Painel 2 - Conflitualidade entre discursos e práticas de integração social

Alfabetización en salud mental: ¿Cómo educar sin aumentar el estigma o la discriminación?

Manuel Torres Cubeiro – Universidade de Santiago de Compostela (Espanha)

Introducción

"El sentido común es la cosa mejor repartida del mundo, porque todo el mundo cree poseerlo en cantidad suficiente" (Rene Descartes, Discurso del método).

La ciencia, como el mismo Descartes argumenta después, no surge del sentido común sino de su cuestionamiento. Como sabemos en sociología es la sociedad en el proceso de socialización la que construye nuestro sentido común. Por lo tanto la labor de la sociología no es repetir lo que nuestro sentido común afirma, sino más bien comprender el proceso por el que ese sentido común se crea y reproduce. Si es que quiere ser ciencia.

En este sentido una asunción del sentido común no cuestionada es la de que al aumentar la educación disminuye la incultura. Y al hacerlo disminuirá la discriminación social y el estigma. Es decir, si desaparece el analfabetismo también desaparecerá la desigualdad o la percepción del estigma ante aquellos que "son diferentes".

Pero, ¿es esto cierto? Si en una campaña de alfabetización aumenta la capacidad de leer de una población dada: ¿disminuye el estigma asociado a los inmigrantes? o el ¿estigma asociado a aquellos que viven con un diagnóstico de una dolencia mental severa (DMS)?

Para contestar está última pregunta vamos a revisar la investigación en sociología médica de las dolencias mentales. Comenzamos con datos epidemiológicos. Para ello resumimos el origen e historia del concepto de alfabetización en salud mental (ASM) para presentar luego los resultados en la literatura científica de medir cómo afectan las campañas diseñadas para mejorar la alfabetización en salud mental al estigma asociado a las DMS. Terminamos con una breve discusión de las consecuencias de estos resultados y una recomendación.

1. Epidemiología de la Dolencia Mental Severa

La OMS señala que un 25% de la población está en riesgo de padecer una enfermedad mental (Sturgeon 2006: 37). Un 25% de las familias tienen un miembro con una persona con una dolencia mental (Jorm 2012). Al mismo tiempo, los trastornos mentales suponen un 17% de la discapacidad a nivel mundial según esta misma fuente (Alonso et al. 2013). Un informe de 2010 sobre "enfermedades del cerebro" eleva a un 33% el riesgo en Europa de padecer estas dolencias (Olesen et al. 2012)

En España (Parés-Badell et al. 2014) el impacto económico de los trastornos relacionados con el cerebro ronda el 8% del PIB suponiendo un gasto de unos 1700 euros *per capita* anuales y unos 2500 anuales para cada personas afectada (Olesen et al. 2012: 160; Parés-Badell et al. 2014). Además, según la OECE en países desarrollados el impacto de costes directos e indirectos asociados a las dolencias mentales es superior al 4% del PIB (OECD 2014).

A pesar de esta cifras de prevalencia tan sólo una minoría busca ayuda el primer año de la aparición de los síntomas para lo que será posteriormente un diagnóstico de dolencia mental (Jorm 2012: 1–2). Los estudios indican que se tarda una media 15 años en reconocer y/u obtener un diagnóstico para las enfermedades mentales (Jorm 2012: 1–2). Lo cual conlleva un retraso en la búsqueda de tratamientos o terapias (Jorm 2012: 2), aumentando riesgos y costes. Dado que el desarrollo de las dolencias mentales es mayoritariamente en la primera juventud y la adolescencia pero tienden a convertirse en condiciones crónicas, la incidencia y coste se multiplican (Alonso et al. 2013).

