ÍNDICE

I. Planteamiento del problema…….....1

I. Relevancias……..…...13

II. Marco Teórico……...……...16

I. Estigmatización y Autoestigmatización……....….18

II. Modelo de Atención Comunitario y Tradicional.....29

III. Marco Metodológico…….…….....37

I. Tipo de Diseño…….....….37

II. Universo y Muestra……...….39

III. Muestra……..……....40

IV. Técnica de producción de datos...…..……..... 41

V. Análisis de datos……...…….42

VI. Consideraciones éticas…….....43

IV. Cronograma de Trabajo……..…….45

V. Análisis……..……..46

VI. Conclusiones……79

VII. Reflexividad……..87

VIII. Bibliografía……..…….....90

IX. Otras fuentes……...……..94

X. Siglas……....95

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE HUMANIDADES

INSTITUTO DE SOCIOLOGÍA

CARRERA DE SOCIOLOGÍA

"PROCESOS DE ESTIGMA Y AUTOESTIGMA EN EL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO Y TRADICIONAL"

MEMORIA DE GRADO PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA Y TÍTULO PROFESIONAL DE SOCIÓLOGA

TAMARA FLORES VALENCIA

PROFESOR GUÍA: JORGE CHUAQUI

DICIEMBRE 2012

Dedicado a mis padres, hermanos, tíos, abuelos, y a mi pareja, David Areyuna, quienes de manera incesante e incondicional me han brindado su apoyo y cariño… y, por supuesto, a mi profesor guía, Doctor Jorge Chuaqui, quien ha sido una lumbrera en este largo y arduo trabajo de investigación que hoy en día concluye… muchas gracias a todos y especialmente, gracias a Dios.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nuestra pregunta de investigación surge desde la inquietud de algunos sociólogos, específicamente sociólogos de la salud, de hacer un aporte desde la perspectiva de las ciencias sociales al campo de la salud mental. Estudio que busca distinguirse de la contribución que pueden hacer al campo disciplinas como la psicología o la psiquiatría, ya que nos valdremos de una conceptualización sociológica y una metodología cualitativa que es utilizada extendidamente en nuestra disciplina. Ello nos conducirá a resultados valiosos, en cuanto captan la subjetividad del individuo, distinguiéndose del enfoque metodológico esencialmente positivista que caracteriza los estudios de la psicología y la psiquiatría. No obstante, hay estudios híbridos, sociología/psiquiatría que combinan los conocimientos de ambas disciplinas, pero que, generalmente, utilizan herramientas metodológicas cuantitativas, como es el caso de una publicación de Marcelino López (2004) que, en su esfuerzo por identificar las implicancias del proceso de reforma psiquiátrica implementado en Andalucía, España, en la lucha contra el estigma y la discriminación de personas con enfermedades mentales severas, se vale de la comparación y análisis de datos estadísticos que le permitieran visualizar los resultados/beneficios duros de la implementación de dicho cuerpo de reformas.

La preocupación por esta temática debe su origen a la frecuencia y aumento que tienen los trastornos mentales y conductuales en nuestro país y en el mundo; a nivel global las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud señalan que al menos un 25% de la población los padece en algún momento de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2001), mientras que análisis recientes estiman que cerca de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Además, *"Entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden ya a trastornos mentales"* (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 3) y *"Se calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados"* (Minoletti, A, Zaccaria, A., 2005, p. 346). Otra referencia la encontramos en Michaud, C., Murray, C., Bloom, B., (2001), quienes señalaron que a nivel mundial se estimó que para el año 1992 sólo la depresión unipolar fue la quinta causa más importante de años

perdidos por discapacidad en el mundo, remontando al segundo lugar en una proyección al año 2020, después de las enfermedades cardiovasculares, cifras que dan cuenta del posicionamiento de las enfermedades mentales como la gran epidemia silenciosa del siglo XXI (Hidalgo, M., 2008).

En nuestro país los trastornos mentales y de la conducta representan el 15% de la carga total de enfermedades (Minoletti, A, Zaccaria, A., 2005), mientras que *"...la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% [...] En general, estas afecciones explican 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad"* (Minoletti, A, Zaccaria, A., 2005, p. 346). Situación que requiere una un rol más activo del Estado, y que se ha materializado en la elaboración de estrategias en materia de salud pública, como lo fueron los dos planes de salud mental y psiquiatría del año 1993 y 2000 (Minoletti, A, Zaccaria, A., 2005).

Para adentrarnos en el tema de las enfermedades mentales, partiremos señalando que éstas son universales, pues afectan a personas sin discriminar: país, sociedad, sexo, edad, etc. Siendo los factores asociados a su prevalencia, aparición y evolución, "[...] *la pobreza, el sexo, la edad, los conflictos y desastres, las enfermedades físicas graves y el entorno sociofamiliar"* (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 19). Dimensiones que nos hacen pensar en la llegada de la vida moderna y sus consecuentes cambios culturales y humanos generados por los procesos de modernización tecnológica, económica, cambios demográficos, globalización de las comunicaciones, etc., y que se han visto expresados, en un aumento en el estrés crónico de los individuos, asociado a la incertidumbre y las condiciones laborales, accidentes, violencia, abuso de drogas y alcohol, formas de vida condicionadas por las grandes urbes, falta de identidad, individualismo, competitividad, falta de cohesión social producto de las desigualdades, entre otras (Ministerio de Salud, 2000b).

De este modo, nos enfrentamos a un fuerte debilitamiento en las redes de apoyo y a un gran socavamiento en la calidad de vida de los individuos en la sociedad contemporánea; situación que nos ha conducido a grandes transformaciones epidemiológicas en nuestro país, que hoy en día nos permiten proyectar a las enfermedades mentales como el gran desafío sanitario del futuro. Al respecto, el periódico El Mundo señala que, haciendo alusión al subtitulo de la obra "Depresión en el anciano. ¿Otra epidemia del siglo XXI?" de José María Jiménez, *"La Organización Mundial de la Salud anunció hace*

años que la epidemia del siglo XXI no iban a ser las enfermedades cardiovasculares sino lo trastornos mentales, con la depresión a la cabeza" (Perancho, I., 2008, p. 1).

Debemos señalar también, que los trastornos mentales son diversos y con grados diferentes de complejidad. Mientras que algunos pueden durar breves períodos de tiempo, otros pueden persistir durante toda la vida, como también, encontramos trastornos que son más discernibles que otros. Entre aquellas enfermedades severas, frecuentes, gatilladoras de importantes discapacidades, generadoras de una enorme carga económica para la comunidad y de gran preocupación social, tenemos: la esquizofrenia, los trastornos depresivos, los trastornos de la infancia y la adolescencia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos por consumo de sustancias (Organización Mundial de la Salud, 2001). En el informe de la Organización Mundial de la Salud se evidencia la severidad de algunas de estas enfermedades: *"[…] la depresión es un trastorno mental frecuente, responsable de una altísima carga de morbilidad, y se prevé que mantendrá una tendencia ascendente durante los próximos 20 años."*(Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 30). Mientras que, en cuanto a la psicosis, el mismo informe señala que entre los últimos estudios realizados sobre discapacidad relacionada a enfermedades físicas y mentales en 14 países del mundo, el general de las personas entrevistadas ubicó a la psicosis activa en el tercer puesto en lo que respecta a los trastornos más discapacitantes, por sobre la paraplejía y la ceguera (Üstün, T. et al,, 1999). Identificando, además, a la depresión como el más frecuente de los trastornos mentales que conduce al suicidio, aunque también aparece la esquizofrenia con tasas muy elevadas.

Además, esta clase de trastornos, dadas sus características, afectan económicamente las sociedades, los sistemas de salud, y la calidad de vida de los individuos y sus familias, las cuales son un soporte de vital importancia para el paciente, ya que, no sólo otorgan apoyo físico y emocional a sus familiares enfermos, sino que también, deben sobrellevar el estigma (López, M., 2008) y la discriminación que, generalmente, acompaña a la enfermedad.

En cuanto la dimensión histórica, el tema de la salud mental en Chile ha estado marcado por distintas fases en las políticas de atención de personas con enfermedades mentales, las cuales han sido definidas en función de una determinada forma de organizar los servicios. La primera de las etapas, según Minoletti, A., Rojas, G., y Sepúlveda, R.,

(2010), corresponde a la de tipo manicomial y se define, principalmente, por contar con grandes instituciones asilares con fines custodiales y un creciente número de individuos en pabellones de crónicos, siempre con recursos insuficientes, mala higiene, violación de derechos humanos y una alta mortalidad. La segunda, corresponde al hospitalocéntrico, y se caracteriza por la transformación de los manicomios en hospitales psiquiátricos, por la instalación de los servicios de psiquiatría en hospitales generales y por la incorporación de tratamientos con psicofármacos. Mientras que la última, corresponde a la ambulatoria/comunitaria, y se define por una amplia inclusión de la salud mental en la atención primaria, la descentralización de la atención de especialidad, la participación de los pacientes, sus familias y organizaciones sociales en el proceso de tratamiento y, por último, la creación de una serie de dispositivos y programas que permiten a las personas que padecen algún tipo de trastorno mental severo, vivir y ser incluidos en la comunidad. De este modo, se ha ido dando paso, en algunos lugares, desde un modelo de atención tradicional, reducido a los hospitales psiquiátricos, a uno comunitario, que paulatinamente va trasladándose hacia la comunidad.

Dados estos antecedentes, podemos ver, como el fenómeno del estigma ha ido cobrando una gran relevancia social, siendo abordado por múltiples disciplinas, y entre ellas por la Sociología, debido al amplio alcance de sus consecuencias. De esta forma, la Sociología, y más específicamente la Sociología de la Salud Mental, en el marco de su compromiso con la integración social de aquellos/as que poseen algún tipo de discapacidad mental, intenta, a través su cuerpo teórico y metodológico, poner de relieve una adecuada comprensión y explicación de las causas y consecuencias netamente sociales del estigma, interrogante que nos permitirá adentrarnos en sus dimensiones objetivas y subjetivas, procesos de formación, aplicación e internalización, impacto a nivel macro y micro social, relación realidad-estigma-individuo, etc.

A continuación, y con el objetivo de adentrarnos más profundamente en esta temática, abordaremos los conceptos fundamentales en los que se mueve nuestra investigación: estigma, autoestigma, modelo de atención comunitario y modelo de atención tradicional, cada uno de ellos contenidos en nuestra pregunta de investigación.

En lo que respecta al estigma, también conocido como estigma social o público, partiremos señalando que constituye un complejo fenómeno social que no sólo afecta a los individuos que padecen algún tipo de enfermedad mental, sino que hoy en día lo podemos ver en las relaciones sociales que establecen amplios sectores de la población con determinados grupos sociales. El estigma, en pocas palabras, refiere a un conjunto de actitudes, generalmente negativas, que un determinado grupo social atribuye a un grupo social menor; proceso que implica una deformación de la imagen del enfermo, en diferentes grados y formas, según el tipo y gravedad de la enfermedad. Pudiendo identificar, entre sus principales consecuencias, las derivadas de la discriminación personal y estructural, las derivados de su propia autoestigmatización, y los efectos del estigma por extensión (López, M. et al., 2008), como es el caso de estigma en familiares, instituciones de salud mental y profesionales asociados, hecho que nos permite apreciar, el tremendo alcance que ha demostrado poseer dicho fenómeno.

En lo concreto, para el paciente y su familia el proceso de estigmatización comienza cuando el entorno social en el que se encuentran inmersos se entera de la llegada de la enfermedad mental a su hogar, ya sea a través de las conductas de los pacientes como del conocimiento de la existencia de un diagnóstico y el consecuente uso de los servicios de salud mental (López, M. et al., 2008); proceso que tiene su origen, en la existencia de una serie de estereotipos (idea de que los pacientes son extraños, impredecibles, peligrosos, incapaces de manejar su vida y de mantener relaciones sociales) y prejuicios sociales (sentimientos de miedo, rechazo, desconfianza o compasión hacia el enfermo), todos ellos anclados en una base negativa generalizada, que, finalmente, se traduce en conductas discriminatorias reales, tales como: la negativa de ayuda, la negativa a emplear o acoger, etc. (López, M. et al., 2008).

Dados estos antecedentes, podemos decir, que las consecuencias del estigma sobre las enfermedades mentales son variadas, dependiendo de la clase de enfermedad, de los contextos en que se desarrollan y de ciertas características individuales. Como podemos suponer, las actitudes sociales no son las mismas para una persona que padece esquizofrenia y para una que padece depresión, aunque exista un fondo común de rechazo en ellas, esto se debería a que *"[…] encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde problemas de salud mental 'que pueden afectarnos a todos' y podemos entender (ansiedad, depresión, etc.), hasta problemas*

más cercanos a la imagen tradicional de la 'locura' (esquizofrenia y similares)" (López, M. et al., 2008, p. 9).

De este modo, son los individuos con enfermedades graves los que se ven más afectados por el estigma en las distintas esferas de su vida, viéndose incluso más afectados que los individuos que sufren otros trastornos y enfermedades físicas, siendo comparables con aquellos que padecen drogodependencias u otras conductas denominadas antisociales; también existiría una imagen más negativa, que en las enfermedades comunes, de los procedimientos de intervención y de los profesionales (López, M. et al., 2008). Tal situación lleva a los enfermos mentales graves a convivir con dos clases de problemas: *"[…] los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente, y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención"* (López, M. et al., 2008, p. 43). Claramente, los efectos de estos problemas sobre la ciudadanía activa y la calidad de vida de los pacientes son fuertemente perjudiciales, abarcando aspectos fundamentales, tales como: la vida en pareja, el empleo, salud, relaciones sociales, etc.

En el proceso de formación del estigma, la comunicación juega un papel muy importante como transmisor de las representaciones negativas atribuidas al enfermo, ya que, tal como lo dice Jorge Chuaqui en una investigación sobre el estigma en la esquizofrenia, en los empresarios éste fenómeno tiene su origen en: *"(1) las representaciones de la cultura popular, (2) las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y (3) los procesos difusos de comunicación basados en verdades sólo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad"* (Chuaqui, 2005, p. 19).

Aquí, debemos destacar el papel de los medios de comunicación, tales como periódicos, programas de televisión, películas, etc., como una de las principales fuentes de información sobre esta temática en nuestra sociedad, y donde generalmente se muestra a los pacientes bajo tres figuras prototípicas: la del maniaco(a), la del adulto con conductas infantiles y la del sujeto libre y creativo. Visiones evidentemente extremas que muestran a los pacientes como individuos anormales; siendo la imagen caracterizada por la violencia la más habitual entre los medios de

comunicación. Percepciones que, incluso, en algunos casos, son compartidas por los propios profesionales de la salud (López, M. et al., 2008).

Siguiendo la información entregada por el Doctor Chuaqui, otra fuente de estigmatización la encontramos en las experiencias traumáticas vividas por los familiares directos, y a veces también indirectos, del paciente, antes de que éste adoptase un tratamiento adecuado para tratar la enfermedad, ya que muchas veces éstas impiden la evaluación objetiva de lo que realmente afecta al paciente (Chuaqui, 2005).

Por otro lado, y complementando la información anterior, el proceso de autoestigmatización se da cuando las personas interiorizan los estereotipos asociados a las enfermedades mentales, incorporando a su personalidad actitudes que reflejan devaluación y discriminación (Patrick W. Corrigan et al., 2009). Situación que lleva al paciente, y en muchos casos a su familia, a vivir las opiniones y sentimientos de la sociedad de una manera generalmente negativa, hecho que los conduciría hacia la desmoralización, la vergüenza, la baja autoestima, la pérdida de autoeficacia, etc., lo que no haría más que beneficiar el aislamiento y el estrés de los individuos, aumentado, así, su vulnerabilidad.

Éste fenómeno ocurre, cuando el paciente toma conocimiento de que el estigma está presente al interior de la sociedad, lo que puede tener un impacto sobre el individuo aún sin ser directamente estigmatizado, es decir, a pesar de que el estigma no es explicito, el paciente se estigmatiza a sí mismo de todas maneras al pensar que será estigmatizado. Como también, hay casos, en que las personas afectadas no reaccionan internalizando dicho fenómeno. Esto se debe a que algunos individuos reaccionan ante el estigma disminuyendo su autoestima, mientras que otros, reaccionan con una profunda indignación (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

Concretamente, la estigmatización tiene efectos muy duros sobre la vida del paciente y su familia. El más importante de ellos nos habla de sus consecuencias sobre el mundo laboral, el cual se inhibe, drásticamente, una vez declarada la enfermedad; tal situación de desempleo impide al paciente sustentase económicamente a sí mismo, alejando, con ello, la posibilidad de formar una familia y un hogar, dejándolo en un estado de dependencia y vulnerabilidad económica y emocional.

Como es de suponer, esta imagen estigmatizada de los pacientes está muy alejada de la realidad, lo cual es producto de la escasa implementación de estrategias de intervención familiar y por la inexistencia de campañas comunicacionales y educacionales destinadas a transmitir la imagen de los pacientes cuando están compensados o estables (Chuaqui, 2005), limpiando, con ello, la imagen negativa que hoy en día impera en nuestra sociedad.

Es por esta razón, que la estigmatización hacia los sujetos con enfermedades mentales, y la inquietud sobre los efectos que esta tiene sobre los pacientes, han sido una preocupación constante en el modelo de atención comunitario en salud mental, ya que, a mediados del siglo XX, y con la llegada de movimientos sociales alternativos a la reclusión institucional *"[…] se empieza a considerar que esas actitudes son un factor negativo de repercusiones complejas, estrechamente relacionado con los sistemas tradicionales de atención y que constituyen, de hecho, una barrera poco permeable para el acceso de dichas personas a razonables condiciones de vida y atención en nuestras sociedades"* (López, M. et al., 2008, p. 43).

Tal interés por esta clase de procesos, ha generado un amplio consenso entre los profesionales hacia las políticas comunitarias que buscan mejorar las condiciones de vida de los individuos con trastornos mentales graves desde la perspectiva de la rehabilitación y de la ciudadanía activa, debido al reconocimiento de la complejidad y constancia de esta clase de fenómenos. Esfuerzo que a su vez, implica reformar las actitudes sociales negativas, comprendidas bajo la noción de estigma, área que se ha convertido en un sector de intervención creciente entre profesionales de las más diversas disciplinas (López, M. et al., 2008).

Por otro lado, la preocupación por esta temática se ha concretado en nuestro país a través de la iniciativa del Ministerio de Salud de formular y oficializar en el año 2000 el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría según los criterios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, enfoque que se encuentra respaldado por las constantes recomendaciones y líneas de acción propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que han sido tomadas paulatinamente por los países latinoamericanos (Ramírez, J. et al., 2010). Inquietudes que también han quedado en evidencia mediante la acumulación de material bibliográfico derivado de reflexiones

teóricas e investigaciones multidisciplinarias orientadas a identificar, tanto el origen como las consecuencias de este complejo fenómeno social.

Como dijimos en un comienzo, en sus inicios la atención en salud mental siempre había estado reducida a los hospitales psiquiátricos, sin embargo, ésta se ha ido trasladando paulatinamente hacia la comunidad, proceso que ha ido acelerándose al implementar la atención primaria en los sistemas locales de salud como una forma de asegurar la salud para toda la comunidad. Tales transformaciones, no sólo significan una ampliación del campo de operación del trabajador de salud mental de la fase intramural del cuidado del enfermo a la fase posthospitalaria, sino también, la incorporación de nuevos niveles, elementos, modelos y tácticas de atención (Organización Panamericana de la Salud, 1992). Además, esta extensión del campo de trabajo de lo intramural a lo extramural en lo que respecta a la enfermedad, se amplía aún más al incorporar el componente salud, lo que implica, concretamente, la ejecución de actividades de conservación y promoción de la salud.

Además, esta serie de cambios han llevado al trabajador de salud mental a pensar que su labor es insuficiente si orienta su trabajo sólo a la población que requiere de sus servicios, ya que no estaría satisfaciendo las necesidades de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 1992); hecho que también lo ha conducido hacia la modificación de sus estrategias de atención incorporando otras nuevas, como las derivadas de técnicas grupales y de intervención comunitaria, ya que el funcionario que actúa en la comunidad considera que el modelo clínico de atención ya no es el completamente adecuado para orientar su campo de acción . De este modo, el funcionario al trabajar, en y con la comunidad, siente que sus conocimientos y habilidades son ventajosos para otros sectores activos en la promoción de la salud.

Finalmente, dejaremos en claro que el estigma es un proceso que involucra componentes subjetivos y objetivos, mientras que el autoestigma es un proceso eminentemente subjetivo.

En cuanto al primer punto (las dimensiones subjetivas y objetivas del estigma) nos remitiremos a la idea de Berger y Luckman, y retomada en la obra de Ritzer, que nos habla de la objetividad de la realidad social *"[…] las personas solían aprehender la*

vida cotidiana como una realidad ordenada; es decir, el actor percibe la realidad social como independiente de su propia aprehensión. A sus ojos aparece ya objetivada y como algo que se le impone" (Ritzer, G., 1997, p. 283). De este modo, los autores sostienen que los fenómenos culturales de la realidad social, tales como el estigma, se les presentan a los individuos como algo ajeno, objetivo, y que serían transmitidos a la consciencia, siendo internalizados en ella, mediante el proceso de socialización, siendo ésta última, la dimensión subjetiva del estigma.

