



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Enfermedades mentales infantojuveniles: una mirada bioética del estigma al que conllevan

Mónica Edith Bella

*Doctora en Medicina y Cirugía; Magíster en Bioética UNC
Especialista en Psiquiatría y Psiquiatría Infantojuvenil
Jefa de Sala de Internación Psiquiatría Pediátrica, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba
Profesora Facultad de Medicina UNC y UCC
E-mail: bellamonica@hotmail.com*

Hugo Vilarrodona

*Doctor en Medicina y Cirugía; Magíster en Bioética
Profesor Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Córdoba
Miembro Consejo de Evaluación Ética de Investigaciones en Salud*

Resumen

La bibliografía refiere que las creencias respecto a las enfermedades mentales tienen una estrecha relación con el comportamiento social hacia las personas con estas enfermedades. *Objetivo:* explorar las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales de niños-adolescentes y vincularlas con la bioética. *Materiales y métodos:* estudio exploratorio, prospectivo. Se administró una encuesta a padres-tutores de niños-adolescentes con enfermedades mentales y a profesionales de la salud en Hospital de Niños de Santísima Trinidad, Córdoba (Argentina). Los datos se analizaron por análisis de frecuencias. *Resultados:* en relación a las creencias si las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra se encontró que nunca para el 68.5% padres-tutores y 51.8% profesionales de salud. El diagnóstico y tratamiento es percibido como estigma por el 25.9% de profesionales. Para el 88.1% de padres-tutores los niños-adolescentes con enfermedades mentales nunca son peligrosos y para el 9.8% ($p < 0.01$) de los profesionales. El 77.1% de padres refirieron que nunca la gente tiene temor a niños-adolescentes con enfermedades mentales y el 18.4% ($p < 0.01$) de los profesionales de salud. El 42.8% de niños-adolescentes fueron excluidos de escuela y el 28.5% de actividades familiares. *Conclusión:* la enfermedad mental en la infancia conlleva a un estigma que compromete su desarrollo, igualdad de oportunidades y derechos.

Palabras clave: Enfermedades mentales - Infancia - Bioética - Estigma.

MENTAL ILLNESSES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A BIOETHICAL VIEW OF THE STIGMA THEY ENTAIL

Abstract

Literature suggests that general beliefs towards mental illnesses are strongly correlated to the social behavior towards people who suffer them. *Objective:* to explore beliefs and attitudes towards mental illnesses in children and adolescents and associate them to bioethics. *Materials and methods:* exploratory, prospective and quantitative study. A questionnaire was administered to parents-tutors of children-adolescents with mental disorders, and to healthcare professionals of the Hospital de Niños de la Santísima Trinidad Córdoba (Argentina). Data processing was performed by means of frequency analysis. *Results:* 68.5% of parents-tutors and 51.8% of healthcare professionals answered that mental illnesses are never considered like any other illness. Diagnose and treatment is perceived as a stigma by 25.9% ($p < 0.01$) of healthcare professionals. For 88.1% of parents-tutors and 9.8% ($p < 0.01$) of healthcare professionals, children and adolescents with mental illnesses are never dangerous. 77.1% of parents and 18.4% of professionals ($p < 0.01$) stated that people are never afraid of children-adolescents with MI. 42.8% of children-adolescents were excluded from school and 28.5% from family activities. *Conclusions:* mental illness during childhood entails a stigma that compromises development, equal opportunity and human rights.

Key words: Mental disorders - Childhood - Bioethics - Stigma.

Introducción

Las creencias y actitudes hacia las personas con padecimientos mentales son reflejo de los valores y categorizaciones sociales y en este aspecto, aún hoy y no obstante el gran desarrollo científico, las enfermedades mentales (EM) continúan siendo patologías connotadas negativamente lo que lleva a situaciones de estigma y discriminación.

La palabra estigma proviene del latín "*stigma*" y griego "*ortiyua*", y el término hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otro grupo minoritario en virtud de que este presenta algún tipo de rasgo diferencial o *marca* que permite identificarlo.

Para Goffman (1962), el *estigma* es un atributo profundamente desacreditador y la presencia de esta característica hace que un individuo que podría haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente, posea un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y nos lleva a alejarnos de él, anulando sus restantes atributos (1). Aún cuando las causas que motivan el estigma son diferentes, en todas estas situaciones se generará un proceso por medio del cual la persona estigmatizada quedará inhabilitada para una plena aceptación social y esta falta de aceptación ocasionará un daño en la identidad de la persona.