Pero además existe un claro contraste entre los datos epidemiológicos, y, como indica Jorm (2012), el gasto en salud mental: éste *gasto no se corresponde con el impacto de estas dolencias en la población*. En España, según datos del Banco Mundial, el gasto en general en salud (privada y pública) era del 9.6% del PIB en 2010, bajando hasta el 8.9% en 2013[1]. La media de la Unión Europa ronda el 10% del PIB en las mismas fechas[2]. Pero del montante total del gasto sanitario en Europa, el 10% se destina a programas de salud mental, bajando en España hasta un 5% del gasto sanitario (Ministerio de Economía y Competitividad 2014: 10 – 19).

La *discrepancia entre el impacto de las dolencias mentales y el gasto del Estado en DMS es grande*: mientras que la prevalencia es del 25 % población con unos gastos de

[1] http://datos.bancomundial.org/
[2] http://datos.bancomundial.org/

las familias con una DMS del 4% PIB el estado invierte sólo entre un 5% y un 10% del gasto total sanitario. Todo esto lleva a Jorm en 1997 a acuñar el concepto de alfabetización en salud mental (Jorm et al. 1997).

2. Salud Pública y *Mental Health Literacy* (ASM)

En Salud Pública, tras el Higienismo y la Beneficiencia del siglo XIX, aparece en los años setenta del siglo XX (Simonds, S. K. 1974) el concepto de alfabetización en salud (AS). Se constata entonces la relación entre alfabetización en lectoescritura y su salud (Nutbeam and Kickbusch 2000): el 50% de la población de EEUU presenta dificultades graves para tomar decisiones en temas de salud (Sorensen et al. 2012: 2). En este contexto (Tones 2002: 287) la OMS lo recoge definiendo la alfabetización en salud (AS) como

> (…) las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud (Citado en Fallon Romero and Luna Ruíz-Cabello 2012: 92).

La Comisión Europea ofrece también una definición (Commission 2007) "la habilidad de leer, filtrar y comprender información sobre salud para ser capaz de formarse opiniones juiciosas" (Sorensen *et al.* 2012: 4)

En los años noventa este concepto comienza a generalizarse y se aplica a las dolencias mentales. El término de Alfabetización en Salud Mental (ASM) aparece en un artículo en 1997. Jorm acuña este concepto y lo define con varias dimensiones: As es

> el conocimiento y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención. La ASM incluye: la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tantos profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de adecuadas búsquedas de apoyo (traducción propia; Jorm *et al.* 1997: 182 – 3).

A.F. Jorm, autor de referencia en este tema, presenta una primera gran encuesta en Australia, la primera de un larga serie sobre ASM (1997). Para la encuesta, Jorm (1997) usa descripciones breves o viñetas basadas en el Manual Estadístico de Diagnóstico Psiquiátrico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V) y su equivalente de la OMS (CIE-10). Las viñetas describen síntomas de personas con un diagnóstico, en esta primera encuesta, de Depresión o Esquizofrenia, y en las siguientes se añaden cuatro diagnósticos psiquiátricos más (depresión con ideación suicida, esquizofrenia temprana, trastorno de stress postraumático y fobia social). Tras leerlas el encuestado responde a unas cuestiones para evaluar su ASM.

Jorm investigó desde este primer artículo la ASM de los Australianos, diseñando campañas específicas para mejorarla. Jorm ha ido desmenuzando en sucesivas publicaciones los efectos de las campañas de alfabetización. Resultados como veremos con conclusiones contradictorias, especialmente en relación al estigma asociado a las dolencias mentales, y cuando menos sorprendentes respecto a los profesionales la educación y la salud.

3. ASM: resultados de la investigación

Jorm (1997: 186) extrae dos conclusiones de su investigación. La mayoría reconocen la presencia de algún tipo de dolencia mental pero pocos asignan la etiqueta correcta (1997: 186). Entre la medicaciones los encuestados prefieren las vitaminas a los psicofármacos, encontrando a éstos generalizadamente más dañinos que beneficiosos (1997: 185). Por lo tanto, la visión del público en general no coincide con la de los especialistas formada en la evidencia clínica contrastada. Segundo, y en consecuencia, “el nivel de alfabetización en salud mental debe aumentarse” (1997: 182). El objetivo es mejorar la salud mental de la población. El mismo autor publica en 2000 un artículo donde perfila su definición (2000) e introduce el estigma asociado a las dolencias mentales (Jorm 2000: 398) como contexto de la escasa ASM de la población. Las conclusiones son similares al artículo anterior, pero ahora subraya la necesidad de diseñar campañas de alfabetización (Jorm 2000: 400).