Por subjetividad entendemos un proceso de dar sentido, que está estrechamente vinculado a la cultura, ya que involucra una serie de significaciones acumuladas para dar sentido socialmente (De la Garza, s.f.). De este modo, la subjetividad, se construiría mediante la interrelación entre el individuo y su contexto social y natural, dando lugar a una construcción simbólica conformada por: tradiciones, valores, sentimientos, creencias, estereotipos y representaciones que forman parte del sustrato de la subjetividad social, siendo la subjetividad individual un recorte de la subjetividad social (Ovidio, D., 2004).

De esta forma, y tal como lo señalamos brevemente en párrafos precedentes, la realidad social en la que circulan estereotipos asociados a las enfermedades mentales y en donde se sitúa el estigma, se presenta como algo ajeno, exterior al individuo, es decir, se les presenta como algo objetivo que puede ser o no internalizado en la subjetividad del paciente.

Por su parte, el autoestigma representa un fenómeno esencialmente subjetivo, ya que no requiere de esa realidad objetiva dada por el estigma para poder internalizarlo. Esto se debe, a que el individuo puede interiorizar el estigma sin siquiera ser objeto de estigmatización, en otras palabras, el paciente o su familia al sólo pensar que puede ser estigmatizado por causa de la enfermedad incorpora a su personalidad todos aquellos estereotipos, prejuicios y discriminaciones sociales asociadas al estigma.

Finalmente, nuestra investigación se llevará a cabo predominantemente la en Región Metropolitana de Santiago, principal centro urbano y político de nuestro país, región que concentra a alrededor de 6 millones y medio de personas según estimaciones del INE para el año 2006 (INE, 2006).

A nivel nacional, Santiago, junto con Iquique y Concepción, presentan las mayores tasas de prevalencia en la vida en cualquier trastorno psiquiátrico (OPS, 2009), alcanzando la R.M un 18,1% de prevalencia de síntomas depresivos, siendo sólo superada por la V y IX regiones (MINSAL, 2009a), mientras que la esquizofrenia tiene una prevalencia de vida del 1,02% (MINSAL, 2009b). Además, los trastornos mentales y del comportamiento para el año 2003 en la región fueron la causa de muerte de 1.080 individuos, de un total de defunciones por enfermedad para ese mismo año de 31.158 (INE, 2006).

De estas circunstancias, da cuenta un estudio realizado en 1992 sobre prevalencia en consultas primarias de salud en 15 países del globo, el cual arrojo que Santiago obtuvo el porcentaje más alto, alrededor del 30% de prevalencia en atención primaria de depresión, lo cual explicaría la cantidad de consultas médicas y farmacias; estadísticas que son el reflejo de un modelo de sociedad en el que impera el individualismo, el consumo y la competitividad (La Haine, s.f).

Explicitados los conceptos centrales, cabe especificar, que nuestro interés es comparar cómo se dan los procesos de autoestigmatización en las personas con enfermedades mentales graves y sus familias, y el estigma en la comunidad, cuando son atendidos con tratamientos de la psiquiatría comunitaria y cuando no lo son, todo ello en el contexto principalmente de la Región Metropolitana.

Cabe hacer la especificación, de que los sujetos integrados en el modelo de atención comunitario y no comunitario serán comparables en la medida en que ambos grupos: sean homogéneos en cuanto a su composición por sexo y edad, no hayan sido sometidos a regímenes de institucionalización, su atención se lleve a cabo en un centro de salud pública y sea de tipo ambulatoria, y que por tanto, estén compensados.

Antes de terminar este apartado, señalaremos, brevemente, que si bien existen estudios sobre el estigma, éstos no han sido suficientes para dar cuenta de la multidimensionalidad, amplitud y complejidad de nuestro objeto de estudio, de esta forma, consideramos que la oferta de investigaciones en la materia aún es vaga, ausentándose estudios que abarquen temas relacionados, y que nosotros abordaremos, como el autoestigma y los modelos de atención vigentes en salud mental, cruzándolos e identificando sus impactos y relaciones.

Además, creemos que existe una ausencia de estudios de tipo cualitativo que busquen captar, desde el propio discurso del sujeto involucrado, su subjetividad, ya que, tal como dijimos en un comienzo, priman las investigaciones de corte cuantitativas en la materia.

Todo ello, fuera el enfoque sociológico que buscará marcar la diferencia con investigaciones psiquiátricas, psicológicas o hibridas, poniendo de relieve el origen y las consecuencias sociales que implica el proceso de estigmatización en los usuarios de la salud mental y sus cercanos.

I. RELEVANCIAS

En cuanto a la relevancia teórica, podemos decir, que la más importante de ellas nos habla del gran aporte en conocimiento que puede hacer la sociología al campo de la salud, y específicamente al campo de la salud mental a través del gran bagaje de herramientas teóricas y metodológicas con que cuenta nuestra disciplina, abriendo, a través de ello, un extenso campo de temas susceptibles de ser investigados por profesionales de las ciencias sociales.

Además, el traspaso de las barreras biologicistas impuestas por los profesionales de la salud y la incorporación de perspectivas ajenas a las ciencias naturales, favorecería la construcción de equipos de trabajo multidisciplinarios destinados a complementar las distintas herramientas y conocimientos propios de cada profesión.

También, esta investigación, a partir de las distintas perspectivas teóricas revisadas, nos permitirá dar a conocer, a partir de casos nacionales, la multidimencionalidad de este fenómeno social, visto, no ya como algo unitario, sino como un fenómeno complejo compuesto por dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales, que permitirán trascender estrategias de intervención que se limitan a la entrega de "información" (aspecto cognitivo), lo cual resulta en exceso simplista y fuera de foco, descuidando el resto de las dimensiones y "el estigma estructural", que requieren de un trabajo complejo en materia de educación, interacción social y modificaciones estructurales.

Desde el punto de vista de la contribución concreta que hará nuestra investigación, tenemos una valiosa información que nos permitirá relacionar los procesos de estigmatización con los modelos de atención comunitario y tradicional, lo que nos permitirá observar, como cada modelo de atención, con sus respectivas técnicas de rehabilitación psiquiátrica, determinan, en mayor o menor medida, los procesos de estigmatización generados en la comunidad y los procesos de autoestigmatización en los pacientes y sus familias. De este modo, veremos los beneficios reales del modelo comunitario sobre las consecuencias de dichos procesos.

Además, este estudio contribuirá a enriquecer la comprensión de los procesos de internalización del estigma.

En lo que respecta a la relevancia social, esta investigación hará un aporte en la comprensión de fenómenos como el estigma y el autoestigma, y sus relaciones con los modelos de atención más ampliamente utilizados en el campo de la salud mental.

Por último, en cuanto a la relevancia práctica de esta investigación, podemos decir que la recopilación de los antecedentes entregados por este estudio, nos permitirán aportar, mediante la entrega de antecedentes empíricos, a la construcción de estrategias o programas de intervención, eficientes y eficaces, que nos ayuden a superar o contrarrestar las consecuencias nefastas del estigma y el autoestigma en los sujetos e instituciones afectadas.

Dados estos antecedentes, nuestra pregunta y objetivos de investigación son los siguientes:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cómo se produce actualmente el autoestigma en relación al tratamiento comunitario y no comunitario de personas con enfermedades mentales graves y sus familias, y el estigma en la comunidad?

OBJETIVO GENERAL

- Describir cómo se produce actualmente el autoestigma en relación al tratamiento comunitario y no comunitario de personas con enfermedades mentales graves y sus familias, y el estigma en la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el modelo de atención dado por la psiquiatría comunitaria y por la psiquiatría tradicional, en relación a los procesos de estigmatización y autoestigmatización.
- Describir como se dan los procesos de estigmatización en el tratamiento comunitario y no comunitario de personas con enfermedades mentales graves, sus familias y la comunidad.
- Describir como se dan los procesos de autoestigmatización en el tratamiento comunitario y no comunitario de personas con enfermedades mentales graves y sus familias.
- Indagar en las interacciones sociales presenciales asociados al surgimiento y consolidación del autoestigma en las personas y sus familias.

II. MARCO TEÓRICO

Pariremos haciendo referencia al estado del arte en la materia. El interés y la preocupación científica en estas temáticas se ha ido acrecentando con el pasar de las décadas, reflejándose en una abundante y valiosa bibliografía acumulada en los últimos 15 o 20 años, pero que, sin embargo, no ha dejado de ser escasa. Tal cuerpo de conocimientos, derivan de reflexiones teóricas e investigaciones de carácter multidisciplinar, en donde participan disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la psicología social y la sociología, abordando aspectos como las causas del estigma, sus consecuencias sobre el paciente y sus cercanos, incluyendo los sistemas de atención, y las intervenciones que pueden modificarlo.

La producción de conocimiento en la materia, en la actualidad, viene de tres grupos: el liderado por Matthias Angermeyer Alemania, el organizado en torno a Patrick Corrigan y David Penn en Estados Unidos, y el dirigido por Bruce Link y Jo Phelan, también de Estados Unidos (López, M. et al., 2008). En cuanto a la producción en español, contamos con el trabajo de Erving Goffman sobre el estigma y con el trabajo conjunto de Marcelino López y otros autores (López, M. et al., 2008) producido en España, con diversas publicaciones sobre el estigma y la enfermedad mental, mientras que a nivel Latinoamericano, contamos con trabajos más específicos, como el de Jorge Chuaqui, en Chile, que abordan el tema de la esquizofrenia y los efectos del estigma a través de diversas publicaciones. También, contamos con publicaciones nacionales como las de Jorge Ramírez, Rafael Sepúlveda, Pedro Zitko y Ana María Ortiz, orientadas a estudiar y documentar de manera prospectiva la instalación y el efecto del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental sobre cualquier patología psiquiátrica, iniciativa que pretende sortear la inexistencia de información estandarizada, permanente y adecuada para medir impactos sanitarios en general (Ramírez, J., et al., 2010).

En lo que refiere a la producción sobre los modelos comunitarios de atención en salud mental, encontramos una creciente inquietud, que se ha traducido en un profundo consenso en la población y los profesionales sobre las bondades entregadas por esta nueva forma de atención, que también se ha concretado en una abundante literatura científica. Es así, como encontramos el aporte, en español, de autores como Manuel Desviat, de Jorge Chuaqui, Alberto Minoletti y Alessandra Zaccaria, estudios de la

Organización Panamericana de la Salud, entre otros, siendo muy escasa la producción nacional en estas temáticas.

Tal como ha quedado expuesto en las investigación y literatura revisada, existen variados estudios acerca de ésta temática, sin embargo, no encontramos ninguna publicación nacional ni internacional que abordara directamente nuestra tema de investigación, abarcando las distintas dimensiones que pretendemos indagar, como el estigma, la autoestigmatización, el modelo de atención comunitario y tradicional; de cualquier modo, un importante número de ellos nos facilitó información valiosa respecto de nuestras nociones fundamentales y las relaciones entre ellos, que nos ayudaran a enfocar nuestro tema de estudio.

Nuestro marco teórico estará estructurado de manera temática, abordando los conceptos fundamentales en los que gira nuestra investigación. Primero, nos referiremos a las nociones de estigma y autoestigma, para luego desarrollar los conceptos de modelo de atención comunitario y modelo de atención tradicional.

Para referirnos al concepto de estigmatización y auatoestigmatización, utilizaremos los conceptos de autores como: Jorge Chuaqui, Erving Goffman, Marcelino López y Patrick W. Corrigan. Mientras que para referirnos a los modelos de atención comunitario y tradicional nos valdremos de autores como Manuel Desviat, el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, Alberto Minoletti e Irma Rojas.

I. ESTIGMATIZACIÓN Y AUTOESTIGMATIZACIÓN

I.I LA REALIDAD SOCIAL Y LA CONSTITUCIÓN DEL INDIVIDUO

Para definir estos conceptos, partiremos señalando que el estigma posee una dimensión objetiva y otra subjetiva, mientras que el autoestigma constituye un proceso eminentemente subjetivo.

Comenzaremos con el supuesto de que la realidad se presenta al individuo como algo objetivo, desde esta perspectiva *"[…] la realidad social es anterior, condiciona y es un requisito indispensable para la constitución de la persona, como señalan autores tan diversos como Berger y Luckman y George Mead. El estructural-funcionalismo de Merton y Parsons, y la corriente marxista ponen énfasis en las determinaciones estructurales de la conducta humana*" (Chuaqui, J., 2010b, p. 1). Sin embargo, a pesar de que a primera vista podemos suponer que la realidad social condiciona al individuo por completo, debemos considerar que: se dan diversos niveles en los sistemas sociales, que puede haber contradicciones y conflictos entre sistema, subsistema, posiciones, personas, etc., se debe considerar que juega un papel muy importante la creatividad del individuo y la magnitud de los efectos de la conducta de la persona, se debe considerar que la persona es un producto de la estructura social, pero como actor reacciona frente a esa estructura, y por último, que la persona participa de procesos holísticos (Chuaqui, 2010b) .

En la misma línea, la idea central que nos interesa de Berger y Luckman en su obra: "La construcción social de la realidad", consiste en que los individuos son la creación de una sociedad que ellos mismos producen. Es parte de este proceso el que *"[…] las personas solían aprehender la vida cotidiana como una realidad ordenada; es decir, el actor percibe la realidad social como independiente de su propia aprehensión. A sus ojos aparece ya objetivada y como algo que se le impone"* (Ritzer, G., 1997, p. 283).

Además, el lenguaje juega un papel fundamental en el proceso de objetivación, ya que entrega a los individuos las objetivaciones necesarias y el orden dentro del cual éstas adquieren significado; orden en el que la vida cotidiana cobra significado. Es por ello, que para los autores el lenguaje, entendido como el conjunto total de tipificaciones y pautas recurrentes de acción, constituye la estructura social de mayor importancia, ya que representa un hecho social externo y coercitivo para el individuo (Ritzer, G., 1997). Tales procesos pueden consistir en la internalización del estigma, que define parcialmente el estatus asociado al rol.

De este modo, según los autores, los fenómenos culturales de la realidad social serian transmitidos a la consciencia, siendo internalizados en ella, mediante el proceso de socialización.

Además, en cuanto a la subjetividad, nos encontramos con que existen múltiples definiciones de lo que constituye este concepto, una definición más o menos consensuada hace alusión a un dominio personal que es considerado como algo que escapa de lo social, que no se reduce a una introspección personal, ni al dominio de lo privado, ni, mucho menos, a una mera ilusión. La subjetividad es una construcción cultural. Para Max Weber, quien pone énfasis en el tema de la subjetividad humana, el sujeto es creador de significados susceptibles de ser comprendidos, donde la subjetividad es la capacidad de sentido que posee la conducta humana para dar lugar a la acción social; sentido detrás del cual hay una elección, una voluntad personal, pero que siempre está condicionada a circunstancias culturales, entendida esta última como un conjunto de significados.

Perspectivas posteriores, como la de Bourdieu, definen la subjetividad como un proceso de producción de significados que pueden analizarse, tanto en el nivel individual, como social, en otras palabras, en el nivel de la acción social (involucra un solo actor) y de la interacción social (dos o más actores involucrados en una acción social mutua) respectivamente.

Dados estos antecedentes, podemos ver, que la subjetividad se define como un proceso de dar sentido, donde:

> *"El punto de partida es la relación con el mundo externo al sujeto, con otros sujetos, con la naturaleza. Se puede recuperar la idea de Berger de que la conciencia siempre es de algo, así el sentido siempre es de algo, es concreto, de tal forma que las presiones del mundo en cuanto a darle sentido, respuestas prácticas y soluciones movilizan el aparato de dar sentido llamado subjetividad"*(De la Garza, E., s.f., p. 15).

De este modo,

> *"…la subjetividad individual y social se construye en la interrelación entre el hombre y su contexto social y natural, en el marco de su actividad cotidiana. Es, por tanto, un producto histórico-cultural […] Visto así, e inspirándonos en la concepción original marxista, podríamos decir que la subjetividad de los individuos se elabora y acciona en el conjunto de las condiciones de su existencia material, de sus relaciones sociales grupales y clasistas, de sus prácticas cotidianas y de las producciones culturales que conforman la subjetividad social […]* (Ovidio, D., 2004, pp.3-4).

Expuestos tales antecedentes, podemos decir, que el estigma se presenta como un fenómeno de la realidad social externo al individuo, como algo objetivo, que puede ser internalizado a través de las relaciones sociales, pasando a formar parte de su subjetividad según sea la intensidad y continuidad del impacto del estigma, como para hacerlo sentir incomodo o responsable de su propia condición.

De este modo, el conjunto de actitudes negativas asociadas al estigma estarían dirigidas a todos los individuos objeto de estigmatización *"[…] incluyendo, en la terminología de Goffman, tanto las ya 'desacreditadas' como las potencialmente 'desacreditables', es decir, aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición"* (López, M. et al., 2008, p. 7).

Son aquellas personas, según Goffman, potencialmente "desacreditables" las que sufren el proceso de autoestigmatización. Ya que no requieren sufrir efectivamente el estigma o percatarse de la realidad objetiva representada por dicho fenómeno para autoestigmatizarse, puesto que el sólo hecho de pensar que pueden ser objeto de estigmatización les basta para subjetivar los estereotipos y prejuicios sociales vinculados a este tipo de trastornos.

I.II LA ESTIGMATIZACIÓN COMO FORMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL

En cuanto a la estigmatización, podemos decir, que ésta constituye una forma de interacción, de relación social, que excluye socialmente a la persona, conduciéndola hacia la postergación, el alejamiento de las relaciones sociales, y hacia la pérdida de oportunidades laborales. En palabras de Jorge Chuaqui:

> *"[…] podemos caracterizar la exclusión y segregación social como la situación social de un conjunto definido de individuos que ven notoriamente dificultada su realización personal por barreras sociales estructurales, que se manifiesta como una diferenciación física, material y social concreta así como un desvinculo social y mala calidad de relaciones sociales"* (Chuaqui, 2010a, p. 17).

Entre los muchos factores que producen exclusión social en nuestro país, nos encontramos con individuos que son catalogados por algún hecho médico o jurídico que represente anormalidad social, categorías de género, edad, apariencias físicas consideradas anómalas, preferencias sexuales, discapacidades perceptibles, nivel socioeconómico, localización socioterritorial, militancia política, religión o ideología (Chuaqui, 2010a).

En oposición a la exclusión social, tenemos a la integración social, entendida como un estado y un proceso que nos indica el grado en que determinados grupos están integrados en la sociedad.

Al insertarnos en un terreno más específico, nos encontramos con otras formas de exclusión al interior de grupos y subsistemas sociales, nos referimos a la discriminación, en donde el estigma constituye una de sus formas más intensas. Para explicarla, debemos partir definiendo el concepto de rol y estatus, que, en palabras simples, constituyen formas de estructuración de los sujetos en interacción. Según Jorge Chuaqui, cuando hablamos de rol nos referimos a **"***conductas estructuradas de la interacción de una persona hacia otra u otras, sin implicar necesariamente institucionalización (puede que esta exista o no) […] y para referirnos a la posición del individuo en una situación que forma parte de situaciones complementarias, utilizamos el concepto estatus social"* (Chuaqui, J., 2010c, pp. 115-116). De este modo, podemos ver, que adscritos a los roles que ejercen determinados individuos hay características de género, edad, etc., y que vinculado a un determinado rol hay un estatus, que se define por ciertos derechos, limitaciones y degradaciones que pueden llegar a un grado tal que afecten alguna dimensión de la interacción, constituyendo

una discriminación, hecho que puede llegar a vulnerar la situación en que se desenvuelve el individuo en su grupo o sistema. Tal es el caso de la discriminación hacia la tercera edad, hacia la mujer, hacia los homosexuales, hacia los que padecen algún tipo de discapacidad mental, etc. Todos ellos, individuos que se enfrentan a un mundo presentando serias desventajas a la hora de conseguir un trabajo o acceder a sus derechos.

Para complementar esta mirada más microsociológica, partiremos redondeando el concepto de estigmatización, el cual consistiría en una forma de interacción social mediada por una serie de actitudes negativas que un grupo de individuos mantiene hacia un grupo social menor, debido a que poseen alguna característica diferencial (López, M. et al., 2008).

En la misma línea López, M., señala que: "*Erving Goffman utiliza así el término 'estigma' para referirse a un 'atributo profundamente desacreditador', es decir, una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descredito o desvalorización como resultado de que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social como un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee"* (López, M. et al., 2008, pp. 5-6). Actitudes negativas que tienen su origen, desde la perspectiva de la psicología social y de la sociología, primero, en una función inicialmente defensiva de la sociedad frente al estigma, segundo, en su papel de refuerzo de la identidad grupal mediante el fomento de la cohesión de una mayoría social, ayudando con ello, por ejemplo, a identificar a simple vista amigos y enemigos probables, y, por último, tiene su origen en la racionalización de situaciones sociales concretas con base en la cultura y la historia, que para el caso de los pacientes con enfermedad mental corresponde al desarrollo de un imaginario social a lo largo de los años, como ha sucedido con la figura del "loco", visto como un individuo peligroso por sus conductas violentas y por la posibilidad de contagio, y por la figura del "sinrazón", como opuesto a la razón, todo lo anterior en estrecha relación e interdependencia con las figuras institucionales del encierro, como los Asilos y los Hospitales Psiquiátricos, lugares vistos como espacios de reclusión y no de tratamiento, imágenes que constituyen un refuerzo del estigma, y que no hacen más que confirmar la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la sociedad, escenario al que podemos sumar, una forma de organización de la atención separada del sistema sanitario y de la vida social en general.

