normas culturales– y una identidad social actual –los atributos que efectivamente presenta la persona– (Mascayano Topía et al., 2013). En este sentido, identificó tres tipos de estigmas socialmente desacreditadores que están relacionados con deformidades físicas, imperfecciones de carácter (por ejemplo, afecciones de salud mental y criminalidad) y origen tribal (es decir, raza, nación, casta o religión). También propuso el concepto de estigma de cortesía (ahora más conocido como estigma por asociación o, a veces, estigma por afiliación), que se produce cuando los atributos desacreditadores se transmiten a familiares, cuidadores u otros asociados (Comisión Lancet, 2022). Estas clasificaciones introducidas por Goffman fueron el puntapié inicial para la teorización de formas de exclusión, rechazo o discriminación de personas con padecimiento subjetivo. Si bien el término estigma se ha utilizado en el ámbito de la Salud Mental con más frecuencia en las últimas dos décadas, encuentra sus antecedentes en los términos mentalismo, sanismo y cuerdisimo, acuñados en los años 60, que hacen referencia a la opresión y discriminación sobre una característica o condición mental concreta o supuesta de una persona. Esta discriminación puede ser o no definida en términos de trastorno mental o déficit cognitivo.

Existen distintas clasificaciones dentro del estigma en Salud Mental pero, a los fines de este ensayo, utilizaremos las conceptualizadas por la Comisión Lancet (2022), que definen al autoestigma como la forma en que las personas con afecciones de Salud Mental se ven a sí mismas como mentalmente enfermas y, por lo tanto, de menor valor; el estigma por asociación se refiere a la internalización del estigma por parte de asociados cercanos de personas que viven con afecciones de Salud Mental (por ejemplo, miembros de la familia); el estigma público (también conocido como estigma interpersonal) se refiere a la forma en que las personas de una comunidad o sociedad determinada ven y actúan hacia personas con afecciones de Salud Mental; finalmente, el estigma estructural (también llamado estigma sistémico u organizativo) se refiere a la discriminación en las leyes, políticas, y en las prácticas culturales y organizativas.

Por otro lado, la teoría del etiquetamiento también da cuenta del estigma hacia el padecimiento mental explicando que los seres humanos, por medio del lenguaje, aprenden e internalizan concepciones respecto a aquellas personas con sufrimiento psíquico que luego se transforman en rótulos con los cuales se les etiqueta, clasifica y discrimina. Dichos rótulos se refieren generalmente a la peligrosidad, debilidad e inutilidad de estos individuos (Link et al., 1989). Es por ello que resulta de vital importancia visibilizar que la asociación peligrosidad y padecimiento mental es una dupla que obedece a un perjuicio-mito que legitima el encierro y otras prácticas como tratamiento de la Salud Mental. En este sentido, la Ley de Salud Mental 26657 (2010) propone un nuevo paradigma al introducir la noción de situación de riesgo cierto e inminente como condición para la internación involuntaria. Esta idea es resultado de la transversalidad del discurso de los Derechos Humanos sobre el campo de la Salud Mental, que revisa la noción de peligrosidad descentrándola de una condición del individuo para ubicarla en un conjunto complejo de relaciones. En el paradigma anterior, “desde el punto de vista psiquiátrico, la peligrosidad se confundía con el concepto de enfermedad mental (...) la peligrosidad residía más en la potencialidad de cometer actos peligrosos que a su comisión” (Campos, 2013, p. 59). En referencia a esto, dicha ley reconoce la presunción de capacidad de todas las personas ya que no puede presuponerse riesgo de daño o incapacidad por la existencia de un diagnóstico de padecimiento mental. En este sentido, el diagnóstico es entendido como circunstancial y no como una característica de la persona, una etiqueta.