En una publicación reciente (Jorm 2015) Jorm describe cómo desde 1995 ha habido en Australia sucesivas campañas en las que se ha buscado aumentar la alfabetización del público en general en temas de salud mental. Jorm alude a una campaña centrada en la depresión, *Beyond Blue*, (Jorm 2015: 1167), y otra centrad en mejorar las actitudes de la

población en general para ayudar en casos de dolencia mental, *Mental health first aid* (Jorm 2015: 1167). Apunta la escasa eficacia de las campañas no diseñadas sin un previo estudio de la población y de aquellas no pensadas para atajar dimensiones específicas (no generalistas) de la ASM (Jorm 2015: 1160). Indica además la importancia de ese trabajo de diseño para no incrementa, como veremos, el estigma asociado a las DMS.

Un estudio sobre ASM entre estudiantes de medicina en México muestra que el 98% reconoce la dolencia mental correctamente (Fresán Orellana, Ana et al. 2012), pero sólo el 44% piensan que la psiquiatría sería la mejor forma de atajar esta problemática. Además el 83% atribuyen agresividad al comportamiento de esta dolencia. Aunque la ASM ha mejorado según el estudio, el estigma asociado no lo ha hecho. En una encuesta a 4938 jóvenes portugueses realizado por la Universidad de Coimbra (Loureiro et al. 2013) Loureiro señala que una cuarta parte de los jóvenes no reconoce la depresión ni tiene conocimientos sobre las ayuda disponible y valora como mejor terapia la proporciona por un posible amigo o familiar (Loureiro et al. 2013: 2). Oriol Romaní (Romaní 2010)en un estudio sobre la percepción de los riesgo en jóvenes de Barcelona (España) describe también que la primera recomendación en salud mental es la de acudir a "hablar con los amigos". Una investigación sobre *Bulling* entre estudiantes y profesorado en Canadá, Whitley señala que aunque un 50% de los diagnósticos de DM señalan haber sufrido acoso escolar, sólo el 20% reciben algún tipo de atención o tratamiento. Termina Whitley su estudio con esta conclusión: "los profesores tienden a adoptar soluciones que casan con sus relatos anecdóticos de sus colegas antes que apoyarse en la evidencia científica" (Whitley, Smith, and Vaillancourt 2013: 65). Dada la relación entre acoso y primeros síntomas de DMS en la juventud y adolescencia (Whitley et al. 2013: 59) la dificultad que los profesores encuentran para identificar el acoso entre sus alumnos señala que la alfabetización entre los docentes no sólo es deficiente, sino que dificulta la detección, el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

Pescosolido analiza las relaciones entre alfabetización y estigma en un artículo de 2013 titulado: *The Public Stigma of Mental Illness* (Pescosolido 2013) El artículo concluye con esta afirmación: "la percepción de la violencia como algo esencial y asociado a la Dolencia Mental no ha disminuido, sino que si algo sugieren los datos es que esa asociación persiste en el tiempo y ha aumentado" (Pescosolido 2013). Jorm, el mismo autor de referencia en ASM, señala esta relación con el estigma: "Aunque se ha detectado una mejora en las escalas que miden la alfabetización en salud mental, esta

mejora no va asociada con una reducción de la percepción de peligrosidad o impredecibilidad percibida en las personas con un diagnóstico de dolencia mental, si se ha reducido el deseo de distancia social respecto de la dolencia mental" (Reavley, Morgan, and Jorm 2014).