Se conoce que el estigma de la enfermedad mental es un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis, reconociendo un estigma público o social y un auto-estigma. El primero se relaciona con las ideas y creencias de la sociedad respecto a las personas con EM y el auto-estigma con aspectos que internalizan las personas que padecen EM) causando efectos negativos en su vida.

Bajo la denominación de EM se incluye una amplia gama de enfermedades que presentan diferente compromiso mental y social refiriendo los estudios que las actitudes sociales varían en una relación directamente proporcional a la gravedad de la categorización social que se efectúa del cuadro psicopatológico de la persona, relacionando a patologías como esquizofrenia y trastorno bipolar con mayor gravedad y menor aceptación social (2, 3, 4).

La bibliografía reconoce que el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social (1, 2, 3). En los *estereotipos*, o sea en las estructuras conceptuales compartidas por la mayor parte de los miembros de la sociedad, en los *prejuicios* sociales que se expresan en forma de actitudes o valoraciones y en la *discriminación* que suele expresarse como consecuencia de los aspectos anteriores.

También se sabe que la sociedad deduce que una persona presenta un trastorno mental cuando observan signos como: déficit en las habilidades sociales, comportamientos extraños, alteraciones en la apariencia física como falta de higiene y formas de vestirse particulares, peligrosidad, imprevisibilidad de carácter, la falta de autocontrol de las personas (3-8). Muchos de estos comportamientos suelen acompañar EM de la infancia.

La mayor parte de los trabajos efectuados sobre el estigma que ocasionan las EM se han efectuado en personas adultas y especialmente en quienes presentan patologías graves como esquizofrenia y trastorno bipolar. Respecto a los niños los estudios son pocos y están orientados al estigma que provoca el tratamiento farmacológico de una enfermedad mental. Lo expuesto motiva el objetivo del presente trabajo: explorar las creencias y actitudes sociales respecto a las EM de niños-adolescentes y vincularlo con la bioética.

Materiales y métodos

El presente estudio fue exploratorio y prospectivo. Se efectuó en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba, Argentina, administrando una encuesta a padres-tutores de niños-adolescentes con EM y a profesionales de la salud.

Para cumplimentar con los objetivos propuestos para este estudio se confeccionó una encuesta para profesionales de la salud y una para padres-tutores. Previamente a confeccionar el instrumento se efectuó una revisión bibliográfica en la temática e instrumentos utilizados en estudios que exploraban el estigma de las EM, creencias, prejuicios, actitudes y discriminación. Se diseñó una encuesta y esta fue sometida a validación de contenido por un grupo de expertos quienes analizaron la suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems a explorar. El grupo de expertos se conformó con profesionales especialistas en pediatría, bioética, salud mental y no legos padres-tutores. Se realizaron los ajustes sugeridos por los evaluadores y se efectuó una prueba piloto.

Población

La población que participó en el estudio fueron padres o tutores responsables de niños y adolescentes hospitalizados por EM y profesionales de la salud del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Se conformaron dos grupos:

El *grupo de padres-tutores* se constituyó con 38 personas quienes eran los responsables de los niños-adolescentes que se encontraban en tratamiento por patologías mentales (problemas conductuales, intentos de suicidio, esquizofrenia, trastornos generalizados del desarrollo) y en la mayor parte de los casos sus hijos habían requerido de una internación por su patología mental.

El *grupo de profesionales de la salud* se conformó con 81 participantes, 42 personas fueron médicos y 39 profesionales de la salud (enfermeras, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, nutrición y fonoaudiología) representando todos los estamentos profesionales y jerárquicos del Hospital.

Las variables propuestas para el estudio fueron:

Creencias respecto a las EM que son las estimaciones o valoraciones (firme asentimiento) respecto a atributos. La bibliografía identifica dentro de este constructo al origen (etiopatogenia), peligrosidad y temor.

Actitudes que son comportamientos en respuesta a las

creencias que pueden ocasionar, por prejuicio, falta de oportunidades de desarrollo (escuela, deporte), rechazo, aislamiento, soledad y demora en buscar ayuda.