De esta forma, se da lugar a un círculo vicioso que es necesario romper para transformar positivamente la situación existente (López, M. et al., 2008).

Finalmente, y tal como lo señalamos en un comienzo, entre los principales efectos del estigma encontramos, los producidos por la discriminación personal y estructural (como lo es la barrera del estigma en el ejercicio de los derechos y el acceso a los servicios), los derivados de la autoestigmatización, y las consecuencias de la estigmatización por extensión o asociación (López, M. et al., 2008).

Ahora, ya explicado el conducto teórico que nos lleva desde la exclusión social hasta la discriminación, como una de las formas más visibles y concretas de estigmatización, incorporaremos la noción de discriminación en la categorización hecha por Marcelino López para explicar el fenómeno del estigma. Para ello, partiremos explicando una primera aproximación, hecha por Erving Goffman, el cual nos señala que habrían tres tipos de estigma claramente diferenciados:

> *"En primer lugar, las abominaciones del cuerpo –las distintas deformidades físicas-. Luego, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad […] Por último, existen los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia*" (Goffman, E., 2006, p. 14).

I.III ACTITUDES VINCULADAS AL ESTIGMA: ESTEREOTIPOS, PREJUICIOS Y DISCRIMINACIÓN

Tal categorización, podría traducirse a la actualidad en: rasgos físicos, rasgos psicológicos y rasgos socioculturales, entendidos como categorías visibles en los diferentes tipos de estigma y que pueden manifestarse simultáneamente en una misma persona, dando paso a discriminaciones duales o múltiples. No obstante, un análisis más exhaustivo nos muestra que el estigma, también conocido como estigma social o público, es un fenómeno complejo y muldimensional, que desde la perspectiva de la Psicología social y de la Sociología, constituiría un conjunto de actitudes, cuyos componentes serian de carácter cognitivo, afectivo y conductual, a través de los cuales se categorizarían a los individuos en términos de "bueno"/"malo", y que, finalmente, se concretarían en tres tipos de actitudes vinculadas al estigma social, que corresponderían a (López, M. et al., 2008):

1) **Estereotipos:** Conjunto de creencias, en su mayoría erróneas, que extensos sectores de la población mantienen sobre un determinado grupo de individuos, condicionando o sesgando la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo (López, M. et al., 2008).

2) **Prejuicios:** *"Predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas"* (López, M. et al., 2008, p. 5).

3) **Discriminación:** *"Propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros"* (López, M. et al., 2008, p. 6).

De este modo, los estereotipos sobre la salud mental, como la culpa, la peligrosidad o la incompetencia, que si bien son conocidos por la mayoría de los individuos no son necesariamente aceptados por todos ellos. Son los individuos que tienen prejuicios los que apruebas estos estereotipos peyorativos, generando, en consecuencia, reacciones emocionales negativas; de esta manera, el prejuicio lleva a la discriminación, la reacción conductual, que se manifiesta en pérdida de oportunidades, coerción y segregación (Patrick W. Corrigan et al., 2009). Tales antecedentes nos muestran, como cada uno de estos aspectos se encuentran interrelacionados y reforzados mutuamente, actuando en forma circular.

En síntesis, la cadena de estereotipo, prejuicio y discriminación, que constituye el estigma social, consiste en la manera en que la sociedad en general concibe y reacciona ante los individuos con enfermedades mentales severas, y ha de distinguirse del autoestigma (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

Por otro lado, debemos agregar, que existe una "discriminación estructural", que se traduce en *"[…] políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes prevalentes y que, de forma más o menos intencionada o explicita, juega un papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general al proceso"* (López, M. et al., 2008, p. 6).

I. IV PASOS EN EL PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

Finalmente, según el autor Marcelino López (López, M. et al., 2008), el proceso de estigmatización cuenta con una serie de pasos más o menos continuados:

1) La distinción o etiquetado, e identificación de una determinada característica o marca que afecte a un grupo social.
2) Asociación al grupo o personas etiquetadas de características negativas, en función de creencias prevalentes.
3) Consideración de ese grupo de personas, como individuos diferentes ("ellos" frente a "nosotros")
4) Repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien fue estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza).
5) Pérdida de estatus y discriminación que afecta a los individuos o grupo estigmatizado, trayendo resultados diferentes y negativos en diferentes áreas de sus vidas.
6) Existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver, en último término, con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

I.V INTERIORIZACIÓN DEL ESTIGMA: UN PROCESO QUE COMIENZA CON LA ACEPTACIÓN DEL ESTEREOTIPO POR PARTE DEL ENFERMO

En lo concreto, y siguiendo la línea que explicaba el proceso de estigmatización mediante actitudes como el estereotipo, el prejuicio y la discriminación; la autoestigmatización se llevaría a cabo mediante la interiorización de estereotipos asociados a enfermedades mentales, en otras palabras, el individuo incorpora a su personalidad una serie de actitudes que reflejan devaluación y exclusión, hecho que se produciría sin siquiera ser objeto directo de estigmatización, es decir, el paciente o su familia al sólo pensar que puede ser estigmatizado por causa de la enfermedad incorpora a su personalidad todos aquellos estereotipos y prejuicios sociales asociados al estigma.

Además, son importantes mediadores en este proceso, la autoestima, la autoeficacia, y la habilitación, ya que se ha demostrado que una baja en estos factores está asociada de manera negativa con la búsqueda de conductas vinculadas a las metas de sus vidas (Patrick W. Corrigan et al., 2009). Proceso que se explicaría mediante las <<tres A>> del autoestigma; la percatación, el acuerdo y la aplicación (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

> *"Para experimentar el autoestigma, la persona debe conocer los estereotipos que describen a un grupo estigmatizado (p. ej., las personas con enfermedades mentales son culpables de su trastorno) y estar de acuerdo con ellos (es correcto, las personas con enfermedades mentales realmente son culpables de su trastorno) […] La tercera A es la aplicación. La persona debe aplicar los estereotipos a sí mismo (soy un enfermo mental, de manera que soy culpable de mi trastorno)"* (Patrick W. Corrigan et al., 2009, pp. 75-76).

Tal como lo señalamos en la sección del estigma, en lo concreto, los componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el proceso de autoestigmatización, serian, respectivamente, para el caso del estereotipo, creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad), para el caso del prejuicio, conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza) y, finalmente, para el caso de la discriminación, tenemos comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda). (López, M. et al., 2008). Todo ello, como consecuencia de un proceso de autoestigmatización, en que muchos de los afectados *"[…] suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la*

peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad" (López, M. et al., 2008, p. 15), y en el que intervienen variados factores, como el de interiorización de los estereotipos, las reacciones emocionales negativas generadas por el proceso, y las propias estrategias del sujeto para manejar el problema.

I.VI LA EXCEPCIÓN: AQUELLOS QUE NO INTERNALIZAN EL ESTIGMA.

Además, tal como señalamos en un comienzo, no todas las personas internalizan el estigma respondiendo a ello con una fuerte baja en la autoestima. Tal fenómeno, se explicaría porque *"Las personas que ven el estereotipo que corresponde al autoestigma como legitimo sufren mayor daño en la autoestima y la autoeficacia. Los que no están de acuerdo con los estereotipos probablemente se muestren indiferentes o justificadamente iracundos en vez de aplicarse el autoestigma"* (Patrick W. Corrigan et al., 2009, p. 77).

Cabe añadir, que los individuos con ese sentido de poder se refuerzan con los mismos estereotipos y se habilitan como resistencia a ellos, sintiéndose más seguros en lo relativo a la búsqueda de metas individuales (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

Otro factor que interfiere en las reacciones del individuo ante el estigma y, por tanto, en el autoestigma, es la identidad de grupo en la vida cotidiana,

> *"[…] las personas que se identifican con grupos estigmatizados o bien que pertenecen a ellos, pueden interiorizar la negatividad dirigida a ese grupo y por tanto tener perores efectos del autoestigma […] los individuos que desarrollan una identidad positiva mediante la interacción con miembros de su grupo interno pueden adquirir autopercepciones más positivas. Por consiguiente, tiene menos probabilidades de experimentar una disminución de la autoestima y de la autoeficacia"* (Patrick W. Corrigan et al., 2009, p. 77).

Un factor más que interviene en este proceso nos habla de las representaciones sociales existentes en la sociedad (tales como valores, creencias, ideologías, etc.) relativas al estigma, y que pueden impactar fuertemente al paciente sin que este haya sido directamente estigmatizado.

I.VII ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LA INTERNALIZACIÓN DEL ESTIGMA

Por último, debemos señalar, que desde la psicología y la sociología se han identificado estrategias para controlar las dimensiones individuales del estigma (su internalización), como lo es, por ejemplo, la autoafirmación, que permite a los sujetos enfrentar las nefastas consecuencias de este fenómeno (López, M. et al., 2008). También, nos encontramos con alternativas como la habilitación, que consiste en una especie de mediador entre la autoestigmatización y las conductas relativas al logro de metas; estrategia que esta asociada a una alta autoestima, a una buena calidad de vida, al apoyo social y a la satisfacción con los programas de ayuda mutua (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

> *"[…] los principios de la habilitación recomiendan cambios a la persona y al sistema de salud mental que combatan el autoestigma y favorezcan el logro de metas. Estos comprenden los servicios operados por el usuario que favorecen el desarrollo de la identidad personal con compañeros que tienen enfermedades mentales. También comprenden decisiones explicitas respecto a hacer pública la enfermedad"* (Patrick W. Corrigan et al., 2009, p. 80).

Para terminar, cabe mencionar, que fuera de que el individuo no logre sus metras y este hecho sea una consecuencia directa de una baja en la autoestima y en la autoeficacia, o de una menor habilitación, encontramos que el autoestigma también tiene consecuencias en las intervenciones basadas en la evidencia, en otras palabras, la disminución en la autoestima y la autoeficacia tendría efectos sobre su participación en los servicios, como el empleo y la educación respaldada, lo que llevaría las personas a cuestionarse por qué deberían intentar una rehabilitación laboral, sintiéndose incapaces de participar en ello, o por qué deberían educarse, sintiendo que sujetos de su condición no lo merecen (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

II. MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN TRADICIONAL

En lo referente al modelo de atención comunitario y al modelo de atención vigente, partiremos diciendo, que hace algunos años se han producido grandes transformaciones en la forma y en la noción de la administración de la salud. Da cuenta de aquello, el abandono del enfoque "normativo" en favor del enfoque "estratégico", desplazamiento que se define, esencialmente, por la gran relevancia otorgada a la descentralización y a la participación comunitaria. En esta misma línea, se encuentra la estrategia de Atención Primaria de Salud, la cual destaca los procesos de descentralización y participación comunitaria como los grandes cimientos de la nueva propuesta de salud pública. No obstante, tal como lo señalamos anteriormente, el enfoque normativo y el enfoque estratégico son complementarios, siendo implementados cuando las circunstancias lo ameriten.

II.I PSIQUIATRÍA COMUNITARIA: CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL E INTERNACIONAL

En cuanto a la psiquiatría comunitaria, podemos decir, que surge en los años sesenta en el contexto de la política desinstitucionalizadora de los Estados Unidos; reforma psiquiátrica que tuvo sus fundamentos en una serie de transformaciones sociales, y reordenamientos de políticas sociales y económicas surgidas tras la Segunda Guerra Mundial.

Este nuevo modelo de atención en salud mental desde los años 50, en varios países del Tercer Mundo, ha intentado involucrar a la población en actividades vinculadas a la salud; esto debido a que constituye un elemento fundamental para el logro de los objetivos propuestos por programas en materia de salud. Desde esta perspectiva, se intenta convertir a la población en sujeto, capaz de establecer sus propias preferencias, opciones e intervenir en las decisiones sobre ciertos hechos que tienen consecuencias sobre sus propias vidas. Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud, ha venido desde hace algún tiempo subrayando la importancia de la cooperación entre la comunidad y los servicios de salud.

> *"Fue, sin embargo, durante la Conferencia de Atención Primaria, realizada en Alma Ata en 1978, cuando se legitimó oficialmente la participación comunitaria no solo como un derecho de la población a intervenir en la prevención y atención de su salud, sino como un procedimiento indispensable para que la salud se convierta en patrimonio social"* (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. 142).

Específicamente, en Chile la psiquiatría comunitaria comienza a establecerse a fines de los años 90', ejemplo de ello es la evaluación, a fines de 1999, del Plan de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur, elaborado por el Consejo Técnico de Salud Mental en 1995 para e1 periodo 1996-2000. Proceso que concluyó con una reformulación del plan para el periodo 2000-2005, cuyo propósito es,

> *"Brindar respuestas integrales, efectivas y oportunas a las necesidades de psiquiatría y salud mental de la población beneficiaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur, orientadas en los principios de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria, que integren promoción, prevención, tratamiento-rehabilitación y reinserción social"* (Rojas, I., 2000, p. 8).

II.II UN GRAN AVANCE EN LA SALUD MENTAL CHILENA: PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA 2000

De este modo, el Ministerio de salud de Chile ha venido desarrollando un conjunto de acciones orientadas a la salud mental específicamente a partir de 1990, durante el gobierno democrático que sucedió al gobierno militar, con el objetivo de adecuarse a las necesidades de la población (Ministerio de Salud, 2000b). En este marco, finalizando los años 90', el ministerio ha asumido la responsabilidad de generar una serie de cambios significativos en el campo de la salud mental, de la forma más participativa y consensuada posible (Ministerio de Salud, 2000b). Transformaciones que, finalmente, se cristalizan en la formulación y oficialización, por parte del Ministerio de Salud, del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, e implementado el 2001, cuyas bases están en las políticas gubernamentales declaradas en 1993 (Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 1993) de las cuales se intentó retomar su sentido práctico e innovador.

En esta nueva iniciativa del año 2000 se puso especial énfasis en un plan que orientara las acciones en el dominio público y privado (Ministerio de Salud, 2000a), dando forma a un modelo más elaborado de la red de atención y de programas de actividades que abarcaran los problemas prioritarios de la población (Minoletti, A, Zaccaria, A., 2005, p. 346). El propósito que consigna este plan es,

> *"Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común"* (Ministerio de Salud, 2000b, cap. introducción., pp. 2-3).

Mientras que entre sus fundamentos encontramos que la salud y, específicamente, la salud mental, no sólo dependen de factores biológicos propios a la persona, sino que también depende de las condiciones en la que estos individuos viven. Es por ello, que las acciones que benefician la salud mental son aquellas que causan mejoras en las condiciones psicosociales a lo largo de la vida, especialmente en el ámbito de la familia, la escuela y el trabajo (Ministerio de Salud, 2000b). De este modo, una adecuada prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de la enfermedad requiere de acciones en materia de salud que incorporen a pacientes, familiares, grupos organizados, y a los servicios que prestan otros sectores (Ministerio de Salud, 2000b), ya que, sólo así, podremos mejorar la calidad de vida de todas aquellas personas que sufren algún tipo de trastorno mental.

II.III APROXIMACIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO.

Entre las principales características del modelo comunitario encontramos, primero, un desplazamiento de la estrategia de intervención desde el sujeto enfermo hacia toda la población, incorporándose nuevas herramientas, estudios de la demanda, nuevos conceptos, etc. Segundo, se pasa de los servicios de psiquiatría a los servicios de salud mental, lo cual implica una reformulación de las políticas asistenciales y el paso de la etapa biomédica a la biomedicosocial. Tercero, se pasa al reconocimiento de los derechos, de la autonomía y de la participación de los pacientes en el proceso de atención y adecuación de los tratamientos. Cuarto, existe una necesidad de crear una red compleja que garantice la continuidad de cuidados, aspecto que constituye un elemento clave en la atención comunitaria. Quinto, este modelo implica una programación flexible y adecuada, que contemple un amplio menú de recursos terapéuticos y de apoyo comunitario. Sexto, se requiere de una adecuación de las técnicas utilizadas en los programas sanitarios, que involucren un cambio en la orientación de los servicios y la puesta en común de todos los actores del escenario sanitario, de los distintos poderes y espacios (Desviat, M., 2007).

Por otro lado, la intervención en materia de atención comunitaria, viene del lado del trabajador de salud mental, ya sea a partir de exámenes exploratorios o como respuesta a la solicitud de algún agente comunitario. En este escenario, quien orienta las acciones de los trabajadores de salud mental, es el modelo epidemiológico, ya que es esta disciplina la que permite indagar en las necesidades, en materia de salud y enfermedad, de amplios sectores de la población.

> *"El modelo epidemiológico permite, además, detectar necesidades latentes, definir poblaciones en mayor riesgo, facilitar la búsqueda de la equidad en la atención, identificar factores etiológicos y determinantes de la salud-enfermedad a ser instrumentados en una intervención global, así como a adoptar decisiones racionales y a evaluar las actividades"* (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. XVII).

Además, en este modelo se implementa una coparticipación de responsabilidades y labores en un espectro más extenso de niveles que los profesionales de la salud deben incorporar a sus quehaceres. Dichas responsabilidades se extienden desde el nivel inicial de autocuidado hasta el nivel más especializado; orden piramidal que no responde a una jerarquía sino al grado de cobertura.

A continuación presentaremos una caracterización del modelo comunitario, y por exclusión no comunitario, según el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, listado al cual volveremos nuevamente en el apartado correspondiente al marco metodológico.

Características del Modelo de Atención Comunitario

Fuente: Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000

- **Reconoce la dimensión biológica, psicológica y social de las personas:** El enfoque biopsicosocial pone el acento en que la salud y, específicamente, la salud mental no sólo depende de factores biológicos inherentes al ser humano, sino que también de las condiciones psicosociales en las que ellos viven a lo largo de la vida, principalmente en el ámbito de la familia, de la escuela y del trabajo.
- **Participación de pacientes, familias y grupos organizados en la prevención, detección y tratamiento precoz y efectivo de la enfermedad mental:** Debe existir una participación activa y responsable del paciente y sus familiares en una relación interpersonal, informada, basada en el respeto mutuo y la confianza entre estos y el profesional o equipo responsable.

  Sin embargo, cabe hacer la precisión de que la exposición de la enfermedad y sus implicancias ante la comunidad y los equipos de salud pueden avergonzar o intimidar al paciente y su familia favoreciendo el proceso de autoestigmatización, cosa que ocurre en menor medida en la atención no comunitaria dada la escasa participación de dichos sectores.
- **Intersectorialidad:** Consiste en la participación de todas las instituciones y organizaciones, públicas y privadas, cuyas actividades se relacionen con las condiciones de vida de la población y la convivencia social, en el campo de la prevención, detección, y tratamiento precoz y efectivo de la enfermedad. Esto se debe a los múltiples factores que influyen en la salud mental de la población, lo cual requiere que los equipos mantengan una relación formal e informal, periódica y continua, con los diferentes sectores (educación, trabajo, justicia, municipalidad, etc.) en los que están insertos sus pacientes, familias y comunidad. Además, la intersectorialidad está orientada a superar todo lo que dificulte la integración de los esfuerzos, de modo que se permita la planificación conjunta, la concentración de los aportes financieros y la ejecución y evaluación compartidas.
- **Atención integral:** Considera acciones de promoción, prevención, detección, tratamiento, rehabilitación y reinserción social y laboral como parte de la atención integral.

- **Atención de calidad:** Consiste en garantizar el derecho de cada usuario de recibir una atención oportuna y de alta calidad en cualquier componente de la organización de la red y en cualquier momento de la evolución de su enfermedad. En síntesis, avanzar en el logro de una atención universal, accesible, oportuna, de alta calidad técnica y humana y con una participación activa de pacientes y familiares.
- **Continuidad de cuidados:** La atención es continua en el tiempo y a lo largo de la vida, privilegiando el seguimiento por un mismo profesional o equipo. La atención se realiza también fuera de los establecimientos de salud. Esto se debe, a que las personas con enfermedades mentales severas y de larga evolución requieren establecer un vínculo personal y terapéutico profundo con el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, y en especial con uno de sus miembros, identificado como su principal agente terapéutico y de rehabilitación, el que lo apoya en el uso de los distintos dispositivos de la red de salud mental y psiquiatría, y motiva su adhesión al tratamiento.
- **Se privilegia la atención ambulatoria:** Se privilegia la atención ambulatoria, promoviendo y apoyando las capacidades de las personas y grupos organizados. Es decir, se privilegian las intervenciones preventivas y tempranas que puedan ser realizadas por profesionales y técnicos del equipo de salud general, reservando los recursos especializados ambulatorios para la asesoría al nivel primario y atención de los casos más complejos, y restringiendo la institucionalización al máximo, de modo que resulte adecuada para el paciente, su familia y la comunidad.
- **Los usuarios y equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones.**
- **Los servicios se articulan en una red:** Ésta red, tiene responsabilidad para con una población y un ámbito geográfico definidos, cuyo eje es el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria. Dentro de esta red, los componentes se relacionan en forma sistemática y todos y cada uno, desde su especificidad, abordan acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Esta red, debe dar forma a un modelo de atención comunitaria, en el que un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, abordan en forma coordinada e integrada los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población existente.

Aquí se repite nuevamente problema que mencionamos anteriormente respecto a la participación de la comunidad y los equipos de salud en el tratamiento de los pacientes, ya que el usuario y su familia al hacer pública la enfermedad y todos aquellos problemas asociados a ella ante los participantes de la red, hacen sentir al usuario y su familia en una situación vergonzosa que favorece el proceso de autoestigmatización.