Como mencionamos en el apartado anterior, el estigma en Salud Mental constituye una de las principales barreras de acceso al sistema de salud, retrasa las consultas con profesionales y disminuye la eficacia de las medidas de promoción y prevención de padecimientos subjetivos. Sin embargo, no es común contar con campañas de concientización acerca de esta problemática. La Salud Mental es un componente fundamental de la salud integral de las personas. De esta manera, la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (1948) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 100). Sin embargo, adherimos a la reflexión de Stolkiner y Ardilla Gómez (2012), que señalan que la salud no es un estado antagónico a la enfermedad, sino un proceso dinámico cuyo centro es el mecanismo de producción-reproducción social. De esta forma se rompe con la reducción biologista y con la dualidad individuo sociedad, entendiendo por estos últimos los distintos niveles de análisis de un fenómeno de alta complejidad. Ambas autoras entienden que no hay una historia “natural” de la enfermedad, por lo cual incorporan los

diversos modos de respuesta social como parte inherente del proceso salud-enfermedad, dando lugar a la noción de cuidado.

Esta mirada crítica de la definición de la OMS nos lleva a considerar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, incluyendo la relevancia de las relaciones horizontales, simétricas y participativas. Es decir, si pensamos la salud como una construcción histórico, social y cultural, se hace necesario ampliar el espectro de los abordajes hacia lo colectivo y lo diverso. En este contexto, es importante precisar que este ensayo entiende por salud mental la definición brindada por la Ley 26.657 (2010): “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas” (art. 3).

Según el Observatorio Humanitario de la Cruz Roja (2022), y de acuerdo con los datos ofrecidos por la OMS, los problemas de Salud Mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en el año 2030. Además, una de cada cuatro personas tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida. Esta proyección se ve agravada dado que entre el 35% y el 50% de las personas con problemas de Salud Mental no recibe ningún tratamiento, y quienes sí lo hacen no reciben el tratamiento adecuado. De modo coincidente, las tasas de trastornos tales como depresión y ansiedad aumentaron en un 25% durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Todo este panorama nos exige prestar atención a los factores que contribuyen a hacer posible las predicciones de la Cruz Roja. El Observatorio señala las barreras sociales y culturales que encuentra la población adulta en Argentina para acceder a los servicios de salud públicos y/o privados para prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de problemas de Salud Mental. Por estas se entiende a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de personas o grupos que limitan el acceso, e incluyen la representación social, estigmatización y discriminación a la que, en ocasiones, son expuestas las personas que se ven afectadas por una enfermedad mental.

El estigma relacionado con las afecciones de Salud Mental es multifacético, con una multitud de consecuencias que a menudo se subestiman. En una encuesta a nivel mundial sobre estigma (Comisión Lancet, 2022), las personas informaron experiencias de discriminación en todos los aspectos de su vida, desde la discriminación evidente en las interacciones sociales y en el trabajo, hasta el aislamiento social y la soledad, la vergüenza y el secreto y las posibilidades de matrimonio dañadas. Quienes percibieron un mayor estigma público encontraron su propia afección más amenazante que otros encuestados. También notificaron más autoestigma, más desesperanza, peor recuperación y menor

calidad de vida. Entre las personas que anticipaban o experimentaban altos niveles de discriminación, el sufrimiento psicológico y la vergüenza también aumentaron y el empoderamiento y la calidad de vida se redujeron. Además, se notificó miedo a ser desacreditado por la policía, tener que retirarse de actividades educativas, o ser evitado por la familia, amigos y vecinos, teniendo como consecuencia el ocultamiento del diagnóstico.

Los criterios diagnósticos en Salud Mental y sus implicancias

Para poder hablar de diagnósticos es necesario precisar un posicionamiento epistemológico acerca de lo que en este ensayo se entiende como problemas de Salud Mental, los cuales denominamos padecimiento subjetivo o sufrimiento psíquico. Como señala Augsburger (2004), si adoptamos la noción de enfermedad mental, tendremos dificultades para reconocer e identificar situaciones de padecimiento que no implican en sí entidades patológicas, lo que conduce a replantearnos los esquemas teóricos y operativos con los que los profesionales de la salud mental intervenimos en las prácticas. Al respecto, Stolkiner (2018) comenta:

la noción de "enfermedad" para señalar el padecimiento subjetivo despierta controversias. En medicina, el concepto de enfermedad es utilizado para describir una alteración o desviación respecto de un estado normal, que contiene síntomas y signos característicos; se trata de una entidad mórbida que es posible estudiar y conocer en su evolución. En psicopatología es polémico que aquellas enfermedades que se clasifican describen, diagnostican sean entidades a las que se puedan otorgar el mismo estatuto que otros cuadros elaborados desde otras ramas de la medicina. En general, cuando se halla un origen biológico de alguna "enfermedad" -por ejemplo, la epilepsia-, ésta deja de serlo y pasa a formar parte de otra clasificación -en este caso, de la neurología. (párr. 36).

