

CARÁCTER

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno al carácter de las personas que padecen de SMI.

MITO

Las personas que padecen de SMI carecen de información sobre sus afecciones.

Los estudios demuestran que aproximadamente la mitad de las personas que tienen trastornos psicóticos carecen, hasta cierto punto, de información sobre sus enfermedades. Esto se conoce como anosognosia. No obstante, sabemos que esta falta de conocimiento ahora se ve más como un proceso multidimensional y dinámico. No se trata simplemente de un déficit neurocognitivo.¹

Las opiniones que los individuos tienen sobre sus enfermedades están determinadas por factores sociales y culturales. Estos pueden cambiar con el tiempo. Los profesionales de la salud mental deben ver este problema como algo más que una simple necesidad de educar a los pacientes sobre sus afecciones. La mejor manera de abordar la información es a través de un diálogo que analice una serie de factores que pueden afectar la forma en que una persona entiende su afección.²

REALIDAD

MITO

Las personas que padecen de SMI no pueden ni deben tomar decisiones por sí mismas.

Las personas que padecen de SMI están mucho más informadas que hace unas décadas. Sin embargo, con frecuencia se les deja fuera de la toma de decisiones sobre su salud física y mental.³ Esto puede hacer que estos pacientes se sientan frustrados e infravalorados por el equipo de atención de salud mental. Es posible que sientan que no tienen la información adecuada, inclusive alguna, en su plan de tratamiento y en los resultados previstos. Podemos hacerlo mejor y debemos hacerlo mejor.

La capacidad de toma de decisiones se ve afectada solo en un subconjunto de individuos que padecen de SMI.⁴ Esto puede cambiar con el tiempo y depende del estado emocional de una persona. Los médicos tienen la obligación ética de permitir que las personas participen en las decisiones sobre su atención de la salud física y mental.⁵ La toma de decisiones compartida fortalece la relación terapéutica, además de generar confianza y comprensión.

Todas las reuniones entre el equipo de atención y la persona que padece de SMI deben tener en cuenta a los dos expertos en la sala. Uno de ellos es el equipo clínico. Son expertos que tienen conocimiento sobre las opciones de tratamiento y la evidencia que informa esas opciones. El otro experto es el individuo. Es quien mejor conoce sus propios objetivos, apoyos e historial. Juntos deben desarrollar un plan de tratamiento que represente los resultados de su toma de decisiones compartida. Este plan debe compartirse con todo el equipo de tratamiento y revisarse de forma rutinaria.

REALIDAD

MITO

Las personas que padecen de SMI son propensas a la violencia.

Este es un mito dañino que contribuye al estigma en torno a las SMI. Conduce a una falsa percepción pública que equipara la criminalidad con las SMI y otras afecciones de salud mental.⁶ Sin embargo, los datos no respaldan esta percepción. En general, las personas que padecen de SMI son mucho más propensas a ser víctimas de delitos violentos que los perpetradores. Existe cierto riesgo de violencia relacionado con la esquizofrenia;⁷ no obstante, la mayor parte del exceso de riesgo de violencia se relaciona con lo siguiente:

- ✓ Trastornos concurrentes por consumo de sustancias^{7, 8, 9}
- ✓ Violencia que ocurre antes del inicio del tratamiento¹⁰
- ✓ Falta de apego al tratamiento⁹

2%

Tasa anual de conductas violentas en la población

2%

Tasa anual de comportamiento violento para personas que padecen de SMI y no tienen antecedentes de victimización violenta, exposición a la violencia o trastornos concurrentes¹¹

25%

Tasa anual de personas que padecen de SMI víctimas de delitos violentos cada año¹²

11.8 o más

Probabilidad de que una persona con SMI sea víctima de un delito violento, en comparación con el público en general¹²

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en SMIadviser.org.