- **La red de servicios de salud mental y psiquiatría se incorporará a la estructura de la red de atención de salud general.** Tanto como un componente funcional de dicha estructura, como con sus componentes estructurales propios.
- **Se integran equipos multidisciplinarios en cada dispositivo de la red:** Talas como psicólogos, trabajadores sociales, paramédicos, psiquiatras, etc.
- **Perfeccionamiento constante de los equipos y profesionales de la salud mental:** Con el objetivo de mejorar sus competencias en la materia.

II.IV MODELO DE ATENCIÓN TRADICIONAL: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

Por otro lado, el modelo de atención tradicional en materia de salud mental se caracteriza por una atención intramural orientada, básicamente, a la curación de los enfermos, y al control de las epidemias, donde el proceso de atención comienza con la solicitud de consulta y concluye con el alta del enfermo o la interrupción del tratamiento. Aquí, es el paciente, su familia o un miembro de la comunidad quien pide ayuda terapéutica orientada a sanear algún tipo de dolencia personal o interpersonal. Además, este modelo involucra la atención especializada o de niveles, como es el caso de los trabajadores de la atención primaria de salud.

Por otro lado, es propio de este modelo la existencia de hospitales psiquiátricos hegemónicos basados en fundamentos biológicos que no dan cabida a la cultura, a los valores, a la crianza, a la mística, etc.; donde el gran depositario del poder terapéutico es el psiquiatra y donde el núcleo de la intervención es el sujeto enfermo.

Este último, se caracteriza por carecer de derechos y de autonomía, siendo nula su participación en el proceso de atención. Aquí, no existe la intervención orientada a toda la población, ni estudios referentes a la demanda, ni diagnostico comunitario, ni redes de recursos en la comunidad, ni nociones tales como, grupos vulnerables o población en riesgo.

Finalmente, como podemos ver, ambos modelos aunque se contraponen en lo teórico se complementan en lo práctico *"[…] resultando que la atención clínica en la comunidad y la atención comunitaria epidemiológicamente fundamentada son, en rigor, dos fases en el ámbito extrahospitalario de acción"* (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. XVII).

Expuestos los antecedentes del problema y las perspectivas teóricas a partir de las cuales lo abordaremos, la formulación de nuestra hipótesis es la siguiente: El modelo de atención comunitario en salud mental contribuye a aumentar el estigma generado por la comunidad y el autoestigma en los usuarios y sus familias debido a que hace pública la enfermedad, en oposición al modelo de atención en salud mental tradicional, siempre que mantenga la publicidad de la enfermedad en ámbitos privados.

Tal supuesto se debe, a que si bien el modelo de atención comunitario contribuye a aliviar el estigma generado por la presencia de la enfermedad en los individuos al no aislarlos de su contexto natural, entre otros beneficios; debemos considerar, que este modelo también tiene efectos negativos respecto a este mismo estigma, como lo es, por ejemplo, hacer pública la enfermedad.

III. MARCO METODOLÓGICO

Nuestro estudio es de tipo exploratorio/descriptivo, puesto que nuestra investigación trata una problemática cuyas dimensiones no han sido abordadas en su conjunto e interrelaciones. Siendo algunas de ellas, escasamente estudiadas, como es lo es el fenómeno del autoestigma.

Además, buscamos describir aspectos específicos en determinadas personas, los usuarios, sus familias y la comunidad, que, posteriormente, darán lugar a un análisis a través de determinadas categorías teóricas. Las dimensiones a investigar, para nuestro caso, serán: la estigmatización, la autoestigmatización, el modelo de atención comunitario y el modelo de atención tradicional.

I. TIPO DE DISEÑO

La estrategia metodológica a utilizar en este estudio es de tipo cualitativa, ya que a diferencia de la cuantitativa, que se define por *"[…] su carácter numérico y por dar prioridad al análisis de la distribución, repetición, generalización o predicción de los hechos sociales"* (Tarrés, María Luisa, 2004, p. 63), la metodología cualitativa da profundidad a los datos recogidos, pone su acento en la perspectiva de los actores y analiza el contexto en el que ésta se desarrolla, de esta manera nos entrega una visión alternativa a la reconstrucción de la realidad cargada de una gran riqueza informativa e interpretativa. Dicha metodología nos permitirá aproximarnos a la subjetividad de los individuos, logrando, a través de la diversidad de técnicas que nos ofrece, captar, con toda su riqueza, aquella dimensión del fenómeno que nos interesa para los fines de nuestra investigación.

Además, el estudio es de tipo no experimental, puesto que no hay una manipulación intencional de las variables, los fenómenos son observados tal como se dan en su contexto natural para luego proceder a analizarlos. Y es transversal, ya que las observaciones se realizan en un momento único en el tiempo.

También, hablamos de un diseño de tipo emergente, ya que éste se va construyendo a medida que avanza la investigación, pudiendo ser modificado durante su desarrollo, en otras palabras, se adapta a las características del contexto. Hecho que se ve en nuestro caso, al no existir un tamaño de muestra claramente definido, debido a que éste se irá estructurando según el criterio de saturación.

Además, el investigador va tomando decisiones a medida que gana experiencia y reflexiona sobre los antecedentes que van surgiendo en el proceso de indagación, contribuyendo, de este modo, a que el estudio tenga una base firme en la realidad investigada. Aquí, no existen las decisiones fundamentales del diseño, aunque sí es necesaria una cierta planificación del diseño emergente en aspectos tales como: colaboradores del estudio, sitio donde se llevara a cabo el estudio, contactos clave, instrumentos para la recogida y el análisis de los datos, tiempo máximo para la realización del estudio, procedimientos de consentimiento informado y criterios éticos, número y tipo de personas requeridas para la realización del proyecto, entre otros.

En relación a la calidad del diseño, las nociones de confiabilidad y validez asumen criterios distintos a los de la visión positivista en la investigación, lo que ha generado fuertes debates sobre la competencia y aceptación de las técnicas cualitativas como productoras de conocimiento científico entre los investigadores sociales. Para establecer la validez de una metodología, es necesario considerar el valor de la labor científica, es un concepto que está vinculado a la integridad, a la calidad o carácter de una cosa, que debe ser establecido en función del objetivo y el escenario en que ocurren, de modo que los resultados reflejen los fenómenos en estudio (validez interna) y sean generalizables (validez externa).

Por otro lado, existen tres criterios a considerar en un estudio cualitativo en lo que respecta a la confiabilidad: la credibilidad que hace alusión a la veracidad del estudio *"[…] se relaciona con el uso que se haya hecho de un conjunto de recursos técnicos"* (Valles, Miguel, 1998, p. 104), la transferibilidad que refiere a la generalización *"[…] se logra, sobre todo, a través de los diversos procedimientos de muestreo cualitativo, en contraposición a los procedimientos cuantitativos de muestreo probabilístico"* (Valles, Miguel, 1998, p. 104), y por último, tenemos la dependibilidad que respecta a la consistencia, esta *"[…] se hace operativa mediante una suerte de auditoría*

externa, Para ello el investigador cualitativo debería facilitar la documentación que haga posible tal inspección: guiones de entrevista, transcripciones, y todo tipo de comentos en los que pueda seguir el rastreo de su trabajo intelectual" (Valles, Miguel, 1998, p. 104).

II. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo teórico de nuestra investigación estará compuesto por todos los usuarios adultos, de ambos sexos, de 18 años en adelante, que padecen enfermedades mentales graves compensadas en unidades de atención ambulatorias; junto con familiares y miembros de la comunidad, también adultos y de ambos sexos, perteneciente a las distintas regiones de Chile, mientras que el universo empírico estaría conformado por los usuarios adultos, de ambos sexos, que presentan enfermedades mentales graves compensadas en unidades de atención ambulatorias; junto con familiares y miembros de la comunidad, también adultos y de ambos sexos, que pertenecen, solamente, a la Región de Valparaíso y Santiago.

En cuanto a las características específicas de los miembros que conformaran la muestra de nuestra investigación, podemos decir, que hablamos de usuarios cuando nos referirnos a aquellos individuos que padecen alguna enfermedad mental grave compensada y, que por tanto, están siendo tratados médicamente en alguna institución psiquiátrica pública o privada de carácter ambulatorio. Cuando hablamos de familiares, nos referimos a familiares directos que compartan el mismo hogar con el paciente (padre, madre, hermanos, abuelos, etc., o el tutor que generalmente es algún familiar cercano al paciente). Y, por último, cuando hablamos de comunidad, nos referimos a aquellos individuos que son externos al núcleo familiar y a la familia en general, en este caso hablamos de vecinos, amigos, compañeros de trabajo (en el caso de que trabaje), compañeros de colegio o de otro tipo de institución educacional (en el caso de que estudie), etc.

III. MUESTRA

En cuanto al tipo de muestreo, este es de tipo teórico ya que, si bien siempre se vincula a la lógica de la investigación cualitativa debido a que siempre es, de alguna manera, productora de teorías, lleva de manera muy conexa la recogida y el análisis de los datos, puesto que a medida que éstos se producen y se analizan, se decide que nuevos datos recoger. Aquí, es poco significativo el número efectivo de casos estudiados, ya que lo verdaderamente relevante es la riqueza de cada uno de ellos en relación al aporte que pueden hacer al desarrollo de la investigación.

En relación al tamaño de la muestra podemos decir que:

> *"En la investigación cualitativa no interesa la representatividad; una investigación puede ser valiosa si se realiza en un solo caso (estudio de caso), en una familia o en un grupo cualquiera de pocas personas. Si en la investigación cualitativa buscamos conocer la subjetividad, resulta imposible siquiera pensar que esta pidiera generalizarse"* (Alvarez-Gayou, José Luis, 2003, p. 33).

De tal modo, en la investigación cualitativa se prioriza la profundidad por sobre la extensión, y la explicitación de la calidad de la información por sobre la cantidad. Esto es producto de que la información no es reducida a un mero dato numérico, como sucede en los estudios cuantitativos, sino que es considerada un dato discursivo, que tiene densidad, es un texto.

El tamaño de la muestra estará definido por el criterio de saturación, que se refiere *"[…] al momento en el que durante la obtención de la información, esta empieza a ser igual, repetitiva o similar"* (Alvarez-Gayou, José Luis, 2003, p. 33), y por el criterio práctico, que hace alusión a las condiciones concretas de la investigación, como lo es el tiempo disponible para realizar las entrevistas, que muchas veces nos obliga a ponerles un tope o un corte, recursos, entre otros.

Cabe señalar, además, que los casos a entrevistar serán seleccionados bajo un criterio experto. Para nuestro caso será un psiquiatra o psicólogo que, basándose en la lista de características que construimos del sistema comunitario, nos indicará que sujetos (e instituciones de salud en las cuales los pacientes tratan su enfermedad) están y no están participando en este modelo de atención; seleccionados los pacientes que podrían ser entrevistados y consultada su disposición y tiempo para participar en nuestra investigación (vía contacto a través del psiquiatra), se procederá a concretar la entrevista.

IV. TÉCNICA DE PRODUCCIÓN DE DATOS

La técnica de producción de datos seleccionada, dentro de la amplia gama de instrumentos que nos ofrece la metodología cualitativa, y acorde a los objetivos de nuestra investigación, será la entrevista en profundidad.

> "*La entrevista es un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona –"el informante", termino prestado del vocabulario básico de la antropología cultural- que se haya contenida en la biografía de ese interlocutor. Entendemos aquí biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistador. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado"* (Alonso, Luis Enrique, 1995, pp. 225-226).

Además, la entrevista será de tipo semi-estructurada, ya que existirá una guía de temas o preguntas a tratar durante la conversación, y donde el entrevistador tendrá la libertad de incorporar nuevas interrogantes para aclarar ciertos conceptos o para conseguir más información.

Consideramos que esta técnica es las más adecuada para los fines de nuestra investigación, dado el carácter de conversación entre iguales que tiene la entrevista en profundidad, ya que se lleva a cabo mediante una serie de preguntas flexibles y libres, permitiendo un encuentro con el sujeto entrevistado de carácter íntimo y cercano, que facilita la creación de un clima de confianza mediante el correcto establecimiento del rapport, entendido como el grado de empatía y simpatía logrado en la relación entrevistador/entrevistado que propicia la eficaz comprensión de los significados que requiere el investigador para entender, a cabalidad, el fenómeno estudiado. Tal situación permite que el vínculo comunicativo no se vea interrumpido por tensiones

derivadas de la posible reactividad entre los interlocutores dando pie a un dialogo fluido y veraz entre el entrevistador y el informante.

De este modo, a través de las entrevistas, que de ser necesario serán repetidas a un mismo sujeto, lograremos adentrarnos en la comprensión de la visión que tienen los sujetos respecto de sus propias vidas y experiencias, tal como ellos lo relatan con sus propias palabras.

V. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En cuanto al análisis de los datos, se ha optado por el análisis de contenido, que corresponde al procedimiento más básico que puede llevarse a cabo en investigación cualitativa. Este tipo de análisis, va más allá de una mera descripción de los datos, que es más propia de los estudios cuantitativos, es mucho más compleja y elaborada, ya que requiere de una minuciosa articulación entre la pregunta de investigación, los objetivos de investigación, el marco teórico, la especificidad de la técnica utilizada y el proceso de análisis de los datos.

Según Andréu, J. (2000), el análisis de contenido consistiría en una técnica de interpretación de textos (escritos, grabados, etc.) que busca captar su sentido último, mediante la lectura textual o visual, distinguiéndose de la lectura común al seguir el método científico. Además, el contenido del texto, ya sea manifiesto o latente, cobra sentido y puede ser captado dentro de un contexto, de modo que texto y contexto son dos dimensiones fundamentales de éste tipo de análisis. Siendo, el propósito fundamental de esta técnica, indagar sobre lo escondido, lo inédito de todo mensaje, lo cual sólo es posible si el texto se abre a las condiciones contextuales del producto comunicativo (Piñuel, J., 2002).

Además, este tipo de análisis debe ir cargado de conceptualización y teorización, lo que le dará el peso teórico suficiente para lograr constituirse en la base, a partir de la cual, se conseguirá captar la multiplicidad de significados y sentidos contenidos en las transcripciones, grabaciones, etc., que contienen la subjetividad del individuo, sin desvincularnos de los fines de nuestra investigación, problema frecuente en este tipo de estudios.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En cuanto a las consideraciones éticas, es necesario partir diciendo que "[…] *el proceso de investigación comienza con el reconocimiento, por parte del investigador de su condicionamiento histórico y sociocultural, y de las características éticas y políticas de investigación*" (Valles, Miguel, 1998, p. 80), hecho que lo deja libre de imprimir su marca personal en el diseño de la investigación.

Vinculado a lo anterior, el proceso de reflexividad propuesto por la investigación cualitativa, que, cabe decir, es un concepto opuesto al de objetividad y neutralidad del conocimiento (Hammersley & Atkinson, 1994), nos lleva a asumir *"[…] que la investigación es un proceso situado, que produce un conocimiento anclado en una posición particular, se hace necesario explicitar los condicionamientos que el lugar del investigador le impone a la investigación* (Fernández, R., 2006, p. 25). De este modo, la *"reflexividad implica que las orientaciones de los investigadores pueden tomar forma mediante su localización socio-histórica, incluyendo los valores e intereses que estas localizaciones les confieren"* (Hammersley & Atkinson, 1994, p.31). Sin embargo, este concepto "[…] *no sólo remite a analizar críticamente el lugar del investigador y cómo esta posición constriñe a la vez que posibilita su mirada. También implica evaluar los efectos de la investigación en la realidad social"* (Fernández, R., 2006, 26).

De esta forma, nuestro estudio no pretende dar un reflejo objetivo de la realidad investigada, sino que, este debe entenderse, como la producción de un conjunto de interpretaciones que buscan hacer perceptible el fenómeno al cual dicho estudio refiere. Es así, como nos apartamos de la idea positivista de revelar la propia realidad, aquella realidad que no es relatada desde ninguna parte, ni por nadie, como si se relatara a sí misma, para situar al investigador y sus interpretaciones como ejes centrales de la investigación, estableciendo su propia visión/versión de la realidad estudiada; hecho que, en síntesis, nos lleva a asumir el proceso de investigación como una construcción discursiva que nos entrega una particular interpretación de la realidad social investigada, construcción de la cual, como investigadores, debemos hacernos cargo (Fernández, R., 2006).

En palabras de Fernández (1994) debemos entregarle al lector una interpretación de la realidad social investigada *"[…] sin pretensiones de certidumbre, sólo con pretensiones de verosimilitud argumentativa, cuyo resultado de comprensión se conoce solamente hasta que se calibra su recepción por parte de un interlocutor; y cuyo tema no queda nunca agotado, porque siempre se puede decir algo más, algo diferente al respecto"* (Fernández, 1994, p. 293).

Además, con el objetivo de proteger la información y la identidad de los sujetos entrevistados, se procederá, primero que todo, a solicitar la autorización de los sujetos seleccionados para ser entrevistados mediante un consentimiento informado, entendido este último, según Lolas F. en "Bioética y medicina. Aspectos de una relación" (2002), como un,

> *"Proceso social que, a través de un intercambio activo y respetuoso, brinda información sobre la investigación en forma comprensible para el sujeto, permite cerciorarse de que la entienda y tenga opción de preguntar y recibir respuestas a sus dudas, brinde oportunidad para negarse a participar o manifestar voluntad de colaborar y pueda expresarla oralmente o firmar un formulario, sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos indebidos".*

De esta forma, los participantes de la investigación son informados, mediante un proceso comunicacional apropiado que evite los tecnicismos y considere el nivel educacional de los entrevistados, sobre los fines y características del estudio, tipo de datos que se recogerán, resguardo del anonimato de quienes participen en la investigación, etc., todo ello en el marco de un proceso de consentimiento informado que privilegia la autonomía y el derecho a decidir de los sujetos entrevistados (Aguilera-Guzmán, R., Mondragón Barrios, L., Medina-Mora Icaza, M., 2008). Además, hemos considerado facilitar las transcripciones de las entrevistas si estos así lo requieren con el objetivo de transparentar el trabajo.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Mes de trabajo	**Actividad a realizar**
Marzo	• Caracterización del Modelo de Atención Comunitario y Tradicional. • Toma de entrevistas a pacientes, familiares y comunidad que participa en el Modelo de Atención Comunitario.
Abril	• Toma de entrevistas a pacientes, familiares y comunidad que participa en el Modelo de Atención Tradicional. • Indagación en las interacciones sociales presenciales asociadas al surgimiento y consolidación del autoestigma en los usuarios y sus familias.
Mayo	• Análisis de los datos. • Conclusiones.

V. ANÁLISIS

Antes de comenzar con el análisis de los datos recopilados, señalaremos que la información expuesta a continuación representa sólo una aproximación a las dimensiones sociales del proceso de enfermedad que experimentó el paciente y, en consecuencia, su familia; hecho que no significa que los factores sociales presentes en los trastornos psiquiátrico severos también puedan ser producto de la sintomatología propia de cada enfermedad, y no solamente producto del estigma y autoestigma que fueron susceptibles de experimentar los casos entrevistados.

I. ¿EXISTE UN REAL APOYO, TANTO FAMILIAR COMO DEL ENTORNO, HACIA LOS USUARIOS EN EL PROCESO DE ENFERMEDAD?

Conocemos la importancia del sustento familiar a la hora de sobrellevar una enfermedad de estas características dadas los negativos efectos, tanto a nivel psicológico como social, que recaen sobre el individuo, y como señalamos, muchas veces también sobre sus cercanos, y la no menor relevancia que puede tener el entorno en su propia reintegración social.

Como sabemos, aún existen familiares que por vergüenza tienden a esconder a sus enfermos o sencillamente obvian la patología que ellos pueden estar sufriendo. Sin embargo, esta vergüenza se ha ido modificando de manera progresiva a medida que se avanza en una concepción actual de la enfermedad (Desviat, M., Delgado, M., González, C., Hernández, M., s.f.) y que ha sido desarrollada gracias a una serie de reformas psiquiátricas implementadas en nuestro país y en el mundo desde mediados de los años 90'. Reformas que lograron concretarse en 1978 durante la Conferencia de Atención Primaria realizada en Alma Ata, donde se legitimó oficialmente la participación comunitaria (Organización Panamericana de la Salud, 1992), que dio lugar al paso de un modelo de atención tradicional, reducido a los hospitales psiquiátricos, a uno comunitario, que paulatinamente va trasladándose hacia la comunidad. Sin embargo, en Chile, la psiquiatría comunitaria recién comenzó a establecerse a fines de los años 90'.

Ahora, para adentrarnos en la forma en que los familiares de los pacientes entrevistados reaccionaron frente al proceso de enfermedad, es menester recordar ciertas características del proceso de estigmatización, para, efectivamente, lograr definir el rol y el grado de relevancia que ellos adquieren durante el desarrollo de la patología.

Tal como hemos señalado en párrafos precedentes, el estigma corresponde a un fenómeno complejo y multidimensional que hoy en día es visto, desde disciplinas como la psicología y la sociología, como un conjunto de actitudes (de carácter cognitivo, afectivo y conductual) a través de las cuales se categorizarían a los individuos en términos de "bueno"/"malo", concretándose, finalmente, en tres tipos de actitudes vinculadas al estigma social: estereotipos (conjunto de creencias en su mayoría erróneas), prejuicios (predisposiciones emocionales habitualmente negativas), y discriminación (propensión a desarrollar acciones positivas o negativas) (López, M. et al., 2008).