Los "trastornos mentales" serían construcciones que realizan los profesionales de la salud de orientación biologicista para tratar como enfermedades algunas manifestaciones que en muchos casos no son tales. Muchas problemáticas de la gente se manifiestan de diferente manera no sólo según los momentos histórico-sociales sino de acuerdo a las perspectivas de los profesionales intervinientes, adquiriendo diferentes connotaciones, de modo tal que una misma situación puede ser concebida como un problema neuroquímico, cognitivo, existencial, de naturaleza psicodinámica o conflictiva familiar, por ejemplo (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007). Las clasificaciones internacionales como el CIE o DSM 4 y 5 introducen la noción de trastorno, en la que se

realiza una descripción taxonómica de los trastornos mentales, basándose en la nosografía psiquiátrica, lo cual, como ya hemos mencionado, trae como una de sus consecuencias la medicalización. Por estas razones, podríamos decir que ambas expresiones, enfermedad y trastorno mental, pertenecen al paradigma médico, al cual le corresponde un concepto de diagnóstico específico: “Arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta” (Coronado Hurtado, 2015, p. 1).

La tendencia actual que basa los diagnósticos de Salud Mental en clasificaciones que proponen los manuales mencionados refiere a una concepción médico-hegemónica que, aunque interpelada desde diversos sectores, sigue redoblando la apuesta, proponiendo un sujeto natural, ahistórico y transformado en objeto de la medicalización, lo cual implica la mercantilización de la salud, además de desplegar una faceta biopolítica. Esta forma creciente de subordinar al discurso y la normativa médico-científica todas las esferas de la vida es una maniobra biopolítica (Foucault, 2007) que propone a la salud como un objeto mercantil, una construcción social que combina la creación de nuevas enfermedades con la generación de formas de nombrar los padecimientos subjetivos y estrategias para abordarlos que responden a una lógica de mercado. Bajo una supuesta objetividad se encubre un soporte ideológico que deja por fuera los aspectos históricos, socioeconómicos y culturales que nuestra Ley de Salud Mental enuncia, proponiendo un ideal de conducta normal o adaptada como modelo a alcanzar.

Podemos reflexionar acerca de si es posible hablar de Salud Mental sin pensar en las condiciones de salud en general, ya que “lo mental” solo estaría dado por las faltas de señales claras en el cuerpo. “El principal indicador de ‘Salud Mental’ de una comunidad o población será su nivel de participación y las vías de organización y aceptación de las diferencias” (Stolkiner, 2012, p. 73). Esta conceptualización integral nos introduce directamente en la siguiente reflexión: si sostenemos la idea de enfermedad mental o trastorno mental que propone el modelo médico-hegemónico, que usa como uno de sus principales instrumentos los manuales, diagnosticar un padecimiento subjetivo remite a la clasificación normal-anormal/patológico, dejando por fuera de la trama social todo aquello que sea diferente de los “socialmente esperable”, generando entonces fenómenos de exclusión y marginación. Lo enfermo es aquello a reparar o desaparecer, fundamentalmente a través de la medicalización, por lo tanto, la integración y la aceptación de las diferencias quedan fuera de la propuesta médico-hegemónica, siendo la discriminación de la diferencia, es decir, la estigmatización, un camino posible.

