

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA

**FACULTAD DE PSICOLOGIA-
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

**Tesis de Maestría
Cohorte 2014/2016**

**EL ESTIGMA SOCIAL PERCIBIDO POR PERSONAS
INTERNADAS EN EL HOSPITAL COLONIA SANTA MARIA
ACTUALMENTE EN PROCESOS DE EXTERNACIÓN**

**Autora: Lic. ANA BELEN PARFENIUK
Directora de tesis: Magister: CECILIA BERRA**

Córdoba, Octubre de 2018

La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis.

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Al Hospital Colonia Santa María donde trabajo, quienes me permitieron y facilitaron la posibilidad de realizar la Maestría

A Cecilia Berra infinitamente agradecida por su paciencia y dedicación

A Verónica Baudino compañera incondicional

A mis padres Aldo y Ana quienes desde pequeña me inculcaron un valor tan importante como el estudio

A mis amigas de toda la vida que me acompañan en los momentos más difíciles de mi vida...hermanas del alma

A mi hija Josefina, a mis sobrinos Nico Y Jael y a mi querida hermana quien hoy ya no está físicamente entre nosotros...

RESUMEN

En general, el estigma social es el resultado de múltiples procesos de etiquetamiento, estereotipación, segregación y discriminación, los que invariablemente ocurren en el contexto de un poder asimétrico. Las personas con padecimientos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados en nuestra sociedad y son objeto de prácticas discriminatorias.

En este trabajo de tesis se presenta y analiza información directa recogida entre sujetos estigmatizados socialmente por presentar un padecimiento mental.

Más precisamente, el objetivo de esta tesis de Maestría es analizar el estigma social percibido en personas internadas en el Hospital Colonia Santa María -ubicado en el centro del Departamento Punilla en la Provincia de Córdoba- y que actualmente se encuentran en proceso de externación. Para llevar adelante el estudio se utilizó un enfoque cualitativo desde un paradigma emergente, partiendo de la caracterización general que los principales teóricos hacen de la “enfermedad mental” (sobre éste concepto se realizan aclaraciones a pie de página en la Introducción de esta tesis) en tanto estigma de quienes la padecen: cuestión a ser examinada en nuestro aquí y ahora social.

En cuanto a técnicas e instrumentos a ser utilizados, se administraron entrevistas semi-estructuradas. Como instrumento dentro de esta técnica se utilizó el cuestionario de preguntas. Dicho cuestionario fue organizado en función de las siguientes categorías: Datos Personales /Grupo Familiar, Nivel de instrucción/Actividad Laboral, Red Social/Participación, Historia del padecimiento/Internación, Experiencias de maltrato/Agresividad /Sufrimiento.

En la parte final del trabajo se elaboran las conclusiones a partir de testimonios seleccionados, los cuales son comentados y analizados con relación a la Percepción del Estigma: tema /problema de la tesis. Cabe aclarar que los resultados obtenidos fueron analizados tomando en cuenta las últimas cuatro categorías anteriormente mencionadas. Respecto de las conclusiones, se adelanta la existencia de diversidad de casos y situaciones, las que conforman una compleja red que solo en parte da cuenta de lo que se esperaba encontrar.

Finalmente se reflexiona sobre la responsabilidad de los trabajadores del campo de la salud mental, a quienes les toca la tarea de correr, tanto los velos que cubren al poder que estigmatiza a quienes no siguen las normas establecidas, cuanto el compromiso de ayudar a que la sociedad acepte a los *otros* diferentes, sin que esas diferencias constituyan dolorosos y vergonzantes estigmas (“Estigmas”).

Palabras clave: atributo desacreditador, discriminación, estigma, externación, persona, prejuicio.

ABSTRACT

Stigma is the result of several processes of labeling, stereotyping, segregation and discrimination, which usually occur in the context of an asymmetric power. People with mental disorders are one of the most stigmatized groups in our society and are the product of discriminatory practices. In the following thesis work will collect direct information from those who are subject to the stigma of being socially perceived as subjects with mental disorders, will be the subject-research problem of this master's thesis. The objective of this Master's thesis is to analyze the social stigma perceived in people interned in the Hospital Colonia Santa María, located in the center of the Punilla Department in the Province of Córdoba, and that are currently in the process of externalization. To carry out the study, a qualitative approach was used and from an emerging paradigm, based on the general characterization that the main theorists make of the "mental illness" -this concept is clarified in the footnote of the Introduction- as a stigma of who suffer it to be examined in our social here and now.

Regarding techniques and instruments to be used, basically we worked with semi-structured interviews. As an instrument within this technique, the questionnaire of questions was used. Given that they are directly related to the research undertaken, this questionnaire was organized according to the following categories: Personal Data / Family Group, Level of instruction / Work Activity, Social Network / Participation, History of the condition / Hospitalization, Abuse experiences / Aggression / Suffering to finally conclude with selected testimonies, commented and analyzed with respect to the last category, the Perception of the Stigma: theme - problem of the present thesis.

The results obtained are analyzed taking into account the last four categories just mentioned.

Conclusions: Regarding the self-perception and acceptance of themselves, the following was found: that three interviewees do not accept each other and do not want each other as they are; five interviewees do accept and love each other; and two interviewees who do not have internal registration, for which they have not been able to respond.

In relation to family integration, five of ten interviewees feel integrated by the family system. When it was inquired about the perception of others towards them, it was found that two have no record of that, the interviewees feel discriminated against and stigmatized and two have a good perception of the others' view.

Mental health workers are given the task of running, both the veils that cover the power that disguises their tactics of displacement of guilt and isolation of those who do not follow the rules, as well as the commitment to help society accept to the different ones without those differences constituting "Stigmas".

Keywords: attribute of discrediting, discrimination, stigma, externalization, person, prejudice.

INDICE

• INTRODUCCION-----	10
Acerca del HCSM-----	11
Concepto de Estigma -----	13
Estigma y padecimiento mental-----	15
Otros aportes sobre estigma-----	16
Estigma público, Autoestigma Y Psicología Social-----	19
Reformas en salud mental-----	24
Internación y externación-----	26
OBJETIVOS-----	29
• MATERIALES Y METODOS-----	30
Diseño - Participantes	
Técnicas y Instrumentos-----	31
• ANALISIS DE DATOS-----	32
Resultados – Categorías -----	33
• DISCUSION -----	49
• CONCLUSIONES-----	54
• REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS-----	56
ANEXO-----	61

“No es verdad que el psiquiatra tiene dos posibilidades, una como ciudadano y otra como psiquiatra. Tiene una sola: como hombre”. F. Basaglia

INTRODUCCION

Este trabajo surge a partir del interés y experiencia profesional de la maestranda, en el Hospital Colonia Santa María de Córdoba, -en adelante HCSM- con relación a la temática del Estigma Social percibido por personas institucionalizadas que actualmente se encuentran en procesos de externación. En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657¹: “la que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental^b” y lo expresado por el Artículo 11 de la Ley Provincial de Salud Mental 9848²: “Todas las personas con padecimiento mental tienen derecho a no ser discriminadas por ninguna causa y bajo ninguna circunstancia en particular por motivos relacionados directa o indirectamente con su patología”, el presente estudio se propone describir y analizar, a partir de lo revelado en una muestra concreta del aquí y ahora, de qué manera la estigmatización social es percibida por dichas personas. Las personas en cuestión actualmente se encuentran atravesando un proceso de externación desde el HCSM hacia la comunidad de Villa Carlos Paz, localidad a la cual pertenecen.

Las personas con padecimientos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados en nuestra sociedad³. En virtud de los prejuicios que sobre ellos recaen, se constituyen en objetos de prácticas discriminatorias. Estas prácticas adquieren mayor visibilidad en los procesos de externación, ya que estos procesos implican instancias de re inserción familiar y restitución al tejido social. A partir de lo planteado por Ochoa *et al*³ en su estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia: “la visión subjetiva del que padece el problema de salud mental en cuanto a cómo es percibido por los otros, -especialmente los más próximos- y sobre su problemática, influirá

¹en diversas citas textuales de este trabajo –y por respetar todas las expresiones que en las mismas vuelcan los autores- se leen los términos: “enfermo mental”, “paciente”, “enfermo psiquiátrico” y otras denominaciones estigmatizadoras, propias de otras épocas y paradigmas (inclusive hoy muchos profesionales y personal de la salud las siguen utilizando). Con el nuevo paradigma de desmanicomialización y desinstitucionalización se ha tendido a modificar esos términos por los de “usuarios” o “personas con padecimiento mental”, (a esta última es a la que adhiere esta maestranda).¹

directamente, y a todos los niveles, en su integración en la comunidad: tanto a nivel de vivienda, relaciones sociales, trabajo”³.

Por este motivo, se consideró necesario realizar y actualizar estudios para determinar la percepción del estigma social de la persona, asimismo, diseñar programas de intervención adecuados para dotar al sujeto de recursos y estrategias de afrontamiento ante situaciones estigmatizadoras³.

Según lo expresado por la Ley del Salud Mental 26657¹ en su Art. 3: “Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas(...)”, y reconocerles el derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento (...), como indica el inciso k) del artículo N°7 de la Ley Nacional de Salud Mental¹.

Verificar en qué medida se cumplen las consignas y las acciones sugeridas, lo mismo que recoger información directa de parte de quienes son sujetos del *estigma* de ser percibidos socialmente en tanto sujetos con padecimientos mentales, es el tema-problema de investigación de esta tesis de maestría.

Acerca del Hospital Colonia Santa María⁴



II Imagen extraída del Diario La Voz del Interior, del domingo 7 de febrero del 2016. Sección Ciudadanos. P. 13 A.

Un poco de historia. En 1900 fue construido por las gestiones del fisiólogo doctor Fermín Rodríguez, en tiempos en que la tuberculosis era un flagelo mundial. Ahí, donde el bienhechor clima fue base fundamental para combatir la enfermedad.

El hacedor del hospital, el doctor Rodríguez, lo sostuvo por casi una década, pero ese gigante exigía mucho presupuesto y el Gobierno nacional lo adquirió y amplió sus instalaciones, ante la incesante demanda de enfermos.

Desde 1968, el establecimiento se destinó a centro psiquiátrico. Sin embargo, el edificio que ocupara un rol primordial en sus primeros años de existencia, durante la última dictadura militar también funcionó como un centro clandestino de detención. El hospital llegó a tener 1500 pacientes y 800 empleados.

Actualmente el HCSM es un hospital público de la Provincia de Córdoba, monovalente en Salud Mental, ubicado en la localidad de Santa María de Punilla, al pie de las Sierras Chicas. Funciona como tal desde 1967. Actualmente es hospital cabecera de la zona sanitaria “A”, dando cobertura a los departamentos del noreste provincial: San Javier, San Alberto, Pocho, Minas, Cruz del Eje, Punilla, Sobremonte y gran parte de Tulumba e Ischilín.

El HCSM se encuentra en proceso de transformación a Hospital de Salud Mental del tercer nivel con dispositivos comunitarios.

Para ello se vienen generando una serie de estrategias para ampliar la red sanitaria, potenciar a los agentes de salud locales y evitar las internaciones innecesarias, todo ello a través de articulaciones y capacitación con efectores de salud de la zona sanitaria “A”, apertura de dispositivos ambulatorios, y casas asistidas, semi asistidas, de medio camino, autogestión, entre otros. Con la apertura de estos dispositivos se dio cierre a dos salas de internación: Crónicos Varones en el año 2011, Crónicos Mujeres año 2011, y el Servicio de Hogares Intermedios que funcionaba dentro del mismo Hospital año 2010.

El cambio del paradigma manicomial encontró su encuadre en la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental N° 9848, sancionada en octubre de 2010.

Actualmente, la distribución de servicios es el siguiente:

-Guardia Médica

-Internación de Pacientes Agudos:

* UOAV (Agudos Varones)

* UOAM (Agudos Mujeres)

* Agudos Adicciones Varones

-Gerontopsiquiatría Mujeres

*única sala de internación de largo plazo en el que se encuentran 18 pacientes

- Servicios Ambulatorios Intrahospitalarios:

* Consultorios Externos

* Hospital de Día en Adicciones

-Centro de Rehabilitación Sociolaboral

-Servicios Ambulatorios Extrahospitalarios

*Equipos de Atención comunitaria (E.A.C.), son unidades de atención a personas con Padecimientos Mentales Graves y se encuentran distribuidos en cinco localidades, dando así cobertura a todo el Valle de Punilla:

-EAC Villa Carlos Paz

-EAC Santa María de Punilla

-EAC Cosquín

-EAC La Falda

-EAC La Cumbre

-Dispositivos Comunitarios:

* 3 residencias asistidas- (2 en Cosquín con externados varones- 1 en Villa Caieiro con externadas mujeres)

* Casas de Medio Camino y Autogestión con acompañamiento de Equipo Comunitario.

Estigma

Conceptualización de estigma.

Según bien lo explican Marichal y Quiles⁵, investigar el estigma social percibido por personas con padecimientos mentales en procesos de externación demanda precisar tanto las diferentes dimensiones de lo que deberá entenderse como estigma, así como enumerar y definir las principales categorizaciones y conceptos concurrentes en este fenómeno cada vez más presente en las conductas sociales del mundo actual. Así, desde un análisis psicosocial, cabe adelantar que el *estigma* se identifica como una marca, señal o signo, manifiestos o no, que hace que el portador de la misma sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa.

En línea con la afirmación anterior, Uribe Restrepo *et al*⁶, plantean que en una primera aproximación el estigma puede ser definido como “efecto negativo que una marca o una

etiqueta produce en un grupo”, tal como suele ocurrir ante una minoría étnica, religiosa o en el caso de pacientes con determinados diagnósticos.

“Lo que en la antigüedad, por ejemplo, representaba la lepra, con el tiempo fue ocupado por el SIDA (la estigmatización padecida por sus portadores ha merecido innumerables trabajos) y del mismo modo aconteció y acontece con las enfermedades mentales”⁵. El hecho es que el estigma incluirá en su construcción tres elementos clave: un problema de conocimiento (la ignorancia), un problema de actitud (los prejuicios) y un problema de conducta (la discriminación).

A los efectos de un resumen semántico, cabe comenzar a definir *estigma* –y términos relacionados: atributo, descalificar y desacreditar- según el Diccionario Ideológico de la Lengua Española de Julio Casares⁷.

Estigma: m. Marca o señalen el cuerpo// Huella impresa por modo sobrenatural en el cuerpo de algunos santos extáticos// Deshonra, mala fama.

Atributo: m. Cada una de las cualidades o propiedades de un ser// Lo que se predica de un sujeto.

Descalificar: Desacreditar, desautorizar o incapacitar a alguno.

Desacreditar: Disminuir o quitar el crédito de una persona, o la estimación de una cosa.

La utilización de este diccionario⁷(1982) -cuya consigna es : “desde la idea a la palabra, desde la palabra a la idea”-es debido a que sus definiciones y la familia semántica a las cuales pertenecen, son más completas y apropiadas en relación a las definiciones que ofrece la mayoría de los diccionarios al uso.

Especialmente cabe tener en cuenta lo que permite reconocer la Parte Analógica del citado Diccionario, en donde estigma responde a la idea de marca y al grupo de mancha. Allí los términos analógicos del castellano -casi una docena- remiten mayoritariamente a hierro, hierra, ferrete, carimbo, contrapunzón, cuño...- a las denominaciones de instrumentos para marcar, pero para “marcar a fuego”: de manera perdurable (cuando no definitiva).