Consideraciones éticas

El protocolo de trabajo fue aprobado por la Comisión de Tesis de Maestría de Bioética de la Universidad Nacional de Córdoba.

La participación de los padres o tutores y de los profesionales de la salud en la investigación fue voluntaria. Se les explicó el objetivo, metodología y alcances de la investigación y certificaron su aceptación a participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Para el análisis de los resultados y la vinculación con la bioética se consideraron los aspectos relacionados con los valores y con los derechos de las personas y se revisó y fundamentó en los documentos (9-14).

Metodología estadística

Con los datos obtenidos se generó una base de datos

y el análisis descriptivo de las variables fue efectuado a partir de las medidas de resumen para las variables mensurables y a partir de la presentación de frecuencias para las variables categóricas. Los datos fueron procesados con el programa InfoStat.

Resultados

Grupo de padres-tutores

Al explorar respecto a las creencias, "¿Usted considera que las EM son enfermedades como cualquier otra?" el 60% ($p<0.0001$) de los padres-tutores refirió nunca, el 8.5% algunas veces, el 8.5% casi siempre y el 22.8% siempre. En relación a si "la gente comprende a las personas con EM" el 22.8% consideró que nunca, el 68.5% ($p<0.0001$) algunas veces y el 8.5% casi siempre, ver en Tabla 1. Respecto a si "las personas con EM pueden ser peligrosas" para el 11.4% nunca, el 65.7% ($p<0.0001$) algunas veces, el 11.4% casi siempre y el 8.5% siempre, identificando como motivo de peligrosidad la presencia de actitudes violentas auto o hetero-agresivas el 65.72% y las reacciones inesperadas el 2.8% (ver Tabla 1).

Tabla 1. Exploración de las creencias respecto a las EM en los padres de niños-adolescentes con EM (N=38).

Ud. considera que	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Las EM son enfermedades como cualquier otra	22.8%	8.5%	8.5%	60% ($p<0.0001$)
La gente comprende a las personas con EM	0%	8.5%	68.5% ($p<0.0001$)	22.8%
Las personas con EM pueden ser peligrosas	8.5%	14.29%	65.7% ($p<0.0001$)	11.4%
Las personas con EM pueden ser violentas	2.9%	8.8%	82.3% ($p<0.0001$)	5.8%
La gente tiene temor a que niños-adolescentes con EM sean violentos	14.2%	8.5%	57.1% ($p<0.0002$)	20%
La apariencia física de los niños con EM es igual a la de otros niños	74.29% ($p<0.0001$)	11.4%	8.5%	5.7%

Al explorar el origen (causalidad) de las EM los padres-tutores reconocieron los factores genéticos 45.7%, factores neurobiológicos 40%, factores psicológicos 65.7%, factores familiares 60% y factores sociales 34.2%.

En relación a las creencias si el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental podía ser percibido como causa de estigmatización el 5.7% de los padres-tutores refirió siempre y esto les generaba preocupación prefiriendo que la gente no conozca que su hijo recibía tratamiento

por una EM, el 5.7% expresó que casi siempre, el 20% algunas veces y para el 71.4% esto no era percibido como estigmatizante. En el 82.8% sus familiares tenían conocimiento del diagnóstico de la enfermedad mental del niño y el 57.1% también sus amigos conocían la situación de salud. Respecto a si consideraban que "el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental fue perjudicial para el desarrollo del niño-adolescente" el 11.4% refirieron que siempre, el 14.2% casi siempre, el 17.1% refirieron que algunas veces y el 57.1% que nunca ($p<0.0002$).

Al explorar las *actitudes* se encontró que “*su hijo fue discriminado en el colegio por su problema de salud mental*” en el 7.8% siempre, el 15.7% casi siempre, el 34.2% ($p<0.002$) algunas veces y el 36.8% ($p<0.002$) nunca (ver Tabla 2). Asimismo identificaron en sus hijos la presencia de sentimientos de “*soledad, aislamiento o exclusión por su enfermedad mental*” el 13.1% siempre, el 13.1% casi siempre, el 44.7% alguna vez ($p<0.0005$) y el 26.3% nunca.