En este punto se hace necesario reconocer la íntima relación que mantiene el diagnóstico con la estigmatización. Si bien la nueva Ley de Salud Mental favorece o

posibilita el cambio de paradigma que intenta desarmar la histórica figura del loco peligroso que el imaginario popular ha sostenido avalado por el modelo médico hegemónico, el camino a recorrer se visualiza arduo y extenso. Mas aun si observamos la realidad circundante que propone el capitalismo salvaje en el que vivimos, donde el individuo reconoce su existencia en su capacidad productiva y de consumo. Como reflexiona Szasz: “La enfermedad mental arroja al paciente fuera del orden social, del mismo modo que la herejía arrojaba a la bruja fuera del orden medieval. Este es, en realidad, el verdadero objetivo de los términos estigmatizantes” (p. 242)

Siguiendo en esta línea, la Comisión Lancet (2022) afirma que el estigma y la discriminación contravienen los derechos humanos básicos y tienen efectos tóxicos graves en las personas con afecciones de salud mental que exacerbaban la marginalización y la exclusión social, por ejemplo, al reducir el acceso a la atención de salud mental y física, y disminuir las oportunidades educativas y laborales. (p. 438).

Al respecto, la Comisión Nacional Interministerial en Política de Salud y Adicciones (CONISMA, 2015) recomienda el estudio crítico de los métodos de clasificación diagnóstica que intentan incluir al sujeto en categorías englobantes y generales, dejando por fuera su historia y el contexto. Esta instancia prevista en el artículo 3 de la Ley de Salud Mental es un ejemplo de políticas orientadas por el respeto a los Derechos Humanos, coordinación fundamental para combatir el estigma.

Del ser al padecer, un diagnóstico posible

El Observatorio de la Cruz Roja (2022) consignó que del total de personas que atravesaron alguna situación de malestar psicológico solo el 35% buscó ayuda profesional. De ese porcentaje, el 50% consultó a un psicólogo, seguido por servicios de Salud Mental (32%) y, en tercer lugar, atención por guardia (10%). Otro dato para tener en cuenta es que la mitad de los profesionales que forman parte de los equipos de Salud Mental son psicólogos, seguido por quienes tienen titulación en psicología social, y finalmente la categoría “otro” (14%), que se cubre con trabajadores sociales y psiquiatras. Estos resultados ponen de manifiesto dos cuestiones relevantes: el bajo porcentaje de personas con padecimiento subjetivo que buscan ayuda profesional y la importante participación institucional de los psicólogos a la hora de buscar atención profesional. La psicología es un campo amplio y heterogéneo de distintas corrientes teóricas que conviven en cierta tensión y debate permanente. Es pertinente mencionar que frente a la problemática del etiquetamiento que deriva del diagnóstico propiciado por los manuales, las diferentes

escuelas psicológicas poseen criterios distintos que se fundamentan en la epistemología de sus diversos cuerpos teóricos.

En este sentido, la terapia Gestalt propone que la psicopatología no se ocupa de describir entidades clínicas sino experiencias humanas con caracteres sanos, neuróticos o psicóticos. Esto no define a las personas, más bien son declinaciones con las que uno puede vivir la experiencia vital. La psicopatología es un fenómeno que ocurre en la frontera de contacto, por lo que no se ve al individuo como portador de esta. También destacan que cada sociedad define lo que es normal de lo que no es, concluyendo que el sufrimiento no es psicopatológico, sino la imposibilidad de sostenerlo y de estar plenamente consciente de este a nivel individual, familiar y social (Francesetti, Gecele y Roubal, 2013).

La Terapia Estratégica, que pertenece a la Escuela Sistémica, opta por denominar problema al síntoma, porque se lo visualiza como algo que puede resolverse, no algo que es del sujeto y estigmatiza. En esta mirada interaccionista, el síntoma no es algo que le pasa a la persona, no es del orden de lo intrapsíquico, sino que es un emergente de un sistema relacional. En ese sentido, se considera a la palabra síntoma dentro de la jerga médica que tiende a etiquetar y construir un problema adicional sobre el malestar de los seres humanos (Haley, 2008). En esta terapia, las categorías nosológicas de la psiquiatría pierden valor frente a la operabilidad de las conductas problemáticas. El objetivo es resolver problemas, ya que el portador del síntoma solo pone en evidencia una interacción familiar problemática.