Otros términos familiares también contribuyen a dimensionar la amplitud de aspectos y matices con los que la noción de estigmase relaciona. Y si bien el uso profesional o técnico que diferentes autores como Goffman⁸, Haightat⁹, Basz¹⁰ fueron haciendo del concepto ha logrado una especificidad que ya se puede reconocer como propia de la ciencia psicológica, volver a recorrer la variedad de definiciones que tanto el idioma como los usos sociales

atesoran, siempre resulta enriquecedor. En tanto ciencia social la psicología debe ser practicada y evaluada dentro de contextos históricos, culturales, concretos y relativos, no obstante la definición de estigma como una marca, señal o signo, manifiestos o no, aplicado a las personas, hace que el portador de la misma –según ya se dijo citando a Marichal y Quiles⁵- sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa.

Lo anterior vale en sentido general. A continuación se irán precisando tanto los diferentes tipos de estigma físicos, de carácter y simbólicos, cuanto diversas definiciones con los matices y precisiones aportadas por cada uno de los teóricos con los que se construyó, tanto la historia y el patrimonio teórico de la disciplina, cuanto la historia y el desarrollo del problema objeto de esta investigación. Asimismo se dará cuenta de cómo funciona socialmente el estigma.

En razón de que en la base de prácticamente todas las definiciones de estigma se reiteran las mismas características principales como marca, signo descalificante, atributo descalificador, defecto; una vez dadas algunas definiciones canónicas -como las de Goffman⁸- se suman otras, que agregan nuevas notas al concepto.

Estigma social y padecimiento mental

En diferentes estudios, ya clásicos de Goffman⁸, pero especialmente en su primer capítulo del libro *Estigma*, este autor aborda el tema del Estigma y la Identidad Social, recordando que los griegos crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador en un individuo. La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. Es probable que al encontrarnos ante un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se encuadra y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social. El carácter que atribuimos al individuo según la apariencia que nos da, es una identidad social virtual. La categoría y atributos que, de hecho, según puede demostrarse, le pertenecen, se denominarán identidad social real. Como dice Goffman⁸: “El extraño que está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos inficionado y menospreciado”. A partir de esa afirmación, un atributo de esa naturaleza es un estigma, en

especial cuando él produce en los demás un descrédito amplio; a veces también recibe el nombre de defecto, falla o desventaja. Lo señalado constituye una discrepancia entre la identidad social virtual y la real. Un individuo puede ocultar un defecto físico por temor a que su pretendido *status* físico se vea desacreditado. Un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo.

Tipos de estigma

- Las distintas deformaciones físicas
- Defectos de carácter del individuo
- Estigmas tribales de la raza, nación o religión

En los tres tipos enumerados se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente, posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen el resto de sus atributos.

Se construye así la creencia, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana, valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que presenta esa persona. El individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que nosotros, tiende a percibir una especie de discriminación y/o de trato diferente. La sensación de ser una “persona normal”, un ser humano como cualquier otro que, por consiguiente, merece una oportunidad justa para iniciarse en alguna actividad, puede ser uno de sus más profundos sentimientos acerca de su identidad. El individuo estigmatizado puede por lo tanto, descubrir que se siente inseguro acerca del modo en que nosotros, “los normales”, vamos a identificarlo y a recibirlo. De este modo, aparece en él la sensación de no saber que es lo que los demás piensan realmente de él, una incertidumbre, respecto a lo que los “otros” perciben o piensan de él.

A continuación se presenta un cuadro acerca de la *relación entre Estigma, atributos e identidad* (remitirse al apartado Anexo. Tabla 1)

Otros aportes de importancia sobre Estigma

En relación a lo planteado por Goffman⁸, cuando dice que “la sociedad establece medios para categorizar a las personas y sus atributos”, Crisp¹¹ coincide en que “hay una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse”. La persona que estigmatiza reacciona a señales del otro en la conducta, (en su expresión afectiva o en su expresión corporal) tales como agitación, inquietud, inmovilidad o rigidez corporal.

Ampliando alcances y consecuencias sociales, Haghghat⁹ concluye que el estigma, ya sea por la raza, la religión o por la enfermedad, es un instrumento o un arma también en la competencia socioeconómica. “Tendemos a categorizar, generalizar y ser defensivos”: la peligrosidad de un solo individuo, por ejemplo de una persona con esquizofrenia, automáticamente se extiende a toda la clase, a todas las actitudes discriminatorias hacia las personas con padecimientos mentales, o simplemente a quienes se comportan de una manera diferente: “Los estereotipos están siempre convenientemente a la mano”⁹.

También cabe el citar el aporte de Basz¹⁰ quien ofrece una definición de estigma que aporta nuevos matices: “Por definición el estigma es una marca visible, una diferencia abominable que el canon social establece como intolerable. Afecta a un individuo que podría intervenir en el juego social pero queda excluido al poseer o estar poseído por ese rasgo que coloca en la penumbra sus cualidades y talentos”. Basz¹⁰ coincide con Goffman⁸ en relación a que la persona estigmatizada está desacreditada, posee un atributo profundamente desacreditador, es una no-persona y en situaciones extremas un subhumano (*untermensch*).

Asimismo, también cuenta para esta investigación la concepción de estigma que desde la semiótica y la lingüística aporta Barei¹² quien sostiene, trabajando sobre la exclusión, la discriminación y la diferencia, que el estigma: “...se manifiesta en representaciones sociales a las que suele llamarse también discriminatorias, pero que van más allá: la marca, la huella, la lesión, el gránulo, el orificio, muestran, exhiben, re-presentan, ponen de manifiesto algo más que una simple actitud discriminatoria”. La autora cordobesa describe operaciones de estigmatización del discurso social que se manifestarían de diferentes modos: 1- Cuando se estigmatiza en función de tabúes y censuras asociados a formas de sexualidad: por ejemplo ser gay, travesti, lesbiana o prostituta. 2- Cuando el Discurso Social Estigmatizante (DSE) se

impone de manera dominante sobre lo que tiene que ver con cuestiones de la inteligencia de las personas. De tal manera que, o se es tonto o, en el caso de ser evidentemente inteligente, se es loco. Según esa manera de calificar: se puede ser “manso”, “lindo” o “peligroso”; asimismo el supuesto “raro” o “loco” es estigmatizado porque supuestamente atenta contra seguridades o corroe verdades dogmáticas. También es lo que dice aquello que, para otros -o para alguien- no es decible o tolerable. Asimismo -y es cada vez más frecuente- se estigmatiza atribuyendo a alguien lo que previamente se construyó como vicios y adicciones condenables: el alcoholismo, la drogadicción, la ludopatía, etc.

Por otra parte y retomando algo ya dicho, es conocido que desde la más remota antigüedad se estigmatiza atribuyendo a alguien enfermedades graves, incurables en su época o contagiosas como la tuberculosis, lepra, peste, sífilis. Aunque en la actualidad está bastante controlado, se sabe que en nuestros días todavía, ligado a la estigmatización sexual, se habla del SIDA; y por supuesto, con relación a la “locura”, toda clase de “enfermedades psíquicas y psicosomáticas”. El simple hecho de la mención de tales “enfermedades” merece una serie de discursos descalificantes a nivel de las opiniones vulgares y corrientes (que vehiculiza de manera ingenua las formas del Discurso Social Hegemónico), por ejemplo: “se volvió loco”, “está de la nuca”, “que vaya a terapia”, “tiene un trauma infantil”, “hay que comprenderlo porque es hijo de padres separados”, “que lo encierren en un loquero”, etc, etc. A raíz de lo dicho, finalmente y siguiendo el aporte de Barei¹² se puede concluir que quien es estigmatizado es un sujeto que en algún momento tiene una relación problemática con la sociedad, en su conjunto o con un grupo en particular, lo mismo que con una institución o con otros sujetos.

Profundizando el objetivo de ofrecer una conceptualización amplia y abarcadora de estigma, también se han combinado aquí dos conceptos de necesaria consideración: el de Corrigan¹³ y el de Link¹⁴. Corrigan¹³ hace incapié en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la “enfermedad mental”: los estereotipos que serían las estructuras de conocimiento cognitivas, el prejuicio que es la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos y la discriminación la consecuencia conductual del prejuicio. Por su parte Link¹⁴ aborda el estigma desde una perspectiva social al referir que el estigma existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen. De este modo en su definición hace hincapié en dos aspectos societales por un lado, afirma que como

precondición del estigma, las diferencias entre las personas se tienen que notar, han de ser consideradas pertinentes y se han de etiquetar en consecuencia; por otro lado, para que el estigma despliegue sus consecuencias nocivas, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado.

En síntesis, y siguiendo a Uribe Restrepo *et al*⁶, el estigma puede ser definido como “el efecto negativo que una marca o una etiqueta produce en un grupo”, tal como suele ocurrir ante una minoría étnica, religiosa o en el caso de personas con determinados diagnósticos. Tanto Uribe Restrepo⁶ como Corrigan¹³ coinciden en lo siguiente: el hecho es que el estigma incluirá en su construcción tres elementos claves: un problema de conocimiento “la ignorancia”, un problema de actitud “los prejuicios” y un problema de conducta “la discriminación”.

En el mencionado trabajo publicado en el 2007 Uribe Restrepo *et al*⁶ completan la definición de estigma en relación con los padecimientos mentales y respecto de sus dimensiones, diciendo que “es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes”; a ésto se agregan otras consecuencias negativas del estigma (que se desarrollarán más adelante) y además afirman que el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivos que los síntomas mismos.

Cabe ahora referirse más detalladamente, y siempre en relación a lo negativo, a diferentes variantes del estigma, según son el estigma público y el autoestigma.

Estigma público y autoestigma

Tanto Link¹⁴, según ya se ha visto, como Arnaiz y Uriarte¹⁵, realizan valiosos aportes para ampliar la noción de estigma, distinguiendo dos tipos de estigma: el estigma público o social y el autoestigma. Por su parte Link¹⁴ agregará a estos dos tipos de estigma las consecuencias del estigma.

Sobre el estigma público y el autoestigma, Arnaiz y Uriarte¹⁵ expresan: “El estigma público consiste en las reacciones del público hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo”. “Etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos”. “Esta separación conduce fácilmente a la creencia de que “ellos” son fundamentalmente diferentes a “nosotros””. Por ejemplo es común llamar a alguien esquizofrénico en vez de llamarlo por su nombre u otra condición distintiva que no implique desvalorización o reacción negativa, como

“persona con esquizofrenia”. De esta forma el lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización; y de hecho lo es en el caso de los diagnósticos psiquiátricos.

Psicología social y estigma público

Desde la psicología social se identifican diferentes aspectos del estigma público: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

Según Arnaiz y Uriarte¹⁵ “los estereotipos son estructuras de conocimiento que la mayoría de los miembros de un grupo social conoce...”; “se trataría de un modo eficaz de categorizar información sobre grupos sociales diferentes en función de que contienen opiniones colectivas sobre grupos de personas”¹⁵.

En cuanto a “los prejuicios definen la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto de perjuicio”¹⁵. En tales situaciones no se analiza si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. Un ejemplo clásico: “¡Es cierto! todas las personas con enfermedad mental son violentas”¹⁵, a consecuencia de lo cual tendrán necesariamente reacciones violentas. El prejuicio lleva como reacción conductual la discriminación. Es por ello, por ejemplo, que los empleadores no quieren personas con “enfermedad mental” a su alrededor, así que no las contratan.

Es importante destacar que los estereotipos y el prejuicio, por sí solos, no son suficientes para el estigma. Además, hace falta poder social, económico y político. A modo de ejemplo, si los individuos con padecimientos mentales forman estereotipos y prejuicios contra el personal de un servicio de salud mental, es poco probable que este personal se convierta en un grupo estigmatizado, porque las personas con padecimientos mentales no tienen poder social para que en la práctica se produzcan consecuencias discriminatorias serias, según señalan Arnaiz y Uriarte¹⁵ en el trabajo citado.

Resumiendo. El estigma público consta de esos tres elementos: estereotipos, prejuicio y discriminación, siempre en el contexto de las diferencias de poder.

Como una variante de lo anterior se manifiesta el autoestigma, que se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado, y que vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Al igual que el estigma público, el autoestigma consta de estereotipos, prejuicio y discriminación.

Un ejemplo ilustrativo sobre las personas que vuelven el prejuicio contra sí mismas, haciéndose cargo del estereotipo sería: “Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”.

Se ha comprobado -según los autores de referencia- que, en general, el autoprejuicio conlleva a reacciones emocionales negativas, especialmente de autoestima y autoeficacia

bajas. A causa de sus autoprejuicios, las personas con padecimientos mentales pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir de manera independiente. Si no consiguen alcanzar las metas ideales, ello no se debe a su padecimiento mental, sino a su comportamiento autodiscriminatorio.

Continuando con el trabajo de Arnaiz y Uriarte¹⁵ y la clasificación que realizan respecto del estigma, se puede destacar que, en cuanto a los padecimientos mentales las personas en general favorecen la estigmatización. Y se trataría de una tendencia creciente: “Las investigaciones indican que las actitudes públicas hacia las personas con “enfermedad mental” parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas. Así, las percepciones de que las personas mentalmente enfermas son violentas o atemorizantes han aumentado sustancialmente”¹⁵. A todo lo cual no serían ajenos los medios de comunicación, reforzando discriminaciones diversas, no solamente de etnias, grupos religiosos, géneros o clases sociales, sino favoreciendo los estereotipos de las imágenes negativas de las enfermedades mentales.

A esto hay que sumarle fallas en los tratamientos, y que muchas veces tienen que ver con los mismos actores estigmatizados.

Tanto la escasa conciencia de enfermedad como los efectos secundarios de la medicación de algunas personas con padecimiento mental, son las principales causas a las que se les atribuye la alta tasa de abandonos de tratamientos psiquiátricos o, incluso, el no inicio del mismo. Esta es una razón importante para la alta tasa de recaídas, y la enorme carga económica en costes de hospitalización que genera. También existen otros factores importantes que pueden contribuir a estos hechos, como la importancia del efecto en el entorno social: que el seguir tratamiento conlleve ser etiquetado y estigmatizado como una persona con “enfermedad mental”. Así, estas personas pueden optar por no acceder a la atención como manera de evitar esta etiqueta. En síntesis, se puede afirmar con Arnaiz y Uriarte¹⁴ que: “El estigma público tiene un impacto importante sobre muchas personas con enfermedad mental, y puede interferir con diversos aspectos de la vida, incluido el trabajo, la vivienda, la atención sanitaria, la vida social y la autoestima”.

Y este no es un fenómeno privativo de una sola región cultural del planeta. En investigaciones realizadas por Crisp¹¹ y Chung *et al*¹⁶ se ofrecen numerosas pruebas de que “La estigmatización de los enfermos mentales es un fenómeno muy común tanto en occidente como en otras culturas”.

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, salta a la vista de qué manera el área más afectada, en la cuestión del estigma, es la social. Ya no se puede poner en duda de que las personas con padecimientos mentales sufren discriminación en el trabajo, en las relaciones interpersonales, en los propios hospitales y en los medios de comunicación. Esta exclusión social o estigmatización genera importantes problemas para el bienestar psicológico de la persona que sufre el rechazo. Por si hiciera falta sumar nombres a esta lamentable y creciente realidad, en su investigación de 2011, y a su vez tomando aportes de investigaciones de Crisp *et al*¹¹ y de Chung *et al*¹⁶, Magallares Sanjuan¹⁷ explica con énfasis en qué medida el hecho de padecer un trastorno o “enfermedad mental” acaba generando un estigma de tipo social, y ello independientemente de la patología que se padezca.