Además, debemos recordar que los estereotipos sobre la salud mental (peligrosidad, incompetencia, culpa, etc.) si bien son conocidos por la mayoría de los individuos no son necesariamente aceptados por todos ellos, puesto que son los sólo los sujetos que tienen prejuicios los que aprueban estos estereotipos peyorativos, generando, en consecuencia, reacciones emocionales negativas; de esta manera, el prejuicio lleva a la discriminación, la reacción conductual, que se manifiesta en pérdida de oportunidades, coerción y segregación (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

En lo que respecta a los datos empíricos pudimos visualizar que en todos los casos entrevistados el paciente, en mayor o menor medida, fue víctima de la cadena de estereotipo, prejuicio y discriminación que constituye el estigma social, que, como dijimos, consiste en la manera en que la sociedad en general concibe y reacciona ante los individuos con enfermedades mentales severas. No obstante lo anterior, la información revela un apoyo importante y generalizado del núcleo familiar hacia el paciente; sustento que se tradujo principalmente en el área afectiva y económica, tal como lo constata una de las entrevistas: *"…mi familia no me discriminó, al contrario, me ayudó harto después de que supieron que estaba con depresión… me ayudaron harto… harto, no tengo nada que decir de ellos, me dieron todo el apoyo que necesitaba"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012); en la

misma línea, y corroborando la información anterior, tenemos la declaración de la hermana de una de las pacientes entrevistadas, familiar que, al igual que en el caso anterior, manifiesta un irrestricto apoyo al enfermo, ella señala: *"…pero así y todo, me he hecho la fuerte y la apoyo, la hablo, que se tiene que recuperar, que vaya aquí, que vaya allá, la acompaño a todas partes… eh… tratándose de terapias, de tratamientos… el consultorio, aquí, allá, a todas partes la llevo…"*(Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Comunitario, 2012). Tales manifestaciones de apoyo, de este eje fundamental que es la familia, contribuyen de manera significativa a que el familiar que padece la dolencia consiga más prontamente y con un mayor éxito la rehabilitación y la reinserción social necesaria para mejorar su calidad de vida. Todas ellas, dimensiones y expectativas de vida en que la familia realiza un significativo aporte al contribuir a controlar los procesos de autoestigmatización del usuario al estimular e incentivar la creación de ideas vinculadas a la autoeficia, la autoestima y la habilitación del paciente; cosmovisión que no hace más que favorecer la inhibición de estereotipos, creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad), de prejuicios, conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza) y de discriminación, que corresponde a un comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Sin embargo, fuera del soporte familiar está la aceptación social que el sujeto necesita para reinsertarse en el medio con plenitud; pero para conseguirlo, es imprescindible que el entorno proporcione verdaderas oportunidades al paciente de vivir en la comunidad (López, M., Laviana, M., 2006) *"… con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales normales, trabajar en empleos reconocidos y valorados, participar en condiciones de igualdad en tareas comunes y mantener relaciones sociales significativas"* (López, M., 2008); soporte social que aún está lejos de constituirse en nuestro país, dada la enorme resistencia y prevalencia que presentan los estereotipos sobre pacientes psiquiátricos en nuestra sociedad.

Además, nos encontramos con que sólo la parentela más cercana al núcleo familiar del usuario tenía conocimiento de la enfermedad, decidiendo, a pesar de ello, mantener un vínculo con el enfermo y sus más cercanos, proximidad que se traducía en visitas, llamados telefónicos, es decir, algún tipo de preocupación por el estado de

salud del familiar enfermo y su familia. Mientras que, en lo que respecta a los parientes menos cercanos, los entrevistados señalaron que generalmente éstos no se enteraban de que existía un familiar con trastornos psiquiátricos en la familia o simplemente algunos se desentendían del tema.

En relación a lo expuesto, tenemos la experiencia de las usuarias entrevistadas, la cual señala que no posee relación con sus familiares: *"… para mí, mi familia es… eh… mis papás, mis hermanos, obviamente mi hijo y el papá de mi hijo, o sea es con los que tengo relación y punto. No tengo relación con nadie más…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012), a lo que añade: *"… jamás acudiría a ellos en caso de que me pasara algo… no, no es ese tipo de cercanía, sí lo hago con mis hermanos, o con mi mamá o con mi papá"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012). En la misma línea, pero abordando el caso de aquellos familiares que se desentendieron de sus parientes enfermos, tenemos el testimonio de una vecina de un paciente psiquiátrico, la cual nos relata que a pesar de que su vecino tiene familiares directos que viven muy cerca de su domicilio y que tienen conocimiento de su enfermedad, éstos, en palabras de la entrevistada,: *"…se hacen los desentendidos, porque seguramente ellos también piensan de que… eh… se está haciendo no más… ellos igual tienen familia al frente pero jamás yo he visto que lo apoyen, que estén con él"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

Tales reacciones por parte de los familiares se explicarían, no sólo por del grado de cercanía y cariño que algunos parientes tienen con respecto a otros, sino también por el nivel de conciencia que manifestaron frente la seriedad e implicancias de la enfermedad y, por supuesto, también por la necesidad de implementar y buscar, tanto estrategias como herramientas, pertenecientes al campo de la salud o de otras disciplinas atingentes, que les permitan salir adelante junto a sus seres queridos en la lucha contra la enfermedad y la discriminación.

Referente a estos últimos antecedentes, podemos decir, que algo similar ocurre a nivel del entorno que rodea al paciente, puesto que son sólo los vecinos o amigos más cercanos los que conocen el real estado del paciente, ya que frecuentemente la familia tiende a ocultar u omitir estos antecedentes al resto; así lo manifiesta uno de nuestros casos estudiados, que señala: *"Claro, es que no hay muchos que saben que tengo esta enfermedad… pero yo que alguien lo va a saber y va empezar a divulgar en todos*

lados…" (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012), ante lo cual se le consultó ¿qué problema habría con que el resto se enterará?, a lo que el sujeto respondió: *"…se van a asustar conmigo… van a pensar que soy violento… y yo no soy violento"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012). Como vemos, el usuario manifiesta una clara tendencia a ocultar su estado de enfermedad al resto debido a la posibilidad de ser estigmatizado; hecho que da cuenta del comienzo del proceso de autoestigma en el individuo que, a su vez, se produce al ser consciente de la existencia de imágenes negativas de su grupo (esquizofrénicos) en la sociedad (Beltrán, D., s.f.). *"[…] suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad"* (López, M. et al., 2008, p. 15); interviniendo, además, factores como la interiorización de estereotipos, reacciones emocionales negativas generadas por el proceso y las propias estrategias del sujeto para manejar el problema.

Finalmente, tenemos casos en que la familia actúa sobreprotegiendo, en mayor o menor medida, al usuario producto de su condición de vulnerabilidad, evitando que éste se exponga a situaciones de riesgo de discriminación o rechazo en los diferentes planos de la vida social y especialmente en el mundo del trabajo; ello, debido a las implicancias que la inserción laboral tiene, puesto que el paciente para encontrar un trabajo debe contar con ciertas destrezas y asumir determinadas responsabilidades que usualmente los familiares no identifican en sus parientes enfermos. Esto se debe, a que muchas veces la familia subestima o simplemente desconoce las reales o potenciales capacidades con que cuentan los pacientes para insertarse social y laboralmente de manera satisfactoria. A ello, podemos agregar, el hecho de que la familia no estimule ni proporcione al usuario estrategias como la autoeficacia, la habilitación, entre otras, que permitan al individuo sentirse autodeterminado y capaz de plantearse metas concretas y realistas; todas ellas, técnicas que contribuyen de manera significativa a controlar los efectos de la autoestigmatización en el individuo.

De este modo, los enfermos se ven privados de la tremenda oportunidad que significa dar un paso más en su rehabilitación e integrarse laboralmente, obteniendo con ello herramientas reales, como lo es, el desarrollo de capital social, el dinero y la independencia que éste bien entrega, entre otros beneficios, que les permita retomar las riendas de propia vida. De ello da cuenta el padre de una de las entrevistadas, que

nos responde frente a la pregunta de si su hija ha buscado trabajo últimamente: *"Sí, lo ha intentado, pero yo no lo he aceptado, porque… eh… estamos en Chile y sé yo que la gente, con estas personas, es un poco cruel… y ella que es media despistada y no sabe hacer cosas y todo eso, el temor que tengo yo es que esté trabajando y cometa errores… y la empiecen a retar o que se le pierda algo y la obliguen a pagar eso…"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario).

Como vemos, este testimonio refleja una vez más la trascendencia que pueden tener las consecuencias del proceso de estigmatización en el paciente; proceso que, como vimos en la declaración anterior, puede convertir a la propia familia en un flanco que no hace más que reforzar y reproducir los nefastos estereotipos sobre enfermedades mentales.

Para concluir, podemos decir, que es de suma importancia implementar estrategias de intervención que combatan el estigma en su dimensión individual, es decir, el autoestigma, a través de estrategias como la habilitación, la autoeficacia, el autoestima, entre otras; y estrategias dirigidas a combatir el estigma social, en donde se promueva *"… una visión de las personas ejerciendo roles normales que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones, mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo"* (López, M., et al., 2008, p. 23).

II. ¿CÓMO SE VIVIÓ EL ESTIGMA ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO?

Como sabemos, el estigma es un fenómeno complejo presente en la realidad social que se manifiesta como algo objetivo o externo al individuo, pudiendo ser internalizado a través de las relaciones sociales, para luego pasar a formar parte de la subjetividad de la persona según sea la intensidad y continuidad del impacto del estigma como para hacerlo sentir molesto o culpable a raíz de su propia enfermedad.

Concretamente, el proceso comienza con el etiquetado del individuo como "enfermo o enferma mental", distinción que se genera con la llegada de la enfermedad y las conductas derivadas de la sintomatología negativa y positiva (fuera de los efectos secundarios de algunos fármacos) y la posterior difusión del diagnóstico y uso de los

servicios de salud mental entre los familiares y el entorno (López, M., et al., 2008); proceso de etiquetado que no hace más que dar inicio a la cadena de estereotipo, prejuicio y discriminación que constituye el estigma social (López, M. et al., 2008).

Tal como lo señalamos con antelación, las consecuencias de este proceso son nefastas, tanto para el usuario como para su familia, por la misma razón, es imprescindible la utilización de todas aquellas instancias, públicas o privadas, que nos permitan contrarrestar sus negativos efectos; entre aquellas instancias, están los servicios de salud mental comunitarios que, en alguna medida y a través de sus diversas estrategias, buscan la real reinserción social de los individuos.

Ahora, con el objetivo de evaluar el impacto de cada modelo de atención en el proceso de estigmatización que sufren los individuos, decidimos investigar como el sujeto estaba viviendo dicho proceso sin haber experimentado un tratamiento comunitario o tradicional.

En este sentido, los antecedentes recopilados nos muestran que todos los sujetos entrevistados, participantes de ambos modelos de atención, han experimentado, en mayor o menor medida, y según cada caso, algún grado de estigma y/o autoestigma previo a someterse a alguno de los dos modelos de atención señalados, lo cual se debería a que la sintomatología de la enfermedad sería más ostensible al no estar tratándose médica y farmacológicamente; por lo tanto, la enfermedad se manifestaría en toda su magnitud y de manera muy aguda contribuyendo a desarrollar los procesos de estigma y autoestigma en el resto de los individuos; procesos que se desencadenarían, como mencionamos anteriormente, en todos aquellos individuos que tienen prejuicios y por tanto aprueban los estereotipos peyorativos existentes en el medio social, generando, en consecuencia, reacciones emocionales negativas; de esta forma el prejuicio lleva a la discriminación, que es la reacción conductual, traduciéndose en la pérdida de oportunidades, coerción y segregación (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

Testimonio de dicho proceso da uno los casos entrevistados, que al experimentar crisis a raíz de su Esquizofrenia tendía, en palabras de su madre, a: *"hacer tira todo, a piedrazos, salía pa' fuera a apiedrar las micros… todas esas cosas… él escuchaba voces, peliaba en la pieza de él, hacia tira todo, todo hacia tira, tele… todo, porque*

él veía un mono grande, un mono grande eh… que lo quería martarlo a él…" (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012), como es de suponer, este tipo de manifestaciones que muchas veces se desarrollan en espacios públicos, o situaciones que se dan en lo privado pero que por determinadas circunstancias (gritos, llegada de Carabineros, escandalo, bulla, etc.) terminan haciéndose públicas, generan todas las condiciones para que la cadena de estereotipo, prejuicio y discriminación comience a funcionar a raíz de las murmuraciones, burlas y el etiquetado o distinción del individuo por parte de los vecinos, de ello da testimonio su madre: *"…se reían de él poh, acá se reían, se reían todos cuando apiedraba las micros, la casa, se reían todos…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012); un caso similar, en donde la manifestación de la enfermedad se dio en un espacio público, sin previo tratamiento, y por lo tanto, en toda su magnitud, lo encontramos en el testimonio de la esposa de un paciente psiquiátrico, ella señala*: "…una de mis vecinas, llegó y me dijo, oiga su marido se levantó a las tres y media de la mañana, se puso a marchar, se puso a reírse, metiendo ruido, me dijo… y de ahí… de ahí yo llame a la patrulla…"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

En la misma línea, y para terminar, tenemos el testimonio de una paciente más, ella nos relata que producto de la exposición de la sintomatología de su enfermedad: *"Los niños hablaban de mi… los niños decían de que… sabían que yo… estaba… eh… enferma de la mente porque me oían hablar sola… yo creo que de alguna manera… es una manera de discriminar…"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012), añadiendo frente a la pregunta ¿a tu papá le hacen comentarios con respecto a ti, le preguntan cosas…?: *"Sí, le han preguntado porque hablo sola… porque empiezo a lanzar garabatos en la calle, porque me siento en la escala… mi papá ha tenido que sacar la cara por mí y a tener la cara para protegerme"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

En éstos tres casos, vemos que con el conocimiento o manifestación pública de la enfermedad da curso al proceso de estigmatización del individuo; el cual comienza con una sucesión de pasos más o menos continuados, éstos serían, primero, la distinción o etiquetado del sujeto, en donde se identifica una determinada característica o marca que afecte a un grupo social; segundo, la asociación al grupo o personas etiquetadas de características negativas en función de creencias prevalentes; tercero, la consideración de ese grupo de personas como individuos diferentes

("ellos" frente a "nosotros"); cuarto, las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien fue estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza); y por último, la perdida de estatus y discriminación que afecta a los individuos o grupo estigmatizado, trayendo resultados diferentes y negativos en diferentes áreas de sus vidas (López, M. et al., 2008).

Ahora, desde el punto de vista de las actitudes sociales concretas el proceso de estigmatización se explica a través de:

> *"('estereotipos') más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave […] al menos en las sociedades llamadas 'occidentales': peligrosidad, extrañesa impredictibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y 'culpa' sobre lo que les sucede. Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos ('prejuicios') de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre 'manteniendo la distancia'. Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales ('distancia social') mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional"* (López, M., et al., 2008, p. 10).

Así mismo, vemos las consecuencias a nivel del autoestigma, puesto que este conjunto de actitudes negativas tienen consecuencias nefastas para los sujetos estigmatizados que involucran, en los términos de Goffman, no sólo las ya "desacreditadas", sino también las potencialmente "desacreditables", en otras palabras, aquellas personas que aún no han sido identificadas públicamente, pero tienen conciencia de que pueden serlo en el instante en que se conozca su condición (López, M., et al., 2008). Este proceso consiste en que el sujeto internaliza, y por tanto conoce, acepta, y finalmente actúa, de acuerdo a un conjunto de estereotipos negativos asociados a las enfermedades mentales, como lo son: la incompetencia, la falta de voluntad, la agresividad, dependencia, indefensión, diferencia, etc., ; proceso que queda en evidencia en el testimonio de la madre de uno de los usuarios entrevistados, ella señala: *"…me decía que él se sentía vivo por fuera pero que a la vez, por dentro se sentía muerto… no quería hacer nada, y empezaba a hacer cosas raras…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012), un testimonio más lo entrega otro de los usuarios entrevistados, el cual comenzó a experimentar fuertes sentimientos de debilidad e inseguridad en momentos en que aún no se trataba médicamente, él señala: *"…empezay de repente a cuestionarte y… a titubear de repente de lo que haces… ¿estará bien? O de repente llegaba y hacia las cosas bien, como se tenían que hacer… y de repente llegaba acá al trabajo y llegabay con hielo en la espalda… ¿me irán a reclamar? ¿Me irán a cuestionar?"* (Entrevista Grupo 1

Modelo de Atención Tradicional, 2012), su esposa complementa lo anterior señalando: *"…se ve como en calidad de enfermo… porque no… no puede hacer todas las cosas que… que hacía antes, o sea, ya su vida no es como… como normal, porque él sabe que hay un impedimento que… un impedimento que… está ahí… […]…no sé, lo priva… no sé… de ser como él era antes…"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Tradicional, 2012)

En estos casos, los individuos internalizaron estereotipos asociados a la falta de voluntad e incapacidad de manejo de sí mismos desde un comienzo de la enfermedad, sin siquiera ser directamente estigmatizados, lo que se explica según Beltrán, debido a que: *"… en el autoestigma el conocimiento que el estigma está presente dentro de la sociedad, pueden tener un impacto a un individuo aun si aquella persona no ha sido directamente estigmatizada"* (Beltrán, D. s.f., p. 2).

Otro ejemplo de internalización del estigma lo encontramos en otro sujeto entrevistado que, previo a someterse a tratamiento médico, inició la internalización de un conjunto de estereotipos asociados a un potente desgano, ella señala que habían días en que tenía *"… ganas de que tu hijo no estuviera… para no tener que hacer cosas o tener responsabilidades… y tu simplemente, dejarte…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012), información que corrobora una de sus amistades al señalar que *"…a nivel laboral ella fue fallando en el trabajo…porque eh… no quería ir al trabajo, faltaba siempre, no tenía ánimo de nada, así que tuvo que dejar el trabajo también…"*(Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012), en estas breves palabras podemos dimensionar la enorme fuerza que posee la internalización del estigma en el sujeto, cosmovisión que puede conducir al enfermo a modificar las relaciones a nivel familiar y laboral de manera significativa; esto se debe a que el proceso del autoestigma concluye, generalmente, con un auto prejuicio, es decir, una fuerte baja en la autoestima del sujeto que, a su vez, origina una serie de conductas, como no buscar trabajo o abandonar los estudios, que no hacen más que limitar o alterar las oportunidades y el curso normal de la vida del individuo, en otras palabras, el sujeto a través de este tipo de conductas no estaría haciendo más que auto discriminarse, etapa final que corresponde al ciclo del autoestigma.

Un punto más que debemos añadir, es que dentro de la información recopilada durante las entrevistas se evidenciaron rastros muy vagos sobre procesos de autoestigma entre los familiares de los pacientes psiquiátricos severos que fueron entrevistados, encontrándose sólo datos relativos a sentimientos de cansancio, preocupación, stress, etc., generados por la sintomatología de la enfermedad y las negativas implicancias a nivel psicológico, social y económico que repercuten sobre el individuo y su familia. De este modo, podemos dar cuenta de la existencia, en algún grado, de procesos de autoestigmatización y, por supuesto, estigmatización hacia el núcleo familiar del usuario. Un ejemplo de lo anterior, de la sobrecarga emocional con que deben lidiar los familiares de los usuarios, lo encontramos en la experiencia que esta viviendo el padre de una de las pacientes entrevistadas; él nos cuenta sobre la sensación de preocupación que lo embarga al pensar en que pasará con su hija cuando él ya no esté, ya que dada la condición psiquiátrica y médica de la mujer, se encuentra en una fuerte situación de dependencia, en palabras de su padre*: "…estoy con miedo… eh… me preocupa que irá a pasar con ella si yo muero, yo sé que esta mi otro hijo y hemos hablado, me dice que no me preocupe y todo eso… pero…"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012), a lo anterior, podemos agregar la sensación de cansancio que ha experimentado el sujeto en cuestión producto la incapacidad de su hija de adquirir responsabilidades al interior del hogar, su padre nos cuenta: *"…se acostumbró a que todo se lo tengan que hacer, por ejemplo yo… eh… tengo que estar diciéndole Diana tomate los remedios, Diana hace tu cama, Diana has el aseo, tengo que hacerlo yo, porque a veces para evitar problemas y enojarme, prefiero hacerlo yo, y yo lo hago mal también pero… ejemplo, eh… las cosas andan botadas…"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

Otro testimonio lo da la esposa de uno de los usuarios entrevistados, ella nos cuenta sobre lo estresante que se ha vuelto su vida una vez iniciada la enfermedad de su pareja, en sus propias palabras: *"…mi mamá se ha dado cuenta de que ha cambiado, ella misma me ha dicho que esta diferente, que le dice que esta amargado, porque en el fondo se ha vuelto un viejo, en un viejo que todo le molesta… todo, le molesta la bulla, le molesta el niño, eh…[…]***…***Yo creo que todos estamos estrados en esta casa"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

Como vemos en los casos expuestos, los familiares de los pacientes psiquiátricos dan cuenta de una fuerte sobrecarga emocional, y muchas veces también física, generada a raíz de la enfermedad de su pariente; efectos que, como expusimos con anterioridad, también tienen relación con los procesos de internalización del estigma, puesto que ello implica que los familiares, al igual que los pacientes, asuman como propios los estereotipos y prejuicios asociados a la patología, reaccionando emocionalmente y desarrollando conductas que evidencian sentimientos de desgano, baja autoestima, desconfianza hacia las propias capacidades, entre otros.