En el caso del Psicoanálisis, es complejo hablar de esta corriente de pensamiento en forma general ya que al interior de esta subyacen posturas diversas. Sin embargo, el tema de los diagnósticos es un debate actual. El psicoanálisis ha incidido en la clínica psiquiátrica, sin embargo, critica sus prácticas segregacionistas y no comparte sus resultados (Jinkis, 1993). Cuando la cuestión del diagnóstico se plantea tratando de determinar si aquel que consulta por su padecimiento es psicótico o neurótico, la pregunta por el ser se hace presente, lo cual genera una identificación con la psiquiatría, en una concepción del sujeto como ser consistente. Esta práctica excluye lo singular del caso y se limita a reconocer lo que de él parece a otros. Muñoz (2011) propone dilucidar, en una práctica del diagnóstico específica del psicoanálisis, la estructura del síntoma. Es decir, transitar de lo particular a lo singular; de lo particular de los síntomas a lo singular del caso.

En este contexto es fundamental mencionar la noción de clínica ampliada (De Campo Sousa, 1997), la cual parte de la perspectiva basagliana de “clínica del sujeto”. Esta propuesta coloca a la enfermedad entre paréntesis para darle protagonismo al paciente y a su contexto, así como también adentrarse en el sufrimiento singular y en la especificidad

de la tarea de los profesionales de la salud que trabajan desde esta perspectiva. Esta prioriza la relación entre profesionales y usuarios, proponiendo un desplazamiento del modelo médico hegemónico hacia nuevas formas de vinculación más horizontales y de construcción conjunta, sin por ello dejar de lado la especialización profesional.

Sin intentar caer en eclecticismos, las distintas corrientes aportan herramientas valiosas a la hora de pensar una Salud Mental que no se base en la clínica psiquiátrica como única respuesta. Al respecto, la Declaración de Caracas adoptada el 14 de noviembre de 1990 por la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina” acordó que “la atención psiquiátrica convencional no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” y que “el hospital psiquiátrico como única modalidad asistencial obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados” (p. 1). A la vez, se considera que los programas de Salud Mental deben fundamentarse y orientarse en estrategias y modelos basados en la Atención Primaria de la Salud y en las necesidades de la población, con perspectiva local y asumiendo características descentralizadas, participativas y preventivas.

Fin de estigma. Una propuesta en marcha

Como desarrollamos en el apartado anterior, distintos enfoques en psicología ofrecen una alternativa diferente a los diagnósticos en Salud Mental del modelo de la clínica psiquiátrica, proponiendo otros abordajes de los padecimientos subjetivos que desidentifican al sujeto con su sufrimiento, otorgándole una dimensión singular y poniendo a jugar otras variables como las históricas, contextuales y socioeconómicas. Pero ninguna disciplina es capaz de abarcar la complejidad de los problemas aquí planteados. Es por este motivo que se hace necesario, al definir la Salud Mental como un campo de prácticas sociales, el abordaje interdisciplinario, como posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Abordar las problemáticas del padecimiento psíquico exige de las importaciones de un campo a otro, la multi-referencialidad teórica en el abordaje de los problemas, y fundamentalmente la acción cooperativa de los sujetos (Stolkiner & Ardilla Gómez, 2012).

Por lo tanto, para poner fin al estigma es necesario el esfuerzo mancomunado de todos los sectores involucrados: la sociedad, la ciencia, la política y los recursos económicos. Un ejemplo interesante que responde a estos fines es un estudio realizado en la Universidad de Córdoba sobre la estigmatización, el cual hace foco en la formación profesional de la carrera de Psicología (Zárate et al., 2020). El objetivo era determinar y