La amplia bibliografía sobre el tema suma nombres reconocidos que reiteran y enriquecen los análisis y definiciones. Entre otros autores consultados, y a los cuales solamente se cita a modo de referencia, ya que coinciden conceptualmente con lo que se viene exponiendo hasta el momento, cabe mencionar a Bordieri & Drehmer¹⁸; Dovidio *et al*¹⁹ y Green *et al*²⁰.

En cuanto a un ordenamiento esquemático de la problemática considerada, cabe presentar el cuadro donde se visibiliza claramente lo expuesto. Es un cuadro adaptado de Putman²¹ (2008) en el cual muestra la discriminación a las personas con trastornos mentales en relación al contexto laboral, las relaciones personales, el contexto sanitario y los mass media. (Ver tabla 2 en Anexo).

Otro antecedente de importancia ha de ser tenido en cuenta a la temática tratada es el trabajo realizado por el CELS²² en “Cruzar el muro”, al abordar el tema de la discapacidad desde tres modelos conceptuales:

- De la Prescindencia
- Médico – Rehabilitador (o asistencial)
- Social

(Ver Tabla 3 en Anexo).

Expuestos los términos centrales del concepto de estigma y sus distintas conexiones, y habiéndose trazado un panorama de los autores principales que lo analizan y postulan teóricamente, a continuación se presenta una exposición sobre algunas de las normas, organismos y políticas de abordaje implementadas para combatir la estigmatización.

Reformas en salud mental

Para comenzar, se considera pertinente citar lo elaborado por MascayanoTapia²³ en su trabajo “Programas para reducir estigma hacia la enfermedad mental”.

Refiriéndose a las Reformas en Salud Mental, el citado profesional comenta que, con posterioridad a la Declaración de Caracas de 1990, una serie de reformas en salud mental comunitaria se efectuaron en diferentes países de América Latina y el Caribe. Comenta que en la actualidad, más del 80% de los países latinoamericanos cuentan con políticas, programas y/o planes nacionales para el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental, diciendo que ejemplos de modelos exitosos provienen de Brasil, Panamá y Chile, quienes han demostrado excelente planificación y organización en sus servicios de salud, además de contar con rigurosas metodologías de evaluación. Sin embargo, la implementación de estos programas ha sido generalmente escasa en la mayoría de las naciones de la región, estando sujeta a diversos factores socio-políticos y técnicos generalmente desfavorables. Esto ha quedado de manifiesto en la evaluación efectuada por la Organización Mundial de la Salud²⁴ (OMS) respecto al desarrollo de los servicios de salud en las Américas. La evaluación realizada en países como Argentina, México, Ecuador, Paraguay y Perú, entre otros, señaló que la traducción de las políticas en salud mental a programas específicos de intervención ha sido lenta y, en algunos casos, inexistente. Por lo tanto, a pesar de los buenos ejemplos indicados anteriormente, la ejecución de los programas es un desafío pendiente.

MascayanoTapia²³ continúa explicando que cada una de estas reformas^{II} de salud mental incluye tres objetivos fundamentales:

- 1) Anclar la salud mental en la atención primaria

^{IIIIII}al momento de llevar a cabo el análisis y las conclusiones de lo que se ha recogido en el trabajo de campo se hará una evaluación o balance sobre si lo sugerido (o lo ideal) de las reformas de Salud Mental es lo que concretamente se lleva a cabo en la actualidad. En las Conclusiones es donde se expone un desarrollo más amplio.

- 2) Desarrollar servicios comunitarios de salud
- 3) Reducir el estigma asociado a la “enfermedad mental”

Este último objetivo cobra particular importancia luego de que la OMS declarara lo siguiente -según lo expresado por MascayanoTapia²³ -: “la principal barrera para el desarrollo de la salud mental comunitaria es el estigma y la discriminación asociada a las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento”. Al respecto, la evaluación antes mencionada de la OMS dio cuenta de que el *estigma* es un fenómeno presente y perjudicial para los “usuarios” de los servicios de salud mental y sus familiares en América Latina, afectando negativamente su autoestima, adherencia al tratamiento y calidad de vida. Esto cobra mayor relevancia si se considera que “el estigma identificado proviene desde los propios profesionales y autoridades de los servicios de salud”.

De acuerdo con afirmaciones del grupo de investigación de MascayanoTapia²⁴, en las décadas anteriores a la actual los estudios sobre estigma en América Latina son escasos. Es a partir del 2000 en adelante cuando algunas investigaciones dan cuenta de su prevalencia en la región, y analizan los factores socioeconómicos a los que está asociado. Entre otras se cita una investigación llevada a cabo por Leiderman *et al*²⁵, en nuestro país, en la cual, según una muestra de 1454 habitantes, el 50% afirma que las personas con esquizofrenia son “violentas y peligrosas”. También se menciona otro estudio de Peluso *et al*²⁶ que evalúa a 500 personas sin diagnóstico psiquiátrico, de las que el 74% afirma considerar a los usuarios de servicios de salud mental como potencialmente peligrosos. Estos autores mencionan que las personas que tienen “enfermedades mentales” suelen sufrir también de pesimismo, desesperación y de baja percepción de competencia debido a la internalización de los mensajes negativos del medio social en el cual viven estos sujetos (lo que se conoce como autoestigma). De hecho a los “enfermos mentales” con frecuencia se los percibe como “extraños” y por ende se acaba evitando el contacto con ellos con consecuencias graves tanto para la autoestima social como para la personal -según refiere Baumann-²⁷.

Para terminar de exponer debidamente la problemática y describir las respuestas dadas al problema desde la tradición, -especialmente mediante la internación- y las que en general se proponen actualmente, desde otro paradigma -mediante la externación- se llevan a cabo seguidamente ambas caracterizaciones.

Caracterización de los procesos de Internación y Externación

Según el aporte del CELS²², “El manicomio puede ser entendido como una institución social, en cuanto determina la construcción histórica de un modo legitimado de proceder ante la locura, caracterizado por el control y la segregación”⁸. A partir de dicha definición, debe entenderse que la práctica social naturalizada del manicomio adquiere orden legal a través de la sanción de normativas. Desde lo judicial se producen mecanismos de control que deciden quiénes y hasta cuándo deben estar internados, con lo que se incapacita a las personas para decidir por sí mismos. Es así como mediante la restricción a la libertad, es decir la internación/institucionalización y a la capacidad jurídica -la interdicción-, el sujeto queda excluido física y legalmente de la vida social comunitaria.

Por lo tanto, el modo de relación instituido en el manicomio, lejos de apuntalar la autonomía, genera y multiplica la atrofia de las habilidades sociales para autogestionar el propio comportamiento.

La posibilidad de salir del manicomio implica la vuelta a -o la búsqueda de- un lugar, un espacio de identidad, vínculo e historicidad. Un espacio social que puede ser conocido y añorado como la casa propia, la familia, el lugar de origen o ser desconocido pero imaginario “está ahí afuera”.

En definitiva: los recorridos teóricos de diversos campos hacen, por un lado, que se caracterice al manicomio como un lugar de producción y reproducción de lógicas y prácticas ligadas a la incapacitación y a la segregación; y por otro -como contraparte- llevan a pensar a la externación como un proceso que no se circunscribe a un lugar físico, sino de vínculos, orientado al apuntalamiento constante de la autonomía y la independencia.

Todo lo que va de la internación a la externación, en lo central, debe incidir en una dinámica que signifique un proceso desde la institucionalización a la desinstitucionalización. Debe ser un proceso que rompa con la lógica de la institución total, que la sustituya por un modo de relación que devuelva al sujeto el reconocimiento de su singularidad y que puntale su autonomía e independencia.

Las dimensiones objetivas y subjetivas de la externación

La externación puede ser entendida como la construcción de un proyecto de salida, de regreso a la vida fuera del manicomio. Dicho proceso, lejos de ser sencillo, está atravesado por variadas barreras interpersonales, institucionales y sociales.

Implica, por ejemplo, no solamente darle un lugar sino acompañar la transformación de ese deseo en un plan concreto : volver a tener un proyecto de vida, proyecto que motive a la persona a asumir acciones determinadas. Implica un esfuerzo de organización e interpelación personal, de fortalecimiento de la subjetividad y de la singularidad para pensar la propia vida, para que desde ahí, la libertad se haga ya una necesidad.

Se dice justificadamente que el camino de la externación es un tránsito que no puede realizarse en soledad. Las personas que lo transitan, además de no poder brindar el poder social atribuido que tiene su palabra configuran la referencia necesaria acerca de que la posibilidad de “volver al afuera” no es sólo una idea del mundo interno, sino que hay otros que lo validan y lo ven posible y necesario.

Se coincide en afirmar que para los sujetos institucionalizados-muchos de ellos trans-institucionalizados durante toda su vida- vivir afuera supone una transformación radical de códigos, lógicas y límites. Fuera del hospital, las acciones de los sujetos generan resultados diversos, inciertos, no predeterminados por las etiquetas, roles y jerarquías institucionales conocidas. Esto puede resultar tan prometedor como temible para alguien que atravesó internaciones prolongadas y que en la mayoría de los casos no cuenta con una red de apoyo externa.

Es un hecho que el proceso de externación está cargado de dificultades, ansiedades y esperas. Y de aparentes contradicciones, ya que los mismos espacios que antes resultaron inhabilitantes, estigmatizantes y definieron el encierro -como el juzgado y el psiquiátrico- deben transformarse en sostenes del camino a la vida en libertad.

Es por esto que este proceso debe ser acompañado y funcionar en el marco de distintos dispositivos: casas de medio camino, residencias protegidas, departamentos co-gestionados, vivienda propia o alquilada con o sin familiares. Y es por esto que los apoyos deben brindarse –en parte importante– a través de un equipo interdisciplinario de salud mental.

Las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales adicionales que aumentan su riesgo de aislamiento y marginación.

Por ello es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no sólo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas.

OBJETIVOS

Objetivo General

-Analizar el estigma social percibido en personas internadas en el HCSM que actualmente se encuentran en proceso de externación.

Objetivos específicos

-Caracterizar los procesos de internación y externación de personas internadas en el HCSM que actualmente se encuentran en proceso de externación.

-Identificar el estigma social percibido por personas bajo estudio.

-Identificar atributos desacreditadores y prácticas discriminatorias percibidas por personas bajo estudio.

MATERIALES Y METODOS

Diseño

Para esta investigación se adoptó el enfoque cualitativo, consistente, como dice Hernández Sampieri²⁸ en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. El análisis de los datos recolectados no fue estándar, debido a que cada investigación requiere de un esquema propio de análisis.

La presente investigación -siguiendo en esto a Vallés²⁹ - trabajó con un tipo de diseño proyectado, habida cuenta de que se plantea un interrogante específico, acerca de una problemática determinada, y respecto de la que también plantea una perspectiva teórica concreta. Fundamentalmente, en el abordaje del problema, no se observaron modificaciones en las decisiones de diseño.

A partir de los objetivos planteados, la presente investigación constituyó un estudio de tipo descriptivo, en tanto busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno apto para ser sometido a análisis²⁸.

Participantes

En nuestro estudio se trabajó con una población conformada por 50 personas del HCSM externadas en los últimos tres años (2014, 2015, 2016) y pertenecientes a la localidad de Villa Carlos Paz; dicha elección se realiza por una cuestión de proximidad al área laboral - Equipo de Atención Comunitario de Villa Carlos Paz- y además porque la procedencia que predomina en los internados / externados del hospital es la de Carlos Paz.

Para la selección de la muestra para esta investigación se utilizó el método de “muestreo intencional” atendiendo el punto de saturación respecto a la cantidad de personas. Fueron de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre los 30 y los 65 años. La muestra es de tipo intencional. Si bien el tamaño de la muestra se intentó siguiendo el principio de saturación²⁹, respondió a condiciones concretas de accesibilidad.

Participantes: 10 (diez), siendo las edades que predominaron entre los 30 y 59 años.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la obtención de la información necesaria en el campo, se trabajó con entrevistas cualitativas y semi estructuradas, basadas en una guía de preguntas y en las que -según es sabido- el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados, según refiere Hernández Sampieri²⁸.

Como instrumento dentro de esta técnica se utilizó un cuestionario de preguntas. Las mismas fueron organizadas en las siguientes categorías:

- ✓ Datos Personales /Grupo Familiar
- ✓ Nivel de instrucción / Actividad Laboral
- ✓ Red Social / Participación
- ✓ Historia del padecimiento / Experiencia de Internación
- ✓ Experiencia de situaciones de maltrato / Agresividad/ Sufrimiento
- ✓ Percepción del estigma

El modelo de Entrevista Semidirigida que se utilizó se encuentra en el apartado del Anexo del trabajo.

ANALISIS DE DATOS

Se codificaron los datos desde dos niveles -primer y segundo nivel de codificación²⁸⁻, un primer nivel con datos concretos y un segundo nivel que ofrece mayor abstracción.

La primera elaboración de las entrevistas se encuentra en el Anexo del trabajo, con las categorías más relevantes que se analizaron y sus características principales.

El análisis propuesto gira en torno a un eje central: establecer relaciones entre el contenido del marco teórico y el material de las entrevistas recolectadas en el trabajo de campo.

Las entrevistas son analizadas en base a las seis categorías presentadas.

A continuación se presentan los datos personales con una breve caracterización de cada entrevistado, resguardando su identidad mediante el cambio de nombre propio. Luego se procedió a definir cada categoría, demostrando los segmentos más significativos de cada una de ellas a través de la utilización de frases textuales.

RESULTADOS

Datos y caracterización de cada entrevistado/a

Entrevista N°1

Pedro tiene 56 años y completó la escolaridad primaria, vive solo en su casa –a la cual los vecinos no le permitían ingresar a la misma al momento del alta por “considerarlo un vecino peligroso-”. Es introvertido, inexpresivo, presenta un discurso breve y acotado. Ahorrativo, no le agrada gastar su dinero. Recién en alguna situación límite decide gastar o comprar algo. Se maneja muy bien solo. Refiere que se siente bien en general sólo que le gustaría tener una pareja.

Entrevista N° 2

Néstor tiene 38 años y completó la escolaridad primaria. Actualmente convive con su pareja en una casita que le cedió su cuñado. Es una persona alegre, optimista, sumiso, educado respetuoso, agradecido. Con voluntad para desempeñar cualquier tipo de trabajo.

Entrevista N° 3

Liliana tiene 57 años y ha logrado completar el nivel secundario en la escuela. Es alegre, optimista y voluntariosa. Respetuosa y educada. Cuando comienza a hablar de su historia personal-familiar allí aparece un discurso de queja permanente, refiriendo maltrato constante y recurrente por parte de su familia adoptiva.

Entrevista N° 4

Daniel tiene 54 años y completó el nivel primario es simpático, educado, sumiso. De buena voluntad, carismático. Pasivo, le cuesta realizar actividades por iniciativa propia.

Entrevista N° 5

Lucas tiene 38 años, actualmente convive con su abuela. Ha llegado hasta el nivel secundario incompleto. Es introvertido, de discurso pobre y breve. Sólo se explaya cuando habla si le realizan preguntas. Educado, actualmente no es agresivo. Le gusta el rock. Concorre a recitales con un amigo.

