



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ENFERMEDADES MENTALES INFANTOJUVENILES:  
UNA MIRADA BIOETICA DEL ESTIGMA AL QUE  
CONLLEVAN**

Trabajo para optar al Título de  
Magister en Bioética

Tesista: Profesora Doctora Mónica E. Bella

2014

**DIRECTOR DE TESIS DE MAESTRIA EN BIOÉTICA**

Profesor Doctor Hugo Vilarrodona

**Art. 28 del Reglamento de Carrera de Doctorado**

**“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON  
LAS OPINIONES DE ESTA TESIS”**

## **Agradecimientos**

Al Director de Tesis el Prof. Dr. Hugo Vilarrodona por su constante apoyo, estímulo y dedicación en la enseñanza de la Bioética.

A todas las personas que generosamente accedieron a participar en este estudio.

A mi familia por su apoyo y colaboración incondicional.

<b>INDICE</b>	<b>Página</b>
1-RESUMEN	6 - 7
2-FUNDAMENTACIÓN	
- Historia de las enfermedades mentales.	
- Estigma, historia, definición.	
- Enfermedades mentales y estigma	
	8 - 15
3- OBJETIVOS	16
Objetivo General	
Objetivos específicos	
4-MATERIAL Y METODO	17- 19
5- RESULTADOS	20 - 30
6- DISCUSION	31- 37
7-CONCLUSIONES	38
8- BIBLIOGRAFÍA	39 - 42
9- ANEXOS	43 - 53
MEB	

## RESUMEN

La bibliografía refiere que las creencias y actitudes que se le atribuyen 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 y adolescentes y analizarlas desde la perspectiva de la bioética.

Material y Método: estudio exploratorio, prospectivo y cuantitativo. Se administró una encuesta a padres-tutores de niños-adolescentes con enfermedades mentales (EM) y a profesionales de la salud en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Los datos se analizaron por análisis de frecuencias.

Resultados: en relación a las creencias si las EM son enfermedades como cualquier otra se encontró que para el 68,5% de padres-tutores y el 51,8% de profesionales de la salud nunca. El diagnóstico y tratamiento es percibido como un estigma por el 25,9% ( $p < 0,01$ ) de los profesionales de la salud, también identificaron temor y peligrosidad a las EM. El 42,8% de los niños-adolescentes fueron excluidos de la escuela y el 28,5% de actividades familiares.

Conclusión: la enfermedad mental en la infancia conlleva a un estigma que compromete su desarrollo, su igualdad de oportunidades y esta condición está vinculada con los derechos humanos y con la bioética. Se debería educar en las creencias respecto a las enfermedades mentales de la infancia a fin que la sociedad modifique sus comportamientos estigmatizantes.

## **SUMMARY**

Literature suggests that attitudes and beliefs generally attributed to mental illness (MI) have a strong relation with the social behavior towards people that suffer them.

Objective: to explore attitudes and beliefs towards mental illness of children and adolescents, and analyze them from the bioethics perspective.

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. Data processing was performed by means of frequency analysis.

Results: 68.5% of parents-tutors and 51.8% of healthcare professionals answered that mental disorders are never considered like any other illness. Diagnose and treatment are perceived as a stigma by 25.9% ( $p < 0.01$ ) of healthcare professionals, who also identified fear and dangerousness towards MI. 42.8% of children-adolescents were excluded from school and 28.5% from family activities.

Conclusion: mental illness during childhood entails a stigma that compromises its development, equal opportunity and is connected to human rights and bioethics. Education on general beliefs towards mental illness should be imparted so as to modify society's stigmatizing behaviors.

## FUNDAMENTACIÓN

### **-Historia de las enfermedades mentales.**

Los modos de comprender y abordar la salud y la enfermedad de las personas son reflejo de los valores y consensos sociales que se construyen en cada época. Durante mucho tiempo el origen de las enfermedades mentales fue atribuido a fenómenos sobrenaturales mostrando, desde los pueblos primitivos hasta la actualidad, grandes cambios en su conceptualización.

Para los pueblos primitivos las personas con enfermedades mentales eran seres humanos poseídos por divinidades maléficas razón por la cual estas personas generaban temor y eran excluidos de la sociedad por su peligrosidad, quedando su cuidado y asistencia delegada a hechiceros <sup>(16, 19)</sup>.

En la edad antigua, particularmente en la civilización griega, las ciencias y la medicina entre ellas presentan un gran desarrollo. Los griegos consideraban que las enfermedades eran fenómenos observables y debían ser abordados desde una perspectiva científica. Buscaron leyes universales que dieran cuenta de los fenómenos observables y trataron de conectar la parte con el todo, la causa con el efecto, alejándose así el origen de las enfermedades, entre ellas las mentales, de las explicaciones religiosas y mágicas del período previo.

De este periodo de la historia datan las primeras conceptualizaciones y categorizaciones de las enfermedades mentales. Hipócrates sostiene que las enfermedades mentales son producidas por un desbalance entre cuatro humores esenciales a los que denomina: flema, bilis amarilla, bilis negra y la sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre darán lugar a las personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas y esto se conoce como la teoría de los humores. También sostiene que el cerebro es el órgano donde se sitúa la capacidad para pensar, sentir o soñar. Además deja descripciones clínicas y clasifica a las enfermedades mentales en cuadros aún vigentes: epilepsia, manía, paranoia, delirio (vesanias) e histeria <sup>(16, 19)</sup>. En este periodo se desarrollan tratamientos terapéuticos como la inducción de sueño, la interpretación de sueños y la cura por la palabra (diálogos).



Posteriormente los romanos sostienen que el origen de las enfermedades mentales se debería a pasiones y deseos insatisfechos, actuando estos sobre el alma provocando la enfermedad. También sostenían que la enfermedad mental es factible de ser controlada si se alcanza un estado mental sin perturbaciones o ataraxia.

Celso clasifica a las enfermedades en locales y generales, quedando incluidas las enfermedades mentales en esta última categoría y a su vez las clasifica en febriles (delirios) y no febriles (locura). Durante este periodo se implementan tratamientos con métodos cruentos como el confinamiento y los procedimientos restrictivos: ayunos, cadenas y grillos para controlar los episodios de violencia que presentan las personas con este tipo de enfermedades <sup>(16, 19)</sup>.

Durante la edad media, reconocida como el periodo del oscurantismo religioso medieval, el cerebro es considerado el centro de las sensaciones y movimientos y sostienen además que el alma es inseparable de los centros nerviosos. Reconocen dos tipos de almas: una animal o racional situada en el cerebro y otra irracional que se situaría en el corazón e hígado. En este periodo las enfermedades mentales nuevamente son vistas como posesiones demoníacas y su estudio y cuidado queda a cargo de los religiosos.

El Renacimiento se reconoce como el periodo histórico en el que se cometieron los excesos más graves a nombre del cuidado en las personas con enfermedades mentales. Durante este tiempo la “demonología” ocasionó la persecución y muerte de cientos de personas con enfermedades mentales acusándolos de poseídos y brujas. Estos acontecimientos quedaron registrados en el escrito de Bodin, *Malleus Maleficarum* <sup>(16, 19)</sup>.

En el transcurso de los siglos XVI y XVII figuras como Weyer, Platter, Syndeham promoverán nuevamente cambios en los modos de comprender y asistir a personas con enfermedades mentales otorgándole a su etiopatogenia orígenes más científicos e implementarán tratamientos más humanitarios <sup>(8, 10)</sup>.

Para los árabes las personas con enfermedades mentales también eran poseídas pero a diferencia de los cristianos consideraban que los espíritus que poseían a las personas les otorgaba una inspiración divina. Esta situación influía en el trato y cuidados que recibían, siendo estos más benevolentes y menos expulsivos <sup>(16, 19)</sup>. La historia registra a los árabes como los primeros

constructores de hospitales con secciones psiquiátricas en: Bagdad (750), El Cairo (873), Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365) <sup>(11, 16, 19)</sup>. En Francia (1600) los enfermos mentales se hospitalizaban en asilos junto con todas las personas excluidas de la sociedad, los indigentes, los huérfanos, las prostitutas, los homosexuales, los ancianos y los enfermos crónicos. El director de los asilos era quien determinaba el tiempo de internación y las personas con enfermedades mentales podían ser encerradas indefinidamente. Las condiciones de hospitalización eran deplorables y los tratamientos incluían los métodos implementados en la edad media como el aislamiento, la oscuridad, las sangrías, los castigos y el encadenamiento <sup>(11, 16, 19)</sup>.