caracterizar el nivel de estigmatización de los estudiantes de grado de la carrera de Psicología con relación a los trastornos mentales graves ya que, para poder formar profesionales que luchen contra el estigma, es necesario primero reconocer y visualizar las representaciones sociales con las que cargamos. “El rol de los profesionales de la salud puede adoptar diferentes formas: el profesional como agente estigmatizador, como sujeto estigmatizado y como agente des estigmatizador” (Mascayano Tapia et al., 2015, p. 54). Apuntar a la formación científica y ética de todos los involucrados en el sistema de salud es una manera de combatir el estigma. Para ello es necesario comprender que, en el horizonte de cualquier diagnóstico, tratamiento o recuperación posible está involucrados el cumplimiento de los Derechos Humanos básicos con toda la legislación que de ellos deriva y que, afortunadamente, nuestra constitución y nuestro sistema legal contempla. Otra manera válida para cumplir este objetivo es no solo realizar campañas de educación sobre Salud Mental y Estigma, sino la observación responsable de cómo se tratan estos temas en los medios de comunicación, ya que la asociación de la locura con la delincuencia, la peligrosidad, la pobreza y lo degradante, es permanente en este ámbito.

Finalmente, existen diferentes estrategias para abordar el padecimiento subjetivo que también ayudan a combatir el estigma. Al ser consultado sobre el tema, Graham Thornicroft, profesor del Instituto de Psiquiatría y Psicología del King's College de Londres estableció un principio clave: “Recomendamos que las intervenciones sean dirigidas conjuntamente por personas con experiencia personal en afecciones mentales. Y no solo en la administración de programas, sino en su desarrollo y evaluación” (Comisión Lancet, 2022, párr. 5). En este sentido, los programas de empoderamiento personal, que están dirigidos a disminuir el estigma internalizado, implican potenciar los recursos de las personas generando mayor autovalencia y control de sus vidas. Estos son desarrollados tanto por profesionales como por ex-pacientes del sistema de salud, en línea con lo que propone Thornicroft (Corrigan et al., 2011). Una relación más equitativa entre profesionales y pacientes, en la que los últimos tengan un rol más activo en los planes de atención sanitaria, resulta un factor facilitador para este tipo de intervención (Mascayano Tapia et al., 2015).

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 (2010) prevé que los planes y políticas deben contar con la participación de los usuarios y sus asociaciones. En este contexto podemos mencionar a la Asamblea Permanente de Usuarios de servicios de Salud Mental, que tiene como objetivo la defensa de los Derechos Humanos. Durante las reuniones, los participantes discuten las diversas actividades que se desarrollan en el marco de la asociación, comparten sus vivencias en el sistema de salud mental y también realizan

debates acerca de legislación que los involucra (Stolkiner et al., 2018). Esta asamblea desplaza el eje de las prácticas: de la enfermedad al sujeto activo, nuevamente afiliado a su comunidad y participante de las decisiones que afectan su vida.

Por otro lado, las intervenciones comunitarias son apropiadas para el estigma por asociación. Tienen como objetivo promover la participación comunitaria de los propios actores sociales y quebrar las situaciones de aislamiento en que se encuentran, para facilitar otros modos de lazos sociales. Estas consisten en estrategias de apoyo, contención, psicoeducación y entrenamiento para modular las eventuales crisis que podrían presentar los pacientes.

Conclusión

El recorrido del ensayo nos ha permitido afirmar que vivimos en un mundo en crisis fruto de un capitalismo feroz que se reinventa en versiones cada vez más deshumanizadas, provocando condiciones de vida donde el sufrimiento es una constante. Esta crisis histórica desborda por sus consecuencias, y si entendemos a la salud como el emergente de procesos biológicos, psicológicos, sociales, históricos y económicos, comprenderemos el origen del inmenso malestar que nos habita en la cotidianidad. Malestares integrados por padecimientos entre los cuales prevalece el sufrimiento psíquico. “La lógica actual del mercado tiende necesariamente a la objetivación de los otros ya que naturaliza o legitima que la optimización de la ganancia pueda consumir vidas” (Stolkiner, 2001, p. 4), y en este sentido, como hemos visto, la utilización de los manuales diagnósticos como el DSM o CIE, con su inflación diagnóstica, intenta transformar el malestar de estas vidas en enfermedad a ser medicada, controlada y acallada por la industria farmacéutica. La medicalización de la vida cotidiana representa ganancias millonarias acumulada en manos de la industria farmacéutica, que sin ignorar el efecto que este tipo de diagnóstico tiene en la vida de las personas que lo soportan, promete falsas soluciones para falsas enfermedades.