Entrevista N° 6

Olga tiene 59 años y completó el nivel terciario. Estudió enfermería. Es simpática, educada y carismática. Colabora con la entrevista con agrado y gusto. Trabajadora, optimista, resiliente. Se puede caracterizar su personalidad como: Una persona generosa, simpática, sociable, con

empatía para establecer vínculos sociales. Participa de talleres laborales dependientes del HCSM.

Entrevista N° 7

Julia tiene 54 años, es soltera y llegó hasta el nivel terciario incompleto. Se ve obligada a dejar de estudiar por tener que trabajar. Es muy trabajadora, voluntariosa y perseverante.

Entrevista N° 8

Valeria tiene 46 años y ha alcanzado hasta el nivel universitario incompleto. No lo ha logrado completar aún (Abogacía), interrumpe sus estudios justamente al transitar por una crisis depresiva y luego ser internada en el hospital. Valeria se caracteriza por ser generosa, optimista y con autocrítica.

Entrevista N° 9

Alma tiene 30 años y no ha logrado finalizar sus estudios secundarios. Refiere “no tener voluntad para finalizar el secundario”. Es negativa, pesimista, conflictiva y negadora.

Entrevista N° 10

Susana ha logrado alcanzar hasta el nivel secundario incompleto, se caracteriza por ser alegre, positiva y con una capacidad resiliente por todo lo que ha vivido con su ex marido. Cuando se indaga sobre su historia refiere que “siempre trata de mostrarse bien ante los demás aunque interiormente no se sienta bien”. Muy reservada.

1. Datos Personales / Grupo Familiar

Esta categoría es de utilidad para reconocer a los entrevistados, la conformación de su grupo familiar, dinámica, vínculos, funcionalidad y niveles de contención. En los sistemas familiares analizados a través del material obtenido en entrevistas, se presentan en casi todos los casos las siguientes características: allegados con padecimientos mentales o consumo de sustancias -de los cuales ninguno realizó tratamiento psicológico ni psiquiátrico- ; conflictos familiares con experiencias complejas y hasta traumáticas; suicidios y enfermedades terminales en el contexto próximo- ; pérdida de familiares significativos para el /la entrevistado/a ; agresividad, maltrato, sometimiento, padres separados, abusos.

Así, los entrevistados expresan en relación a las características familiares:

“Mi padre abusa de mí, me explota (laboralmente) me hace ir los fines de semana a su casa para hacerle la limpieza”, agrega: “Sí, todavía es un infierno porque sigo dependiendo de mi padre adoptivo...” “Mi padre adoptivo me quiso violar” “yo tuve mi primer hijo y me lo quitaron en el hospital (...) y me dijeron que estaba muerto y fueron mentiras (...) y yo no les creí, y yo me enloquecí y me internaron.”

“Mi madre me rescató de mi padre porque mi padre era adicto a todo, a la cocaína marihuana, heroína y eso que se inyecta también.” “...se casaron en el 1977 y se separaron a los dos años...” “Mi madre no aprobaba mucho lo que hacía mi padre.” “Ya estaban todos en mi familia separados, desde que murió mi tío Germán se empezó a disgregar la familia”. “y yo me quedé con mi vieja hasta que pasó lo que pasó...que fue denunciada por la tenencia de armas y por dispararle a un hombre”. “yo era muy chico (...) yo vi que se disparó con la mano izquierda. Era un suicida el tipo... se disparó” “estuvo en la cárcel”. Expresa: “Eso me impactó mucho, porque yo viví todo”.

“Mi papá... falleció a los 48 años, yo tenía 15 años, se le fisuró la aorta...”

“Vivo sola” “hasta hace cinco años estaba casada vivía con mis dos hijos, mi ex marido, nos separamos”. En relación a su padre manifiesta: “falleció de diabetes, pero igual yo no tenía vínculo con él.”

“Mi madre quedó mal luego de una situación...que su ex pareja se mata, entonces ella se enferma y muere de cáncer. Esa situación me afectó y ahí es cuando me internan”.

“Después mi hermano estuvo internado en Oliva y después en el Psiquiátrico de Córdoba porque no tomaba las pastillas...”.

Lo manifestado ilustra claramente lo abordado por investigaciones recientes respecto del estigma hacia las personas con padecimiento mental, como en el caso del artículo de Muñoz, Guillén y Pérez Santos³⁰ donde se revisan las diferentes intervenciones llevadas a cabo para reducir el estigma del padecimiento mental, dependiendo de si se encuentran dirigidas hacia las personas con padecimientos mentales, familiares, etc..

En los últimos años se han producido grandes avances en la lucha con el estigma. La investigación citada, permite constatar que la evidencia más sólida proviene de aquellas intervenciones psicológicas programadas para reducir el *autoestigma* en personas con padecimiento mental, así como también aquellas dirigidas a la población general basadas en la educación y el contacto.

Sin embargo, dentro de las acciones dirigidas a la familia, el estudio en cuestión hace referencia a los procesos de estigmatización que experimentan las mismas, como similares a los de las personas con padecimiento mental. Por lo tanto, las estrategias de intervención se dirigen principalmente al impacto del estigma sobre la familia y no se focalizan sobre la misma como fuente productora de estigmatización.

2. Nivel de Instrucción / Actividad Laboral

En cuanto al nivel de instrucción, tres entrevistados logran superar el nivel secundario: una llegó hasta el terciario incompleto otra alcanzó el terciario completo y otra el nivel universitario incompleto. El resto de los entrevistados sólo han logrado llegar al nivel primario completo. Se destacan las dificultades que implican alcanzar estudios superiores en las expresiones de una entrevistada:

“No me daba más para ir a la escuela”. “me costó mucho la primaria y terminé con lo justo” “...hice el secundario completo..” “...de enfermera y estudié en la Cruz Roja, y tengo ocho títulos de enfermería”.

Respecto de la actividad laboral, se incluyen experiencias, desempeños y habilidades con las que cuentan. Si tienen proyectos para continuar trabajando o no y, lo más relevante que tiene conexión directa con la presente investigación el impacto en el área laboral al convertirse en “externado” de un hospital psiquiátrico.

Recuérdese por ejemplo lo apuntado por Bordier & Dreher¹⁸ (1986) cuando dicen que las “personas que tienen enfermedades mentales tienen menos probabilidades de ser contratadas...” ; o -según Green, Hayes *et al*²⁰ (2003)- “ porque los empresarios en general perciben a la persona enferma con más probabilidades de ausentarse del trabajo, etc. ”

También existen algunos trabajos realizados en Brasil, Chile, México y Argentina por Mascayano Tapia *et al*³¹ en los que se ha establecido que las personas perciben a los pacientes como potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de desenvolverse a nivel laboral.

“Después de la última vez que estuve internada acá me echaron. Estuve tres meses sin trabajar”. Se indaga sobre el motivo por el cual la echan y expresa lo siguiente: “ había días que podía trabajar y otros que no...no les servía de que haya estado un mes internada...yo era una inútil para ellos y me terminan echando...me echaron como un perro”. “Si eso me pasa mucho de que, se enteren que estuve internada y que no me llamen”

“...Yo me preocupaba porque al haber sido internada me iban a hacer problema con la cuestión del trabajo...”

En algunos casos se halló una relación de “servidumbre” entre empleador y empleada lo que genera malestar en la persona sometida, con efectos en su autoconfianza y autoestima.

“...El resto del tiempo fui sirvienta” ó “Pero les tengo que hacer acordar porque sino no me pagan (¿)”

3. Red Social / Participación

Dentro del proceso de externación la categoría red social juega un papel preponderante en razón de que, justamente la red social es la que va a sostener a las personas externadas en la re inserción a la sociedad es decir en el intento de inclusión social luego de un período de internación.

Esta categoría está compuesta por la red social con la que cuenta el externado, es decir los lazos sociales que una persona tiene con su entorno y, por otro lado la participación en la sociedad como sujeto activo ya externado y, que es la oportunidad y capacidad que tienen las personas de implicarse en una actividad social de acuerdo a sus intereses.

“No me gusta tener problemas con nadie, pelear con nadie”.

“Leo el diario todos los días”.

Dentro de esta categoría están comprendidos diversos vínculos tales como vecinos, amigos, compañeros, pareja /novio/a, conocidos y desconocidos.

Por ejemplo en relación a los “vecinos” en el caso de cuatro entrevistados se evidencia el hecho de que han tenido conflicto con los vecinos al punto de que ese conflicto fuese el motivo de internación en el hospital. En general la gran mayoría de las personas se ven obligadas a convivir en un barrio con vecinos que no elige y a veces son conocidos y otras veces desconocidos.

Tanto Olga como Julia, Pedro y Valeria han transitado por situaciones conflictivas con sus vecinos por diversas razones; el caso es que por ejemplo en una de ellas a través de una conducta agresiva por “querer matar a su vecina con un machete” se fisura el lazo social que mantenía con ese vecino y termina internada. Hay un quiebre en esa red social y producto de ese quiebre se produce una internación –como consecuencia- en el caso de dos entrevistadas.

“Porque un vecino me trató mal, y yo reaccioné mal saqué el machete y lo quería matar”.

“Mi relación con las personas en general es buena y el problema que tuve fue con los vecinos, por el tema de los perros que yo tenía...”

“Fue después de la internación que nos agarramos a las pedradas con unas vecinas de en frente...”

En el caso de otro entrevistado en cuanto a las relaciones de pareja responde:

“novias tuve un montón pero no duraban más de un año porque me pedían plata y yo era pobre, no tenía a quien pedirle...” “Hay personas que no me aceptan como soy, hay una señora que me dice que soy el hijo del diablo porque no estoy bautizado”. “Me gusta leer y dibujar”

“Tengo pocas amigas actualmente, el resto de mis amigas me han rechazado, dejado de lado y me tratan como “loca” después internación y han tomado distancia. “Como que soy peligrosa...”. “Tuve problemas con unos vecinos “jodidos”. “Tengo buena relación con compañeras/os de trabajo y con mi jefe. Ahora no estoy en pareja. Estuve y sufrí una decepción amorosa, sufrí mucho”. “Cuando se terminó esa relación que tuve empecé a sentirme triste, angustiada, no le encontraba el sentido a nada, vacía”.

Las personas entrevistadas en esta investigación tenían amigos antes de la internación, es decir que tenían lazos sociales con compañeros, vecinos, conocidos, amigos. Aunque en muchos casos los entrevistados manifiestan que durante la internación establecen lazos estrechos y que le otorgan familiaridad y contención al sentirse comprendidos y al haber atravesado por una misma experiencia.

A continuación se presenta la manifestación de una entrevistada que explica con detalle la marcada diferencia existente entre sus amigas “de afuera” las que conoce desde antes de estar internada y las amigas que “conoció durante la internación”:

“Tengo dos amigas y cuatro más que conocí durante la internación, los lazos que se establecen durante la internación son sólidos y hasta más fuertes que amistades de otros ámbitos. Se comparten cosas muy fuertes acá. Tenemos muchas cosas en común.

Me pasa que cuando ellas me hablan yo las puedo entender bien y viceversa. Cuando vos hablas con una persona de “afuera” te escuchan y te dicen: Uy! No, ésta está más loca...o sea no te entienden les da lo mismo lo que hablás. En cambio con mis amigas del hospital les prestás toda la atención, les aconsejás...”. “...y una amiga que fue, la Chechu, ellas iban día de por medio. Ahora ellas me dejaron de hablar, no sé por qué...”

Aquí la entrevistada establece una marcada diferencia entre el “afuera” del hospital y las personas internadas. Ella siente que pertenece al hospital, se siente cómoda “adentro”, ese es su lugar en el mundo – según refiere más adelante-

“Tengo relaciones con mis amigas, algunas de antes y otras que me quedaron de la internación. La tengo a Blanca y Pochola, amigas que yo tenía de “antes”, que me visitaban de antes. Mara, Angel también, varios amigos/as tengo”.

4. Historia del Padecimiento / Internación

En la siguiente categoría se hace referencia al proceso de internación-externación y se ilustran dichas experiencias subjetivas con expresiones textuales significativas de unos entrevistados y se especifica el motivo de internación en otros entrevistados.

La mayoría de los entrevistados refiere haber tenido una buena experiencia durante la internación, haberse sentido cómodos y comprendidos, contenidos. Buena relación con profesionales y compañeros.

“Tanto los profesionales como el personal de enfermería todos fueron muy buenos conmigo”.

“El trato era muy bueno muy correcto, la comida rica y mis compañeros también muy buenos.”

Por otro lado algunos entrevistados refieren haberse sentido muy medicados durante la internación.

“La cuestión es que ahí me tuvieron una semana, me daban antidepresivos y otras pastillas pero me sentía muy dopada”. “Y... habré ido como seis o siete veces, y me internaba porque me sentía sola, triste y con angustia. Me la pasaba todo el día mirando el piso...”

“Me sentía mal con la medicación, porque me caía, tuve un golpe en la frente, sentía que se me bajaba la presión y me desorientaba, me perdía....”

“La marihuana y el maltrato que yo tenía con mi abuela hace un tiempo atrás por eso me internaron..” “Durante la internación me acostaba y pensaba mucho...y por la medicación que me daban es como que yo quedaba dopado”.

Ya que uno de los objetivos específicos de este trabajo consiste en caracterizar los procesos de internación y externación de personas internadas en el HCSM se comenzará por definir lo que significa para Goffman⁸ las instituciones totales. “Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

“Es que a mí no me avergüenza la estadía ahí, lo pienso como algo que es parte de lo que me tocó vivir en la vida. Una experiencia más...dentro de lo desagradable...fue agradable, porque pude ver cosas de la vida que ni me las había mostrado la vida!!”
“Me daba cuenta que ellos me miraban como si yo estuviese perdida” “yo me shockié” “ese día pensé que me volvía con la policía” “con la internación yo cambié mi visión, porque yo pensé que una persona que estaba ahí, estaba confinado a volverse loco, y yo aprendí que no, que hay personas que están atravesando una crisis, termina la crisis y lo resuelven con su psicólogo, su psiquiatra (tratamiento ambulatorio) y siguen adelante. Yo pensaba que el que se enfermaba mentalmente no se recuperaba más”. “Silvia hace una denuncia y dice yo me quería matar y matar a mi madre, me fue a buscar la policía a mi casa, estuve 21 días detenida en la Comisaría de Villa Carlos Paz y luego me trasladan al HCSM”.

“Fue hermoso porque estábamos en el pabellón C1 del hospital y una amiga mía...nos hicimos muy amigas, vivía en Carlos Paz y hace poquito se fue a vivir a Rio Cuarto...(llora)...y se suicidó...(se angustia)”. “No recuerdo la fecha en que fui internada. Fue injusta la internación. Estuve internada en el Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba y luego en el HCSM. Pasé una experiencia “horrible” en el Neuropsiquiátrico”.

“Me trataban por problemas nerviosos, me manda a internar un médico en Oliva y luego en Santa María. Estuve internado 3 años en total...creo...no me acuerdo bien, y hace 2 años que estoy viviendo fuera del hospital en una casita..”(residencia asistida). Ahora hago changas. Tuve una mala experiencia en el Hospital de Oliva (maltratos). Mi familia me dejaba de lado por tener problemas psiquiátricos y deciden internarme en el HCSM”.

“Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio: tiene, en síntesis, tendencias absorbentes ”³³.