En relación a “*si la gente había evitado a su hijo por su problema de salud mental*” el 7.8% refirió que siempre, el 18.4% casi siempre, el 34.2% ($p<0.02$) algunas veces y el 39.7% ($p<0.02$) nunca. Cuando se consultó si “*su hijo había recibido agresiones por su problema de salud mental*” el 5.2% refirió que siempre, el 26.3% algunas veces y el 68.4% ($p<0.001$) refirió que nunca; los resultados se presentaron en la Tabla 2.

Tabla 2. Exploración de las actitudes hacia niños-adolescentes con EM referidas por sus padres-tutores (N=38 padres).

Alguna vez su hijo fue:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Discriminado en el colegio por su problema de salud	7.8%	15.7%	34.2% ($P<0.002$)	36.8% ($P<0.002$)
Se ha sentido solo, aislado o excluido por su problema de salud	13.1%	13.1%	44.7% ($P<0.0005$)	26.3%
La gente evita a su hijo por su problema de salud	7.8%	18.4%	34.2% ($p<0.02$)	39.47% ($p<0.02$)
La gente agredió a su hijo por su problema de salud	5.2%	0%	26.3%	68.4% ($P<0.0001$)
Sus familiares conocen la enfermedad de su hijo	82.86%	8.5%	8.5%	0%
Sus amigos conocen la enfermedad de su hijo	57.1%	11.4%	22.8%	8.5%

Asimismo se observó que el 42.8% de los niños-adolescentes fueron excluidos de actividades escolares por su problema de salud mental, el 25.7% de actividades deportivas y el 28.5% de actividades familiares, identificando sus padres-tutores como motivo de exclusión de espacios escolares los comportamientos agresivos en el 31.5% (N=12) ($p<0.04$), irritabilidad 23.6% (N=9) ($p<0.01$), autoagresiones 18.4% (N=7) ($p<0.004$) en el niño-adolescente. Asimismo fueron identificados como motivo de exclusión de espacios familiares la agresividad en el 18.4% (N=7), irritabilidad en el 15.7% (N=6), auto-agresiones en el 7.8% (N=3).

Al consultarles si su hijo recibía la atención en salud que su enfermedad requería el 51.4% expresó que siempre recibía la atención que la enfermedad de su hijo requería, el 17.1% dijo que casi siempre, 22.8% algunas veces y el 8.5% nunca. Entre los aspectos sanitarios estimados como faltantes reconocieron a Centros de Atención en la Comunidad y profesionales especializados para el grupo etario infantojuvenil. En relación a las instituciones de salud en que debían hospitalizarse los

niños-adolescentes cuando su situación de salud mental lo requería refirieron en Hospitales de Niños el 77.1% y en Hospitales Neuropsiquiátricos el 34.2%.

Grupo de profesionales de la salud

En relación a las *creencias*, “¿Usted considera que las EM son enfermedades como cualquier otra?”, se observó que para el 29.6% nunca, el 22.2% algunas veces, el 13.5% casi siempre y el 34.5% siempre. Al preguntar si “*la gente comprende a las personas con EM*” el 19.7% expresó que nunca, el 76.5% ($p<0.0001$) algunas veces, el 2.4% casi siempre y el 1.2% refirió que siempre (ver Tabla 3).

En relación a si “*la gente tiene temor a los niños-adolescentes con EM*” para el 28.4% de los profesionales siempre, el 34.5% casi siempre, el 33.3% algunas veces y el 3.7% nunca (ver Tabla 3).

Respecto a si consideraban que “*las personas con EM pueden ser peligrosas*” el 12.3% dijo que siempre, el 6.1% casi siempre, el 77.7% algunas veces ($p<0.0001$) y el 3.7% nunca, identificando como causa de peligrosidad

Tabla 3. Creencias respecto de las EM de niños-adolescentes en los profesionales de la salud (N=81).

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Las EM son enfermedades como cualquier otra	34.5% (p<0.0001)	13.5%	22.2%	29.6%
La gente comprende a los niños-adolescentes con EM	1.2%	2.4%	76.5% (p<0.0001)	19.7%
Temor a las niños-adolescentes con EM	28.4%	34.5% (p<0.0001)	33.3%	3.7%
Los niños con EM pueden ser peligrosos	12.3%	77.7% (p<0001)	6.1%	3.7%
Considera que el diagnóstico de una EM es un estigma	25.9%	25.93%	37.04%	8.6%
La gente tiene temor a que niños-adolescentes con EM sean violentos	39.5% (p<0001)	40.7% (p<0001)	17.2%	1.2%
La apariencia física de los niños-adolescentes con EM es igual a la de otros niños	0%	3.7%	67.9% (p<0.001)	28.4%

las autoagresiones y/o hetero-agresiones como más frecuentes en el 51.3%, luego la violencia y episodios de excitación psicomotriz el 29.6%.

