

Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales

Nubia Hernández de Cadena, Psic*
Cely Cristina Escobar Modera, Psic**

Resumen

Se considera que los pacientes con trastorno mental son con frecuencia objeto de maltrato; sin embargo es escasa la investigación en este tópico. Los pacientes con trastorno mental pueden ser objeto de abuso físico, sexual, psicológico, económico o negligencia por parte de familiares y otras personas en la comunidad debido a las connotaciones negativas que tienen estas entidades clínicas. El maltrato constituye un estresor adicional que altera el curso y el pronóstico del trastorno mental existente. El diagnóstico es un proceso complejo que necesita una historia clínica completa con un examen físico y mental minucioso. [Hernández N, Escobar CC. Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales. MedUNAB 2004; 7:130-3].

Palabras clave: Maltrato y trastornos mentales.

Introducción

A comienzos del siglo XXI, a pesar de los adelantos en conocimientos científicos en psiquiatría y psicología, los trastornos mentales siguen siendo, de una u otra forma, un tema tabú. De ahí que las actitudes hacia las personas que reúnen criterios para algunos trastornos mentales continúen siendo mediadas por conceptos que se manifiestan como diferentes formas de maltrato, entre ellos el estigma social.¹ Las personas con trastornos mentales mayores siempre han sido discriminadas de una u otra forma durante toda la historia de la humanidad.²⁻⁴

El concepto de trastorno mental es mucho más amplio y complejo que el que se manejaba hace apenas un siglo, y ello se refleja en el número de trastornos mentales que

se encuentran en las clasificaciones actuales.^{5, 6} Hoy se conceptualiza como un conjunto o patrón de síntomas, emocionales o conductuales, con importancia clínica que producen malestar, discapacidad, riesgo significativamente mayor de morir o de dolor o pérdida de la libertad. Además, este patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular. Cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción conductual, psicológica o biológica.⁵

Por su parte, se define maltrato como los actos, las carencias y las injusticias de todo orden que afectan gravemente al desarrollo físico y psicológico de una persona, efectuado por otra u otras.⁷

El maltrato a pacientes con trastornos mentales tiene implicaciones clínicas, sociales y culturales importantes. El objetivo de este artículo es actualizar el conocimiento respecto al maltrato en pacientes con trastorno mental y así permitir la identificación temprana, el manejo oportuno y tomar medidas de prevención general.

Tipos de maltrato de los que pueden ser víctimas los pacientes con trastornos mentales

Al igual que las personas de la comunidad general, niños, adultos, mujeres y personas con otras limitaciones o enfermedades, los individuos que reúnen criterios para un trastorno mental pueden ser maltratados de diferentes formas.^{8, 9}

Maltrato físico: se caracteriza por los tipos de trato o castigos que producen lesiones debidas a golpes, fracturas, quemaduras, etcétera. Asimismo, cuando se encarga a personas oficios no adecuados o peligrosos para la edad o desarrollo físico, mental o intelectual.⁸

* Profesora auxiliar, Facultad de Psicología; Grupo de Neuropsiquiatría, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

** Profesora auxiliar, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Nubia Hernández de Cadena, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: nhernandez@unab.edu.co

Artículo recibido: 3 de abril de 2004; aceptado: 24 de julio de 2004.

Maltrato psicológico: el ser humano necesita de las relaciones con los otros para su supervivencia; en estas relaciones aparece en forma inevitable la experiencia emocional que va desde la percepción de aceptación hasta la sensación de rechazo, todas las formas de discriminación. Se considera que existe maltrato cuando la experiencia de las relaciones con el otro no permite un adecuado desarrollo del individuo, su reconocimiento y valoración. Puede darse en forma de exigencias desproporcionadas, encerrar, amenazar, ignorar o el uso de lenguaje con contenidos que desvalorizan, descalifican o ridiculizan.⁸

Abuso económico: alude a situaciones en las cuales una persona ocupa a otra persona para obtener beneficios en actividades o trabajos que afecten la salud física, emocional y social, es decir, no apropiadas para la condición física y mental o que afecten el desarrollo global. Estas incluyen mendicidad, prostitución y actividades ilegales.⁸

Negligencia: se consideran todas las formas de abandono, descuido o inasistencia de un individuo. La persona no recibe la asistencia necesaria para su desarrollo, sostenimiento o realización personal.⁸

Abuso sexual: se refiere a todo tipo de comportamiento en el cual se obtiene placer sexual por medio de la utilización de la fuerza, el chantaje, amenazas y agresiones por parte del adulto a un niño, niña o una persona adulta que no está en capacidad intelectual o emocional de decidir.⁹