Siguiendo a Goffman³³ en las instituciones totales, hay una escisión básica entre un gran grupo manejado, que adecuadamente se llaman internos y un pequeño grupo personal supervisor. Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo. Un entrevistado ilustra claramente lo dicho por Goffman³³:

“Estuve una semana internado. Cumplí los 33 años mientras estaba internado. No recibí visitas durante la internación. A mi abuela no le permitían visitarme y un amigo me dejó una torta para mi cumpleaños. “Sí, ahora soy más para afuera antes era más para adentro...pero no me gustó la experiencia de la internación porque tenía miedo de volverme loco.”

“ por no encontrarle sentido a la vida, querer estar tirada en la cama todo el día”. “y bueno...un día vine (a la guardia) que estaba muy mal, había llorado todo el día, temblaba, no podía estar sola, tenía miedo y me quería ir de mi casa porque tenía miedo de estar en mi casa era algo incontrolable no me podía levantar de la cama, y

veía que pasaban las horas, que anochecía, que no había comido, que tenía hambre pero lo único que hacía era ponerme el cenicero al lado y fumar, fumar, fumar”.

Retomando a Goffman³² en *Internados*: “La ansiedad del interno adopta a menudo la forma de un interrogante que se plantea a sí mismo y formula a sus compañeros: ¿Podré yo arreglármelas allá afuera?. La perspectiva resulta probablemente desmoralizadora: ésta puede ser la razón de que muchos ex – internos piensen a menudo en la posibilidad de volver “adentro”, y la razón de que un buen número de ellos vuelva en realidad”.

“Nunca me sentí capacitada ni preparada para salir del hospital, si hubiese sido por mí me hubiese quedado más tiempo. Y en la última internación también me pasó que no me entraba ni una bala, que no recapitaba, y para mí, mi lugar era ese”.

La asimetría de poder hace que durante la internación otros dispongan de la vida del interno, es decir una falta de autonomía que los deja en relación de dependencia tanto en relación a los profesionales de la Institución como respecto a sus familiares, todo esto representa una asimetría de poder; tal como aborda Link¹⁴ al estigma desde una perspectiva social afirmando que “el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado”.

5. Experiencias de Maltrato / Agresividad/ Sufrimiento

Aparece como categoría emergente ya que es mencionada por los entrevistados recurrentemente y sistemáticamente, tanto en sí misma o como consecuencia de situaciones puntuales. Hace referencia a malestares, síntomas, estados emocionales difíciles de manejar.

“... hasta que un día me sentí mal mal y me agarró una angustia tan grande que me puse a llorar, llorar y llorar...” “Yo estaba mal, muy angustiada y tenía ganas de morirme”. “Pero yo le tenía terror a él... si veía una tela de araña me preguntaba por qué no limpiaba, que era una mugrienta...me decía de todo la palabra “yegua” era la palabra más fina” “...me separo por miedo porque él siempre me decía que si yo me separaba de él yo no iba a vivir, iba a matarme a mí, a mi papá a mi mamá y a mis hijos.

El tenía adoración por los cuchillos, me agarraba la cabeza venía de atrás con un cuchillo tipo rambo y me ponía al filo del cuchillo al cuello y me decía: quédate quietita porque sino el hilo se corta... él se manejaba así, entonces yo tenía que hacer lo que él me decía para salvar a mis padres y a mis hijos” “...un día yo salí de trabajar a la nocecita, se acerca un auto y bajan unos tipos y me dicen: si vos no te mandas a mudar de acá de Carlos Paz te matamos uno a uno a tus hijos.”

Se encuentra como denominador común en la gran mayoría de los entrevistados, el hecho de que experimentan un marcado malestar en “la dificultad para controlar sus impulsos”.

Esto tiene una conexión directa con el sufrimiento y la agresividad ya que quienes expresaron el malestar han reaccionado de modo violento en algún momento de sus vidas – sino en varios- y en general han sido episodios anteriores a la internación o, justamente lo que motivaron la internación en el HCSM.

“Porque tuve un percance con mi familia: con mi hermano discutimos y empecé a romper todo las puertas todo lo que estaba a mi alcance, se me saltó la chapa”.

“...y el maltrato que yo tenía con mi abuela...de palabra...eran insultos de palabra, ambos nos insultábamos”.

“Y...de Oliva tengo malos recuerdos no había trato muy bueno ahí conmigo ni con los otros pacientes... por ejemplo iban con la linterna y nos sacaban las sábanas y las frazadas para ver si estábamos durmiendo con ropa y nos gritaban...”.

“Ni me trataban porque me daban por loca, no me daban ni de comer, los otros presos me convidaban comida. ... me dejó tirada ahí en la comisaría (Luisa)...se instaló en mi casa con mi mamá...”. Maltrato por parte de Luisa, por parte de la Policía y ahora por su hermano que la estigmatiza.

“Soy muy impulsiva tato en lo físico como en lo verbal, algunas veces me saco de bronca, no paro de decir cosas y después me doy cuenta que fueron re hirientes...terrible”

“No lo soporto más a mi hermano, él me empezó a agredir y a mí se me saltó la cadena... me puse muy agresiva, rompí dos puertas no había quien me pare...”
“Trato de controlarme pero igual siento que en cualquier momento voy a estallar...”
“...porque yo soy muy impulsiva, por ahí no tengo filtro...” “Antes se me saltaba la chaveta más rápido... todo el tiempo discutía” “cuando ya me incan ahí hasta el fondo donde más me duele, ahí si exploto”. “me había autoagredido, fue la época en que me llamaban mucho la atención los cuchillos...dormía con cuchillos en la mesa de luz...” “...trato de ponerle un poco de onda porque sino voy a quemar el hospital (risas)”.

“En el 2013 me internan en el HCSM en contra de mi voluntad, realizan un acuerdo sus dos hijas y el psiquiatra que la trataba de modo ambulatorio”.

6. Percepción del Estigma

Esta última es la categoría en estudio, la principal en el trabajo. En esta categoría estarían incluidas las sub categorías Atributos desacreditadores y Prácticas discriminatorias, entre otras.

Recordando lo planteado por Ochoa *et al*³ que “las personas con padecimientos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados en nuestra sociedad”³. En virtud de los prejuicios que sobre ellos recaen, se constituyen en objetos de prácticas discriminatorias.

Tomando a Goffman⁸ quien define al *estigma* como un atributo profundamente desacreditador se ejemplifica con la siguiente respuesta:

“...Y bueno, después mi padre adoptivo iba por interés, para explotarme, para llevarme a trabajar, me hacía hacer trabajos de hombre...” Me explotaba, abusaba de mí y se aprovechaba de mi condición de “internada”.

Otro ejemplo de estigmatización claro se puede observar en la siguiente manifestación:

“Mi hermano me dice que ya no me tiene confianza, que si no me hubiese estado haciendo la loca eso no me pasaba (internación).” Refiere sentirse rechazada.

Se construye así la creencia, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana, valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida.

“...porque todo eso me lo decían antes, pero mal” “cómo te vas a poner así si hay gente que tiene cáncer...” y yo respondía: *“no importa pero a mí esto me duele...”* *“y era mi dolor...”*. Con todo esto la entrevistada refiere haberse sentido estigmatizada desde antes de la internación cuando se sentía incomprendida frente a su dolor y malestar.

Retomando a Goffman⁸ : el estigma es perjudicial en sí mismo porque puede originar sentimiento de vergüenza, culpa y aislamiento.

Cuando se indaga acerca de su autovaloración *“...despelotado, soy lento en reaccionar...cuando quiero reaccionar ya se fueron con otro novio...soy nervioso pero no negativo..”* *“... y...a la forma de comunicarme, de relacionarme con la gente me siento un indio toba, lento, -vergüenza- como si viviera en el medio del campo muy lento y muy apagado”*. *“...me siento insuficiente yo no rindo en el trabajo, no rindo nada y cada vez que quiero rendir en algo llega la autocrítica...”*. *“Me acepto cuando logro algo grande”*. .

Cuando se indaga acerca de la posibilidad de finalizar los estudios secundarios *“Sí me gustaría terminarla pero no me siento capacitado, me gustaría volver a 7º grado...”*. (En relación a la aceptación de sí mismo) *“sí a pesar de todo tengo una aceptación suave pero sí”*.

“Se portaron muy mal conmigo esos vecinos, se burlaban de mí porque yo soy discapacitada... porque no tengo memoria, me olvido de los nombres y las fechas...”(atributo desacreditador y práctica discriminatoria)

Cuando se indaga acerca de la integración y aceptación familiar: *“Están trabajando no tienen tiempo de venir a verme”*.

Cómo se siente después de haber estado internada en el hospital: *“...creen que soy tonta, me discriminan”*. . (atributo desacreditador y práctica discriminatoria)

Cambios a nivel familiar y/o social posteriores a la internación: *“Sí por ejemplo con mi hermano, porque él me lo dijo que no tiene más confianza en mí y que si yo no me hubiese estado haciendo la loca eso no me pasa que yo ahora estoy en un grado de demencia que me tengo que adaptar entonces me siento como rechazada...”* *“...ellos (familia) piensan que no puedo ir a Córdoba sola, que no puedo hacer nada, piensan que estoy limitada e incapacitada ...”* (vergüenza) .

“...Y yo cambié mi visión”. *“Yo pensaba que el que se enfermaba mentalmente no se recuperaba más”* (prejuicio sobre la salud mental).

Cuando se indaga sobre sentirse apreciada o aceptada por otras personas responde: *“Sí”*. (y desvalorizada o desacreditada) *“Sí por Luisa y por mi hermano”*.

“... y, hay un par de amigas que han tomado distancia (práctica discriminatoria) por eso de que piensan que estuve “ loca” , como que soy “peligrosa”(atributo desacreditador)... como que en algún momento me va a agarrar el ataque y voy a volver...”.

Se indaga sobre los cambios sociales y/o familiares a partir de la internación: *“...sí por ejemplo mi hija Ana estuvo un año sin hablarme...(práctica discriminatoria). No me perdonaba que haya hecho lo que hice –respecto al intento de suicidio”-*. *“Soy muy inestable, insegura...indecisa. Yo pienso que todos –sacando a Pamela y a Gonzalo- me tienen como que soy “la loca de la familia”(atributo desacreditador). Inclusive me acuerdo que mi marido me decía “sos loca””*. (haciendo referencia a la internación) *“ Y cuando salí de allí.... las personas me veían y pensaban que estaba “loca” ...y creen mucho que sigo siendo la “loca” hasta la actualidad”*. (respecto al área laboral) *“siento que cuando sepan de mi enfermedad cambiarán su actitud (práctica discriminatoria) y seré la “loca” otra vez”* (atributo desacreditador).

Barei¹² trabajando sobre la exclusión, la discriminación y la diferencia refiere que el estigma “se manifiesta en representaciones sociales a las que suele llamarse también

discriminatorias, pero que van más allá... y ponen de manifiesto algo más que una simple actitud discriminatoria”.

“Bueno mi padre adoptivo me discrimina, divulga con los vecinos: tengo una hija discapacitada...” (atributo desacreditador) *“Y ...me siento mal porque es un infierno lo que estoy viviendo... quiero una nueva vida, estoy cansada de mi padre adoptivo y todas las explotaciones que me hace a mí y a mi hijo...”*.

“...ellos me miraban como si estuviese perdida...”(práctica discriminatoria)

Corrigan¹³ y Link¹⁴ definen los *estereotipos* como estructuras de conocimiento cognitivas, el *prejuicio* como la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos y la *discriminación* como la consecuencia conductual del prejuicio.

“Me siento observada...me dicen vos estás con una recaída”(atributo desacreditador).

“A partir de la internación me perciben como peligrosa y ya no confían en mí ni para el manejo del dinero ni para cuidar a mi madre”(práctica discriminatoria) .

El *atributo* sería entonces lo que “porta” cada persona como un rótulo, una marca. Es a través de lo cual se identifica a una persona que se considera “diferente al paradigma de normalidad impuesto socialmente”; por otro lado las *prácticas discriminatorias* son aquellas acciones que se dan como consecuencias de los atributos adjudicados a las personas que resultan finalmente *estigmatizadas*.

Si bien el *estigma* es una dimensión general conformada por atributos, prácticas y otras categorizaciones, este trabajo, al focalizarse solamente en los objetivos enunciados, ha ejemplificado y trabajado sobre esas dos dimensiones. En consecuencia, los ejemplos seleccionados, ilustran cómo se manifiestan los atributos desacreditadores y las prácticas discriminatorias en el discurso de los entrevistados.

En el apartado Anexo se expone un escrito que ofreció una de las personas entrevistadas durante la investigación y que ilustra de una manera particular su propia experiencia de internación.

DISCUSION

El proceso de externación de personas con padecimiento mental presenta múltiples aristas; entre ellas aparecen aspectos negativos como la estigmatización, tema central de este trabajo de investigación. En virtud de esto, se llevó a cabo un estudio de casos con enfoque cualitativo, mediante entrevistas a personas externadas del HCSM.

En primer lugar, se retoma el objetivo respecto de los procesos de internación y externación de las personas internadas en el HCSM y que actualmente se encuentran en proceso de externación de las que fueron seleccionadas un grupo de externados de características heterogéneas para conformar la muestra .

Según las pruebas recogidas en las entrevistas, en primer lugar se pueden advertir las relaciones y diferencias que autores clásicos en el tema especialmente el Foucault³³ de *Vigilar y Castigar* y el Goffman³² de *Internados* observaron y sostuvieron a lo largo de muchas de las páginas que escribieron.

En varios de los testimonios, por ejemplo se pudo advertir al modo de Foucault³³, cómo aparecen y se hacen visibles las referencias y las marcas, a la manera de estigmas físicos, que el encierro ha producido en los cuerpos: heridas, cicatrices, enfermedades, vicios, carencias, debilidades. Son signos que el poder ha dejado inscriptos en cuerpos que son mucho más que meros soportes de carne y hueso: se trata de eso, más la intransferible individualidad y subjetividad de cada uno de ellos.

Se sabe que para Foucault³³ estas consecuencias no son algo aislado del resto social institucionalizado, ya que en el afuera la institución sigue, se repite: “¿Puede extrañar que la prisión se parezca a las fábricas, a los cuarteles, a las escuelas, a los hospitales, los cuales se parecen a las prisiones?”. En otra dirección se sabe que Goffman³² solamente aspira a describir y analizar los efectos que las instituciones tienen sobre los individuos. El quiere saber y explicar cómo la institución canaliza las relaciones de la sociedad con “los otros”, cómo se vive la co-presencia en los internados, y sin la pretensión foucaultiana de buscar detrás de la institución una matriz que remita al todo social-institucional. Aquí cabe remitir al hecho de que la mayoría de los testimoniantes manifestaron haber transitado por buenas experiencias durante la internación excepto tres casos oportunamente señalados, que experimentaron la internación de manera negativa.

Asimismo los entrevistados en su mayoría manifestaron, en general, tener confianza en sí mismos para enfrentar los desafíos sociales, aunque otros de los entrevistados manifestaron haberse sentido mejor habiendo estado internados según ya se dijo. Y este es un hecho al que se lo puede interpretar mejor desde la consideración de una organización social no arquitectónica -como se haría desde ciertas tradiciones- sino abierta y difusa: a la manera de lo que Deleuze y Guattari definen con el *agenciamiento*, según lo explican Tirado y Doménech³⁴ como una multiplicidad cambiante que expande incesantemente sus conexiones, siendo algo que pone en conexión ciertas multiplicidades heterogéneas y que es el agenciamiento todo lo contrario al control que se practica en el establecimiento cerrado.