En el siglo XVIII, Philippe Pinel (médico francés, 1745-1826) y un grupo de pensadores promueve cambios en el modo de comprender y abordar a las personas con enfermedades mentales. Instituyen el método de observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de las enfermedades mentales y tratamientos más humanitarios <sup>(16, 19)</sup>. De este período datan los fundamentos diagnósticos que utiliza la psiquiatría actualmente, se suspendieron los encadenamientos, ayunos y malos tratos y se crearon instituciones para que se encargaran del cuidado de las personas con padecimientos mentales y se profundizó en el conocimiento de las causas etiopatogénicas y tratamiento de las mismas <sup>(16, 19)</sup>.

Del mismo modo que con los adultos, los niños con enfermedades mentales eran hospitalizados inicialmente en los asilos y luego en las instituciones psiquiátricas, compartiendo los espacios físicos y tratamientos con los adultos. Los cambios sociopolíticos generados desde la Revolución Francesa modifican el interés por la infancia y promueven cambios significativos en la educación y atención que reciben los niños.

A fines del siglo XIX y en el siglo XX se crean los primeros centros de atención en enfermedades mentales especializados en niños. Los hospitales de Salpêtrier y Bicêtre (Francia) fueron las primeras instituciones en generar espacios específicos destinados a la atención de la infancia, distinguiendo los lugares de hospitalización de los niños de aquellos de los adultos, aún dentro de las mismas instituciones. Estos centros se dedicaron a atender las

necesidades de la salud infantil que preocupaba a la sociedad en ese momento, las enfermedades mentales ocasionadas por el retardo mental y las discapacidades sensoriales.

En los siglos XIX y XX el desarrollo de ciencias como la psiquiatría, neurología, antropología, filosofía y psicología generó grandes progresos en el modo de comprender y abordar las enfermedades mentales de las personas. En la segunda mitad del siglo XX el desarrollo de la psicofarmacología con el descubrimiento de la clorpromacina como fármaco efectivo para el tratamiento de las psicosis, marca un hito y amplía las posibilidades terapéuticas de las personas con enfermedades mentales generando nuevas expectativas en su tratamiento y calidad de vida <sup>(20)</sup>.

Dentro del mismo siglo XX los modelos de conceptualización de la salud continúan modificándose y se conceptualizará a la salud como el bienestar biopsicosocial de la persona. De este modo se entiende que la salud para las personas con enfermedades mentales no es solamente la ausencia de la enfermedad mental sino también, como aspectos esenciales, se considera a la prevención y promoción de la salud, el adecuado desarrollo de las potencialidades de las personas, la calidad de vida, el estigma y la discriminación que ocasionan las enfermedades mentales y los derechos de las personas con enfermedades mentales <sup>(28, 29, 30)</sup>.

Los estudios sostienen que aún hoy, frente a los grandes avances científicos y posibilidades terapéuticas en el campo de las enfermedades mentales, persiste una connotación negativa hacia ellas, ocasionando consecuencias en las personas que las presentan <sup>(2, 4, 20, 21, 25)</sup>. Esta connotación negativa es aún mayor si la persona padece una enfermedad mental grave como esquizofrenia o el trastorno bipolar <sup>(25, 27)</sup>.

## **Estigma**

El término estigma fue creado por los griegos para referirse a los signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y al status moral de las

personas que lo presentaban <sup>(7)</sup>. Estos signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían a la sociedad que el portador era una persona con una condición social diferente a la que debía evitarse en lugares públicos. Como ejemplo de estigmas se encontraban las marcas que se les efectuaban a los esclavos y a los criminales.

El diccionario de la Real Academia Española refiere que la palabra estigma proviene etimológicamente del latín **estigma** y del griego **otiyua** que quiere decir picadura. Es la *marca o señal en el cuerpo* o también puede considerarse como desdoro, afrenta, mala fama o pena infamante. Otras acepciones de la palabra son lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria <sup>(14, 31)</sup>.

El término estigma hace también referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos.

Erving Goffman, sociólogo 1922-1982, refiere que el *estigma* es un atributo profundamente desacreditador y 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 el llamado que nos hacen sus restantes atributos <sup>(14)</sup>. Asimismo refiere que los estigmas pueden ser causados por la presencia de malformaciones físicas, por defectos del carácter de las personas (como la falta de voluntad, las pasiones tiránicas, las creencias falsas y rígidas y la deshonestidad) y por condiciones raciales o étnicas <sup>(14)</sup>. Aún cuando la causa que ocasiona el estigma es diferente, todas estas situaciones generaran un proceso por medio del cual la persona estigmatizada queda inhabilitada para una plena aceptación social y esta falta de aceptación va a generar un daño en la identidad de la persona <sup>(14)</sup>.

El estigma ocasiona en la persona que lo posee un amplio descrédito o desvalorización y como resultado de dicha característica o rasgo se observa

una respuesta social que se traduce en la conformación de estereotipos que son connotados negativamente hacia las personas que lo poseen.

La bibliografía refiere que el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social <sup>(7, 12, 14, 15, 20)</sup>. 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.

El estigma en la enfermedad mental es un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis. Se reconoce un estigma público o social y un auto-estigma. El primero se refiere a las ideas y creencias de la sociedad respecto a las personas con enfermedades mentales y el auto-estigma son aspectos que internalizan las personas que padecen enfermedades mentales causando efectos negativos en su salud.

### **Enfermedad mental y estigma**

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionada con la Salud de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) define a las enfermedades o trastornos mentales como un conjunto de síntomas que varían sustancialmente pero que se caracterizan en términos generales por una anomalía en los procesos del pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones de las personas con los demás <sup>(17)</sup>. Bajo la denominación de enfermedades mentales se incluye una amplia gama de enfermedades que presentan diferentes grados de compromiso mental. La categorización social que se realiza de las enfermedades mentales lleva a diferentes actitudes de aceptación social según los estudios <sup>(16, 19, 30)</sup>. Estas actitudes variarán en una relación directamente proporcional a la gravedad de la categorización social que se efectúa del cuadro psicopatológico de la persona. Los estudios refieren que entre las patologías que se identifican como de mayor gravedad se encuentran la

psicosis y el trastorno bipolar, presentando además una menor aceptación social que otras patologías como por ejemplo los trastornos de ansiedad <sup>(26, 27)</sup> .

El estigma ocasionado por las enfermedades mentales es un fenómeno complejo y la mayor parte de los estudios aportan información sobre poblaciones de adultos, especialmente aquellas personas que presentan enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, detectando que el estigma que estas presentan tiene consecuencias psicosociales de importancia como: pérdidas de empleos, menores oportunidades laborales y disfunciones familiares, entre otras <sup>(2, 4, 17, 20, 32, 34)</sup> . Un estudio determinó que la sociedad deduce que una persona presenta un trastorno mental cuando observan tres tipos de signos <sup>(27)</sup>:

- 1- Síntomas psiquiátricos como comportamientos extraños.
- 2- Déficit en las habilidades sociales.
- 3- Alteraciones en la apariencia física como falta de higiene y formas de vestirse particulares.

También las publicaciones refieren que entre las conductas que la sociedad identifica como negativas se encuentran los actos violentos, la peligrosidad, la imprevisibilidad de los cambios de carácter, la falta de autocontrol de las personas <sup>(2, 20, 21, 26)</sup> . Todos estos comportamientos suelen estar presentes en las patologías de mayor gravedad.

La organización Mundial de la Salud estima que el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen enfermedades mentales, y en todas las culturas se observan tipos de trastornos similares <sup>(1)</sup> . Entre las enfermedades mentales infantojuveniles las adicciones, los trastornos generalizados del desarrollo, los trastornos de la alimentación, los comportamientos suicidas, la violencia intrafamiliar y la psicosis entre otros tienen un franco y sostenido aumento <sup>(28)</sup> .