En lo referente a si consideraban que *“el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental es un estigma para los niños-adolescentes que lo reciben”* el 25.9% expresó que siempre, el 25.9% casi siempre, 37% algunas veces, el 8.4% nunca y el 2.4% no respondió.

Al explorar respecto a las *actitudes* hacia niños-adolescentes con EM por medio de la pregunta *“¿Usted considera que los niños-adolescentes con EM deben ir a los mismos colegios que los niños sin EM?”* se observó que para el 22.2% siempre, el 25.9% casi siempre, el 43.2% algunas veces y el 8.6% consideraban nunca. Al consultar si *“el niño-adolescente puede sentirse solo, aislado o excluido por su problema de salud mental”* el 33.3% refirió que siempre, el 43.2% casi siempre y el 23.4% alguna vez. En relación a si *“creen que la gente evita a los niños-adolescentes con enfermedad mental”* el 8.5% dijo que siempre, el 20% casi siempre, 31.4% algunas veces y el 40% nunca (ver Tabla 4).

Al explorar respecto a si los niños-adolescentes con EM podían ser excluidos de espacios sociales (escuela, deporte, familia) por su enfermedad, se encontró que el 86.4% de los profesionales consideraban que podían ser excluidos de actividades escolares por su enfermedad mental, el 82.2% de las actividades deportivas y 67.7%

de actividades familiares, identificando como factores que podían motivar la exclusión la agresividad en el 77%, que el niño-adolescente no hable en el 54.3%, irritabilidad en el 74%, que hable solo en el 61.7%, que se aisle en el 70.3% y que se auto-agreda en el 87.6%.

Respecto a si los niños cuentan con los centros de salud necesarios para su atención, el 91.3% refirió que no, identificando la necesidad de contar con más centros de atención en salud en la comunidad y profesionales capacitados en el área. En relación a en qué institución de salud consideraban que debían hospitalizarse los niños-adolescentes cuando su situación de enfermedad mental lo requería, en los Hospitales de Niños el 66.6% y en Hospital Neuropsiquiátrico el 70.3%.

Análisis comparativo de las creencias y actitudes en los padres-tutores y en los profesionales de la salud

Para comparar las creencias respecto a las EM de la infancia en los grupos estudiados se reagruparon las 4 escalas de Likert en 2, encontrando que respecto a la pregunta *“¿Usted considera que las EM son enfermedades como cualquier otra?”* no había diferencias significativas. Respecto a si *“las personas con EM pueden ser peligrosas”* el 88.1% de los padres-tutores refirió nunca y el 9.8% (p<0.01) de los profesionales de la salud observándo-

Tabla 4. Exploración de las actitudes hacia niños-adolescentes con EM profesionales de la salud (N=81).

Ud. considera que:	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca
Los niños-adolescentes con EM deben ir a los mismos colegios que los niños sin EM	22.2%	25.9%	43.2% (P<0.0002)	8.6%
Los niños-adolescentes con EM se sienten solos, aislados o excluidos	33.3%	43.2%	23.4%	0%
Ud. cree que la gente evita a niños-adolescentes con EM	25.9%	34.5% (p<0.0001)	34.5% (p<0.0001)	4.9%
Ud. prefiere evitar atender a niños-adolescentes con EM	9.8%	9.8%	19.7%	60.4% (p<0,0001)
Si su hijo tiene una EM Ud. lo contaría a su flia.	83.9% (p<0.0001)	8.6%	7.4%	0%
Si su hijo tiene una EM Ud. lo contaría a sus amigos	64.2% (p<0.0001)	22.2%	13.5%	0%
Si Ud tiene una EM lo contaría a su familia	59.2% (p<0,0001)	24.6%	14.8%	1.2%
Si Ud tiene una EM lo contaría a sus amigos	50.6% (p<0.0001)	29.6%	13.5%	6.1%

se diferencias significativas. De igual modo se observaron diferencias significativas respecto a si *"la gente tiene temor a niños-adolescentes con enfermedad mental"*

encontrando que nunca para el 77.1% de los padres y el 18.4% en los profesionales (p<0.01) (ver Tabla 5).