Además, fue posible visualizar durante las entrevistas que algunos de los sujetos se resistían a tratarse psiquiátricamente, lo cual constituye una excepción a una de los aspectos de la noción de Rol de Enfermo de Talcott Parsons que señala: *"El enfermo debe trabajar para reconquistar la salud, consultando a un experto médico y aceptando convertirse en un paciente"* (Mendoza, C., 2009, p. 14); excepción que se debería, en algunos pacientes, a una negación de la dolencia, a una escasa conciencia de la propia enfermedad o al temor de ser estigmatizados, última dimensión que se explicaría por los efectos del estigma por extensión, en donde no es sólo el paciente víctima de este proceso, sino también profesiones e instituciones asociadas a este tipo de trastornos, como lo son los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos, generalmente asociados en el imaginario colectivo a espacios de reclusión, tortura y no de tratamiento, entre otras negativas características, que no hacen más que reforzar el estigma y reafirmar la visión de peligrosidad, incurabilidad y locura reinante en la sociedad.

En este contexto podemos situar a uno de los sujetos entrevistados, que niega la posibilidad de padecer depresión y, por tanto, de tratarse psiquiátricamente, ya que según él esta enfermedad no existía, en sus propias palabras señala: *"…pensé que no existía, que la depresión no… no existía… y que era… era algo… inventado por… por las personas para no hacer lo que tenían que hacer no más… "* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012), información corroborada por su hermana, que señala: *"Él decía que no, que no estaba enfermo, que no tenía depresión… como que lo negaba todo, no lo quería asumir…"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

Como vemos, podemos inferir que el paciente manifiesta una conciencia sobre la existencia del fenómeno del estigma asociado a este tipo de enfermedades e instituciones/profesiones afines y las enormes consecuencias sociales que dicho proceso implicaría para su vida, lo que se traduce en un gran temor y negación hacia la posibilidad de cargar con esta clase de patologías.

También, tenemos el caso de un entrevistado que niega padecer Esquizofrenia, señalando que su diagnóstico es**:** *"Depresión… depresión, me dijo que tenía que tomar pastillas y que tenía ir a todos los exámenes que me mandara el doctor…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012), información que ratifico su madre al entrevistador fuera de la conversación, señalando que no le preguntaran a su hijo sobre su enfermedad aludiendo a la "Esquizofrenia" propiamente tal, porque él todavía no aceptaba su enfermedad y, por lo tanto, negaría rotundamente el diagnóstico y su paso por diferentes instituciones de carácter psiquiátrico, sugiriendo, además, que nos arriesgaríamos a que se molestara y no quisiera continuar con la entrevista; actitud de enojo que habitualmente tomaba cuando lo tildaban de esquizofrénico; caso que, evidentemente, se explicaría también por los factores anteriormente señalados, es decir, una conciencia del estigma presente en la sociedad hacia quienes padecen este tipo de trastornos y la extensión de dicho fenómeno hacia aquellas instituciones/profesiones pertenecientes al campo de la salud mental.

Finalmente, tenemos un caso en que a pesar ser consciente de la posibilidad de ser estigmatizado a raíz de estar tratándose psiquiátricamente, él continuó visitando a su médico alcanzando un porcentaje considerable de recuperación a pesar de las burlas y murmuraciones que tuvo que enfrentar en su trabajo y entre los vecinos a raíz de su enfermedad. De ello da luces su testimonio, al establecer un vínculo entre la psiquiatría y la locura, y por ende, la existencia de un reconocimiento de las implicancias sociales que podría llegar a tener dicha asociación si se viera envuelto en un tratamiento de carácter psiquiátrico: *"… éste está en psiquiatra… siempre tú… un psiquiatra… lo pasay altiro, no éste' está loco… y no estoy loco…"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

III. *¿CÓMO SE VIVIÓ EL ESTIGMA EN AMBOS MODELOS DE ATENCIÓN UNA VEZ INICIADO EL TRATAMIENTO COMUNITARIO/TRADICIONAL?*

En términos generales, ambos modelos de atención contribuyeron bastante poco a mitigar los efectos del estigma existente en la sociedad; sin embargo, en lo que refiere al autoestigma, consideramos que el alcance de ambos fue mayor, hecho que contribuyó a mejorar considerablemente la autopercepción del individuo y las relaciones a nivel familiar.

Modelo de Atención Tradicional

Tal como lo señalamos anteriormente, la contribución de este modelo de atención a la mitigación del estigma fue, en los casos estudiados, prácticamente nulo. Conocemos los importantes efectos que tiene esta fuerza social en aquellos sujetos que son estigmatizados y en la sociedad en su conjunto; los primeros se ven afectados en la medida que ven coartadas sus oportunidades de vida, contactos sociales, empleo, etc., y la segunda, al asumir los gastos económicos de aquellos individuos que descuidan su tratamiento médico por temor a ser estigmatizados (Beltrán, D., s.f.), de este modo, vemos la crucial importancia de aumentar la eficiencia y la eficacia de este modelo de atención en la disminución de los efectos del proceso de estigmatización y autoestigmatización.

Como vimos anteriormente, y antes de entrar en la revisión de la información recopilada, recordaremos algunas de las características principales de este modelo de atención con el fin de establecer las bases sobres las cuales se sustenta, éstas serían: una atención intramural orientada a la curación de los enfermos y al control de las epidemias, donde el proceso de atención comienza con la solicitud de consulta y concluye con el alta del enfermo o la interrupción del tratamiento, siendo siempre el paciente, su familia o algún miembro de la comunidad, quien pide la ayuda terapéutica,

> *"… destinada, por lo general, a dar respuesta a un sufrimiento intra o interpersonal expresado, por ejemplo, a través de signos, síntomas, conflictos o discapacidad funcional. Es decir, las acciones orientadas por el modelo clínico eximen al trabajador de salud mental de la necesidad de definir el concepto de 'caso' ya que el paciente lo ha asumido de manera (más o menos) voluntaria o (más o menos) impuesta por la comunidad"* (Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. XVI).

A ello, podemos agregar que este modelo se encuentra estrechamente relacionado a las actitudes sociales negativas que existen hacia las personas con enfermedades mentales, constituyendo *"... de hecho, una barrera poco permeable para el acceso de dichas personas a razonables condiciones de vida y atención en nuestras sociedades"* (Angermeyer M.C, Schulze, B., 2001, p. 3). Lo anterior, producto del desarrollo a lo largo de los años de un imaginario social vinculado a la figura del loco (sujeto violento susceptible de contagiar su enfermedad) y del "sin razón" (como opuesto a la razón) y su entrelazamiento e interdependencia con las instituciones psiquiátricas y las figuras asociadas al encierro, propias del modelo de atención tradicional; relación que actúa de forma circular y viciosa, y que no hace más que robustecer el estigma y los estereotipos asociados a este tipo de trastornos.

Teniendo claro estos antecedentes, pasaremos a revisar los datos investigados; éstos nos muestran que una vez iniciado el tratamiento médico, caracterizado, básicamente, por una atención individual, impersonal y muy breve, así lo grafica la esposa de uno de los usuarios: *"...es la relación solamente médico paciente, que lo ve, no sé, le contará como ha estado, le sigue dando los medicamentos y nada más"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Tradicional, 2012), señalando además, que no existió nunca una preocupación del médico por cómo se estaban estructurando las relaciones al interior del hogar o por integrarla al proceso de tratamiento, los efectos del estigma persistieron sobre el usuario y su familia pero, una vez iniciado el tratamiento, éstos mutaron en una forma de lástima o compasión hacia el enfermo y su familia. De ello da testimonio el esposo de la mujer entrevistada anteriormente, el cual relata que a raíz de tratamiento psiquiátrico algunos de sus compañeros de trabajo se referían a él en términos de: *"... el enfermo, el pobre... puta pobre éste..."* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

Un testimonio similar lo encontramos en la esposa de uno de los usuarios entrevistados, quienes producto de su precaria condición económica y la enfermedad con la que debía cargar fueron ayudados por la junta de vecinos, la entrevistada señala: "*...gracias a ellos que nadie más, ponte que 170 mil pesos de mercadería... me ayudaron... por mi... por mis hijos, y por él, por la enfermedad"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012), información ratificada por una amiga de la familia, quién da cuenta de la "compasión"-palabra utilizada por la entrevistada- que les tenían los vecinos a esta familia debido su paupérrima condición

económica y a una cierta sensación de superioridad que poseía esta comunidad vecinal frente al grupo familiar en cuestión, en palabras de ella: *"...se notaba el rechazo, la discriminación, pero después, cuando ya realmente, después de que Germancito salió del psiquiatra vinieron a reaccionar... ahí vinieron la directiva a ayudarlo, ahí, pero antes no mijita, antes lo obligaban a pagar..."* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

Como vemos, muchas veces los gestos de apoyo del entorno hacia el paciente o la familia afectada, no son más que una forma de estigma encubierta en una cierta imagen de benevolencia que sólo buscan disimular la forma más cruda del estigma. Forma de discriminación que la podríamos encasillar en lo que algunos autores llaman "propensión a la acción" o "distancia social deseada", que constituyen acciones diferentes de las conductas efectivamente discriminatorias (López, M., et al, 2008), pero que de todas formas encarnan las actitudes constitutivas del estigma social: estereotipo, prejuicio y discriminación, cadena que, como sabemos, se refuerza mutuamente, está estrechamente interrelacionada y actúa en forma circular.

A nivel del autoestigma, notamos que, si bien en muchos de los pacientes entrevistados persistió la idea de que el entorno los "miraba extraño", el tratamiento tradicional, eminentemente farmacológico, les sirvió para alcanzar cierto grado de normalidad en sus vidas, logrando, por ejemplo, regularizar aspectos como el sueño, las crisis, el estado de ánimo, etc.; base sobre la cual, los usuarios poco a poco han ido recuperando ciertos grados de autonomía e integración social. De aquello da cuenta uno de nuestros pacientes, quien, luego de iniciado el tratamiento, señala que se siente: *"... mucho mejor que antes, antes no podía... antes tenía que estar en la cama no podía pararme... pero ahora puedo levantarme, me levanto a trabajar cuando tiene harto trabajo mi papá, me levanto a trabajar con él, todo eso"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012); según su madre, desde entonces su hijo ha estado mucho más tranquilo y contento con la oportunidad de desarrollarse en el campo laboral, desempeño que lo ha ayudado a adquirir cierta independencia, en palabras de su madre: *"...él se gasta casi todo su sueldo en cigarros, o sea, no todo, pero él se compra todas sus cosas, su ropa, todo con su plata, eh... también, como le dijera, se compra lo que... para su aseo personal..."* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

Aquí vemos como el tratamiento, siempre basado en fármacos que permiten estabilizar sus crisis y su agresividad, ha contribuido a que el individuo logre reconfigurar su vida e insertarse en el mundo laboral, puesto que, a pesar de que nuestro entrevistado trabaja ayudando a su padre en labores de la construcción, él percibe un sueldo mínimo que le permite manejar ciertas cantidades de dinero y, por supuesto, hacer uso todas las libertades asociadas a la posesión de este preciado bien; ello, fuera de la reconfiguración a nivel mental que se produce cuando se adquieren este tipo de libertades. De esta forma, los estereotipos asociados al desgano, a la baja autoestima, a la incompetencia, agresividad, etc., se van disipando a medida que el sujeto va retomando sus antiguos o nuevos roles, volviéndose una vez más dueño de sí mismo. No obstante, desde ciencias como la psicología y la sociología, se han planteado estrategias para controlar las dimensiones individuales del estigma, es decir, su internalización, como lo son la autoafirmación o los principios de la habilitación que *"[…] recomiendan cambios a la persona y al sistema de salud mental que combatan el autoestigma y favorezcan el logro de metas…"* (Patrick W. Corrigan et al., 2009, p. 80), que, complementando un tratamiento farmacológico adecuado, puede contribuir de manera exitosa a controlar las nefastas consecuencias de este fenómeno.

Finalmente, si bien el tratamiento tradicional, eminentemente farmacológico, ha contribuido positivamente en la recuperación de la vida del sujeto, creemos que el conjunto de cambios a nivel familiar, laboral, social, etc., que se produjeron, pudieron haber sido mayores y mucho más beneficiosos, si de cada una de estas dimensiones se hubiera ocupado algún especialista como parte del proceso terapéutico del usuario, ya sea incorporando a la familia en el tratamiento con el objetivo de mejorar las relaciones al interior del hogar, consultando sobre estrategias orientadas a controlar los procesos de autoestigma, asistiendo a talleres orientados a la rehabilitación y reinserción social y laboral, etc. Ello, debido a que los cambios ocurridos en todos los casos se ocasionaron por el sólo hecho de que el paciente, a través del tratamiento recibido, logró controlar la sintomatología positiva y negativa de la enfermedad, dejando de ser una carga o un problema mayor para la familia, hecho que, evidentemente, alivia el peso que deben sobrellevar quienes conviven con el enfermo que, como sabemos, muchas veces puede ser agresivo, demasiado introvertido, dependiente, etc.

La esposa de uno de los entrevistados que se atiende bajo este modelo nos cuenta lo conveniente que hubiera sido tener una atención más completa, en la que la hubieran incorporado a ella, a sus hijos, o hacer alguna terapia matrimonial, puesto que las relaciones al interior del hogar (a nivel matrimonial y relaciones padre e hijo) se vieron fuertemente dañadas producto de la depresión que el usuario estaba sufriendo. Ante la necesidad de un tratamiento más integral ella responde: *"Sí, porque todo se nos ha juntado, él con su depresión, yo por un lado que tengo que llegar, cargar, cargar, cargar no más en la mochila y… seguir en pie porque si yo… si yo no funciono aquí la casa no funciona, entonces… yo me hecho peso en la mochila no más, tengo que seguir adelante, seguir velando por mis hijos y por él"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

Modelo de Atención Comunitario

En lo que refiere a este modelo de atención, orientado básicamente por una perspectiva que busca complementar la ingesta de fármacos con una atención de carácter integral que contemple dimensiones como la familia y otras áreas elementales en la vida de todo ser humano, podemos decir, que al igual que el modelo anterior, poco logró en cuanto a la mitigación del estigma presente en la sociedad, siendo mayor su contribución en lo que refiere al control de las dimensiones individuales del estigma.

Antes de pasar a la revisión de los datos recopilados, mencionaremos que otras de las características del modelo de atención comunitario que pudimos vislumbrar durante el curso de las entrevistas, además de la participación de familiares o grupos organizados en el tratamiento del paciente, fueron: el reconocimiento de la dimensión biológica, psicológica y social del individuo, la intersectorialidad, la atención integral, la atención de calidad, la continuidad de cuidados y la presencia de equipos multidisciplinarios; aspectos que al parecer, no fueron suficientes para conseguir el objetivo central de esta política de atención*: "… disminuir las actitudes sociales negativas hacia las personas con este tipo de problemas"* (López, M., 2004, p.1).

Muchas de estas características del modelo comunitario fue posible identificarlas en conversaciones informales y algunas otras durante las entrevistas, pero de manera tácita; distribuyéndose, casi en todos los casos, de manera homogénea. En cuanto a la intersectorialidad, ésta quedo manifiesta al existir contactos por parte de las organizaciones de salud con instituciones privadas para lograr la inserción laboral de los pacientes; preocupación que a su vez, da cuenta del reconocimiento de la multidimensionalidad del individuo, y por ende, de una atención de carácter integral. Por otra parte, la calidad de la atención quedó patente en el trato y preocupación de los profesionales, quienes constantemente estaban en contacto con los usuarios y sus tutores, visitándolos o llamándolos por teléfono, para que éstos no abandonaran sus tratamientos; hecho que da lugar a otra característica de este modelo, la continuidad de cuidados, en donde el equipo profesional dadas las características y evolución de la enfermedad durante un proceso terapéutico sostenido en el tiempo, da de alta o deriva al paciente a otras unidades de atención asegurando la continuidad de su tratamiento. Finalmente, dichos equipos profesionales eran, para los casos entrevistados, multidisciplinares, generalmente compuestos por psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Evidentemente, todas estas herramientas con las que contaron los usuarios participes de este modelo ayudaron a su proceso de recuperación y es posible identificarlas, gran parte de ellas, a lo largo del desarrollo de este trabajo, pero sin diferenciarlas, ya que, en la práctica, estas se encuentran imbricadas unas con otras.

Siguiendo con lo anterior, los datos recopilados señalan que a pesar de los esfuerzos de los médicos tratantes por intentar reconstruir la relación entre el individuo y su entorno social, los resultados no eran los esperados, de ello da cuenta uno de nuestros usuarios entrevistados, el cual manifiesta que: *"Después de que volví con la licencia seguí trabajando… pero… cambio todo… o sea… llegué a lo mismo, a las burlas y a todo…"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012)*;* otro usuario señala que sus vecinos: *"…se compadecen… nos apoyan, nos compadecen…"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Comunitario, 2012) a raíz de los problemas que su familia comenzó a vivir producto de la enfermedad; estigma que en este caso se presenta en forma de una "distancia social", traducida en lastima o compasión, hacía quienes son objeto de estigmatización.

Tales declaraciones, no hacen más que dar cuenta del poco alcance que ha tenido este modelo a nivel social, remitiéndose a intervenciones que hasta ahora afectan principalmente al individuo y a su núcleo familiar, obviando iniciativas de mayor alcance, como lo serían las siguientes tres estrategias antiestigma planteadas desde la Psicología Social y la Sociología: información y educación de la población general y sus diversos sectores, el contacto y la interacción social, y por último, la movilización y protesta social (López, M., et al., 2008). Todas ellas dirigidas a ilustrar y concientizar a los ciudadanos sobre las reales particularidades y secuelas que poseen este tipo de patologías.

Sin embargo, es posible suponer que dicho modelo no ha alcanzado la amplitud suficiente debido a la reciente, lenta y dificultosa implementación que el modelo comunitario ha tenido en el sistema de salud nacional, ya que fue sólo a fines de los años 90' que la psiquiatría comunitaria comenzó a establecerse en Chile; ideas que lograron cristalizarse en la formulación y oficialización, por parte del Ministerio de Salud, del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, e implementado el 2001, que trajo consigo un conjunto de transformaciones estructurales y mentales difíciles de implementar en un sistema tradicional arcaico y fuertemente arraigado en la conciencia social y en las instituciones pertenecientes al campo de la salud.

Tal como lo señalábamos, algunos de los aspectos centrales de nuevo modelo implicaban transformaciones estructurales en nuestro sistema de salud, como lo son: el que la red de servicios de salud mental y psiquiatría se incorporara a la estructura de la red de atención de salud general, el perfeccionamiento constante de los equipos y profesionales de la salud mental, el que los usuarios y equipos participan regularmente en la planificación y evaluación de las acciones, el que los servicios se articulan en una red, el privilegiar la atención ambulatoria, entre otros objetivos que, como vemos, representan procesos de alta complejidad desde el punto de vista organizacional, que involucran el despliegue de una gran cantidad de recursos económicos, técnicos y humanos para llevarse a cabo, en un sistema de salud precario desde el punto de vista económico y arraigado en una forma de atención tradicional cuyas directrices son totalmente opuestas a este nuevo modelo, pero que, poco a poco, y pese a las dificultades, se ha ido expandiendo exitosamente a lo largo de nuestro país.

Por otro lado, en cuanto al autoestigma, al igual que en el modelo anterior, el enfoque comunitario también ha favorecido la autodeterminación del individuo a través de todas las herramientas y estrategias que los profesionales adheridos a esta perspectiva entregan a los usuarios y sus familias durante el proceso terapéutico; las cuales, generalmente, están orientados a satisfacer necesidades emanadas desde los distintos planos de la vida humana, como lo es, por ejemplo, el plano familiar, a través de su incorporación constante en el proceso terapéutico del paciente, o a nivel más personal, el desarrollo de ciertas habilidades que permitan al individuo desenvolverse con naturalidad en el plano social, entre muchos otros aspectos.

Un ejemplo relativo a las intervenciones dirigidas al plano familiar lo entrega una de nuestras entrevistadas, quien nos relata lo provechoso que será para su bienestar familiar el tratarse junto a su pareja; sesión que el psicólogo fijó para estos padres dada el grado de complejidad que había alcanzado su relación y lo afectado que se estaba viendo su pequeño hijo, quién también se estaba tratando paralelamente. Ella nos cuenta respecto a la incorporación de su pareja al tratamiento:

> *"…igualmente se siente frustrado de… eh…. de que… quizás… eh… por lo mismo yo vea todo malo en él… y… y también considero, o sea, como que uno tiene ciertos momentos de lucidez, o que puede ver las cosas un poco más claras, también considero que hay cosas que él tiene que cambiar así como pa' ayudarme… entonces yo creo que lo ideal sería una terapia en pareja…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

Mientras que, en cuanto a intervenciones orientadas a un nivel más personal, tenemos el testimonio de una de las pacientes entrevistadas que da cuenta de un tratamiento en el que podemos inferir se desarrollan e implementan estrategias relativas a la habilitación y autoeficacia, lo anterior, dado los resultados alcanzados por el proceso terapéutico; la paciente nos señala: *"… igual, yo considero que de un tiempo a esta parte no te puedo decir estoy genial, pero he mejorado bastante, o sea, por ultimo me he atrevido a hacer cosas, por ultimo he hecho los trámites que tengo que hacer, o sea ya es algo…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012). Como vemos, la entrevistada una vez iniciado el tratamiento ha vuelto a recuperar ciertas habilidades sociales que le permiten vincularse de manera sana con el entorno social, dejando atrás, paulatinamente, todos aquello temores que le significan hacer cuestiones tan básicas como llevar a cabo un trámite, hacer una cola para atenderse en un banco, ir al médico, etc., acciones que para ella constituían sacrificios que se traducían en ganas de llorar, dolor de estómago, angustia, en sus propias palabras:

"no podía entablar un… un… eh… un… una comunicación normal o una relación, relacionarse normalmente con otra persona, no podía, no podía, no me sentía capaz, me sentía observada…" (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012), reacción señalada por Demetrio Beltrán como una de las tantas consecuencias del fenómeno del estigma y del autoestigma, añadiendo, además, consecuencias como la disminución del autoestima, rasgos depresivos, baja integración psicológica con la comunidad, reducción de redes sociales, incumplimiento de programas de tratamiento, pérdida de oportunidades de vida y, tal como le sucedió a nuestra entrevistada, "evitación de personas no familiares" (Beltrán, D., s.f.), pero que hoy, gracias al tratamiento recibido por esta paciente, ha logrado avanzar en la reconstrucción de sus relaciones sociales y, por ende, elevar su calidad de vida.