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Una

definición más actual de la salud es que es el logro del más alto nivel de *bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento* que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Aún cuando se reconoce que las enfermedades mentales infanto-juveniles están en aumento en el mundo y la importancia que tienen los aspectos mentales en el cuidado de la salud, las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales llevan en muchas ocasiones a la discriminación y estigmatización social que es causa de padecimientos para las personas que las presentan. En este aspecto la OMS (Declaración de Helsinki, 2005), los gobiernos de diferentes países y asociaciones de profesionales de la salud mental como la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) han expresado su preocupación respecto al estigma que conllevan las enfermedades mentales y establecieron que la lucha contra el estigma que ocasiona la enfermedad mental es un aspecto prioritario para la agenda de salud del mundo. De lo expuesto podemos deducir la importancia que tiene efectuar estudios para conocer las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales infantojuvenil y la vinculación que estos aspectos tienen con la bioética.

## **OBJETIVO**

### **Objetivo general**

Explorar las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales de niños y adolescentes y analizarlas desde la perspectiva de la bioética.

### **Objetivos específicos**

- Explorar las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales de niños y adolescentes.
- Explorar las causas que motivan la estigmatización de los niños y adolescentes con enfermedades mentales.
- Indagar si el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad mental pueden ser percibidos como causa de estigmatización.
- Analizar las creencias y actitudes de las enfermedades mentales y vincularlo con la bioética.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

El presente estudio fue exploratorio, prospectivo, cuantitativo. Se efectuó en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba administrando una encuesta a padres-tutores de niños-adolescentes con enfermedades mentales 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 enfermedades mentales, creencias, prejuicios, actitudes y discriminación <sup>(2, 5, 20, 28)</sup>. La mayor parte de los trabajos efectuados en estigma de las personas con enfermedades mentales están orientados a la población adulta y especialmente a los adultos con patologías graves como esquizofrenia y trastorno bipolar. En la temática de niños los estudios están orientados al estigma que provoca el diagnóstico y tratamiento farmacológico de una enfermedad mental, por tal motivo 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. La encuesta es un cuestionario auto-administrado que contiene preguntas cerradas y abiertas, utiliza escalas de Likert de 4 puntos que indican: 0 nunca, 1 algunas veces, 2 casi siempre y 4 siempre. Se adjuntan instrumentos para padres-tutores y para profesionales en anexo 1 y 2.

Posteriormente en este trabajo se optó porque la encuesta fuera administrada por profesionales de salud mental que podían clarificar dudas.

### **Población.**

La población que participó en el estudio fueron padres o tutores responsables de niños y adolescentes hospitalizados por enfermedades mentales y

profesionales de la salud del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Tanto a los profesionales de la salud como a los padres o tutores de los niños-adolescentes hospitalizados se les informó respecto a los objetivos del estudio y se certificó su aceptación a participar en el mismo mediante la firma del consentimiento informado. Se adjunta consentimiento informado en anexo 3

Se conformaron dos grupos.

El **grupo de padres-tutores** se constituyó con 38 personas quienes eran responsables de niños-adolescentes que se encontraban en tratamiento por patologías mentales (problemas conductuales, intentos de suicidio, esquizofrenia y trastornos generalizados del desarrollo) en el Hospital y la mayor parte de ellos habían requerido de una internación por su patología mental. De los 38 padres-tutores el 77,1% fueron madres, 14,2% padres y el 8,4% otros familiares y sus edades estaban comprendidas entre los 29 y 55 años con una media de 42,24 años. Respecto a su educación el 20% tenían estudios universitarios, el 20% estudios terciarios, el 23% secundarios y el 23% primarios.

El **grupo de profesionales de la salud** se conformó con 81 participantes, 41 personas fueron médicos representando todos los estamentos profesionales del Hospital, médicos de planta permanente (Jefes y operativos) y médicos en formación en pediatría y en psiquiatría infantojuvenil. El grupo de otros profesionales de la salud se conformó con enfermeras, licenciados en psicología, licenciados en trabajo social, licenciados en nutrición y licenciados en fonoaudiología. La muestra de profesionales se tomó en todos los servicios del hospital, consultorios externos, especialidades, emergencias y salas de internación. El 76,5% (n=62) fueron mujeres y el 23,4% (n=19) varones y sus edades estaban comprendidas entre los 24 y 70 años con una media de 42,7.

Las variables propuestas para el estudio fueron:

**Creencias** respecto a las enfermedades mentales 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 a quien las padecen, por prejuicio, falta de oportunidades de desarrollo (escuela, deporte), rechazo, aislamiento, soledad y demora en buscar ayuda.

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. Para ello se revisaron los documentos Valores morales y comportamiento social, Cortina Adela y los documentos Derechos Humanos (1948), Asamblea General de las Naciones Unidas) Declaración de los Derechos del Niño (1959) Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos UNESCO (1, 3, 8, 9, 23, 24).

### **Metodología estadística.**

Con los datos obtenidos se generó una base de datos en una planilla de cálculo de Microsoft Office Excel 2007. 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. El procesamiento estadístico de los datos categorizados se efectuó como análisis bivariado, a través de datos categóricos. En el análisis de diferencias de proporciones se utilizó la prueba de chi cuadrado. Los datos fueron procesados con el programa InfoStat y en todos los casos se estableció un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

### **Consideraciones éticas**

La investigación se efectuó respetando la confidencialidad de los datos y autonomía de las personas participantes del estudio siguiendo los lineamientos internacionales que normatizan las investigaciones que involucran seres humanos y aseguran los estándares internacionales de calidad ética y científica, contenidos en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y la Conferencia Internacional de Armonización (ICH), de acuerdo a las normativas internacionales que se fundamentan en la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

La exploración del campo de las representaciones sociales de las enfermedades mentales y de las personas (niños y adolescentes) que las conllevan es compleja. Comprendiendo que las variables aquí exploradas constituyen una parte de esa complejidad a continuación se exponen los resultados de las creencias (concepción de las enfermedades) y actitudes (comportamientos).

### **GRUPO DE PADRES- TUTORES**

En relación a las *creencias*, al explorar si “las enfermedades mentales son consideradas enfermedades como cualquier otra”, se encontró que para el 60% ( $p < 0,0001$ ) de los padres-tutores fue nunca, para el 8,5% algunas veces, para el 8,5% casi siempre y en el 22,8% siempre. Cuando se preguntó si “la gente comprende a las personas con enfermedades mentales” el 22,8% consideró que nunca, el 68,5% ( $p < 0,0001$ ) algunas veces y el 8,5% casi siempre, los resultados se exponen en Tabla 1.

Al explorar si “las personas con enfermedades mentales pueden ser peligrosas” el 11,4% dijo que nunca, el 65,7% ( $p < 0,0001$ ) dijo que algunas veces, el 11,4% casi siempre y el 8,5% siempre, identificando como situaciones de peligro la presencia de actitudes violentas auto o hetero-agresivas el 65,72%, reacciones inesperadas 2,8%, Tabla 1. Otra variable investigada fue “si creen que la gente tienen temor a que los niños-adolescentes con enfermedades mentales sean violentos” respondiendo el 20% que nunca, el 57,1% algunas veces, el 8,5% y el 14,2% siempre. En la Tabla 1 se exponen los resultados obtenidos con los padres tutores en relación a las creencias exploradas, violencia, peligrosidad y apariencia física.

Cuando se consultó respecto al *origen (etiopatogenia) de las enfermedades mentales* reconocieron factores genéticos el 45,7% de los padres- tutores, el

Tabla 1: Exploración de las creencias respecto a las enfermedades mentales (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 los 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%

40% factores neurobiológicos, el 65,7% factores psicológicos, el 60% factores familiares y el 34,2% factores sociales.