Tabla 5. Análisis comparativo de las creencias respecto a las EM en los padres-tutores y en profesionales de la salud.

Ud. considera que :	Padres (N=38)	Profesionales Salud (N=82)
Las EM son enfermedades como cualquier otra	68.5% nunca	51.8% nunca
La gente comprende a los niños-adolescentes con EM	91.3 % nunca	96.2% nunca
Las personas con EM pueden ser peligrosas	88.1% nunca	9.8% (p<0.01) nunca
La gente tiene temor a los niños-adolescentes con EM	77.1% nunca	18.4% (p<0.01) nunca

Igualmente al explorar las causas que pueden motivar la exclusión de actividades sociales los profesionales médicos identificaron la agresividad, que el niño no hable, el hablar solo, la irritabilidad y que se aisle de modo más significativos que los otros grupos (ver Tabla 6).

Asimismo las creencias respecto al origen de las EM mostraron que los profesionales médicos identificaron los factores genéticos, neurobiológicos y sociales más significativamente; los resultados se presentan en Tabla 7.

Tabla 6. Exploración de las creencias respecto a las causas que pueden motivar la exclusión de niños-adolescentes con EM.

Causas	Profesionales		Padres-Tutores
	Médicos	Profesionales salud	
Agresividad	97.6% (p<0.0001)	92.3% (p<0.0001)	42.1%
No habla	71.4% (p<0.001)	31.5%	13.1%
Habla solo	69.5% (p<0.001)	53.8%	7.8%
Irritable	83.3% (p<0.0001)	64.1%	34.2%
Autoagresiones	92.8% (p<0.0001)	82% (p<0.0001)	23.6%
Se aísla	83.3% (p<0.0001)	56.4%	23.6%

Tabla 7. Exploración de las creencias respecto al origen (etiopatogenia) de las EM infantojuveniles.

Causas	Profesionales		Padres-Tutores
	Médicos	Profesionales salud	
Genética	76.1% (p<0.01)	66.6% (p<0.01)	44.71%
Neurobiológico	76.2% (p<0.004)	69.1% (p<0.004)	40.0%
Psicológico	69.5%	71.7%	63.1%
Familiar	71.4%	64.1%	60%
Social	66.6% (p<0.005)	61.5% (p<0.005)	31.5%

Discusión

“Valorar es una necesidad biológica tan primaria como percibir, recordar, imaginar o pensar, nadie puede vivir sin valorar. La vida sería en esas condiciones radicalmente imposible” (Diego de Gracia, *Cuestión de Valor*). En función de lo explorado en el presente estudio respecto a las creencias (valoraciones) y actitudes (comportamientos sociales) hacia las personas con EM podemos expresar que las

EM de la infancia no comparten la misma valoración que otras enfermedades (valor: enfermedad-debilidad) siendo consideradas como enfermedades diferentes (valor: igualdad-desigualdad) y esta condición de la salud fue referida tanto por los padres-tutores como por los profesionales de la salud. Este valor que se le otorgaría a estas enfermedades, mentales, las dejaría en una condición de *desigualdad* comprometiendo la *equidad*.

También la bibliografía refiere que la relación que la

sociedad establece con las personas con EM varía según los atributos (síntomas) que portan y el tipo de enfermedad, reconociendo a un grupo de ellos porque se les asignan atributos más estigmatizante debido al temor que generan y que son asociados con frecuencia a peligrosidad y comportamientos violentos (8, 14-17). Al explorar estos atributos (síntomas) en el estudio se encontró que la presencia de comportamientos violentos, auto y hetero-agresión e irritabilidad en los niños y adolescentes fue referida como motivo de exclusión de la escuela e incluso de espacios familiares por sus padres-tutores. Estos comportamientos identificados como peligrosos e impropios pueden ser en gran parte síntomas de la patología mental como la que presentaban los hijos de los padres-tutores participantes del estudio, trastorno bipolar, trastornos conductuales, trastornos del espectro autista, y estas enfermedades requieren de abordajes terapéuticos apropiados y de que se le brinde al niño la posibilidad de contar con espacios de desarrollo, crecimiento y sociabilización. Esta situación, exclusión de espacios sociales, dejaría a los niños y adolescentes con EM en una condición de aislamiento y soledad, comprometiendo su *igualdad de oportunidades en la vida y sus derechos*.