Organismos internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud o la Cruz Roja nos advierten de la creciente cantidad de personas con padecimiento psíquico y las proyecciones a futuro son alarmantes. Sin embargo, a pesar de las alarmas y teniendo en cuenta de que se dispone de recomendaciones y legislación internacional y nacional respecto a Derechos Humanos y Salud Mental como nunca antes en la historia, el panorama parece no mejorar. Pues como dice Stolkiner, “para que un derecho se denuncie como violado, es necesario que exista como representación” (2001, p. 4), y esta es la clave por la cual todas las advertencias caen en saco roto. La Ley de Salud Mental reglamentada en el 2013 aún no encuentra su plena aplicación y las reformas realizadas en su nombre han consistido en el cierre de hospitales monovalentes sin la creación de la suficiente cantidad de dispositivos diseñados para contener a las personas que vivían en ellos. En la provincia de Santa Fe no existe aún un registro fehaciente y unificado de la cantidad de personas crónicamente encerradas en instituciones mentales públicas o privadas, las cuales tienen el derecho por ley a la revisión de su situación actual.

El estigma y la discriminación en personas con afecciones en salud mental es generalizado en todas las sociedades y culturas. Los estereotipos sobre la salud mental pueden tener un enorme impacto negativo en el bienestar y la subsistencia de las personas con padecimiento psíquico, lo que a menudo empeora su afección y retrasa o impide la

obtención de ayuda. Según datos proporcionados por la Comisión The Lancet (2022), las personas con trastornos mentales graves suelen morir prematuramente, en promedio entre 10 y 20 años menos en comparación con la población general, por enfermedades físicas evitables. Es decir, el problema del estigma es un tema urgente cuya solución tiene alguna posibilidad en la medida en que se reconozca su importancia y prevalencia. Para ello es fundamental incluir el tema en la formación de grado de los profesionales de la salud; destinar presupuesto para avalar políticas públicas destinadas a cumplir la excelente legislación orientada por el respeto a los Derechos Humanos que nuestro país posee; hacer parte a los medios de comunicación para que pasen de estimular la estigmatización a estar debidamente informados y comprometidos en la reducción del estigma. En definitiva, debemos construir la representación social de la problemática del estigma.

Sin embargo, este trabajo no es sencillo en la sociedad actual o “de exclusión” (Stolkiner, 2001) en la que nos toca vivir, ya que su inercia fragmenta las identidades al tornar inestables y transitorias las inserciones en los grupos sociales como el trabajo, las comunidades barriales y la escuela. “Quedar afuera” es una posibilidad que atormenta y pone en riesgo la propia existencia. Y eso es precisamente lo que el estigma en Salud Mental provoca. Nos cabe reflexionar qué papel cumplimos en el ejercicio de nuestra profesión, qué grano de arena agregamos a este desierto problemático que nos toca en suerte, siendo unas de las problemáticas la tendencia a la objetivación, la cual se manifiesta claramente en el campo de la Salud Mental con el resurgimiento del biologismo, con el avance de las neurociencias, la psicofarmacología y la genética, que reduce los padecimientos a disfunciones orgánicas. (Stolkiner, 2001)

Como hemos mencionado a lo largo de este ensayo, el problema del estigma excede a su relación con las categorías que proponen los manuales de diagnóstico, es multifacético, su abordaje es multidisciplinar y requiere de los esfuerzos de todos los sectores sociales. Es por ello que una de las claves es la formación de profesionales de la salud con pensamiento crítico, orientados por la ética del semejante (Bleichmar, 2006), es decir, profesionales cuyas intervenciones partan de considerar al destinatario de sus acciones como alguien como él aunque distinto, este es el posicionamiento ético.