En relación a las actitudes que tienen las personas hacia los niños/adolescentes con enfermedades mentales se encontró que los padres-tutores refirieron que “su hijo había sido 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 y el 5,2% (n=2) respondió que su hijo estaba escolarizado en una escuela especial, los resultados se expresan en la Tabla 2. Respecto a si consideraba que “su hijo se había sentido solo, aislado o excluido por su problema de salud mental” el 13,1% refirió que siempre, el 13,1% casi siempre, 44,7% (p<0,0005) alguna vez y 26,3% nunca. Uno de los padres refirió que su hijo presentaba un Trastorno Generalizado del Desarrollo y no sociabilizaba con otras personas, motivo por el cual no estaba escolarizado y asistía a un centro educativo terapéutico.

Al explorar las creencias respecto a “si consideraban que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental podía ser percibidos como causa de estigmatización” el 5,7% de los padres-tutores dijo que siempre les preocupaba que la gente conozca que su hijo recibía tratamiento por su enfermedad mental el 5,7% casi siempre, 20% algunas veces y el 71,4% nunca. De igual forma al explorar si sus familiares tenían conocimiento de la enfermedad mental de su hijo el 82,8% de los padres-tutores refirieron que si tenían conocimiento de la situación de salud del niño-adolescente y también sus amigos para el 57,1%. Cuando se investigó respecto a si consideraban que “el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental podía ser 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 con los padres-tutores el conocimiento que tenían respecto al diagnóstico de la enfermedad mental de su hijo, el 65,7% dijo que conocían el diagnóstico, el 28,5% no lo conocía y el 5,7% lo referían como dudoso (no sabe). Además se consultó si consideraban que su hijo recibía la atención en salud que su enfermedad requería y el 51,4% expresaron que siempre recibían la atención que la enfermedad de su hijo requiere, para el 17,1% casi siempre, para el 22,8% algunas veces y para el 8,5% nunca. Entre los aspectos sanitarios que reconocieron como faltantes más significativo fue contar con Centros de Atención en la Comunidad y profesionales especializados para el grupo etario infantojuvenil.

Al consultarles en qué institución de salud consideraban que debían hospitalizarse los niños-adolescentes cuando por su enfermedad mental se requiriera expresaron los padres-tutores que en los hospitales de Niños en el 77,1% y en los Hospitales Neuro-psiquiátricos el 34,2%.

Cuando se exploraron comportamientos sociales se encontró que los padres-tutores refirieron que “la gente había evitado a su hijo por su problema de salud mental” en el 7,8% siempre, en el 18,4% casi siempre, 34,2% ( $p < 0,02$ ) algunas veces y en el 39,7% ( $p < 0,02$ ) nunca. De igual modo refirieron que “su hijo había recibido agresiones por su problema de salud mental” en el 5,2%

siempre, el 26,3% que algunas veces y el 68,4% ( $p < 0,001$ ) que nunca. Los resultados se presentan en Tabla 2.

También se observó que el 42,8% de los niños/adolescentes, según refieren sus padres-tutores, fueron excluidos de actividades escolares por su problema de salud, el 25,7% de actividades deportivas y el 28,5% de actividades familiares.

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%

## GRUPO DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Al explorar las creencias de los profesionales de la salud respecto a si “consideraban que las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra”, se encontró que para el 29,6% nunca, para el 22,2% algunas veces, para el 13,5% casi siempre y para el 34,5% siempre. En relación a si consideraban que “la gente comprende a las personas con enfermedades mentales” el 19,7% expresó que nunca, el 76,5% ( $p < 0,0001$ ) algunas veces, el 2,4% casi siempre y para el 1,2% siempre, resultados expuestos en Tabla 3.

En relación a si creen que “la gente tiene temor a los niños-adolescentes con enfermedades mentales” se observó que para el 28,4% de los profesionales la respuesta fue siempre, para el 34,5% casi siempre, para el 33,3% algunas veces y para el 3,7% nunca (Tabla 3).

Cuando se preguntó si consideraban que “las personas con enfermedades mentales 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 motivo de peligrosidad las autoagresiones y/o hetero-agresiones el 51,3% y la violencia y los episodios de excitación psicomotriz el 29,6%.

De la exploración de las creencias respecto al origen (etiopatogenia) de las enfermedades mentales, el grupo de profesionales se analizó en dos grupos: profesionales médicos y otros profesionales de la salud. Los médicos identificaron como factores causales de las enfermedades mentales a los factores genéticos en el 76,1%, los factores neurobiológicos en el 76,2%, los factores psicológicos en el 69,9%, los factores familiares en el 71,4% y los factores sociales en el 66,6%. El grupo de los profesionales de la salud identificó a los factores genéticos en el 66,6%, los factores neurobiológicos en el 69,1%, los factores psicológicos en 71,7%, los factores familiares 64,1% y los factores sociales 61,5%.

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. En este mismo aspecto se exploró si “su hijo tuviera una enfermedad mental Usted comunicaría el diagnóstico a su familia” y el 83,9% de los profesionales dijo que siempre y “le comunicaría el diagnóstico a sus amigos” el 64,2%. Cuando se exploró “si el profesional es la persona que tiene una enfermedad mental” refirieron que compartiría el diagnóstico con su familia el 64,2% y con sus amigos el 50,2%.



**Tabla 3 : Exploración de las creencias respecto de las enfermedades mentales (EM)  
de niños/adolescentes en profesionales de la salud (N=81)**

	<b>Siempre</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
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%

De la exploración de los comportamientos sociales, actitudes hacia niños-adolescentes con enfermedades mentales en relación a la pregunta si “consideraban que los niños-adolescentes con este tipo de enfermedades deben ir a los mismos colegios que los niños sin enfermedades mentales” se encontró que para el 22,2% de los profesionales de la salud era siempre, para el 25,9% casi siempre, para el 43,2% algunas veces y para el 8,6% nunca.

Asimismo refirieron que pensaban que “los niños-adolescentes con enfermedades mentales pueden sentirse solos, aislados o excluidos por su problema de salud mental” siempre el 33,3% de los profesionales, el 43,2% casi siempre y el 23,4% alguna vez.

Al explorar 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, resultados en Tabla 4.

Cuando se consultó “si los niños-adolescentes con enfermedades mentales podían ser excluidos de sus espacios sociales” se encontró que el 86,4% de los profesionales expresaron que podían ser excluidos de actividades escolares por su enfermedad mental, el 82,2% de actividades deportivas y el 67,7% de actividades familiares, identificando como factores que podían motivar la exclusión a la agresividad en el 77%, que el niño-adolescente no hable en el 54,3%, la irritabilidad en el 74%, que hable solo en el 61,7%, que se aíse en el 70,3% y que se auto-agreda en el 87,6%.

Respecto a si los niños con enfermedades mentales cuentan con los centros de salud necesarios para su atención el 91,3% refirió que no, identificando la

**Tabla 4: Exploración de las actitudes hacia niños adolescentes con EM en los profesionales de la salud (N=81)**

<b>Ud. considera que:</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Nunca</b>
<b>Los niños-adolescentes con EM deben ir a los mismos colegios que los niños sin EM</b>	22,2%	25,9%	43,2%* (P<0,0002)	8,6%
<b>Los niños-adolescentes con EM se sienten solos, aislados o excluidos</b>	33,3%	43,2%	23,4%*	0%
<b>Ud. cree que la gente evita a niños-adolescentes con EM</b>	25,9%	34,5%* (p<0,0001)	34,5%* (p<0,0001)	4,9%
<b>Ud. prefiere evitar atender a niños-adolescentes con EM</b>	9,8%	9,8%	19,7%	60,4%* (p<0,0001)

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 el 66,6% refirió que en los hospitales de Niños y el 70,3% en un Hospital Neuro-psiquiátrico.

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

A fin de comparar las creencias respecto a las enfermedades mentales en los dos grupos estudiados se reagruparon las 4 escalas de Likert en 2, siempre (siempre-casi siempre) y en nunca (alguna vez y nunca) encontrando en la pregunta “¿Usted considera que las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra?” que para el 68,5% de los padres-tutores fue la opción nunca (no) y para el 51,8% de los profesionales de la salud. Asimismo se investigó “si consideraban que los niños y adolescentes con enfermedades mentales pueden ser peligrosos” se encontró que para el 88,1% de los padres-tutores fue nunca y para el 9,8%( $p<0,01$ ) de los profesionales de la salud observándose diferencias significativas entre los grupos en este punto. De la misma forma en la pregunta respecto a si “la gente tiene temor a niños-adolescentes con enfermedad mental” el 77,1% de los padres refirieron que nunca y el 18,4% ( $p<0,01$ ) de los profesionales de la salud observando una diferencia significativa en este punto, resultados expuestos en Tabla 5.