Tenemos también el caso de otra paciente que se ha visto beneficiada con el tratamiento recibido, su hermana da testimonio de aquello: *"…la veo más firme en… por lo menos psicológicamente, en sus ideas, sus pensamientos, yo la veo, la noto, que sí, está afirmándose… le ha hecho efecto el venir aquí, un buen efecto"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Comunitario, 2012), tratamiento de corte comunitario que, al igual que en el caso anterior y mediante un tratamiento integral, ha contribuido a la autodeterminación y habilitación del sujeto, mitigando los procesos de internalización de estereotipos vinculados a la dependencia e indefensión presentes en este caso, avanzando, de esta forma, en el bloqueo de los procesos de autoestigma y sus nefastas consecuencias.

Finalmente, consideremos que el aporte de este modelo en la calidad de vida del individuo es mayor y más trascendente que el que entrega el modelo de atención tradicional, principalmente, en el área personal y familiar. Ello, debido a que el apoyo y orientación constante que se brinda al usuario y a su núcleo familiar permite sanear y reconfigurar las relaciones al interior del hogar de manera que éstas se mantengan y crezcan en el tiempo; lo cual se debe, a que existe un aprendizaje y un entendimiento por parte de los familiares sobre los procesos que vive el enfermo, hecho que enriquece las relaciones y dan lugar a grupos familiares más cohesionados y predispuestos a conseguir la recuperación y la ciudadanía activa del paciente.

Lo anterior, sumado al aporte que realiza este modelo en materia de rehabilitación y reinserción social y laboral, fuera de la entrega de estrategias, como la autoeficacia, la habilitación, entre otras, dirigidas a contrarrestar las dimensiones individuales del estigma.

IV. ¿EL TRATAMIENTO CONTRIBUYO A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA?

Como hemos visto, el fenómeno del estigma afecta al individuo de manera integral, es decir, lo vulnera desde el punto de vista físico, psicológico y social. Es por ello de suma importancia, indagar en la manera en que cada modelo de atención utilizado en el campo de la salud mental, como lo son el comunitario y el tradicional, contribuye a atenuar estos negativos efectos sobre la calidad vida del individuo.

Según los datos investigados, ambos modelo de atención contribuyeron a mejorar la calidad de vida de los individuos en gran medida, sin embargo, consideramos que el modelo de atención comunitario tuvo un alcance mayor en la medida en que se hizo cargo de una atención más integral, es decir, fuera de tratar al paciente en específico, también orientó sus terapias a la reconstrucción o reconfiguración de dimensiones tan esenciales de la vida del individuo como lo son la familia y el trabajo, entre otros, y que, dado su alcance, son fundamentales a la hora de intentar lograr alguna mejoría en las condiciones de vida del sujeto. Ello, sumado al aporte que hacen los profesionales del campo de la salud mental al proporcionar e implementar diversas estrategias orientadas a atenuar los procesos de autoestigma entre los usuarios.

Un ejemplo de este tipo de atención, que trasciende la estereotipada relación médico/paciente, lo encontramos en un usuario que vivió parte de sus terapias en compañía de algunos de sus parientes, respondiendo ante la pregunta de si se han visto modificadas las relaciones al interior de su familia una vez iniciado el tratamiento, con las siguientes palabras: *"Con mi familia sí, es que como nos empezamos a tratar todos… fue como algo así… empezamos a hablar más…"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012), terapias familiares que evidentemente favorecieron la reconstrucción y restructuración del sistema de relaciones al interior de la familia, las cuales se habían visto menoscabadas a causa de

la enfermedad, y que era necesario tratar dado el carácter central que el núcleo familiar tiene en la rehabilitación del individuo.

En la misma línea, un ejemplo más lo brinda otra de nuestras pacientes entrevistadas, quién desde el inicio de su tratamiento ha participado en los más diversos talleres (de baile, artes, oficios, etc.) y otras actividades (como paseos) que conforman el tratamiento y rehabilitación del paciente, fuera de la incorporación del padre en todo el proceso terapéutico, ella misma señala que parte de tratamiento consiste en que los tutores: *"…enseñan del trato, del comportamiento, eh… de lo bueno, de lo malo, que es el esfuerzo, la discapacidad…"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012), todos ellos aprendizajes y más que nada, herramientas, que habilitan y reafirman al individuo en el dificultoso camino hacia la autovalencia y la reinserción social, ejes fundamentales a la hora de hablar de una mejora en la calidad de vida y, por supuesto, aspectos primordiales a considerar en todo proceso terapéutico. Es por esta razón de suma importancia promover conceptos como el de *"…autoafirmación ('empowerment'), que permiten a una minoría de las mismas, en conexión con factores personales pero también grupales, hacer frente a las negativas consecuencias del proceso"* (Corrigan, P.W., Watson, A.C., 2002, p. 7-8).

De esta forma, los casos estudiados dan cuenta de que el modelo de atención tradicional no se ocupó de atender a los usuarios desde una perspectiva integral, restringiéndose al mero tratamiento farmacológico de los mismos, de ello da cuenta uno de los usuarios entrevistados, él señala: *"…me atiende la psiquiatra, y me da la receta pa' tres meses… y eso es todo, me atiende como cinco minutos porque siempre me ve bien…"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012), nos relata también, que las breves conversaciones que sostenía con su médico se reducían al cómo había evolucionado la enfermedad desde la última consulta, desestimando toda preocupación sobre aspectos familiares, laborales, u otros; de ello da cuenta la siguiente preguntas realizada por el entrevistador en relación a las materias abordadas en las reuniones psiquiátra/paciente: *"¿No se preocupaba de otros aspectos, como la familia, el trabajo…? qué se yo"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012), ante lo cual el paciente respondió, no. Este testimonio da cuenta de la realidad del tratamiento recibido por los usuarios que se acogen a este modelo de atención, que como vimos, reafirma una perspectiva del individuo centrada en la dimensión biológica, desatendiendo su multidimensionalidad.

No obstante lo anterior, y tal como lo mencionamos en un principio, al momento de consultar a los usuarios de ambos modelos de atención sobre la contribución que sus respectivos tratamientos médicos habían hecho a su calidad de vida, todos respondieron que éstos habían sido beneficiosos. Ejemplo de aquello es el relato de la esposa de uno de los usuarios, que comenta cómo los vecinos han visto a su marido después de meses de tratamiento psiquiátrico de corte tradicional: *"Oye que se ve bien me dicen, oye se ve tranquilo, me dicen, no, se ha superado harto… que se ve súper tranquilo… está súper bien… porque con la pastilla ya… se tranquiliza"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012); mientras que, por el otro lado, tenemos el testimonio de una paciente atendida bajo el enfoque comunitario, ella considera que éste: *"…ha contribuido a… un poco…ver habilidades en mi o ver cosas buenas en mí… yo creo que eso ha sido lo bueno en el fondo, que me ha hecho ver un poco lo bueno que tiene mi vida, sin… porque antes era recalcar todo lo malo y lo bueno pasaba desapercibido…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012). Bajo una lectura simple, y sin pensar en la integralidad del tratamiento recibido por cada uno de ellos, nos damos cuenta de que en ambos casos los pacientes han llevado un proceso terapéutico exitoso, que en ciertas áreas y en cierta medida los ha fortalecido en comparación a la condición de vulnerabilidad en la que llegó cada uno de ellos a la atención médica, es decir, sus testimonios dan cuenta de una evolución positiva de la enfermedad.

Finalmente, podemos decir, que si bien vemos un aporte favorable de ambos tratamientos y sus respectivas políticas de atención en lo que refiere, principalmente, al sistema de relaciones al interior del hogar, a la percepción que el enfermo tiene de sí mismo y al ideario que los otros tienen del paciente, consideramos que el enfoque comunitario representa un aporte mayor en la mejora de la calidad de vida del paciente, dado el carácter integral del tratamiento otorgado y el reconocimiento de la multidimensionalidad del individuo, de lo cual se desprenden resultados de mayor alcance, profundidad y permanencia; distinguiéndose de la contribución menor que puede realizar el enfoque tradicional en las distintas dimensiones señaladas (familia, trabajo, etc.), que sólo se perfilan como consecuencias del control generado sobre la sintomatología de la enfermedad a raíz, esencialmente, del consumo de fármacos recetados en el proceso terapéutico.

No obstante lo anterior, aún el sistema está en deuda en lo que respecta a la atenuación de las actitudes sociales negativas que persisten hacia este tipo de personas, entrampando toda posibilidad de mejorar, de manera concreta y real, la calidad de vida de dichos sujetos. Sin embargo, para conseguir este objetivo es menester aumentar *"...la tolerancia social hacia las personas diferentes, lo que sin duda significa promover 'salud mental' o, más en general, salud"* (López, M., et al., 2008) y, por supuesto, llevar a cabo estrategias que nos conduzcan hacia una reconfiguración de la estructura y las mentalidades supeditadas a este tipo de trastornos y a todo aquello que los rodea, como lo son las profesionales y las instituciones de carácter psiquiátrico; sólo así avanzaremos hacia una sociedad abierta que no sólo tolere a los pacientes psiquiátricos, sino también los acoja e integre socialmente.

V. PERCEPCIÓN SOBRE LAS CONSECUENCIAS SOCIALES NEGATIVAS DE LA ENFERMEDAD EN CADA MODELO DE ATENCIÓN

En este apartado nos referiremos a las consecuencias negativas que experimentó el paciente producto de la enfermedad, a pesar de estar tratándose médicamente. Según los casos entrevistados, muchas de estas secuelas han persistido durante el proceso terapéutico, sufriendo, a penas, sutiles mitigaciones.

Con respecto a esta temática, la teoría reconoce dos grupos de efectos, por un lado, aquellos que son generados directamente de la discriminación personal y estructural que los aqueja, y por otro, aquellos que son resultado de su propia autoestigmatización (López, M., et al., 2008).

En lo que refiere al primer grupo de efectos, la bibliografía nos habla del efecto de bloqueo que el fenómeno del estigma produce en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, acrecentando considerablemente los efectos de la enfermedad. De esta forma, es posible evidenciar la discriminación directa que sufren este tipo de personas a la hora de querer acceder a viviendas, empleos, relaciones sociales significativas; como también, vemos discriminación en el ámbito legal, en el nivel de los servicios sanitarios y sociales a los cuales acceden, en el nivel de las políticas públicas, en las imágenes transmitidas por los medios de comunicación, etc. (López,

M., et al., 2008). Discriminación que tiene su origen en las características adscritas a los roles que ejercen determinados individuos, como el género, la edad, enfermedad, etc., y el estatus vinculado a ese determinado rol, que se define por ciertos derechos, limitaciones y degradaciones que pueden llegar a una intensidad tal que perturbe alguna dimensión de la interacción, dando lugar a una discriminación, hecho que puede llegar a quebrantar el contexto en que se desenvuelve el individuo en su grupo o sistema. Tal es el caso de la exclusión hacia la tercera edad, hacia la mujer, hacia los homosexuales, hacia los que padecen algún tipo de discapacidad mental, etc. Todos ellos, individuos que se enfrentan a la sociedad presentando serias desventajas a la hora de buscar un trabajo o acceder a sus derechos.

Por otro lado, en lo que respecta al segundo grupo de efectos derivados del proceso de autoestigmatización, vemos que muchos de los individuos que sufren este tipo de trastornos experimentan las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y negativa, lo cual se debería, en cierta medida, a que algunos de estos sujetos suelen mostrar conductas semejantes a las de la sociedad en su conjunto, adjudicándose estereotipos de incurabilidad, dependencia, peligrosidad, etc.; efectos que son añadidos a los generados por la propia enfermedad (López, M., et al., 2008).

De esta forma,

> *"Para experimentar el autoestigma, la persona debe conocer los estereotipos que describen a un grupo estigmatizado (p. ej., las personas con enfermedades mentales son culpables de su trastorno) y estar de acuerdo con ellos (es correcto, las personas con enfermedades mentales realmente son culpables de su trastorno) […] La tercera A es la aplicación. La persona debe aplicar los estereotipos a sí mismo (soy un enfermo mental, de manera que soy culpable de mi trastorno)"* (Patrick W. Corrigan et al., 2009, pp. 75-76).

> *"En general, se describe así como la autoestigmatización conduce a una real desmoralización. Con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda […]. Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio."* (López, M., et al., 2008, p. 16).

Para ambos modelos de atención, las consecuencias en los usuarios son similares, por lo tanto, no separaremos el análisis para el caso comunitario y tradicional.

La información recopilada evidencia los negativos efectos que la enfermedad puede acarrear sobre las personas afectadas por estas patologías. La gran mayoría de los casos nos muestran consecuencias, por ejemplo, a nivel del autoestigma que se

traducen en la inhibición de ciertas habilidades personales y sociales, como lo es la capacidad de entablar diálogos, miedo a estar en espacios públicos, incapacidad de relacionarse con extraños, desconfianza hacia los mismos, baja autoestima, etc., todo ello generado a raíz de la exclusión percibida desde el entorno social y la consecuente degradación del estatus asociado al rol de enfermo mental que desempeña el paciente psiquiátrico, hecho que, tal como señalamos en párrafos precedentes, termina por vulnerar las diferentes situaciones en que se desenvuelve el sujeto, sentando las bases propicias para el desarrollo del estigma y, por supuesto, del autoestigma y su correspondiente cadena de componentes cognitivos, emocionales y conductuales, que para este caso serían: creencias negativas sobre uno mismo (estereotipo), conformidad con las creencias (prejuicio) y comportamiento en respuesta al prejuicio (discriminación).

De dicho proceso da cuenta una de las pacientes: *"...yo no quería salir a la calle, no podía ver gente… […]…era una angustia inmensa, ganas de llorar, dolor de guata, no me atrevía a salir de la casa, simplemente, no podía ir a comprar, no podía ir a las reuniones de mi hijo, no podía traerlo al psicólogo…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

También tenemos el caso de otro paciente, que después de volver a su trabajo luego de una licencia psiquiátrica experimentó un conjunto de sentimientos de desconfianza y rechazo hacia su entorno: *"...yo llegue a hacer mi trabajo y nada más… a convivir con ellos y compartir ya no lo hago… por el mismo hecho de que… en algún momento lo pasé mal… no conté con el apoyo de nadien acá… así que… preferí mejor alejarme de todos"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

Todos ellos son casos que, tal como lo vimos en la propuesta teórica precedente, se vieron afectados por consecuencias asociadas al proceso de autoestigmatización, y cuya respuesta puede variar, ya sea autoestigmatizándose, que es la respuesta más común entre los pacientes –sujetos que reaccionan interiorizando actitudes negativas prevalentes-, hasta aquellos individuos que responden de manera alternativa, ya sea con indiferencia o autoafirmándose ("empowerment") (López, M., et al., 2008), lo cual se explicaría porque *"Las personas que ven el estereotipo que corresponde al autoestigma como legitimo sufren mayor daño en la autoestima y la autoeficacia. Los*

que no están de acuerdo con los estereotipos probablemente se muestren indiferentes o justificadamente iracundos en vez de aplicarse el autoestigma" (Patrick W. Corrigan et al., 2009, p. 77), hecho que favorecería el fortalecimiento frente a los estereotipos y la habilitación de los individuos como resistencia a ellos, permitiendo que éstos se sientan más dispuestos en lo que respecta a la búsqueda de metas personales (Patrick W. Corrigan et al., 2009).

También identificamos casos vinculados al estigma público propiamente tal, en donde vemos que el usuario debe enfrentarse a una serie de dificultades para insertarse laboralmente o, simplemente, entablar lazos de amistad o vínculos amorosos significativos, hecho que se explicaría, al igual que en los casos anteriores, por la fuerza de la exclusión social, que tiene su raíz en la degradación del estatus asociado al rol de enfermo mental que desempeña el paciente.

De este modo, vemos como el sujeto, a raíz de su enfermedad, muchas veces debe despojarse parcial o totalmente de otros roles, como el de padre/madre, trabajador, estudiante, etc., para abocarse de lleno a su nueva condición de enfermo, disminuyendo con ello su estatus y, en consecuencia, perturbando los distintos planos de la vida social en los que antes se desenvolvía con normalidad y que una vez concientizado de su nuevo rol y estatus, difícilmente podrá acceder, de ahí la dificultad para encontrar trabajo, seguir estudiando, entablar relaciones sociales, etc.

Éste es el caso de uno de los pacientes entrevistados que responde frente a la pregunta de si considera que se le han cerrado las puertas en el campo laboral a raíz de la enfermedad, señalando: *"Tal vez en el ámbito laboral porque muchas pegas piden exámenes médicos y psicológicos"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012); su esposa confirma lo anterior declarando: *"No, él no… no hay caso para que sea… pa' buscar trabajo… […] … Por esa enfermedad que tiene, como que queda… como que quiero decirte, estático, como que retiene… de no… idealizarse de problemas… eso es… ta' retenida su personalidad"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

En la misma línea, tenemos el caso de una usuaria que ha vivido el rechazo directo de sus vecinos, sumiéndola en un profundo sentimiento de soledad, ella nos cuenta: *"…igual me da lástima de que no me inviten a fiestas, que no… que no haya una*

comunicación por teléfono, porque los he llamado por teléfono y como que no están o se hacen los que no están… […]…, no me hablan más, me dicen hola y chao y nada más, ellos mismos me han dicho que no quieren mucha visita, que prefieren mantener su metro cuadrado" (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012). Por último, tenemos el testimonio de la madre de uno de los pacientes que da cuenta del porque su hijo no está trabajando, señalando que: *"…no hace las cosas tan bien hechas… […] … Eh… como que se le olvidan todavía las cosas, porque él puede estar haciendo una cosa y de repente como que se queda pensando y se le olvidan, pero a mi esposo lo ayuda sí él, se levanta temprano ahora él, no mañosea, nada, se levanta calladito cuando lo llevan a trabajar"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

También nos encontramos con aquellos casos en que los familiares de igual forma se vieron afectados, en alguna medida, por la enfermedad de alguno de sus cercanos, experimentando sentimientos generalmente de rechazo hacia su persona. Aquí, la familia de las personas que padecen enfermedades mentales graves, viven una experiencia similar a la que sufren los pacientes, *"… dando lugar también a fenómenos de autoestigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descredito añadido. Con el consiguiente empobrecimiento de su red social e importantes limitaciones (y 'autolimitaciones') en el acceso a servicios de ayuda"* (López, M., et al., 2008, p. 17).

Éste es el caso que vivió la madre de uno de los usuarios, su vecina relata:

> *"…si se echó a harta gente encima por la enfermedad del Augusto, se echó mucha gente encima… muchos vecinos, porque como era el Augusto, entonces le echaban toda la culpa a ella, que ella lo tapaba, que lo alcahueteaba, pero la gente no entendía de que él realmente estaba enfermo… sí"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

También tenemos el testimonio de la amiga de uno de los usuarios entrevistados, el cual deja en evidencia la discriminación ejercida por los vecinos del condominio donde reside la familia en cuestión, que no sólo ha afectado al propio enfermo, sino también se ha extendido a su esposa, en sus propias palabras: *"Lo discriminaban poh, claro, lo metían o sea, lo dejaban en un rincón, lo marginaron, lo… ah está enfermo, está loco, no pues, no, la Leticia, no… eh…eh… no se puede juntar con la Leticia porque esto y esto otro, no poh, eso no se hace, y aquí la gente que es envidiosa"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012). Ambos casos que, tal

como lo señalamos en un comienzo, evidencian el cómo los familiares, los más cercanos al paciente, también son susceptibles de sufrir los embates del estigma y por ende, verse vulnerados en su diario vivir y propensos a experimentar procesos de autoestigma.

En palabras de Marcelino López:

> *"También se describen efectos sobre las familias de personas con trastornos mentales graves, en línea similar a los que sufren ellas mismas, dando lugar también a fenómenos de autoestigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descrédito añadido. Con el consiguiente empobrecimiento de su red social e importantes limitaciones (y «autolimitaciones») en el acceso a servicios de ayuda"* (López, M., et al, 2008, p. 20).