Es así que en algunos casos, y de acuerdo con los testimonios referidos en el apartado de Resultados, se puede interpretar una suerte de comodidad que brindaría el encierro, sobre todo ante la falta de experiencia y aprendizaje para manejarse en un afuera social que, a cambio de algunos riesgos ofrece gratificaciones insustituibles -según lo planteado por Basz¹⁰- También debe tenerse en cuenta lo que suele suceder en los encierros carcelarios. La comparación nos remite nuevamente a las homologías foucaultianas de *Vigilar y Castigar*³³ con los presos antiguos, que prefieren la prisión porque afuera de ella no sabrían qué hacer.

A esto Goffman³² lo explicará mediante la “desculturación” o lo atribuirá a un “desentrenamiento” que vive el “internado”, y que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior. En consecuencia con lo antes dicho, la subjetividad de las personas que permanecen alojadas en las instituciones totales se ve fuertemente deteriorada durante su estadía. Este descentramiento incapacita al interno para manejar aspectos de su vida cotidiana en el exterior, a tal punto que el momento de la liberación representa una nueva pérdida para el yo. Goffman³² explica que “Es posible que la liberación se le presente como el traslado desde el nivel más alto de un pequeño mundo, hasta el nivel más bajo de un mundo grande. Además, tal vez no pueda salir de la institución para volver a la comunidad libre sin llevar trabada su libertad con ciertas limitaciones”.

De cualquier manera, queda en claro que la externación es la puesta en marcha de un proceso de desinstitucionalización que en buena medida estaría hablando de la crisis por la que atraviesa la asistencia psiquiátrica profesional basada en la internación.

Lo cierto es que la tendencia imperante -aunque experimental- hoy se da, en cuanto a la desinstitucionalización, a partir de la práctica de lo que se denomina *case management* un seguimiento en buena medida personalizado de uno o varios casos que intenta implementar la

*extitución*³⁴ de las personas bajo tratamiento. Es decir: no la acción de atraer al individuo hacia la institución (acción centrífuga) sino la de llevar la institución hacia el individuo (acción centrípeta). Aquí ya no hay el control sobre el cuerpo del individuo en un lugar fijo y estable - la institución física- sino que es una operación sobre las posibilidades de movimiento de los individuos que ya están en lugares abiertos, y que puede ser operada a distancia. Las nuevas tecnologías de información permitirían el control, obteniendo datos relevantes con rapidez para actuar en consecuencia. Pero confiar en la *extitución* tampoco parece ser la solución adecuada ya que aún las redes de contención con anclaje en la comunidad son escasas y frágiles, en tanto no hay programas efectivos de ampliación de oferta de dispositivos extra muros.

Retomando uno de los objetivos específicos identificar atributos desacreditadores y prácticas discriminatorias en personas bajo estudio, se basa teóricamente en lo que declara la OMS²⁴ “la principal barrera para el desarrollo de la salud mental comunitaria es el estigma y la discriminación asociada a las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento”. (...) “el estigma es un fenómeno presente y perjudicial para los usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares en América Latina, afectando negativamente su autoestima, adherencia al tratamiento y calidad de vida”.

Se encuentra que la mayoría de los entrevistados asegura que quienes más intensamente los estigmatizan, según ellos mismos lo perciben, son los propios familiares y personas que los rodean. Asimismo, y coincidiendo con Silvia Barei¹² hablar de estigma implica hablar de prácticas discursivas y sociales que trabajan sobre la exclusión, la discriminación y la diferencia “y se manifiesta en representaciones sociales a las que suele llamarse también discriminatorias”.

Se deja en claro que, el estigma -según Goffman⁸-: hace referencia a un atributo profundamente desacreditador. La persona con padecimiento mental muestra un atributo que lo vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien inficionado y menospreciado. Un atributo de esta naturaleza es un estigma.

De acuerdo a lo planteado por Wahl³⁵: ¿En qué medida la discriminación que sufren las personas aquejadas de trastornos mentales acaba afectando a su salud física y psicológica? La respuesta es clara: “el estigma asociado a la enfermedad mental tiene consecuencias negativas para el bienestar psicológico de la persona, se ha encontrado una relación significativa entre salud mental y la estigmatización”.

Según lo que hemos visto en la mayoría de los testimonios recogidos, el solo hecho de que alguien haya atravesado en algún momento de su vida por un tratamiento psiquiátrico, o por un episodio “anormal”, ya lo hace justo merecedor de un lugar social negativo y desvalorizado. Es así como el estigmatizado se transformará en una persona poco confiable, dudosa y a la que hay que tratar con sumo cuidado, nuevamente Goffmann⁸: “Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que presenta esa persona”. Siendo esto así – y aquí no es posible pasar por alto las fundamentaciones ideológicas de Basaglia³⁶ y Rotelli³⁷ - lo que muchas veces hay que entender es que la sociedad “normal”, con poder, deposita y oculta en estos “anormales”, despojados de todo patrimonio de valor, sus propias faltas y defectos.

Por supuesto que, con relación a los tres modelos que definen a la discapacidad en el esquema del CELS²², se adhiere a la propuesta del Modelo Social, en oposición tanto al modelo metafísico (la discapacidad como un castigo divino) el hospitalario o al que pretende eliminar el malestar con la medicalización (según bien lo define Galende³⁸).

Coincidiendo con lo planteado en el trabajo presentado en el año 2017 por la Asociación por los derechos en Salud Mental –de ahora en adelante ADESAM³⁹ - : “En el camino de la implementación de la Ley de Salud Mental” refieren que la implementación de la ley requiere de un cambio en la forma de ver, pensar y abordar el padecimiento mental, es decir, de un cambio de paradigma en la concepción de Salud Mental. Pensar a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho, y no como pacientes a rehabilitar o como objetos de tutela o caridad; a partir de la presunción de que son personas capaces, de que pueden expresar preferencias y participar en las decisiones acerca de sus vidas y de sus tratamientos; entender que son personas que gozan del derecho a vivir en la comunidad y a participar de la vida social y política en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

Concretamente, y de acuerdo con lo recogido como experiencia en la investigación, se ha logrado analizar el estigma social percibido por externados del HCSM mediante las entrevistas aquí sometidas a discusión. Respecto a la autopercepción y aceptación de sí mismos se encontró lo siguiente: tres entrevistados no se aceptan y no se quieren como son; cinco entrevistados sí se aceptan y se quieren y dos entrevistados no tienen registro interno, por lo cual no han podido responder y no se ha logrado evaluar.

Por otro lado y en relación a la integración familiar, cinco de diez entrevistados se sienten integrados por el sistema familiar.

Cuando se indagó sobre la percepción de los otros hacia ellos se encontró, que dos de ellos, no tienen registro sobre eso; seis entrevistados se sienten discriminados y estigmatizados (“me miran como si estuviese loca”) y dos entrevistados tienen una buena percepción respecto de la mirada de los otros. Y aquí inevitablemente aparece nuevamente Goffman⁸, recordándonos de qué modo la mirada del otro es la que forja la identidad y el rol social. Trasladado lo anterior al caso de los entrevistados, cabría entonces entender de qué manera en “la mirada del otro” es en donde más perciben el estigma.

CONCLUSIONES

Se aclara que antes de comenzar el trabajo de campo esta maestranda manejaba ciertos pre-conceptos, y esperaba encontrar en las respuestas de los entrevistados –al menos en su gran mayoría- indicadores de baja autoestima, inseguridad o sentimientos de inferioridad. Se da una tendencia a “subestimar” a los entrevistados por el sólo hecho de que han estado internados en un hospital psiquiátrico –o por haber transitado por una experiencia de internación psiquiátrica- . Hay aquí una manera de estigmatización que debe ser advertida por el profesional ante el encuentro con cada nuevo “paciente”. En este sentido, luego de la rica experiencia del trabajo de campo llevado a cabo para la investigación, se pudo corroborar –en contraste con lo esperado- que las personas que estuvieron internadas en un hospital psiquiátrico suelen sentirse, en su gran mayoría, bien preparadas para enfrentar el “mundo”, la realidad del afuera; tanto a nivel laboral como emocional.

A modo de prueba he aquí algunos testimonios.

“Es que a mí no me avergüenza la estadía ahí, lo pienso como algo que es parte de lo que me tocó vivir en la vida. Una experiencia más...dentro de lo desagradable...fue agradable...”

“...de enfermera y estudié en la Cruz Roja, y tengo ocho títulos de enfermería”.

“Tengo pocas amigas actualmente, el resto de mis amigas me han rechazado, dejado de lado y me tratan como “loca” después internación y han tomado distancia. “Como que soy peligrosa...”.

“A partir de la internación me perciben como peligrosa y ya no confían en mí ni para el manejo del dinero ni para cuidar a mi madre”(práctica discriminatoria) .

A pesar de haber encontrado respuestas como ésta última acerca del rechazo de las personas “de afuera”, los entrevistados, en su gran mayoría han manifestado sentirse seguros y optimistas, por ejemplo al momento de buscar trabajo. Por más que imaginan, o “esperan”, lo malo que pueden encontrar “en el afuera”, confían en sí mismos y en contar cada uno con valores de su individualidad y con sus capacidades y habilidades, tanto para encontrar como para realizar actividades mediante las cuales puedan desenvolverse “correctamente” y ganarse la vida; lo mismo puede decirse respecto a las relaciones humanas en cuanto a encontrar una pareja por ejemplo.

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental¹ depende de los gobiernos, los trabajadores de salud y salud mental, los trabajadores de las diversas áreas, los usuarios de los servicios de salud en general, y las personas con padecimiento mental en particular y su familia, la comunidad en general eliminando las prácticas discriminatorias y estigmatizantes, como factor determinante en la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

Este cambio de paradigma arriba mencionado del cual es responsable toda la ciudadanía: la discapacidad es entendida como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos, y no como la característica que debe definir la vida de una persona, o que totaliza su destino en un marco de discriminación y exclusión.

A los trabajadores del campo de la salud mental les toca la delicada tarea de correr, tanto los velos que cubren al poder que disimula sus tácticas de desplazamiento de culpas y aislamiento de quienes no siguen las normas (y una de ellas, aliada con el sistema “científico” y político, generó el manicomio), cuanto el compromiso de ayudar a que la sociedad acepte a los otros diferentes sin que esas diferencias constituyan estigmas.

Además nos compete -muy especialmente- el cuidarnos con celo de construir prejuicios formados por nuestra misma práctica profesional cuando automáticamente tipificamos “casos” olvidando que estamos ante sujetos diferentes, cada uno con su individualidad.

Al Estado, al menos en el esquema tri partito (Estado – Obras Sociales – Mercado) en el que se da el sistema propio de nuestro país, le compete -como dice Galende³⁸ en reiteradas ocasiones- bregar por una integración de la sociedad que asegure a los ciudadanos las condiciones mínimas para una vida digna y con plena observancia de los derechos humanos.

Para finalizar estas conclusiones se retoman las ideas expuestas en el trabajo de “Mirar tras los muros II”⁴⁰ donde se plantea que el cruce de los modos institucionales de operar y el estigma se correlacionan en operaciones articuladas que producen una identificación social de diferencias humanas y que establecen etiquetas, es decir una estigmatización que se inscribe en la subjetividad de las personas con padecimiento mental. De este modo el imaginario y las representaciones sociales acerca de la locura constituyen obstáculos en el avance hacia una transformación de paradigmas. Así, el desafío será plantear las transformaciones no sólo como una reforma sanitaria sino como una problemática de DDHH focalizando en la transición del sistema manicomial hacia abordajes comunitarios.

Ojalá que este modesto aporte contribuya a tal solidaria tarea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. *Ley Nacional de Salud Mental 26657*. Decreto reglamentario 603/2013, 29 mayo 2013; Cap. I-II-IV-V-VII-VIII: 12-36.
- (2) Argentina. Legislatura de la Provincia de Córdoba. 2007 – 2011. *Ley 9848 Protección de la Salud Mental de la Provincia de Córdoba*; Cap.II: Art. N° 6,7,11: 2-4.
- (3) Ochoa S., Martínez F., Ribas M., García –Franco M. *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia*. Rev. Asociación Especialistas en Neuropsiquiatría. 2011.; (31) N° 3: 478-479. (111 páginas). Disponible en: URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02115735201100030006. Consultado Abril 5 , 2016.
- (4) Comité de Investigación del HCSM. Historia del Hospital Colonia Santa María. 2010.
- (5) Marichal F. y Quiles M. N. *La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman*. Psicothema. 2000; (12) N°3: 458-465. Disponible en: URL : <http://www.redalyc.org/html/727/72712320/> . Consultado Diciembre 7, 2015.
- (6) Uribe Restrepo M., Mora O.L. y Cortez Rodríguez A. *Voces del estigma: Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental*. Rev.Universitas Médica. 2007, (48) N° 3: 208. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/html/2310/231018668003/> Consultado Febrero 10, 2016.
- (7) Casares, Julio. Real Academia Española. *Diccionario Ideológico de la Lengua Española: Desde la idea a la palabra; desde la palabra a la idea*. 2ª edición. Barcelona, España. Editorial Gustavo Gili. S.A. 1982; Pág 366.
- (8) Goffman, Erving. *Estigma: La identidad Deteriorada*. 2ª edición. Bs.As., Argentina: Amorrortu; 2012. Págs 13-17, 19, 27, 28.
- (9) Haightat Rahaman. *A unitary theory of stigmatisation*. BJ Psych. 2001;178: 207-15. Disponible en : URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/unitary-theory-of-stigmatisation-pursuit-of-selfinterest-and-routes-to-destigmatisation/40C12292C7584F628EB1C8C75A45785E> . Consultado Octubre 2 2016.

- (10) Basz E. *La dignidad del riesgo como antídoto al estigma*. Disponible en: URL: <http://www.observatoriodignidad.blog.post.com.ar> . Consultado Junio 5, 2016.
- (11) Crisp, Arthur. *The tendency to stigmatise*. BJ Psych. 2001 Mar; 178: 197-9. Disponible en: URL: <http://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/tendency-to-stigmatise/4EB829D303057E3405D045AB834978B9>. Consultado Septiembre 19, 2016.
- (12) Barei Silvia. *El estigma*. Rev.Bitácora de la Facultad de Lenguas, UNC. 2001. N°8: 337 – 338.
- (13) Corrigan Patrick et al. *El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo*. European Psychiatry 2006; 13: 165-176. Disponible en: URL: <http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>. Consultado Noviembre 2, 2015.
- (14) Link Bruce G. *Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection*. American Sociological Review, 1987,p.96-112.Disponible en: URL: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816> Consultado Abril 15, 2016.
- (15) Arnaiz A. y Uriarte J. *Estigma y enfermedad mental*. Norte de Salud Mental. 2006 (26) :49-59. Disponible en: URL: <http://www.documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>. Consultado Agosto 6, 2016.
- (16) Chung T., Kwan L., Chen A., Eric & Liu. *University students attitudes towards mental patients and psychiatric treatment*. International Journal of Social Psychiatry. 2001; (47): 63-72.
- (17) Magallares San Juan, Alejandro. *El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social*. Quaderns de Psicologia. 2011; (13) N° 2: 7-17. Disponible en: URL: <http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816>. Consultado Enero 6, 2016.
- (18) Bordieri, James & Drehmer, David. *Hiring decision for disabled workers. Looking at the cause*. Journal of Applied Social Psychology, 1986. (16), 197–208.
- (19) Dovidio Dovidio J., Major B. & Crocker J. *Stigma: Introduction and overview*. The Social Psychology of stigma. 2000; 1-28.