En relación a las actitudes exploradas en los dos grupos, padres-tutores y en los profesionales de la salud, se encontró que los profesionales de la salud identificaron más significativamente que la gente evita a los niños-adolescentes con enfermedades mentales, así como la presencia de sentimientos de soledad y aislamiento en los niños-adolescentes por su enfermedad mental, resultados

**Tabla 5 : Análisis comparativo de las creencias respecto a las enfermedades mentales 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

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

Causas	Profesionales	
	Médicos	Profesionales Salud
Agresividad	97,6%*(p<0,0001)	92,3%*(p<0,0001)
No habla	71,4% *(p<0,001)	31,5%
Habla solo	69,5%*(p<0,001)	53,8%
Irritable	83,3%*(p<0,0001)	64,1%
Autoagresiones	92,8%*(p<0,0001)	82%*(p<0,0001)
Se aísla	83,3%*(p<0,0001)	56,4%

en Tabla 5. También se encontraron diferencias significativas en las causas que podían motivar la exclusión de niños-adolescentes de espacios sociales identificando los médicos más significativamente el que el niño no hable el 71,4% ( $p < 0,001$ ), ver Tabla 6.

Al explorar y comparar las creencias respecto al origen de las enfermedades mentales en los grupos estudiados se encontró que los profesionales de la salud identificaron las causas genéticas, neurobiológicas y sociales más significativamente que los padres, ver Tabla 7.

Tabla 7 : Exploración de las creencias respecto al origen (etiopatogenia) de las enfermedades mentales infantojuveniles			
Causas	Profesionales		Padres-Tutores
	Médicos	Profesionales Salud	
Genética	76,1%* ( $p < 0,01$ )	66,6%* ( $p < 0,01$ )	44,71%
Neurobiológica	76,2%* ( $p < 0,004$ )	69,1%* ( $p < 0,004$ )	40,0%
Psicológica	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%

### **- Análisis de las representaciones respecto a las enfermedades mentales y su vinculación con la bioética**

En función de lo explorado en el presente estudio respecto a las creencias y actitudes hacia las personas con enfermedades mentales podemos decir que las enfermedades mentales no comparten la misma valoración que las otras enfermedades (valor: enfermedad-debilidad) siendo consideradas como

enfermedades diferentes (valor: igualdad-desigualdad), aspecto que fue identificado tanto por los padres-tutores como por los profesionales de la salud.

De igual modo se observó que la presencia de síntomas como auto y hetero-agresión como los que presentaban los niños-adolescentes fueron valorados frecuentemente como comportamientos sociales impropios. Estos comportamientos conllevaron a situaciones de exclusión de los niños adolescentes por su problema de salud de espacios sociales (como la escuela y familia) ocasionando pérdida de oportunidades de un desarrollo acorde a su edad (valor: igualdad/ desigualdad).

El niño-adolescente con un diagnóstico de enfermedad mental tiene, por padecer esta enfermedad, una carga valórica peyorativa y connotación social negativa en relación a otras enfermedades (valor: enfermedad- debilidad), y este aspecto fue referido con mayor frecuencia por los profesionales de salud.

Si consideramos que la salud es un derecho, que tienen todas las personas y que debe garantizar el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad, observamos según se refleja este estudio que las enfermedades mentales constituye una condición de **Bioética de las situaciones persistentes** ya que los atributos que se le asignan a las enfermedades mentales llevan a discriminación y exclusión, y estos aspectos se perciben así desde la antigüedad. Esta condición genera mayor responsabilidad si tenemos en cuenta el grupo etario, niños y adolescentes.

.

## DISCUSION

*El médico español, bioeticista y psiquiatra Diego Gracia Guillén dice que “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” (10).*

Se conoce que las creencias que tienen las personas acerca de las enfermedades mentales tienen una estrecha relación con las actitudes y comportamientos sociales hacia ellas y estas creencias varían según la cultura, el tipo de enfermedad mental y los síntomas (atributos) que presentan las personas que las conllevan (5,20). Por ello en el presente estudio se exploraron las creencias y actitudes sociales hacia los niños y adolescentes con enfermedades mentales y se observó que estas enfermedades presentan una connotación estigmatizante que lleva a comportamientos de evitación y exclusión social, aspecto que fue reconocido tanto por los padres-tutores de niños con enfermedades mentales como por profesionales de la salud.

De lo explorado respecto a las creencias de las enfermedades mentales se encontró que tanto los padres como los profesionales de la salud expresaron, en una gran proporción, que estas enfermedades no eran “consideradas enfermedades como cualquier otra y que al diagnóstico de este tipo de enfermedades en la infancia se asociaba una connotación estigmatizante. Este valor que se les otorga a las enfermedades mentales infantojuveniles, de “diferentes” a otras enfermedades de la infancia, compromete la igualdad, asignándoles un valor diferente (valor: *igual-desigual*).

Otro aspecto reconocido en la bibliografía es que la relación que la sociedad establece con las personas con enfermedades mentales varía según los atributos (síntomas) que portan las personas con estas enfermedades. En relación al tipo de enfermedad se reconoce que las patologías relacionadas con la depresión y ansiedad son mejor aceptadas que otras como la esquizofrenia (5, 20, 21, 25, 27.). Entre los síntomas se reconocen un grupo de ellos ya que se le asignan atributos más estigmatizante por el temor que generan y estos son asociados con frecuencia a peligrosidad, entre los que se reconoce a los

comportamientos violentos y la falta de aseo personal asociado con frecuencia a peligrosidad entre otros <sup>(5, 6, 7, 21, 25, 27)</sup> . Estos atributos fueron explorados en el estudio donde se encontró la presencia de comportamientos violentos, auto y hetero-agresión e irritabilidad en algunos de los niños y adolescentes con enfermedades mentales y la presencia de estos síntomas fue motivo de exclusión de la escuela, de actividades deportivas e incluso de espacios familiares según refirieron sus padres-tutores. Estos comportamientos identificados como peligrosos y comportamientos impropios, son síntomas de la patología mental que presentaban los hijos de los padres tutores participantes de este estudio, trastorno bipolar, trastornos conductuales, trastornos del espectro autista, que requieren de abordajes terapéuticos apropiados y espacios de desarrollo y sociabilización. Esta situación deja a los niños y adolescentes con enfermedades mentales en una condición de aislamiento y exclusión social, comprometiendo su igualdad de oportunidades en la vida y sus derechos.

Asimismo las investigaciones refieren que las personas que están en contacto con personas con enfermedades o que trabajan en el área de la salud tienen creencias y actitudes más positivas, menos estigmatizantes, hacia las personas con enfermedades mentales y estos aspectos se reflejarían en los comportamientos hacia ellas <sup>(20, 36, 38)</sup>. De lo investigado en el estudio se observó que los padres-tutores percibían el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental de sus hijos con una valoración más positiva que los profesionales de la salud, quienes mostraron creencias más estigmatizantes y estos aspectos deberían ser considerados y abordados en las propuestas de formación de los profesionales de salud.

De igual modo se conoce que el valor y connotación social negativa que se les asignan a las personas con enfermedades mentales no es exclusivo de ellas y comparte con otras enfermedades (como el HIV), una carga valorativa estigmatizante que ha llevado a actitudes de rechazo y aislamiento social. Foucault ha comparado la exclusión y marginalidad social con que se trata a las personas con enfermedades mentales con cómo la sociedad trató a las



personas con lepra en otros tiempos, a quienes se marginaba de la sociedad (11) .