Causas de maltrato en personas con trastorno mental

Las causas de maltrato a las personas con trastornos mentales son diversas. Enumeramos a continuación algunas de ellas: la explicación que se da a los trastornos mentales en la comunidad en general ha variado a lo largo de la historia, no obstante muchas de ellas se mantienen vigentes. Por ejemplo, las explicaciones mágicas y religiosas -posesión de espíritus o el castigo por un mal comportamiento-.¹⁻⁴

En algunos casos el maltrato está relacionado con el hecho de que algunos enfermos con trastornos mentales, al igual que todas las enfermedades médicas de larga evolución, demandan mucha atención y cuidado por parte de familiares y representan una carga económica, médica y social importante para el grupo familiar.^{4, 10}

Los prejuicios existentes acerca del peligro que representan las personas con trastorno mental para la familia y la población general (que son más violentos que otras personas) guardan relación con el maltrato.^{4, 11} Sin embargo, se conoce que la mayoría de los actos violentos en la comunidad los realizan las personas sin diagnóstico formal de trastorno mental.¹²

Aspectos epidemiológicos

Se considera que la prevalencia de maltrato a los pacientes con trastorno mental es elevada, sin embargo se desconoce la dimensión real del problema en Colombia y en otros países. Se acepta que el maltrato psicológico es la forma más frecuente y la más estudiada, ya sea el estigma o la discriminación.¹³⁻¹⁶ A manera de ejemplo, en un estudio se evaluó a un grupo de pacientes con esquizofrenia en remisión y éstos informaron que todos habían sido maltratados, estigmatizados; algo más de la mitad había recibido ofensas, tratados como menos competentes y vistos desfavorablemente por el trastorno mental.¹⁶

Fuentes de maltrato

Los pacientes con trastorno mental pueden ser víctimas de maltrato tanto por parte de personas del entorno familiar como de la comunidad en general y varía según el contexto sociocultural.¹⁷ Los familiares pueden maltratar física, psicológica, económica y sexualmente.^{8, 9} Una forma frecuente es la negación de la naturaleza patológica de los síntomas y la insistencia al abandono del tratamiento.¹⁸

Los pacientes pueden ser maltratados en los servicios de salud.¹⁹ El personal médico y paramédico es fuente de maltrato cuando no brinda un trato respetuoso, viola la confidencialidad de la información y desconoce el pudor que puede experimentar el paciente con trastorno mental. Probablemente, este tipo de situaciones sean más prevalente en pacientes con trastorno mental debido a la dificultad que implica el manejo de algunos comportamientos disruptivos en el paciente, ya que pocos profesionales están adecuadamente entrenados para afrontar asertivamente estas situaciones.²⁰

Un tercio de los pacientes se ha quejado que los médicos generales no prestan atención a sus síntomas físicos y los atribuyen generalmente al trastorno mental cuando conocen los antecedentes psiquiátricos del mismo.¹⁹ De la misma forma, el personal médico, incluyendo psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etcétera, maltratan al paciente cuando usan las categorías diagnósticas como etiquetas o rótulos y no como manifestaciones del trastorno que pueden cambiar con el tiempo.²¹ Así mismo, cuando médicos no psiquiatras minimizan la importancia de los síntomas emocionales de los pacientes, no toman las medidas necesarias para llegar a un diagnóstico preciso y sugieren tratamientos sin probada efectividad clínica tipo “ponga de su parte”.¹⁸ Esto puede estar relacionado con los resultados de un estudio que informó que estudiantes de medicina percibieron como menos amigables a pacientes supuestos con esquizofrenia que pacientes con cáncer.²² Generalmente, los profesionales, como la comunidad en general, que conocen más de los pacientes y de los tras-

tornos mentales tienen actitudes más positivas hacia este grupo de personas.^{21, 23}

La comunidad maltrata a los pacientes con trastorno mental física y psicológicamente. Muchos pacientes han sido acosados u obligados a renunciar del trabajo y cambiar de residencia por esta condición.¹⁹ La sociedad representada por los gobiernos maltrata a los pacientes mentales cuando desconocen la carga que significan para la familia y la comunidad y no legislan en pro de los derechos del paciente.²⁴ En el caso particular de Colombia cuando se excluyeron elementos importantes de la salud mental del Plan Obligatorio de Salud (POS).²⁵

Consecuencias del maltrato en pacientes con trastornos mentales

Las diferentes formas de maltrato se identifican con frecuencia en la práctica clínica de la psiquiatría y la psicología e incuestionablemente constituyen un estresor adicional en la vida diaria de los pacientes con diagnóstico de un trastorno mental.²⁶