4. Alfabetización en Salud Mental: una verdad contra la intuición

Las actitudes, conocimientos y habilidades en salud mental son adquiridas en el proceso de socialización. También todo lo que creemos saber sobre la locura o las dolencia mentales. Dado el desarrollo propio de las dolencias mentales, con sus primeros pasos en la primera juventud y adolescencia, en la escuela es donde su reconocimiento debería darse. Pero los datos apuntan una discrepancia entre la incidencia de esta dolencias y el número de casos que acuden a los especialistas (Jorm 2000; Jorm et al. 1997). Y aunque la literatura señala un aumento en el número de diagnósticos entre los jóvenes no va asociado a un incremento en el número de tratamientos ni de la calidad de los mismos (Whitley et al. 2013: 57 – 58).

Las creencias sobre salud mental y dolencias mentales están presentes en el público en general pero también entre los profesionales de la salud y educación (Martin, Pescosolido, and Tuch 2000): compartiendo actitudes negativas, mitos y estigmatización (Whitley et al. 2013: 59). Los estudios sobre ASM coinciden en señalar la necesidad de aumentar la alfabetización dado el aumento de los casos entre la juventud y el escaso diagnóstico precoz (Whitley et al. 2013: 59). Sobre todo teniendo en cuenta que los educadores dudan sobre su rol en la salud mental así como sobre cómo actuar.

La asunción que señalábamos al principio no parece funcionar en temas de salud mental, pues aunque aumente la alfabetización en salud mental no conlleva asociada una disminución en el estigma asociado. Ni la violencia atribuida a la dolencia mental ni el deseo de distancia social atribuido a ellas disminuyen al aumentar la alfabetización, ni siquiera entre aquellos que se deberían encargar de detectarla (médicos y profesores).

El tema es por lo tanto no tanto médico o de salud pública como un problema sociológico. Pues es la definición social compartida de dolencia mental la que interfiere con un tratamiento basado en evidencia científica. Por lo tanto por mucho que se aumente el conocimiento médico sobre las dolencias mentales, sino aumenta la comunicación en la sociedad sobre éstos, difícilmente se podrá detectar, tratar o prevenir de forma adecuada.

La ASM no es un asunto médico, económico, psicológico o político, aunque tenga repercusiones en todos estos campos. Es un asunto social. Por ello su comprensión y la planificación de su abordaje debe basarse en la sociología. Porque aunque se aumente el conocimiento médico experto no va aumentar el diagnóstico precoz, dado que los médicos, educadores o trabajadores sociales y docentes se han socializado en los mismos contextos que la población en general. Tampoco va a cambiar el grado de alfabetización las muchas veces que los medios de comunicación han convertido en escándalo y denunciado reiteradamente los diversos "fracasos" asociados a las dolencias mentales. Sólo una adecuada comprensión de las formas de comunicación social desde estudios sociológicos rigurosos puede ayudar a planificar la mejora de la salud mental, tal y como lo demuestras los estudios generados desde la aparición de la noción (Jorm 1997) en las publicaciones de Jorm (1997-2015).

Sería necesario pues analizar y cuestionar nuestro sentido común. La investigación nos muestra que sería necesario generalizar encuestas para establecer un diagnóstico de nuestra alfabetización en salud mental en cada país. Detectando todas sus complejas dimensiones [3] . Una vez realizado y generalizado se podrán diseñar campañas específicamente diseñadas sobre los resultados obtenidos. De no hacerse así se harán campañas voluntariosas pero poco eficaces o efectivas. Pues como consecuencia seguramente no deseada esas mismas campañas mantienen, cuando no alimentan, tanto la discriminación como el estigma asociado a las dolencias mentales severas.

Referencias citadas:

Alonso, J., S. Chatterji, Y. He, and World Health Organization (2013). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge University Press. Retrieved (https://books.google.es/books?id=_NBSess7vbgC).

Commission, European (2007). "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013." *Com(2007) 630 final*.

Fallon Romero, M. and Ruíz-Cabello A. L. (2012). "Alfabetización En Salud; Concepto Y Dimensiones. Proyecto Europeo de Alfabetización En Salud." *Revista de Comunicación y Salud* 2 (2):91 – 98.