En la segunda mitad del siglo XX, y en conocimiento de la valoración que se hace a las enfermedades mentales y las consecuencias que estas creencias tienen en los comportamientos sociales hacia las personas que las presentan, surgieron movimientos profesionales y civiles que convocaron a combatir el estigma y la discriminación que estas enfermedades mentales ocasionan. La mayor parte de los estudios que han abordado las consecuencias que tiene la enfermedad mental están dirigidos a las personas adultas y a considerar las consecuencias que genera en su vida, como tener menos oportunidades de acceder a estudios y a empleos, más demoras en efectuar consultas y recibir tratamientos oportunos <sup>(4, 13, 18, 20, 27, 33, 34)</sup> . Al explorar estas características en el presente estudio se encontró que los niños-adolescentes se habían sentido aislados, solos, excluidos y habían perdido escolaridad y otras actividades sociales y familiares como consecuencia de su enfermedad.

Al ser la infancia una etapa de la vida en que el ser humano se encuentra en pleno desarrollo el niño, por su condición propia, requiere de cuidado y protección, incluso legal, y que los adultos (familia, Estado), deberían garantizar que se cumplan los requisitos que el niño 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. El niño o adolescente con enfermedad mental, al estar excluidos de la sociedad (escuela, familia) no podrá lograr su adecuado desarrollo y estos aspectos se relacionan con la igualdad de oportunidades, los derechos y la equidad.

El niño o adolescente por su condición de salud, enfermedad mental, compartirá con otras enfermedades un estado "único" de dependencia y vulnerabilidad que en el caso de las enfermedades mentales comprometerá sus aspectos físicos, mentales y sociales. De ello deriva la relevancia que al niño-adolescente que tiene una enfermedad mental se le garantice las mismas oportunidades para adquirir los atributos que requiere para vivir su vida en forma digna en relación con los demás, como lo sostiene la Convención de los Derechos del Niño y la Ley de protección integral de los derechos de las niñas,

niños y adolescente (ley 26.061, sancionada en 2005) condición que de no cumplirse afecta sus derechos.

Uno de los factores que contribuyeron a que las personas adultas con enfermedades mentales reciban la atención que requieren para su salud en la comunidad (atención primaria) fue el desarrollo de tratamientos farmacológicos más efectivos con el descubrimiento de la clorpromacina en 1950 <sup>(20, 28)</sup>. Estos avances farmacológicos que adquirieron tanta relevancia para las personas adultas con enfermedades mentales para el grupo etario (niños-adolescentes) estudiado en la presente investigación se observó que el tratamiento farmacológico en un niño o adolescente es aún hoy connotado negativamente.

*Diego Gracia Guillén dice 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” <sup>(10)</sup>.*

La propuesta de cambiar el paradigma de atención en salud mental desde el modelo asilar al de atención en la comunidad surgió después de la Segunda Guerra Mundial y llevó mucho tiempo para que se implementaran las normas y leyes que respondieran a este nuevo modelo de la salud mental cuyos aspectos fundamentales buscaban restituir a las personas con enfermedades mentales sus derechos humanos y civiles.

El médico Emiliano Galende dice que entre los factores que dieron origen a esa crisis del modelo asilar se encuentra “la analogía que tenían los hospitales psiquiátricos y las colonias de alienados con los campos de concentración. nadie podía fundamentar que estos lugares eran terapéuticos si de hecho estaban en contra de todo criterio de rehabilitación y llevaban a la pérdida del lazo social” <sup>(12)</sup>. Asimismo el sociólogo Erving Goffman en su ensayo Internados (1961) estudió las condiciones de vida de las personas con enfermedades mentales en internados psiquiátricos, a las que llamó “institución total” ya que modificaba el yo de la persona, su libertad, sus derechos y los alejaba de su familia y de la sociedad <sup>(15)</sup>. Las personas para poder vivir en esa “institución total”, iban reemplazando los atributos que se requiere para vivir en

sociedad, por aquellos que se requieren para vivir dentro de un hospital neuropsiquiátrico <sup>(15)</sup>.

Después de la Segunda Guerra Mundial, al quedar expuestas las consecuencias (daño) que el hombre era capaz de generar en los conflictos bélicos a las personas y la vulnerabilidad de la vida del ser humano que no contaba con un marco jurídico universal que lo cuidase y proteja, la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de diciembre de 1948, en París, aprueba la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217 A) . Estos derechos fueron posteriormente ratificados en numerosas convenciones, declaraciones y resoluciones internacionales y sus valores se reflejaron en otras áreas. Varios años después se acordó la Declaración de los derechos del niño (1959), Convención sobre los derechos del niño (1989) y la Declaración de los derechos de los pacientes (1973).

También después de la Segunda Guerra Mundial la medicina revisó su concepto de salud y definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1948) como la había definido hasta ese momento.

Todos estas valoraciones respecto a las personas, su dignidad, sus derechos y la salud como el bienestar bio-psicosocial, sumado al avance científico y las mayores posibilidades terapéuticas de las enfermedades mentales dieron lugar al proceso de reforma de la atención en salud mental que se reflejó en los cambios normativos y legislativos de la salud mental en el mundo y en Argentina en las últimas décadas del siglo XX.

El 14 de noviembre de 1990 se acuerda la Declaración de Caracas en Venezuela, en reunión de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y los países miembros, entre ellos Argentina <sup>(29)</sup>. En esta declaración se propone, entre otros puntos, la reforma del modelo de atención en salud mental, haciendo énfasis en la atención primaria y que las legislaciones de los países se adecuen de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales. Posteriormente se establecen los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas el 10 de

noviembre del año 2005, donde se reconocen los avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica regional en los últimos 15 años.

De acuerdo a las convenciones referidas precedentes Argentina, en el año 2010, sancionó la Ley de Salud Mental Nacional N° 26.657 que propone una reforma al modelo de atención en salud mental promoviendo la atención en la comunidad. Esta ley en su artículo 28 dice que “las internaciones deben realizarse en los hospitales generales”. Por este motivo, en el presente estudio, se exploró como los padres-tutores y los profesionales de la salud percibían los lugares de hospitalización para los niños y adolescentes encontrando que ambos grupos identificaron los hospitales de niños como un lugar para la internación de los niños-adolescentes con enfermedades mentales <sup>(23)</sup>. Sin embargo al preguntar respecto a las internaciones en un hospital neuro-psiquiátrico se encontró que los profesionales de la salud lo identificaron como una posibilidad con mayor frecuencia que los padres-tutores. Cabe mencionar que en la institución en donde se efectuó el estudio hay una sala de internación psiquiátrica donde muchos de los padres-tutores tuvieron a sus hijos hospitalizados y esto podría influir en la valoración de lugares de internación.

Otro punto examinado, contemplado en la Ley de Salud Mental, fue si los niños-adolescentes con enfermedades mentales cuentan con los centros de salud necesarios para su atención y tanto los padres tutores como los profesionales de la salud refirieron la falta de centros de atención en la comunidad, aspecto que se relacionaría con la accesibilidad en salud y la equidad.

En las últimas décadas diversas organizaciones civiles y de profesionales en salud mental, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y muchos países han tomado conciencia de la importancia que tiene la valoración social de las enfermedades mentales y las actitudes a las que conllevan, abogando por avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación en todos los espacios sociales. Estos aspectos que han sido reconocidos y estudiados en las personas adultas no se acompañan de un similar desarrollo en la infancia.

Finalmente, podemos decir que las enfermedades mentales infantojuveniles no comparten la misma valoración que las otras enfermedades de la infancia y

esto se refleja en los comportamientos y actitudes sociales hacia los niños y adolescentes que las conllevan, comprometiendo sus derechos y generando pérdida de oportunidades en su vida. Por lo tanto podemos decir que esta condición de la salud, la enfermedad mental, tiene una fuerte vinculación con la Bioética Social y de allí la relevancia que tiene estudiar el valor que se le otorga a estas enfermedades de la infancia, incluso por los profesionales de la salud. Si consideramos que “valorar es una necesidad biológica tan primaria como percibir” y que la valoración de las enfermedades mentales de la infancia es un producto social que se refleja en los comportamientos sociales (estigma y discriminación) y que contribuyen a construir el mundo en que vivimos entonces se puede concluir que se debe actuar sobre este proceso de valoración (estigmatización). Si bien se han establecido los cambios legislativos acordes al nuevo paradigma de salud mental es necesario educar en las creencias respecto a las enfermedades mentales de la infancia desde la perspectiva de los derechos y de la bioética ya que los tiempos que la sociedad requiere para modificar estas creencias son diferentes a los legislativos y se requieren acciones específicas, complementarias de las definiciones legislativas, que aporten a modificar la estigmatización de los niños y adolescentes enfermos mentales.