- (20) Green G., Hayes C., Dickinson D., et al. *A mental health services users perspective to stigmatization*. Journal of Mental Health. 2003; (12) :223– 234. Disponible en: URL:https://www.researchgate.net/publication/232091008_A_Mental_Health_service_users_perspective_to_stigmatisation . Consultado Agosto 16, 2016.
- (21) Putman S. *Mental illness: diagnostic title or derogatory term. (Attitudes towards mental illness)*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15, 684-693. Disponible en: URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2850.2008.01288.x>
- (22) Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales. *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la internación del manicomio*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales CELS, 2015 (132 páginas) 120-124. Disponible en: URL: www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/. Consultado Septiembre 8, 2016.
- (23) Mascayano Tapia F.M., Allende S., Schilling S., Escobar E., et al. *Programas para reducir estigma hacia la enfermedad mental: lecciones para Latinoamérica*. 2013.: 259-278. Disponible en: URL: https://www.researchgate.net/profile/Roberto_Abeldano/publication/286927598 Consultado Abril 4, 2016.
- (24) Vásquez, Javier. *La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades mentales*. 2004. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Disponible en: URL: <http://www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf>. Consultado Mayo 20, 2016.
- (25) Leiderman E., Vazquez G., Berizzo C., Bonifacio A., Bruscoli A, Capria J et al. *Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.2010; Bs As. Argentina. (46) n°4:281-290. Disponible en : URL: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44729376/Public_knowledge_beliefs_and_attitudes_t20160414-26067-yf4anw.pdf?AWS
- (26) Peluso E., Blay S., et al. *Public stigma and schizophrenia in São Paulo city*. Rev. Brasileira de Psiquiatria. 2011;(33) N°2:130-6. Disponible en : URL:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462010005000004&script=sci_arttext.

Consultado Febrero 28, 2016.

- (27) Baumann, A. *Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a stranger*. *International Review of Psychiatry*. 2007; (19): 131–135. Disponible en: URL: <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>. Consultado Febrero 21, 2016.
- (28) Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. México:5ª ed. Mc Graw-Hill, 2013.
- (29) Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, 1999, p. 339-401.
- (30) Muñoz M., Guillén A., Pérez-Santos E. *La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza*. *Rev.Rehabilitación psicosocial*, 2013, vol. 10, N° 2, p. 10-19.
- (31) Mascayano Tapia Franco et al. *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. *Rev.Salud Mental*. Vol. 38. N°1 . México: ene/feb.2015. Disponible en: URL:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252015000100008. Consultado Enero 31, 2016.
- (32) Goffman Erving. *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2ª ed. Buenos Aires:Amorrortu; 1972. Pág.79. Disponible en : URL: <http://www.ucipfg.com/Repositorio/MCSH/MCSH02/BLOQUEACADEMICO/Unidad-3/complementarias/inter-1.pdf>. Consultado: Mayo 6, 2016.
- (33) Foucault M. *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. 34ª edición en español. Argentina:Siglo XXI editores; 1975.
- (34) Domenech Miquel et al. *Extituciones: Del poder y sus anatomías*. *Revista Política y sociedad*. 2001;(36):191-204. Madrid. Disponible en: URL: https://www.scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0%2C5&q=domenech+y+tirado&btnG. Consultado 29/03/2016.
- (35) Wahl Otto F. *Mental health consumers experience of stigma*. *Schizophrenia Bulletin*. 1999 (25) N°3: 467- 478. Disponible en: <https://watermark.silverchair.com/25-3->

[467.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgA.](#)

Consultado Mayo 5, 2016.

- (36) Basaglia, Franco. *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Editorial Topia. 2013. Buenos Aires. Argentina.
- (37) Rotelli, Franco. *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Editorial Topia. 2014. Buenos Aires. Argentina.
- (38) Galende, Emiliano. *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Cap.Sexto. Lugar Editorial. Buenos Aires . 2008: 1-15.
- (39) ADESAM 2017. Disponible en: URL: <http://adesam.org.ar/2017/03/28/derechos-humanos-en-salud-en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-ley-nacional-de-salud-mental/> Consultado Mayo 2, 2017.
- (40) Bonafé Lucía et al. *Mirar tras los muros. Situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba*. 2º Informe provincial . Año 2014. 1º ed. – Córdoba: Editorial de la UNC (Universidad Nacional de Córdoba) 2015. Archivo digital. Este documento se encuentra depositado en el Repositorio Digital Universitario de la UNC. Disponible en: URL: <http://www.editorial.unc.edu.ar/book-review/mirar-tras-los-muros-situacion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-privadas-de-libertad-en-cordoba-segundo-informe-provincial-ano-2014/>. Consultado 26/04/2016.

ANEXO

Tabla 1. Relación entre Estigma, atributos e identidad

ESTIGMA	ATRIBUTOS	SOCIEDAD
Atributos que vuelve a las personas diferentes de los demás	Características individuales, cualidades, propiedades de un ser	Establece medios para categorizar a las personas y sus atributos
Lo convierte en alguien menospreciado	Identidad Social	
Atributo profundamente desacreditador		
Clase especial de relación entre Atributo y Estereotipo		

Tabla 2. Discriminación a las personas con trastornos mentales (adaptado de Putman²⁰, 2008)			
Contexto laboral	Relaciones personales	Contexto Sanitario	Mass media
Falta de oportunidades de empleo	Culpabilización	Pagar el tratamiento	Unión con violencia
Actitud condescendiente por parte de los compañeros	Tema difícil para hablar sobre él		
Se sienten muy controlados y supervisados	Excesiva presión para que se recuperen	Entrar en el tratamiento	Representación negativa
No se les dan responsabilidades	Se les percibe como a una carga, como personas débiles, carentes de autocontrol		
Malos entendidos (se les atribuye todo a la enfermedad)	No merecen compasión Asociados a agresividad y violencia	Actitudes negativas del personal sanitario	Palabras estereotípicas para hablar con ellos

Tabla 3. Otro antecedente de importancia ha de ser tenido en cuenta a la temática tratada es el trabajo realizado por el CELS⁷ en “Cruzar el muro”, quienes abordan el tema de la discapacidad desde tres modelos conceptuales:

DE LA PRESCINDENCIA	MEDICO – REHABILITADOR (O ASISTENCIAL)	SOCIAL
<p>Ubica el origen de la discapacidad como un hecho divino o religioso, una forma de castigo o advertencia divina. En este marco, el ser con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad. Es un ser “deforme”, por tanto improductivo. Este modelo implicó respuestas sociales excluyentes.</p>	<p>Ubica la discapacidad en la tensión entre salud y enfermedad. Esta lógica implicó un mínimo margen de integración, ya que se consideró que las personas con alguna clase de discapacidad pueden eventualmente contribuir a la vida en sociedad en la medida en que sean “normalizadas”, curadas o rehabilitadas.</p>	<p>Y el modelo social, sobre el cual se asientan los más recientes avances teóricos y normativos. Fue impulsado por las mismas personas con discapacidad. Implicó entender a la discapacidad a partir de las barreras, actitudes negativas y exclusión de la sociedad en función de las personas consideradas diferentes. Tomó como central la noción de “diferencia” y evidenció procesos de marginación, exclusión y opresión.</p>

CONSIDERACIONES ETICAS

Se presentó a los entrevistados un consentimiento informado donde se le explicó el objetivo de la investigación, que la decisión de participar de este estudio es voluntaria y no remunerativa, y se le solicitó la autorización y el consentimiento al encuestado.

Además se realizó una nota informativa al Director del Hospital Colonia Santa María y a autoridades municipales de la ciudad de Villa Carlos Paz, al mismo tiempo se solicitó la correspondiente autorización para investigar en dichas Instituciones.

A continuación se presenta el modelo de consentimiento informado que se presentó a los participantes:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

Esta es una entrevista que realiza la Lic.Parfeniuk Ana Belén para el ESTUDIO DE “El estigma social percibido por personas internadas en el H.C.S.M.(Hospital Colonia Santa María, actualmente en proceso de externación” : Se quiere conocer cómo se ha desarrollado su proceso de regreso a vivir en la comunidad a la que pertenecían.

La información que se relevará en esta entrevista será para profundizar la comprensión sobre aspectos de la temática a investigar.

Le hacemos saber que la información brindada será tratada respetando los principios de confidencialidad y anonimato, y no será utilizada para otros fines que los relacionados con el estudio.La decisión de participar en este estudio es voluntaria y no remunerativa. Por esta razón, le solicitamos su autorización y consentimiento para incluirlo en este estudio. Asimismo le informamos que si requiere contactarse con el equipo investigador, podrá hacerlo en el Hospital Colonia Santa María de Punilla, Calle Pública s/n, Santa María de Punilla, De lunes a viernes de 8 a 14hs. Lic. Parfeniuk Ana Belén

Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Ovidio Lagos 163- Barrio General Paz- 5004 Córdoba. Miércoles y Jueves de 15 a 17 hs. T.e.: 0351- 4259367 Agradecemos desde ya su colaboración.

El/la integrante del equipo de investigación Ana Belén Parfeniuk me ha informado acerca de la naturaleza, a quienes va dirigido y los fines de la entrevista. También me ha informado dicha profesional que los beneficios esperados están dirigidos hacia la comunidad donde pertenezco, y que puedo abandonar voluntariamente mi participación en este estudio en cualquier momento. Que se preservará mi identidad y que la información será tratada con confidencialidad, es decir que no será de conocimiento público. Si del estudio presente resulta una publicación, mi identidad se mantendrá confidencial.

Agrego que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido respondidas total y satisfactoriamente.

En aquellos casos que el respondente no comprenda plenamente el significado del consentimiento se solicitará la autorización de un familiar del mismo.

Firma del EntrevistadoFirma del Profesional

Fecha de la entrevista

CONSENTIMIENTO ADICIONAL DE UN FAMILIAR

Se solicita a usted me sea autorizado realizar una entrevista al SR/SRA, con el fin de realizar una investigación la cual forma parte de la Maestría en Salud Mental organizada por la Escuela de Salud Pública de la U.N.C.

A través de dicha entrevista se quiere conocer de qué manera vivencian su proceso de externación, y cómo perciben el trato recibido por los integrantes de su comunidad.

A continuación se presenta el modelo de la Entrevista tomada.

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Entrevista N° ...

Se explica en qué consiste la entrevista y la investigación. Se le entrega el consentimiento informado, se le solicita al entrevistado que lo lea y lo firme (en caso de estar de acuerdo).

1) **DATOS PERSONALES:**

Nombre – Edad

¿Cuál es el máximo nivel alcanzado de instrucción escolar?

2) **ACTIVIDAD LABORAL**

¿En qué se ha desempeñado laboralmente?

¿Antes de la internación?

¿Durante cuánto tiempo?

¿Actualmente desempeña alguna tarea laboral?

¿Cuál? ¿En dónde?

3) **GRUPO FAMILIAR**

¿Cuál es su familia de origen?

¿Con quién convivía antes de la internación?

Actualmente ¿Con quién vive?

(Si vive solo) ¿Se siente cómodo viviendo solo?

(Si vive acompañado) ¿Se siente cómodo viviendo acompañado?

¿Tiene relaciones de amistad, de pareja?

4) **RED SOCIAL – PARTICIPACION**

¿Cómo se lleva con las personas en general?

¿Tiene amigos? ¿Cuántos?

¿Dónde los ha conocido?

¿Compañeros?

¿Realiza algún deporte? ¿Cuál?

¿Simpatiza con algún partido político?

¿Participa activamente de actividades políticas / religiosas?

- ¿Hace cuánto? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Fue bautizado? ¿Su familia pertenece a alguna religión?
- ¿Qué opina acerca de la política?
- ¿Qué opina acerca de la religión?
- ¿Qué es lo que más le gusta hacer?

5) HISTORIA DEL PADECIMIENTO

- ¿Cuántas veces ha estado internado en el hospital?
- ¿Y en otros hospitales psiquiátricos?
- ¿Cómo fue la primera internación? ¿Cuál fue el motivo?
- ¿Lo recuerda?
- ¿Cuánto tiempo ha estado internado?
- ¿Con que frecuencia se han dado las internaciones?
- ¿Por qué?
- ¿A partir de cuándo sintió que podría salir del hospital?
- ¿Recibía visitas? ¿Quiénes? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Fue variando el tema de las visitas en el tiempo?
- (Si es que fue variando) ¿Por qué cree que fue variando?
- ¿Cómo se sintió durante la internación?
- ¿Ha notado cambios en usted después de la internación?
- ¿Ha notado cambios en su entorno familiar y en su entorno social?

6) PERCEPCION DEL ESTIGMA

6.1. Autoestima

- ¿Qué piensa de usted mismo?
- ¿Cómo se ve?
- ¿Cómo se podría definir?

6.2. Familia /Pareja

- ¿Se siente integrado en su familia?
- ¿Cómo lo ven en su familia?
- ¿De qué modo es tratado por su familia?¿Por qué?

6.3. Trabajo

¿Cómo se siente para volver a trabajar?

Si es que ya está trabajando ¿Cómo se sintió al volver al trabajo?

¿En su trabajo se sentía integrado, valorado por su tarea?

¿Cree que el haber estado internado ha modificado la visión o la forma de verlo/ de tratarlo de las otras personas?

¿Cómo ha sido su actitud en general al buscar trabajo? ¿Positiva o negativa?

6.4. Atributos asignados

¿Hay alguna cualidad que sienta distintiva en usted? ¿Algo que lo distinga? ¿Algo por lo que se lo reconoce?

¿Se ha sentido apreciado por el resto de las personas? ¿Por qué?

¿Se ha sentido en algún momento desvalorizado, desacreditado, con una sensación de extrañeza respecto a lo que usted es o usted hace?

Tabla N° 1: Pedro

N°	Datos Personales /Grupo familiar	Actividad Laboral	Red social/ Participación	Historia del padecimiento
1	<p>Madre: Vive en un Geriátrico</p> <p>Ex Esposa</p> <p>Tiene tres hijos de 16, 18 y 21 años</p> <p>Hijos: relación distante.</p> <p>De vez en cuando visita a su madre en el Geriátrico y manifiesta deseos de ver a sus hijos con frecuencia lo cual se dificulta desde que Pedro estuvo internado.</p>	<p>Primario completo. No le interesa trabajar.</p>	<p>No tiene amigos.</p> <p>Se define como solitario, ermitaño.</p>	<p>Ha estado 7 años internado en el HCSM .</p> <p>Motivo de la Internación: Episodios de Agresividad. Falta de control en los impulsos.</p> <p>Realiza tratamiento ambulatorio</p> <p>Tiene certificado de discapacidad y cobra una pensión.</p> <p>Pedro no posee un buen registro interno que le permita desarrollar acerca de la autopercepción o de la percepción del resto hacia él. Sus respuestas son breves, en algunos casos no responde directamente. Prefiere vivir solo.</p> <p>Vivienda propia (la cual al momento de la externación los vecinos no le permitían ocupar la misma por “estigmatizarlo”, expresaban que era “el loco del barrio y que era “muy peligroso”)</p>

Tabla N° 2 : Néstor

N°	Datos Personales/Grupo familiar	Actividad Laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
2	<p>Padres: Viven</p> <p>No tiene contacto con ellos</p>	<p>Antes de la internación ha trabajado en el campo junto a su familia, en tareas de mantenimiento.</p> <p>Actualmente realiza trabajos en jardinería y mantenimiento.</p>	<p>No tiene amigos. Intenta llevarse bien con todas las personas. Religión: Católica.</p> <p>Política: no le interesa. Le gusta caminar, ver televisión y tomar mate.</p>	<p>Autoestima baja, sin embargo se anima a realizar distintos tipos de trabajo que puedan surgir.</p>

Tabla N° 3 : Liliana

N°	Datos personales/ Grupo familiar	Actividad Laboral	Red social/Participación	Historia del padecimiento
3	Pequeño grupo familiar. Padre autoritario. Actualmente vive sola y tiene tres hijos. Adoptada. Siente “abuso” por parte de su padre adoptivo.	Se ha desempeñado laboralmente en bares, en servicio doméstico, en una panadería. La actividad que desarrolló durante más tiempo fue como empleada doméstica.	Refiere no tener relaciones de amistad porque “le han fallado”.	Primer internación en Hospital José Estévez (Buenos Aires) y la segunda internación en el HCSM: “Significó la discriminación de la sociedad”. Despecio, rechazo, autoestima baja. Auto – desvalorización, estigmatizada por su familia adoptiva. Discriminación.