Asimismo un aspecto a mencionar es la connotación social negativa que se le asigna al diagnóstico de enfermedad mental, aspecto que fue identificado significativamente por los profesionales de la salud quienes refirieron que la presencia de comportamientos violentos eran atributos que podían ser considerados peligrosos y estos aspectos deberían ser profundizados en su estudio. En relación a esto ya Foucault comparó la exclusión y marginalidad social con que se trata a las personas con EM respecto a cómo la sociedad marginó a las personas con lepra en otros tiempos (18). Esta carga valorativa negativa que tiene la enfermedad mental también se la

ha relacionado como uno de los factores que ocasiona demoras en que las personas consulten oportunamente y reciban el tratamiento apropiado.

Al ser la infancia una etapa de la vida en que el ser humano se encuentra en pleno desarrollo, el niño, por su condición de vulnerable, requiere de cuidado y protección que los adultos (familia, Estado) deberían garantizar a fin de que se cumplan los requisitos que necesita para que en su vida pueda lograr un desarrollo pleno y adquirir los atributos que requiere para desempeñarse en la vida adulta, en armonía con su entorno.

Se conoce que "*los valores son más básicos o elementales que las normas, las leyes o los principios de acción, y estos surgen del proceso de valoración*" (Diego de Gracia, *Cuestión de Valor*). En este aspecto es importante reflexionar acerca del valor que se le da a la enfermedad mental de la infancia y la relación que este aspecto tiene con los cambios legislativos del país (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657) ya que las creencias sociales constituyen una barrera importante que afectan la vida de las personas con EM. Más aún si tenemos en cuenta que la salud es un valor y un derecho que tienen todas las personas, que debería garantizar el más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores en su comunidad (11, 12, 13).

De lo explorado podemos decir que las EM en la infancia pueden llevar a valoraciones estigmatizantes que comprometan el desarrollo e igualdad de oportunidades en la vida en los niños-adolescentes con estas enfermedades y esta condición de salud está vinculada con los derechos humanos y con la bioética social. De ello la relevancia de generar líneas de investigación y educación respecto a las EM de la infancia a fin que la sociedad modifique sus creencias y posibilite comportamientos menos estigmatizantes ■

Referencias bibliográficas

- Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
- Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1 (1): 16-20.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 2008; 28 (10): 43-83.
- Corrigan PW, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel JG, Campbell J. Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (8): 1105-10.
- Corrigan PW, Penn DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am Psychol* 1999; 54 (9): 765-76.
- Link BG. public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89 (9): 1328-33.
- Magliano L De Rosa C, Fiorillo A, Malangone C, Maj M; National Mental Health Project Working Group. Perception of patient's unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 410-16.
- Man CE, Himelein MJ. Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 55 (2): 185-7.
- De Gracia D. La cuestión del valor. Discurso de recepción de académico Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas; Madrid; Enero 2011. Disponible en: <http://www.racmyp.es/docs/discursos/d81>.
- Cortina A. valores morales y comportamiento social [Internet]. Disponible en: http://www.fundacionfaes.org/fileupload/publication/pdf/20130426115851_valores-morales-y-comportamiento-social.pdf.
- Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. New York: ONU; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- Bioética y derecho. Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética 2005 [Internet]. Revista de bioética y derecho; 2006. Disponible en: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/RevBioDerecho_Mar06.pdf.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de los Derechos del Niño. ONU; 1959. Disponible en: <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Rep%C3%BAblica%20Dominicana.pdf>.
- Muñoz M, Perez Santos E, Crespo M, Guillen M. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedades mentales. Madrid: Complutense; 2009.
- Penn DL, Kohlmaier JR, Corrigan PW. Interpersonal factor contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptom. *Schizophr Res* 2000; 45: 37-45.
- Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ* 2002; 324: 1470-1
- Walsh E, Buchanan A, Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 490-5.
- Focault M. Historia de la locura en la época clásica I. México: Fondo de la cultura; 1964.