## CONCLUSIÓN

De lo explorado podemos decir que:

- Respecto a las creencias, tanto los padres-tutores como los profesionales de la salud refirieron que las enfermedades mentales no son enfermedades como cualquier otra enfermedad comprometiendo su valor de igualdad.
- El diagnóstico de una enfermedad mental es percibido como estigma y esto fue referido con mayor frecuencia por los profesionales de la salud.
- Los profesionales de la salud refirieron con mayor frecuencia que consideraban que la gente tiene temor a los niños-adolescentes con enfermedades mentales.
- La presencia de comportamientos violentos (auto y hetero-agresividad), y la irritabilidad, en los niños-adolescentes con enfermedades mentales, fue motivo de exclusión social para algunos de ellos.
- La pérdida de espacios sociales (escuela, familia y otros) por su enfermedad mental conlleva a una pérdida de oportunidades en la vida comprometiendo su posibilidad de crecimiento y desarrollo, afectando sus derechos.
- El ser un niño-adolescente que tiene una enfermedad mental conlleva a un estigma que compromete su desarrollo, sus derechos y su igualdad de oportunidades en la vida y esta condición de la salud se vincula con los Derechos Humanos y la Bioética Social y requiere de medidas de educación a toda la población.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albuquerque Olivera A. Bioética y derechos humanos. Material Programa Educación Permanente en Bioética UNESCO
2. Byrne P. Psychiatric Stigma. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 281-284
3. Cortina A. Valores Morales y Comportamiento social. Consultado (01/02/2012) en: [http://www.fundacionfaes.org/filupload/publication/pdf/20130426115851\\_valores-morales-y-comportamiento-social.pdf](http://www.fundacionfaes.org/filupload/publication/pdf/20130426115851_valores-morales-y-comportamiento-social.pdf)
4. Corrigan P W.; Watson A.C. Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness. *World Psychiatry*. 2002 1(1): 16-20.
5. Corrigan PW et al. Perceptions of Discrimination Among Persons with serious Mental Illness. *Psychiatr. Serv.*, 2003. 54 (8): 1.105-1.110.
6. Crisp A H. et al. Stigmatisation of People with Mental Illness. *Br. J. Psychiatry*, 2000. 177: 4-7.-.
7. Crisp A.. The Tendency to Stigmatise. *Br. J. Psychiatry*, 2001, 178: 197-199.
8. Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética 2005. Consultado (01/03/2012) en: [http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/RevBioDerecho\\_Mar06.pdf](http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/RevBioDerecho_Mar06.pdf)
9. Declaración de los Derechos del Niño. Consultado (01/02/2012) en: <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf>
10. Gracia Guillén D. La *cuestión del valor*. Discurso de recepción de académico Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Madrid enero 2011 Consultado 01/10/2013 en: <http://www.racmyp.es/docs/discursos/d81>.
11. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica I. 1964. Ed Fondo de la cultura

12. Galende E. Conferencia: Desmanicomialización institucional y subjetiva  
Rev Psicoanálisis - Vol. XXX - Nº 2/3 - 2008 - pp. 395-427
- 13.-Garrafa V. Bioética de intervención. Material Programa Educación  
Permanente en Bioética UNESCO. Modulo I,pp1-8
- 14.-Goffman, E., Estigma. La identidad deteriorada, 1970. Amorrortu
- 15.-Goffman E. Internados.Ensayo sobre la situación social de los enfermos  
mentales, 1961. 2da ed. 1º reimp.. Amorrortu. Buenos Aires
- 16.-Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatria. Octava Edición. Ed  
Masson
- 17.-Jones, M. Social Psychology of Prejudice, Nueva Jersey, Prentice Hall,  
2001.
- 18.Jorm A F. Mental Health literacy: Public Knowledge and beliefs about  
mental disorders. British Journal of Psychiatry 2000; 177: 396-401.
19. Kaplan H, Sadock B. 2001 Sinopsis de Psiquiatría 8ª edición. Madrid.  
España Ed. Médica Panamericana.1423-1425
- 20.López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM y Aparicio A.  
La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una  
estrategia compleja basada en la información disponible. 2008 Rev.  
Asociación. Española Neuropsiquiatría., vol. XXVIII, 10:. 43-83,
- 21.Link B G.Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes,  
Dangerousness and Social Distance», Am. J. Public Health, 1999, 89  
(9): 1.328-1.333.
- 22.Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación Argentina
23. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y  
adolescentes. Ley 26.061. Consultada (01/03/2013) en  
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778>
- 24.Laurel A, Bruce G. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward  
people with mental illness. Journal of Mental Health 2003; 12: 271- 289



25. Magliano L. et al. Perception of Patient's Unpredictability and Beliefs on the Causes and Consequences of Schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004, 39: 410-416.
26. Man C.E, Himelein M.J. Factors Associated with Stigmatization of Persons with Mental Illness. *Psychiatr. Serv.*, 2001. 55 (2): 185-187.
27. Muñoz M, Perez Santos E, Crespo M, Guillen M. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedades mentales. Ed Complutense. Madrid 2009
28. Organización Mundial de la Salud 2001 Informe de la salud en el mundo: salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. Suiza.
29. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Caracas .1990
30. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE 10. Madrid.
31. Penn D.L.; Kohlmaier, J.R.; Corrigan, P.W.. Interpersonal factor contributing to the stigma of schizophrenia: social skills, perceived attractiveness, and symptom. *Schizophr. Res.*, 2000. 45: 37-45
32. Real Academia Española Diccionario de Lengua Española vigésimo segunda edición. Ed. Espasa. 2001
33. Sartorius, N. Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *B. M. J.*, 2002, 324: 1.470-1.471.
34. Stuart H. Mental Illness and Employment Discrimination. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2006. 19 (5):. 522-526

35. Tealdi JC. El concepto de dignidad humana para las investigaciones biomédicas. Material Programa Educación Permanente en Bioética UNESCO
36. Walsh E.; Buchanan, A.; Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *Br. J. Psychiatry*, 2002, 180: 490-495
37. Wolff G; Pathare S; Craig T; Leff, J. Community attitudes to mental illness. *Br. J. Psychiatry*, 1996. 168: 183-190.
38. Zárate P., Ceballos V., Contardo P, Florenzano R. Influencia de dos factores en la percepción hacia los enfermos mentales; contacto cercano y educación en salud. *Rev Chil neuro-psiquiat* 2006; 44(3): 205-214

## ANEXOS

### ENCUESTA PARA PADRES

Edad:

Sexo

Estado civil

Estudios;

Trabajo

Por favor lea las siguientes preguntas y marque con una cruz la opción que escoja.

1- ¿Cree usted que la gente en general comprende a las personas con problemas mentales?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

2- ¿Usted considera que las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

3- ¿Usted tiene temor de que la gente se entere de los problemas de salud-mental su hijo?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

4- Su hijo-a ha sido discriminado en el colegio por su problema de salud -mental.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

5- Alguna vez su hijo-a se ha sentido solo, aislado excluido por sus problemas de salud mental.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

8- Usted considera que algunas personas con enfermedades mentales pueden ser peligrosas.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

Mencione los peligros.

---

9- En algunas ocasiones le parece que la gente comenta los problemas de salud mental de su hijo.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

11- Usted considera que las personas con enfermedades mentales son violentas.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

12- Le preocupa que la gente se entere que su hijo recibe tratamiento por sus problemas mentales.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

13- Usted considera que la apariencia física de su hijo es similar a la de los otros niños.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

14- Le preocupa que la gente sepa que su hijo-a recibe medicación por su problema de salud mental.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

15- Ha tenido algún inconveniente por los problemas de salud de su hijo-a.