Los prejuicios existentes sobre este tipo de padecimientos demora la solicitud de ayuda o de consulta especializada.²⁷ Los trastornos mentales pueden afectar a un cuarto de la población general,²⁸ sin embargo, sólo una décima parte o menos de los casos consultan a pesar de la severidad de los síntomas.²⁷ Así mismo, estos prejuicios reducen las posibilidades de adherencia a los planes de tratamiento. Los pacientes con trastornos mentales muestran las más altas frecuencias de incumplimiento al tratamiento cuando se comparan con otras dolencias físicas.²⁹ Esto se refleja en un aumento en el número de recaídas que llevan a hospitalizaciones, aumentando los costos de los servicios médicos y la carga que representa el trastorno mental para la familia y la sociedad en general.³⁰ El maltrato psicológico también es un estresor importante que deteriora la autoestima del individuo³¹⁻³⁴ e incrementa en forma significativa la posibilidad de reunir criterios para trastornos depresivos como episodio depresivo mayor o trastornos distímicos asociados, o retrasan la remisión de éstos cuando son el diagnóstico principal.^{13, 20, 35}

Diagnóstico del maltrato en pacientes con trastornos mentales

La identificación clínica de maltrato en personas con trastornos mentales es un proceso complejo.²⁶ Como en otras situaciones en la práctica profesional, es necesaria una historia clínica detallada con una evaluación física cuidadosa y del estado mental del paciente.³⁶ Siempre es indispensable un diagnóstico multiaxial.³⁷

Es necesario obtener información de diferentes fuentes, paciente, familiares, vecinos y autoridades legales y confrontar las diferentes versiones que pueden aparecer

sobre un mismo hecho.³⁶ Puede ser particularmente difícil aceptar la posibilidad de maltrato sin signos clínicos o sin información de una fuente fidedigna en aquellos pacientes con distorsiones cognoscitivas e ideación delirante porque, por definición, pueden ser parte de las manifestaciones clínicas del trastorno.⁵

Generalmente es necesario visitar el domicilio para evaluar las condiciones socioeconómicas del paciente e identificar posibles objetos utilizados para el maltrato físico (cadenas, condiciones físicas de insalubridad, restricciones extremas, aislamiento, etcétera).³⁶

Manejo y prevención del maltrato

Para el manejo y la prevención de maltrato se necesita la participación de varios agentes ya que es indispensable el concurso del paciente, de la familia, del equipo de salud y de la comunidad en general. Las medidas que se esbozan a continuación ayudan en ese proceso:^{29, 38-40}

- Manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico del individuo enfermo.
- Promoción del buen trato a personas que reúnen criterios para un trastorno mental.
- Sensibilización en el ámbito de entidades educativas, empresariales, gubernamentales y no gubernamentales, medios de comunicación, en la aceptación, manejo y compromiso con estos grupos, dándoles oportunidades y ubicándolos socialmente.
- Fortalecer la formación de médicos en la identificación y el manejo de los trastornos mentales más frecuentes.
- Desarrollo de programas de psicoeducación sobre los trastornos mentales a individuos, familiares y comunidad en general.
- Políticas de Estado orientadas a observar los derechos y deberes de todos los ciudadanos, incluyendo a los pacientes con trastornos mentales, consignados en la Constitución Nacional, promoviendo el respeto por la diferencia.

Conclusiones

El maltrato a pacientes con trastorno mental se ha presentado a lo largo de la historia; sin embargo, no existen datos empíricos sobre la prevalencia de las diferentes formas del mismo. Existe información suficiente sobre el maltrato psicológico como la discriminación y la estigmatización. El maltrato está asociado a consecuencias negativas en el curso del trastorno mental. Generalmente es necesario investigar en los pacientes si son víctimas de maltrato para iniciar el manejo adecuado. Sin duda, se necesita mayor investigación formal en este tópico con el ánimo de conocer la prevalencia del problema y tomar medidas de todo tipo para mejorar el pronóstico del trastorno y en consecuencia la calidad de vida del paciente, la familia y la comunidad en general.

Agradecimientos

Al doctor Adalberto Campo Arias, profesor asociado y miembro del Grupo de Neuropsiquiatría de la UNAB por el apoyo, revisión crítica, comentarios y sugerencias en la construcción de este artículo.