Fuentes:

- Gilleen J, Greenwood K, David AS. Anosognosia in Schizophrenia and Other Neuropsychiatric Disorders: Similarities and Differences (Anosognosia en esquizofrenia y otros trastornos neuropsiquiátricos: similitudes y diferencias). The Study of Anosognosia (El estudio de la anosognosia). Editado por Prigatano GP. New York, Oxford University Press, 2010.
- Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders (Las múltiples dimensiones de la percepción en los trastornos del espectro de la esquizofrenia). Schizophr Bull. 7 de marzo, 2019; 45(2):277-283. doi: 10.1093/schbul/sby092. PMID: 29939361; PMCID: PMC6403083.
- Huang C, Plummer V, Lam L, Cross W. Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review (Percepciones de la toma de decisiones compartida en enfermedades mentales graves: una revisión integradora). J Psychiatr Ment Health Nurs. abril, 2020; 27(2):103-127. doi: 10.1111/jpm.12558. Epub 6 de diciembre, 2019. PMID: 31444919.
- Palmer BW, Dunn LB, Appelbaum PS, Jeste DV. Correlates of Treatment-Related Decision-Making Capacity among Middle-Aged and Older Patients with Schizophrenia (Correlatos de la capacidad de toma de decisiones relacionadas con el tratamiento entre pacientes de mediana edad y mayores con esquizofrenia). Arch Gen Psychiatry. Marzo, 2004; 61(3):230-6. doi: 10.1001/archpsyc.61.3.230. PMID: 14993110.
- Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derser AR. Ten Myths about Decision-Making Capacity (Diez mitos sobre la capacidad de toma de decisiones). J Am Med Dir Assoc. Julio-agosto, 2004; 5(4):263-7. doi: 10.1097/01.JAM.0000129821.34622.A2. PMID: 15228638.
- Ghiasi N, Azhar Y, Singh J. Psychiatric Illness and Criminality (Enfermedad psiquiátrica y criminalidad) [Actualización 30 de abril, 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero, 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537064/>
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis (Esquizofrenia y violencia: revisión sistemática y metaanálisis). PLoS Med. Agosto, 2009; 6(8):e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120. Epub 11 de agosto, 2009. PMID: 19668362; PMCID: PMC2718581.
- Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (El intrincado vínculo entre la violencia y los trastornos mentales: resultados de la Encuesta epidemiológica nacional sobre el alcohol y las afecciones relacionadas). Arch Gen Psychiatry. 2009 Feb;66(2):152-61. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537. PMID: 19188537.
- Witt K, van Dam R, Fazel S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies (Factores de riesgo de violencia en psicosis: revisión sistemática y análisis de meta-regresión de 110 estudios). PLoS One. 2013; 8(2):e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942. Epub 13 de febrero, 2013. Erratum in: PLoS One. 2013; 8(9). doi:10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38. PMID: 23418482; PMCID: PMC3572179.
- Large MM, Nielsens O. Violence in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis (Violencia en psicosis de primer episodio: una revisión sistemática y metaanálisis). Schizophr Res. Febrero, 2011; 125(2-3):209-20. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.026. Epub 5 de enero, 2011. PMID: 21208783.
- Swanson JW, McGinty EE, Fazel S, Mays VM. Mental Illness and Reduction of Gun Violence and Suicide: Bringing Epidemiologic Research to Policy (Enfermedades mentales y reducción de la violencia con armas de fuego y el suicidio: llevar la investigación epidemiológica a la política). Ann Epidemiol. Mayo, 2015; 25(5):366-76. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.03.004. Epub 29 de abril, 2014. PMID: 24861430; PMCID: PMC4211925.
- Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime Victimization in Adults with Severe Mental Illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey (Victimización por delitos en adultos con enfermedades mentales graves: comparación con la Encuesta nacional de victimización por delitos). Arch Gen Psychiatry. Agosto, 2005; 62(8):911-21. doi: 10.1001/archpsyc.62.8.911. PMID: 16061769; PMCID: PMC1389236.