En el colegio: Si  No

En el barrio: Si  No

Describe el inconveniente

---

16- Usted cree que su hijo-a tendría mejores posibilidades en la vida (colegio, trabajo etc.) si no tuviera su problema de salud mental.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

17- ¿Usted cree que en ocasiones la gente evita a su hijo por sus problemas de salud mental?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

18-- Sus familiares están informados con respecto a los problemas de salud de su hijo?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

19- Usted tiene preocupación de cómo reaccionará la gente si se entera de los problemas de salud de su hijo.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

20- Sus amigos están informados con respecto a los problemas de salud de su hijo

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

21- La gente tiene temor a que las personas con enfermedades mentales como las de su hijo se pongan violentos u ocasionen algún daño.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

22- La gente no comprende los comportamientos de las personas con enfermedades mentales.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

23- Los niños-adolescentes con enfermedades mentales pueden ser excluidos de las siguientes actividades sociales por su problema de salud:

Escolares Si  No

Deportivas Si  No

Familiares Si  No

Otras \_\_\_\_\_

24- ¿Cuáles de los siguientes síntomas puede ser motivo de exclusión?

Agresivo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No habla	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Irritable	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Habla solo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Se aísla	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Autoagresiones	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

25- Usted conoce y comprende el diagnóstico de la enfermedad que tiene su hijo.

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

26- Su hijo ha sido excluido de alguna de las siguientes actividades sociales por su problema de salud:

Escolares	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Deportivas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Familiares	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otras	_____			

27- Usted considera que su hijo ha sido excluido de actividades sociales por su problema de salud por temor a que sea:

Agresivo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No habla	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Irritable	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Habla solo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Se aísla	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Autoagresiones	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

28- Usted conoce y comprende el diagnóstico de la enfermedad que tiene su hijo.

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Cuál es? \_\_\_\_\_

29- Alguna vez la gente ha agredido o insultado a su hijo por los problemas de salud.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

30- Usted considera que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que tiene su hijo ha sido perjudicial para su desarrollo.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

31- Usted considera que el origen (causa) de las enfermedades mentales se puede deber a factores:

Genéticos  Neurobiológicos  Psicológicos  Familiares  Sociales

32- Usted considera que los niños-adolescentes con enfermedades mentales cuentan con los centros de atención que su enfermedad requiere.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

Identifique los aspectos que faltan.

\_\_\_\_\_

33- Usted considera que su hijo-a recibe la atención en salud que su enfermedad requiere.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

Identifique los aspectos que faltan.

\_\_\_\_\_

34- Cuando los niños y adolescentes presentan problemas mentales que requieren de una internación deberían ser hospitalizadas en:

Hospitales de Niños Si  No

Hospitales Neuro-psiquiátricos Infantojuvenil Si  No

Muchas gracias por su colaboración!

## ENCUESTA PARA PROFESIONALES

Edad:

Sexo

Profesión:

Por favor lea las siguientes preguntas y marque con una cruz la opción que escoja.

1- ¿Cree Usted que la gente en general comprende a las personas con problemas mentales?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

2- Usted considera que las enfermedades mentales son enfermedades como cualquier otra.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

3- ¿Usted cree que la gente le tiene temor a los niños/adolescentes con problemas mentales?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

4- Usted considera que los niños/adolescentes con enfermedades mentales deben ir a los mismos colegios que los otros niños.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

5- Usted considera que los niños/adolescentes con enfermedades mentales pueden sentirse solos, aislados o excluidos por sus problemas de salud mental.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

6- Usted considera que las personas con enfermedades mentales pueden ser peligrosas.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca



Mencione los peligros.

---

7- Si un hijo suyo es diagnosticado con una enfermedad mental, ¿Usted lo contaría a sus familiares?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

¿Lo contaría a sus amigos?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

8- ¿Le preocuparía que la gente sepa que su hijo recibe tratamiento farmacológico por una enfermedad mental?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

9- Algunas personas con enfermedades mentales son violentas y eso le genera temor para atenderlos.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

10- Usted considera que los niños/adolescentes con enfermedades mentales tienen una apariencia física diferente a la de los otros niños.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

¿En qué casos?

---

11- Usted cree que las familias de los niños/adolescentes con enfermedades mentales tienen dificultades en el barrio por los problemas de salud de su hijo.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

12- Usted cree que las familias de los niños/adolescentes con enfermedades mentales tienen dificultades en el colegio por los problemas de salud de su hijo.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

13- Usted cree que los niños/adolescentes con enfermedades mentales tendrían mejores posibilidades en la vida (colegio, trabajo etc.) si no tuviera su problema de salud mental.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

14-¿Usted cree que la gente evita a los niños/adolescentes con problemas de salud mental?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

¿En qué ocasiones? describa

---

16- Si usted tuviera problemas mentales, ¿le informaría a sus familiares sus problemas de salud?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

¿A sus amigos?

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

17- Usted prefiere evitar atender a las personas con enfermedades mentales.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

18- Los enfermos mentales son menos peligrosos de lo que la gente cree.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

19- Usted cree que la gente tiene temor a que las personas con enfermedades mentales porque consideran que pueden ser violentos u ocasionar algún daño.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

20- Usted considera que la gente comprende los comportamientos de las personas con enfermedades mentales.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

21- Usted cree que los niños/adolescentes con problemas de salud mental son excluidos de las siguientes actividades sociales por su condición de salud:

Escuela	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Deportivas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Familia	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Otras \_\_\_\_\_

22- Usted considera que los niños/adolescentes con problemas mentales pueden ser excluidos de las actividades sociales por ser:

Agresivo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
No habla	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Irritable	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Habla solo	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Irritable	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Autoagresiones	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Otras \_\_\_\_\_

23- ¿Usted considera que el origen de las enfermedades mentales se debe a causas:

Genéticas  Neurobiológicas  Psicológicas  Familiares  Sociales

24- Usted considera que el diagnostico y tratamiento de la enfermedad es un estigma para los niños/adolescentes que lo reciben.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

25- Usted cree que la gente en ocasiones les tiene temor a las personas con enfermedades mentales.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

26- Reinsertar a los niños con enfermedades mentales en los colegios es una buena terapia para ellos, pero es un peligro para otros niños.

Siempre  Casi Siempre  Algunas veces  Nunca

27- Los niños/adolescentes con enfermedades mentales cuentan con los centros de salud necesarios para recibir la atención en salud que su enfermedad requiere.

Si  No

Identifique los aspectos faltan.

---

28- Cuando los niños y adolescentes presentan problemas mentales que requieren de una internación deberían ser hospitalizadas en:

Hospitales de Niños Si  No

Hospitales Neuro-psiquiátricos Infantojuvenil Si  No

Otras 

---

Gracias por su colaboración.

## Consentimiento Informado

La presente investigación **“Enfermedades mentales infantojuveniles: una mirada bioética del estigma al que conllevan.”** se desarrolla en el marco de tesis de la Maestría de Bioética de la Universidad Nacional de Córdoba.

El objetivo del estudio es: “Explorar las creencias y actitudes respecto a las enfermedades mentales de niños y adolescentes y analizarlo desde la perspectiva de la bioética.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que complete una encuesta .

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en el cuestionario y en la entrevista serán anónimas.

Si tiene alguna duda con respecto a este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación al investigador responsable Dra. Mónica Bella o si usted prefiere puede dirigirse al Director de Tesis:

Prof. Dr. Hugo Vilarrodona . Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Bajada Pucará S/N, CP 5000, Argentina Te: 0351-4586400

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, y certifico que he sido informado (a) del objetivo del estudio y metodología a utilizar.

Firma

Aclaración

## PRESENTACIONES A JORNADAS

Bella ME, Vilarrodona H. Enfermedades mentales infantojuveniles: una mirada bioética del estigma al que conllevanXV. Jornada de Investigación Científica UNC. Octubre 2014.

## PUBLICACION

Bella ME, Vilarrodona H. 2014. Enfermedades mentales infantojuveniles: una mirada bioética del estigma al que conllevan. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas Universidad Nacional de Córdoba*. Vol. 71. Suplemento  
Disponibile en: <http://www.revista.fcm.unc.edu.ar/Suplemento.2014/pdfs%20individuales%20resumenes%20de%20POSTERS/164.pdf>.