Referencias bibliográficas

- Arboleda-Flórez, J. y Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *Canadian journal of psychiatry*, 57(8), 457-63 doi 10.1177/070674371205700803
- Augsburger, A. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Revista Psicología & Sociedade*. <https://doi.org/10.1590/50102-71822004000200009>
- Bleichmar, S. (2006). La construcción del sujeto ético. *Diario Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/psicologia/9-901092007-08-23.html>
- Campos, R. (2013). La construcción del sujeto peligroso en España (1880-1936). El papel de la Psiquiatría y la Criminología. *Asclepios. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, 65(2), p.17. <https://doi.org/10.38897/Asclepio.2013.17>
- Comisión Lancet sobre el fin del Estigma y la Discriminación en Salud Mental. (2022). *Revista Lancet Global Health*. 400, 1438-80 [https://doi.org/10.1016/S01406736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S01406736(22)01470-2)
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONISMA). (2015). *Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en Salud Mental*. Jefatura de Gabinete de ministros de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar>
- Coronado Hurtado, A. (2015). Diagnóstico médico. *Revista Biociencias* 11(1), 63-69.
- Corrigan, P., Rose, D. y Tsang, H. (2011) *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapist and advocates*. Wiley-Blakw.
- De Sousa Campos, G. (1997). La Clínica del Sujeto: por una clínica reformada y ampliada. <https://salud.rionegro.gob.ar//documentos/salud-mental/Gestion%20en%20Salud.%20Campos.pdf>
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la Biopolítica*. Fondo de Cultura Económica.
- Francesetti, G., Gecele, M. y Roubal, J., (2013). *Terapia Gestalt en la Práctica Clínica. De la Psicopatología a la Estética del Contacto*. Asociación cultural Los Libros del CTP.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P. y Basauri, B. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de Salud Mental. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>

- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.
- González Rivera, J. y Álvarez Alatorre, Y. (2022). DSM-5-TR. Antecedentes y descripción general de los principales cambios. *Revista Puertorriqueña de Psicología* 33(2) 302-317. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8738404>
- Haley, J. (2008). *Terapias para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz.* Amorrortu.
- Huizen, J. (2022). What to know about mental health stigma in Latin América. *Revista Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/mental-health-stigma-in-latin-america>
- Jinkis, J. (1993). *La acción analítica.* Homo Sapiens.
- Ley de Salud Mental N 26657 de 2010. Derecho a la protección de la Salud Mental. 02 de diciembre de 2010. Buenos Aires.
- Link, B., Phelan, J., Bresnahan, M., Stieve, A. y Pescosolido, B. (1999). Public conception of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of Public Health*. 89(9) 1328-1333.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C. y Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Revista Salud Mental*, 38(1) 53-58.
- Muñoz, P. (2011). *Las locuras según Lacan.* Letra Viva.
- Observatorio Humanitario de la Cruz Roja Argentina. (2022). Barreras de acceso a los servicios de Salud Mental en Argentina. <https://org.ar/observatorio-humanitario>
- Organización Mundial de la Salud. (1948) Asamblea de la Salud. Ginebra.
- Ressia, I. y Sánchez, M. (2017). *Aproximación a la perspectiva de los psiquiatras y los psicólogos respecto de los criterios diagnósticos en Salud Mental.* IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. <https://www.aacademica.org/000-067/360>
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en Salud Mental. *Revista Actualidad Psicológica*, 23(239).
- Stolkiner, A. y Ardilla Gómez S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*. [Hhttps://apunty.com/stolkiner-ardilla-comceptualizando-la-salud-mental](https://apunty.com/stolkiner-ardilla-comceptualizando-la-salud-mental)
- Stolkiner, A., Rosales, M. y Ardilla Gómez, S. (2018). De usuarios de Salud Mental a promotores de derechos: Los efectos de la participación en una asociación de

usuarios de servicios de salud mental en la ciudad de Buenos Aires. Un estudio de caso en el año 2015. Anuario de Investigaciones. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369162253014>

Stolkiner, A. (2018). El problema del diagnóstico en Salud Mental: clasificación y noción de enfermedad. *Revista Saude em Debate*, 42(118). <https://101590/0103-1104201811808>

Sasz, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu.

Zarate, J., Dávila, A., Illanes, M., Groacchini, C., Sananez, G., González, B, Diaz, S y Denti Castañón, T. (2020). Salud Mental y Estigma: análisis sobre la formación profesional en Psicología. *Revista Ciencia y Profesión*, 5(6), 153-167. www.revista.unc.edu.ar/index.php/pfp