[3] Véase: Torres Cubeiro 2009, 2013, 2014

Fresán Orellana, A., Robles García, R., Martínez López, N., and Vargas-Huicochea, I. (2012). "Alfabetización Sobre Esquizofrenia Para Estudiantes de Medicina." *Salud y ciencia* 19 (3): 220 – 23.

Jorm, A. F. et al. 1997. "'Mental Health Literacy': A Survey of the Public's Ability to Recognise Mental Disorders and Their Beliefs about the Effectiveness of Treatment." *The Medical journal of Australia* 166(4):182–86.

Jorm, A. F. 2000. "Mental Health Literacy." *The British Journal of Psychiatry* 177 (5): 396 – 401.

Jorm, A. F. 2012. "Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health." *American Psychologist* 67 (3).

Jorm, A. F. 2015. "Why We Need the Concept of 'Mental Health Literacy.'" *Health Communication* 30 (12): 1166 – 68.

Loureiro, L. M. et al. 2013. "Mental Health Literacy about Depression: A Survey of Portuguese Youth." *BMC psychiatry* 13.

Martin, J. K., Bernice, Pescosolido, A. and Steven, A. T. (2000). "Of Fear and Loathing: The Role Of'disturbing Behavior,'labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness." *Journal of Health and Social Behavior* 208 – 23.

Ministerio de Economía y Competitividad (2014). *Plan Estratégico CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental) 2014 - 2016.* MEC: Madrid.

Nutbeam, D. and Kickbusch, I. (2000). "Advancing Health Literacy: A Global Challenge for the 21st Century." *Health Promotion International* 15 (3): 183 – 84.

OECD (2014). "Making Mental Health Count." *Focus on Health*, 1 – 8.

Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U. and Jönsson, B. (2012). "The Economic Cost of Brain Disorders in Europe." *European Journal of Neurology* 19 (1): 155 – 62.

Parés-Badell, O. et al. (2014). "Cost of Disorders of the Brain in Spain". *PLoS ONE* 9 (8):e 105471.

Pescosolido, B. A. (2013). "The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove?" *Journal of Health and Social Behavior*. Retrieved

(http://hsb.sagepub.com/content/early/2013/01/16/0022146512471197.abstract).

Reavley, N. J., Amy J. M. and Jorm, A. F. (2014). "Development of Scales to Assess Mental Health Literacy Relating to Recognition of and Interventions for Depression, Anxiety Disorders and Schizophrenia/psychosis." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48 (1): 61 – 69.

Romaní, O. (2010). *Jóvenes Y Riesgos: Unas Relaciones Ineludibles?* Edicions Bellaterra. Retrieved (https://books.google.es/books?id=XXNJXwAACAAJ).

Simonds, S. K. (1974). "Health Education as Social Policy." *Health Education Research* 2: 1 – 25.

Sorensen, K. et al. (2012). "Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models." *BMC Public Health* 12 (1): 80.

Sturgeon, S. (2006). "Promoting Mental Health as an Essential Aspect of Health Promotion." *Health Promotion International* 21 (suppl 1): 36 – 41.

Tones, K. (2002). "Health Literacy: New Wine in Old Bottles?" *Health Education Research* 17 (3): 287 – 90.

Torres Cubeiro, M. (2009). *Orden Social E Loucura En Galicia*. Univ Santiago de Compostela.

Torres Cubeiro, M. (2013). *Niklas Luhmann*. Baía Edicións A Coruña SL.

Torres Cubeiro, M. (2014). "La Locura Como Crimen: Imaginando Locos En La Novela Negra Contemporánea I; La Novela Nórdica." *Revista latina de sociología* (4): 65 – 81.

Whitley, J., Smith, J. D. and Vaillancourt, T. (2013). "Promoting Mental Health Literacy among Educators: Critical in School-Based Prevention and Intervention." *Canadian Journal of School Psychology* 0829573512468852.