Summary

A close view of all forms of abuse among mentally ill patients. It is of common knowledge, that mentally ill patients are frequently subjected to physical and mental abuse. However, there is little information about this topic. Patients with mental disorders may be subjected to physical, sexual, psychological, and economical, as well as, negligence abuse by folks and people from community, due to fact, of prejudice towards people with mental disorders. Therefore abuse in all forms, constitutes an additional stressor event and changes prognosis of preexistent disorder. Diagnosis of abuse is a complex process and it is necessary a full clinical history, including physical and mental evaluation.

Key words: Mistreatment, Mental disorder.

Referencias

- Laing R D. Cordura, locura y familia. México: Fondo de Cultura Económica, 1967: 8-14.
- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica, 1967.
- Roudinesco E. Pensar la locura: Ensayos sobre Michel Foucault. Buenos Aires: Piados. 1992: 9-36.
- Rosen G. Locura y sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental. Madrid: Alianza Editorial, 1974.
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición, texto revisado. Barcelona: Masson. 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Décima edición. Madrid: Meditor, 1993.
- Cuadros I. Manual básico para el diagnóstico y tratamiento del maltrato infantil Save the Children y Asociación Afecto, Bogotá. Segunda edición. 2002.
- Villar E. Revista Prevención del Maltrato. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2000.
- Ardila-Galvis C, Valencia O. Un enemigo conocido-Abuso sexual en el hogar y como arma de guerra. Bogotá: Cedavida. Fundación Social Colombiana, 1999.
- Figuroa-Duarte AS, Campbell-Araujo O. El impacto social de las enfermedades crónicas y las discapacidades en la familia. Bol Clin Hosp Infant Estado Sonora 2004; 21:63-7.
- Haley CJ. The 'Hitchcock factor' in advertising (letter). Psychiatr Bull 2002; 26:315-6.
- Walsh E, Fahy T. Violence in society. Contribution of mental illness is low. BMJ 2002; 325:507-8.
- Eritugrul A, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. Soc Psychiatr Epidemiol 2004; 39:73-7.
- Dietrich S, Beck M, Bujantugs B, et al. The relationship between public casual beliefs and social distance toward mentally ill people. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38:348-54, 355-7.
- Hugo CJ, Boshoff DE, Traut A, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38:715-9.
- Dickerson FB, Sommerville J, Origoni OE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. Schizophr Bull 2002; 28:143-55.
- Littlewood R. Cultural variation in the stigmatization of mental illness. Lancet 1998; 352:1056-7.
- Campo A. Manejo de los síntomas mentales en la práctica clínica no psiquiátrica (No basta con "ponga de su parte"). Cuadernos de Psiquiatría de Enlace 2002; 13:3-4.
- Dobson. R. Mentally ill people face discrimination. BMJ 1996; 313:1352.
- Yanos PT, Rosenfield S, Horwitz AV. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. Com Mental Health J 2001; 37:405-19.
- Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. BMJ 2002; 324: 1470-1.
- Purvis B, Brandt R, Rouse C, Wilfred V, Range LD. Students attitudes toward hypothetical chronically and acute mentally and physically ill individuals. Psychol Rep 1988; 62:627-30.
- Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophr Bull 2001; 27:187-95.
- La normalización de la atención psiquiátrica. Bol Oficina Sanit Panam 1995; 119:88-9.
- Posada J, Córdoba RN. Ley 100, salud mental y psiquiatría. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Bogotá, Noosfera Editorial, Asociación Colombiana de Psiquiatría, 1999:186-205.
- Meyer IH. Prejudice as Sterz: conceptual and measurement problems. Am J Public Health 2003; 93:262-5.
- Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. Schizophr Bull 1999; 25: 467-78.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. Am J Psychiatry 2001; 158:1091-8.
- Heginbotham C. UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. Lancet 1998; 352:1052-3.
- Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. Am J Psychiatry 1996; 153:1411-7.
- Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. Ann Gen Hosp Psychiatry 2003; 2:2 (On line).
- Salsali M, Silverstone PH. Low self-esteem and psychiatric patients: part II – The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressor in psychiatric patients. Ann Gen Hosp Psychiatry 2003; 2:3 (On line).
- Gray AJ. Stigma in psychiatry. J R Soc Med 2002; 95:72-6.
- Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav 1997; 38:177-90.
- Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. J Health Soc Behav 2000; 41:68-90.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Evaluación clínica del paciente psiquiátrico. Séptima edición. Buenos Aires: 1996: 277-91.
- Campo A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. Medunab 2003; 6:32-5.
- Sartorius N. Stigma: ¿What can psychiatrists do about it? Lancet 1998; 352: 1058-9.
- Haghighat R. A unitary theory of stigmatization. Br J Psychiatry 2001; 178: 207-15.
- Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination –everybody's business. MJA 2003; 178: S47-8.