Tabla N° 4: Daniel

N°	Datos personales/Grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
4	Madre: fallecida. Padre: alcohólico. Cuñado: referente familiar. Hermanos: no tiene Vive en una casa asistida con otras personas con padecimiento mental.	Se ha desempeñado como vendedor ambulante, también como lavacopas en un bar, limpieza, en un comercio de bebidas como vendedor. Todo esto antes de la internación. Actualmente “hace mandados”, limpia la casita que comparte con otros externados.	Tiene amigos/as. Actualmente no tiene novia. Peronista. Evangelista.	Primera internación: en Oliva dos meses. Segunda internación: en el HCSM “siente que aún sigue internado” (i) Desvalorizado por su hermano. Autoestima alta. Se siente integrado por su familia y aceptado. Presenta una buena autovaloración. Aceptación de sí mismo.

Tabla N° 5 : Lucas

N°	Datos personales/ Grupo familiar	Actividad laboral	Red social/ participación	Historia del padecimiento
5	Padres separados. Padre: falleció de HIV. Madre: fallece de cáncer. Abuela: 90 años. Actualmente vive con su abuela.	Se ha desempeñado laboralmente como vendedor, en servicio de limpieza, cocinero. Actualmente no trabaja.	Ha tenido novias aunque no han sido relaciones duraderas. Actualmente no tiene. Buenas relaciones con las personas en general. Pocos amigos. Sale a trotar. Antes practicaba budismo como su madre. Tiempo libre: dibuja y lee.	Motivo de la internación: consumo de sustancias y violencia. Internación judicial. Le gustaba y le hacía bien escribir durante la internación. Internación: “para mí significó que yo estaba loco”. Una sola internación. Experimentó cambios positivos después de la internación. Durante la internación “tuvo miedo a volverse loco” y baja autoestima. Se define como “lento”, “despelotado”, “insuficiente”. Presenta una autopercepción negativa. Sentimientos de inferioridad. Marcada autocrítica. Se siente integrado y aceptado por su abuela (su única familia). No coincide la percepción de los otros con la autopercepción, autoestima baja.

Tabla N° 6: Olga

N°	Datos personales/grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
6	Padre: fallece joven. Abuelo español. Esposo: es una persona importante para ella.	Ejerció como enfermera durante 24 años en la Cruz Roja, en el Hospital de Urgencias y en el San Roque. Luego tiene un accidente y la jubilan por invalidez. Actualmente no puede realizar tareas que impliquen fuerza así que sólo coloca inyectables a domicilio.	Está en pareja. Tiene amigos. Buenas relaciones en general. Sale a caminar. Política: no le interesa. Católica practicante. Le gusta asistir al centro de día sociolaboral.	Varias internaciones. Motivo de las internaciones: trastorno en el control de los impulsos. Estableció nuevos vínculos durante la internación. Ha estado internada en el Hospital Neuropsiquiátrico y luego en el HCSM . No recuerda fechas ni cantidad de internaciones. Autoestigma: “soy discapacitada”

Tabla N° 7 : Julia

N°	Datos personales/grupo familiar	Actividad laboral	Red social /participación	Historia del padecimiento
7	<p>Madre: Vive. Padre: fallecido. Hermano: Vive. No le permiten ver a su madre.</p>	<p>Ha trabajado en tareas administrativas. También como vendedora, encargada de un negocio, gestora de un estudio contable. Actualmente (aclara que a pesar de que tiene un certificado de discapacidad) consiguió trabajo para administrar un complejo de cabañas. “Me siento completa respecto a mis habilidades laborales”</p>	<p>Tiene amigas. Buenas relaciones en general. Le gusta caminar. Política: no le interesa. Religión : practicante mormona. En su tiempo libre: escribe.</p>	<p>Una sola internación en el HCSM. Primero estuvo detenida en la comisaría de Carlos Paz “estuve presa”. Refiere que le ha afectado la pérdida de su padre. Motivo der internación: le realizan una denuncia. Permanece un mes internada. “Me sentía mal con la medicación” . “Todo lo veía desde afuera (espectadora)”. No recibía visitas. Discrepancias entre la autopercepción y la percepción de los otros hacia ella, “sensación de incomprensión”. El hermano la estigmatiza: le dice que ya no le tiene confianza. Se siente rechaza. Se define como impulsiva. Se acepta y se quiere. No se siente integrada por su familia. “Me siento observada”. El hermano a partir de la internación la percibe como “peligrosa”, ya no confía en ella ni para que maneje su dinero ni para que cuide a la madre.No coincide su autopercepción con la percepción de la familia hacia ella. Manifiesta autoestima alta. Se han dado cambios a nivel familiar, en su hermano en el “modo de tratarla”. “Yo he cambiado mi visión acerca de la enfermedad mental”. Se ha sentido apreciada y también desvalorizada.</p>

Tabla N° 8 : Valeria

N°	Datos personales/ grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
8	Madre: vive en un geriátrico. Hijos: uno de 18 años y otro de 27 años. Separada.	Antes y después de la internación trabajó en una peluquería. “Mi jefe me ayudó mucho”. “Me motivaba para que me re incorpore al trabajo”.	Tiene amigas. Algunas la han rechazado, discriminado, soy “la loca” por haber estado internada en el hospital. Actualmente no está en pareja. Política: le interesa. Buenas relaciones en general. Antes iba al gimnasio, ahora “abandonó”. Religión gnóstica. En su tiempo libre le gusta ver televisión. Actitud positiva respecto al resto de las personas.	Estuvo internada una sola vez en el HCSM durante un mes y medio aproximadamente. Internación voluntaria. “Empecé a ver que cada uno tenía una historia de vida, que no eran esas locas de las películas”. Percepción de los otros: “cómo vas a estar así”. Cambios post internación: sí, refiere que ahora es más prolija y detallista. “Me exijo mucho”. Percepción de sí misma: Impulsiva. Ahora sí se siente integrada por su familia (antes no). Percepción de la familia hacia ella: “antes era la histérica, la loca”. “Ahora ven que tuve una enfermedad – depresión- y me siento comprendida”. Su hijo la trata mejor actualmente.

Tabla N° 9: Alma

N°	Datos personales /grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
9	Padre, madre y hermanos vivos. Conflictos familiares recurrentes	Se desempeñó laboralmente como empleada en un negocio y luego en una remisería por varios años. Después de la última internación no la re incorporaron a la remisería donde trabajaba.	Tiene amigos. Dos anteriores a la internación y cuatro amigas que conoció durante la internación.	1° Internación: por voluntad propia. “Sentía que me estaba volviendo loca, que no quería estar más afuera, que no era mi lugar”. 2° internación: el motivo fue autoagresión y refiere “no me sentía preparada para irme de alta. Mi hermana me sacó y se hizo responsable de mí”. Estuvo internada en tres oportunidades durante el mismo año (2016). Recibía visitas de su familia. Durante la internación se sintió contenida

Continúa Tabla N° 9 : Alma

N°	Datos personales /grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
9				<p>Respecto a los cambios refiere “no siento haber cambiado mucho, sí estoy más calmada...me alejo de las discusiones, eso también cambié”. “Mi familia no cambió nada después de las internaciones, yo siento que voy a explotar en cualquier momento”. No se siente integrada por su familia. Expresa: “me ven como loca” “me tratan como loca”</p> <p>Está dispuesta a trabajar aunque no sabe si después podrá sostener un trabajo. Tiene actitud positiva frente a este tema. En relación al rechazo y a la discriminación cuando se indaga responde: “sí eso pasa mucho...que se enteren que estuve internada y después no me llamen” “ésta estuvo internada...está loca...vaya a saber con quién nos metemos”. En su trabajo anterior refiere que le han manifestado que “no les servía que yo haya estado un mes internada”. “Yo era inútil e inservible para ellos”. La terminan echando (discriminación). Se siente hábil para todo tipo de tareas. Pocas veces se ha sentido apreciada. Se autodefine como impulsiva, muchas veces se ha sentido desacreditada y desvalorizada. Expresa: “no tengo pensamientos hacia mí...vivo el día a día y no pienso en el mañana...no pienso...” (falta de autoobservación y de introspección).</p>

Tabla N° 10: Susana

N°	Datos personales/grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
10	Padres fallecidos. Viuda. Tres hijos. Nietos. Se casa a los 24 años. Se separa al descubrir que su esposo era delincuente.	Desde pequeña hasta los 24 años que se casó salía a trabajar con sus padres. “ salía con mis padres a ganarme la vida cantando a dúo con mi hermana hasta que se casó...”	Escasas relaciones de amistad (lazos lábiles). No está en pareja. En general tiene buen trato con las personas y viceversa. No realiza ninguna actividad deportiva ni	

Continuación Tabla N° 10: Susana

N°	Datos personales/s/grupo familiar	Actividad laboral	Red social/participación	Historia del padecimiento
10		<p>“Después de casada trabajé en Telecom Personal en San Francisco... era muy buena vendedora..”</p> <p>”También trabajé de promotora de un canal de TV y en el trabajo que estuve más tiempo fue en los hoteles realizando la limpieza”.</p>	<p>ni de otra índole. No le interesa la política, “dejó de creer”.</p> <p>Religión refiere que dejó de creer en Dios cuando se enfermó.</p>	<p>Una Internación en Santa Rosa De Calamuchita por intento de suicidio con psicofármacos. Luego pasa por diversas internaciones en un “Centro psiquiátrico en Rio IV” (no sabe precisar el nombre del centro ni la cantidad de internaciones) . Estuvo internada una sola vez en el HCSM. Refiere que “antes de la internación en Santa María me sentía angustiada, por momentos con pánico...tenia ganas de morirme”. Fue una internación voluntaria, me llevaron mis hijas. Expresa “yo no me quería quedar internada”. Siempre se sintió “incomprendida”. Susana durante su vida fue maltratada en diferentes ámbitos y de modos realmente cruentos. Recibió maltrato psicológico por parte de su ex marido –amenazas de muerte, insultos, palabras denigrantes etc- ; también por parte de una de sus hijas y en un trabajo en el cual ella se sintió mal y la trataron con “indeferencia”. Percibe que el resto de las personas la ven y piensan “que está loca por el hecho de haber estado internada”. Refiere: “hasta el día de hoy siempre trato de ser positiva pero también siento que cuando sepan de mi enfermedad cambiarán su actitud y seré “la loca otra vez”. Se autodefine como generosa, carismática, solidaria y servicial. Si se ha sentido desvalorizada y discriminada por sus patrones y por su hija mayor... compañeros de trabajo también. Ha sufrido “maltrato” en diferentes momentos de su vida y en diversos ámbitos: laboral, familiar y conyugal.</p>

dermático le llamaban solo de confirmamiento otras veces los rejes me recosté y dormí sin tiempo era sólo un ente en esa sombría habitación después de tres días de largas mañanitas de interrogatorias y largas tardes mirando los árboles por la ventana con la única idea de imaginar a mi mamá pero no con la última imagen de ella sino con las que habíamos comenzado ese último día juntas con alegría porque se acercaba pasiva.

LA NUEVA HABITACION

Me trasladaron a una nueva habitación pasando una especie de comedor o sala común donde los internos se reunían y cada uno relataba como había.

Negado ahí, la habitación

Tenía una larga puerta, a través de su persiana se veía la calle interna que comunicaba el pabellón con la salida a la libertad tan deseada.

Había dos camas hospitalarias y dos pequeños armarios los miré y pensé ya no me hacen falta me arme una rutina mental para apalear el dolor pensaba en los momentos buenos en familia

~~Como~~ Mi vida como paciente

Como me iba cada día con un baño lavaba la ropa desayunaba miraba alrededor observaba la arquitectura del comedor ya que el lugar es bastante antiguo tenía un hogar de ladrillo visto después cenaba en un pocho cerrado por malla metálica ya que a partir de ahí

no todas las días iba a consulta pensaba que nunca más iba a salir. comence a tener empatía con algunas compañeras. y formamos un grupo de cinco mujeres compartiendo nuestro dolor en el alma. Los días pasaban lentos dormía bastante por lo que no tengo la veracidad de ~~haber~~ haber ~~estado~~ la veracidad podido contabilizar los días.

El día que vi a mi hermano y mi cuñado. los abrazo me parecía un sueño ver a alguien cuya cara fuera familiar para mí.

Apartir de ahí comenzo la cuenta regresiva ahora lo siento todo.

La vida insiste y como toma iba a llegar a su fin motivo suficiente para tratar de superarme, comence a esperar el día de salir de ahí no llegaba nunca, pero me ayudaba pensar en que todo iba a estar bien sob era cuestión de tiempo.

Los días me parecían largos y las noches eternas en el solim en común hacia costapaste, jugaba a las cartas cada mañana me alegraba con cada alta de mis compañeras.

Nunca supe. si los profesionales entendieron lo que hablaba comenzaron las salidas los fin de semana me sentía vulnerable ya que veía que me hablaban como diciendo está es con lo que mas toca cargar. Hasta que llego el gran día en el que atraviesas esas altas y cambias puertas para siempre. Veniamos on e

④

auto mi hermano, la licenciada Rivasolo y yo el camino se hacía el mismo ellas hablaban de todo un poco y yo escuchaba y miraba el paisaje, sólo quería ver mi casa mi mamá y mis cosas pero en lugar de eso llegué a un depto donde entre a la habitación pasaba ahí lesagas hacer escribiendo tenía un nuevo celular un nuevo número de tel que nadie conocía, un cuaderno, un par de medicamentos que me hacían bien y muchas ganas de salir de ahí.

Ese mismo tarde salí a dar una vuelta y me encontré con la licenciada Rivasolo en la esquina del rebj. Cú Cú me preguntó si sabía sólo yo sabía a lo que ella se refería y le contesté siempre estuve sola.

Compartía poco tiempo en familia "" mi hermano cuidaba mucho mi alimentación pero le importaba como me iba lo que pensara o sintiera. era todo muy surreal, los días tenían sabor a nada. ahora tenía que adaptarme a la forma de vivir de ellas. Hasta que le mamáme antes de mudarme al depto mis "" me invitaron a desayunar afuera cuando llegamos antes de bajar me dijo que iba a estar Sandra le dije que no la quería ver y él insistió, no podía tomar mis propias decisiones y baje no la hable. No me interesaba estar con esa persona.