VI. POSIBLE ORIGEN DE LA DISCRIMINACIÓN

En cuanto al origen concreto de la exclusión social, partiremos refiriéndonos, desde una perspectiva más micro, y tal como lo señalamos en páginas precedentes, a los conceptos de estatus y rol; nociones que constituyen formas de estructuración de los sujetos en interacción. Aquí, nos centraremos en las consecuencias derivadas del ejercicio del nuevo rol que debe asumir el individuo, que es el de enfermo mental, y las negativas características adscritas a esta nueva condición, hecho que conlleva al menoscabo del estatus, entendido como ciertos derechos, limitaciones o inclusive degradaciones (Chuaqui, J., 2010c, pp. 115-116)., asociado al rol de enfermo mental que pueden llegar a un grado tan significativo que puede alterar alguna dimensión de la interacción, dando origen a conductas segregacionistas y todo lo que ello implica, es decir, el desencadenamiento de la cadena de actitudes constitutivas del estigma social: estereotipo, prejuicio y discriminación.

Además, la literatura especializada de campos como la Psicología Social y particularmente la Sociología, señala que los estereotipos y prejuicios negativos presentes en la sociedad relacionados a las enfermedades mentales, son producto de los,

> *"…efectos defensivos del estigma y su papel de refuerzo a la identidad grupal. Y se consideran, también, parcialmente justificados como sobrevaloración y exageración de características reales. Pero también se señala, […] su papel de racionalización de situaciones sociales concretas, enraizadas en la cultura y la historia en general. Lo que, en el caso de las enfermedades mentales, encaja con la evolución del imaginario social a lo largo de los siglos ('loco' […]) y su entrelazamiento e interdependencia con las figuras institucionales del encierro"* (López, M., et al., 2008, pp. 11-12).

En lo que refiere a los datos empíricos, y en una perspectiva que no busca ir más allá de la causa directa de la discriminación, una pequeña parte de los usuarios atribuyen el rechazo percibido a causas ajenas a su propia enfermedad, hecho que es posible identificar de manera particular en los casos de depresión, debido a que los pacientes atribuyen directamente la exclusión y/o compasión a la causa o acontecimiento que gatilló su condición. Esto se explicaría, debido a que en este tipo de situaciones la experiencia detonadora de la patología es de gran envergadura, ya sea por las repercusiones psicológicas, que el hecho en sí genera en el individuo, o por la valoración negativa que puede existir respecto del mismo, en la sociedad. Éste fue el caso de uno de los usuarios que fue acusado de violación, u otro en donde la usuaria era agredida física y psicológicamente por su hermano y su pareja. El primer caso nos relata: *"…a mí se me acusó de violación… eh… y eso gatillo pero… que se me criticara en el trabajo… eh… las burlas, a pesar de que todo, todo demostrara que no había sido así…"* (Entrevista Grupo 1 Modelo de Atención Comunitario, 2012), mientras que el segundo, nos cuenta: *"…los problemas comenzaron cuando mi hermano se casó y… llevó esa señora ahí a la casa a vivir con él… y la mamá le cedió una pieza y ahí entonces, después con el tiempo, ya esta señora empezó a ponerse odiosa… molestosa conmigo"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

Sin embargo, están también los casos que identifican un origen dual a la discriminación; por ejemplo, tenemos la situación de una paciente esquizofrénica y otra depresiva que vinculan su condición física (obesidad) y su enfermedad de manera tal, que atribuyen el rechazo social a ambas causas, estableciendo límites difusos en cuanto a cuál sería la causa principal de dicha segregación. El primer caso nos responde ante la pregunta de si se ha sentido discriminada en alguna medida:

> *"En que me cuesta caminar, en que estoy gordita, porque mi papá me dice hay las chiquillas, las pechugonas, las traseronas, y pucha que le gustan esas niñas y… y a veces me mira y me dice, chuta tu tan gordita que eres, no puede conseguirte ni pareja… y… y por los insultos que me han dado en la micro, por eso me he sentido discriminada…"* (Entrevista Grupo 4 Modelo de Atención Comunitario, 2012).

Mientras que el segundo caso nos señala: *"…el cómo me veo… cómo me veo en el fondo… eh… quizás no le parecía a los jefes, todavía el ambiente era muy machista, eran puros hombres eh… me sentí discriminada, me sentí discriminada… o sea, fueron burlas…"* (Entrevista Grupo 3 Modelo de Atención Comunitario, 2012).
De esta forma, vemos que algunos pacientes atribuyen un origen dual a la estigmatización, lo cual se debería a que algunos casos padecen, fuera de la enfermedad mental, otras afecciones que, al ser también objeto de estigmatización social, como lo es la gordura, por ejemplo, han traído otro conjunto de repercusiones; originando un doble foco de canalización de acciones sociales negativas.

Finalmente, tenemos un único caso en que el paciente es completamente consciente del origen de la estigmatización que sufre, aquí el usuario entrevistado reconoce el estereotipo asociado a su enfermedad, y por lo tanto, la causa de un potencial descredito *"…es que la gente piensa que la esquizofrenia es ser violento… y no es así poh, tal vez algunos actúen así, pero yo no"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012). Su esposa también da cuenta de aquello, extendiendo dicho reconocimiento hasta los vecinos: *"… toda la gente sabe que… eh… por su forma de ser, sabe que está enfermo…"* (Entrevista Grupo 2 Modelo de Atención Tradicional, 2012).

En lo que respecta a la percepción sobre el origen de la discriminación entre los familiares de los pacientes, vemos que éstas generalmente son congruentes con la versión de los pacientes, de este modo, tenemos opiniones que van desde aquellos que comparten la opinión del enfermo respecto de un origen dual del rechazo, producto de que el paciente ha sido también objeto directo de estigmatización por otra causa que no es la enfermedad mental, pasando por aquellos que identifican como fuente del estigma una causa distinta de la enfermedad, producto de la envergadura del acontecimiento detonador de la patología que actúa solapando los efectos del estigma ocasionados por la enfermedad, hasta quienes atribuyen toda la responsabilidad a la enfermedad mental propiamente tal, ya que no cuentan con otro foco directo de estigmatización.

VI. CONCLUSIONES

Antes de pasar a las conclusiones recordaremos que la los datos expuestos a continuación representan sólo una acercamiento a los factores sociales presentes en el proceso de enfermedad que experimentó el paciente y, en consecuencia, su familia. Sin embargo, ello no significa que dichas dimensiones sociales presentes en los trastornos mentales graves también puedan haber surgido a raíz de la sintomatología propia de cada enfermedad, y no solamente como consecuencia de los procesos de estigma y autoestigma que vivieron los casos entrevistados.

Entre las principales conclusiones obtenidas durante el desarrollo de esta investigación, tenemos:

En cuanto a los soportes con los que contaron los pacientes al momento de enfrentar la enfermedad, podemos decir, que todos los casos entrevistados manifestaron un irrestricto apoyo, tanto emocional, como económico, por parte de sus familiares más próximos; soporte que también les entregaron las amistades más cercanas al usuario y a su parentela. Mientras que, en lo que respecta a los familiares más lejanos, éstos generalmente no tenían conocimiento de la enfermedad de su pariente o, simplemente, se desentendían del problema.

Tales reacciones frente al proceso de enfermedad, se explicaría, no sólo por la distancia emocional que algunos familiares poseen con respecto a otros, sino también, por el grado de conciencia que algunos de ellos desarrollaron frente a la complejidad e implicancias de la patología. Ello, sumado, a la iniciativa que demostraron los familiares entrevistados a la hora de implementar y buscar, tanto herramientas como estrategias, ya sea del campo de la salud o disciplinas afines, que les permitieran sobrellevar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de sus cercanos.

Además, gran parte de los pacientes psiquiátricos entrevistados previo a vivir un proceso terapéutico, ya sea comunitario o tradicional, fueron objeto de estigmatización social debido al conocimiento de un diagnóstico y posterior tratamiento psiquiátrico del usuario a raíz de la enfermedad. Más específicamente, nuestros entrevistados fueron víctimas de la cadena de estereotipo, prejuicio y discriminación, que constituye el estigma social, el cual consiste en la manera en que

la sociedad en general concibe y reacciona ante los individuos con enfermedades mentales severas. Proceso de estigmatización, que traería una serie de consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas, que se traducirían en la incapacidad, por parte del afectado, de entablar relaciones sociales significativas, pérdida de oportunidades de vida, barreras en el ejercicio de sus derechos, dificultad para encontrar empleo, vivienda, discriminación en el ámbito legal, etc.

Por otro lado, los pacientes sin tratamiento psiquiátrico también experimentaron fuertes procesos de autoestigma, en algunos casos sin siquiera ser objeto directo de estigmatización. Aquí nuestros entrevistados adoptaron los estereotipos, es decir, las creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad), luego los prejuicios, manifestando una conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza) y, finalmente, la discriminación, en donde el sujeto se comporta en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda) (López, M. et al., 2008). Todo ello, al igual que en el proceso anterior, trae una multiplicidad de consecuencias negativas para los usuarios, tanto desde el punto de vista personal, como social, que se tradujeron, básicamente, en bajas de autoestima, sentimientos de vergüenza, aislamiento, etc.

Además, pudimos visualizar que en algunos casos los familiares de los pacientes también se vieron afectados por el fenómeno del estigma, manifestando que, al igual que el usuario, fueron víctimas de burlas y rechazo a raíz de la enfermedad presente en su núcleo familiar, hecho que los llevo a sentirse vulnerados a nivel psicológico y social de igual manera. A ello, podemos sumar, el desgaste físico y emocional que implica convivir con un individuo de estas características, ya que, como es de suponer, el estrés, la preocupación, el cansancio, entre otros, generados por las implicancias biológicas, psicologías y sociales de estas patologías, abundan entre los familiares de los pacientes; hechos que, sumados a la discriminación fáctica que ellos experimentan por parte del entorno, no hacen más que desencadenar procesos de autoestigmatización entre los mismos.

Una vez iniciado el tratamiento comunitario y tradicional por parte de los usuarios entrevistados, notamos que éstos no fueron de gran aporte en la mitigación de los nefastos efectos del estigma; no obstante, si bien la contribución de ambos modelos de atención tuvo un alcance a nivel social mínimo, su mayor contribución estuvo precisamente en el control del proceso de autoestigmatización del individuo. Ello, debido a que ninguno de los modelos mencionados contempla estrategias, como lo son: la protesta y movilización social, la interacción social, y la educación e información (López, M., et al., 2008), que actúen a este nivel, concientizando e ilustrando a la ciudadanía sobre los reales efectos y condiciones de existencia en las que viven los pacientes psiquiátricos severos.

Además, en ambos modelos de atención, tanto comunitario, como tradicional, los pacientes y sus cercanos manifestaron que los tratamientos recibidos fueron de gran aporte en la mejora de su calidad de vida. Sin embargo, consideramos que el modelo de atención comunitario al brindar un tratamiento más integral y de mayor calidad, que incorpora a la familia y se hace cargo de la multidimensionalidad del sujeto, entre otras características, tiene un mayor alcance en la recuperación del sujeto, contribuyendo a que este se mantenga en el tiempo y sea más efectivo, hecho que se debería a que en este tipo de servicios los equipos multidisciplinarios, desde cada área de conocimiento, entrega un amplio bagaje de herramientas y aprendizajes a pacientes y familiares con las cuales deben hacer frente a la enfermedad, tanto en el ámbito personal, como familiar.

En lo que respecta a la mejora en la calidad de vida de los usuarios y familiares entrevistados, pudimos concluir, que ambos modelos contribuyeron a alcanzar este objetivo de manera significativa, puesto que los testimonios recogidos señalaron importantes cambios, principalmente, en la configuración de las relaciones al interior del hogar, fortaleciéndolas y enriqueciéndolas; y en los cambios generados en las percepciones que los usuarios tenían sobre sí mismos, viéndose, una vez avanzado el tratamiento, más fuertes y dueños de su persona. No obstante lo anterior, la deuda se mantiene en cuanto al aporte que ambos modelos pueden hacer en la atenuación del ideario social que existe respecto a las personas que padecen enfermedades mentales graves; conjunto de estereotipos negativos arraigados en la sociedad, que no hace más que limitar los pequeños avances que los modelos de atención en cuestión han logrado en la reconfiguración de la vida del individuo.

En cuanto al origen de la discriminación, vemos que algunos de los usuarios atribuyen el origen de la discriminación a causas ajenas a su propia enfermedad, hecho que es posible identificar de manera particular en los casos de depresión. Mientras que otros, identificaron un origen dual de la estigmatización, lo cual se debería a que algunos de los pacientes entrevistados fueron objeto de una doble fuente de estigmatización, una derivada de la propia enfermedad mental y otra generada por situaciones asociadas a la gordura, u otros temas, por ejemplo; escenario que, evidentemente, acarrea un nuevo conjunto de repercusiones que se vienen a sumar a las ya causada por la segregación producida por la patología mental. Finalmente, tenemos un único caso en que el usuario esta conciencie del origen de la discriminación, manifestando un reconocimiento de los estereotipos sociales existentes en la sociedad sobre las enfermedades mentales y las consecuencias que ello podría implicar para su persona.

Para terminar, vemos que el estigma representa un conjunto de actitudes sociales, compuestas por componentes personales cognitivos, emocionales y conductuales, fuera de aspectos estructurales; es, además, un fenómeno de gran envergadura, posiblemente de carácter universal y profundamente arraigado en nuestra cultura producto de su entrelazamiento con mecanismos tradicionales del conocimiento y la dinámica social (López, M., et al, 2008). También, identificamos a través de nuestro trabajo de campo, las consecuencias negativas del estigma sobre las personas potencialmente desacreditables", en otras palabras, aquellas personas que aún no han sido reconocidas como "enfermas mentales" de manera pública, pero que saben que pueden llegar a serlo una vez que se conozca su condición. Así mismo, logramos dilucidar los efectos del estigma por extensión, en donde los familiares, en la misma línea que los usuarios, también experimentan los efectos del estigma y el autoestigma, hecho que no hace más que acrecentar y complejizar las problemáticas acarreadas por la enfermedad.

En este complejo escenario hegemonizado por el fenómeno del autoestigma, actúan los modelos de atención comunitario y tradicional, buscando, de alguna manera, contrarrestar las consecuencias biológicas, psicológicas y sociales que este proceso implica a nivel del usuario y su familia.

En este sentido, y tal como lo señalamos en páginas precedentes, los datos recopilados denotan que, si bien, ambos modelos de atención contribuyen en el control de los procesos de autoestigmatización que sufre el individuo, y por tanto, también su familia; en lo que respecta a la paliación de los procesos de estigma social, propiamente tal, ninguno de los modelos de atención señalados manifiesta un alcance significativo, hecho que, evidentemente, restringe las posibilidades que tienen los pacientes de alcanzar la reinserción social plena, puesto que, no sólo basta con aumentar la autoestima del sujeto, disminuir los sentimientos de soledad, vergüenza o miedo generados por el autoestigma, sino también, es imprescindible lograr la aceptación social de los pacientes, de modo que la comunidad le abra las puertas a la hora de querer conseguir un trabajo, de querer exigir sus derechos, de querer entablar relaciones sociales relevantes, etc.

Es por ello que proponemos la elaboración e implementación, en ambos modelos de atención, de estrategias y procedimientos de intervención, orientados a controlar los procesos de estigmatización a partir de dos directrices, por un lado, es menester modificar los estereotipos prevalentes en la sociedad y la eliminación de todos aquellos factores que los refuercen, y por otro, es necesario mitigar el impacto que este fenómeno tiene sobre las personas afectadas, proporcionándoles las herramientas necesarias para que puedan desarrollar estrategias individuales adecuadas para el manejo del problema (López, M., et al, 2008).

Dentro del primer conjunto de estrategias dirigida hacia quienes estigmatizan, tenemos la implementación de programas concretos orientados a la promoción de la "interacción y contacto social" con personas afectadas por este tipo de trastornos; estrategia que busca modificar las actitudes y conductas discriminatorias prevalentes en la sociedad mediante la interacción con pacientes psiquiátricos, logrando a través de ello su incorporación de los en las diferentes esferas de la vida cotidiana. Proyecto que, una vez implementado, permitirá a los participantes recategorizar a los sujetos y desarrollar ideas y actitudes nuevas (López, M., et al, 2008).

En la misma línea, tenemos aquellas estrategias orientadas a la información y educación de la población en su conjunto. Aquí, se considera de gran utilidad la ejecución de programas educativos permanentes, con instancias de discusión, y en donde se expongan casos reales y participen personas afectadas. No obstante, se

considera que por sí sola ésta estrategia no garantiza la resolución del problema del estigma, pero de todas maneras contribuye, en gran medida, no tanto al cambio de actitudes o creencias generales, como a la modificación de conductas discriminatorias efectivas (López, M., et al, 2008).

Finalmente, tenemos aquellas estrategias orientadas a la movilización y protesta social, ya que existen acciones de lucha contra la discriminación, en otros planos, que han demostrado ser exitosos, consiguiendo positivos resultados en el corto plazo, como por ejemplo, controlar la exposición de imágenes negativas sustentadas en estereotipos hacia los individuos estigmatizados. Sin embargo, esta estrategia no asegura por si sola efectos a largo plazo, no sólo por su incapacidad para promover imágenes positivas, sino también, por la resistencia de los estereotipos.

Siguiendo con lo anterior, también tenemos el caso de agrupaciones de familiares, usuarios, profesionales, o simplemente personas interesadas en el tema, que han venido realizando protestas públicas producto de situaciones de discriminación de variados tipos y en diferentes países. Movimientos que han conseguido, ya sea por el "lobby" o por la realización de protestas concretas, la eliminación o disminución, aunque generalmente temporal, de alguna forma determinada de discriminación, como también, cambios transitorios en los mensajes transmitidos por los medios de comunicación. Sin embargo, todo aquello no ha logrado constituir un avance continuado y verificable en las conductas y actitudes reales de la población en general hacia las personas con trastornos psiquiátricos severos; pero que, a pesar de lo anterior, sí contribuyen a forjar una mejor autopercepción y capacidad de manejo de los pacientes que participan en movimientos de reivindicación y protesta (López, M., et al, 2008).

Ahora, dentro del segundo conjunto de estrategias orientadas a mitigar las consecuencias que el proceso de estigmatización tiene sobre los sujetos afectados, tenemos las estrategias de autoafirmación y "empowerment", orientadas a acrecentar la autonomía y la capacidad de interlocución de los sujetos afectados (López, M., et al, 2008), y otras como la "habilitación", *"... concebido como mediador entre el autoestigma y las conductas relativas al logro de metas"* (Patrick W. Corrigan, Jonathon E. Larson, Nicolas Rüsch, 2009, p. 77), que otorga un sentido de poder a los individuos orientándolos hacia la búsqueda de metas propias; además, contribuye a

que éstos últimos jueguen un rol más activo en el tratamiento, modificando de manera positiva las percepciones sobre el ímpetu, debilidades y necesidades. De esta forma, la habilitación se asocia a una mayor autoestima, a una mejor calidad de vida, a un soporte social y a una complacencia con las iniciativas de ayuda mutua (Patrick W. Corrigan, Jonathon E. Larson, Nicolas Rüsch, 2009).

Por último, y pensando en lineamientos provenientes desde el Estado que efectivamente aportan en la lucha contra el estigma, Marcelino López plantea la necesidad de implementar y extender un conjunto de reformas estructurales en los sistemas sanitarios dirigidos a integrar la atención sanitaria de carácter psiquiátrico en el Sistema sanitario común, tanto desde la perspectiva organizativa, funcional y física. Sumado a lo anterior, la bibliografía también señala el menester de complementar la atención sanitaria con un tejido de programas, estructuras e intervenciones de apoyo social que son indispensables si se quiere, por un lado, llevar a la práctica el ejercicio de la ciudadanía de los sujetos afectados, y por otro, aportar, mediante la interacción social, en la modificación de las percepciones sociales prevalentes sobre los dificultades, características y necesidades de pacientes que padecen enfermedades mentales severas. Para terminar con este punto, López también considera que es necesario destacar el creciente rol que han ido adquiriendo los movimientos asociativos de usuarios y/o familiares, cuya cosmovisión, unida a la de los profesionales, pueden dar lugar a procesos generales, como la reivindicación, el apoyo interpersonal, la participación en la planificación y gestión, y a procesos individuales, como el papel activo y apoyos personales concretos; todos ellos, procesos necesarios para que el sistema comunitario pueda funcionar de manera eficiente y eficaz (López, M., 2004).

Para terminar, y englobando toda la información anterior, tenemos el aporte que hace Jorge Chuaqui en cuanto a la perspectiva que debe guiar todo esfuerzo de inserción social de personas que padecen trastornos psiquiátricos severos. Él señala que el concepto de “Realizacion Personal”, fundamentado teórica y éticamente, es la guía más adecuada para conseguir una forma de inclusión social que respete la diversidad de los individuos y sea el corolario de todos sus derechos.

Ahora, para que el sujeto se sienta realizado, es necesario que mediante nuestros actos obtengamos alguna forma de reconocimiento social, ya que nuestra satisfacción interior depende de como nos perciben los demás (Chuaqui, J., 2010b). Sin embargo, para alcanzar la realización personal, es necesario que el paciente psiquiátrico se plantee metas congruentes con su concepción de vida y sus valores que le permitan obtener ciertos logros, que no deben ser necesariamente absolutos y completos. Mientras que, paralelamente, al usuario se le puede ayudar elaborando estrategias que lo impulsen a conseguir metas menores, que poco a poco lo conduzcan a alcanzar objetivos mayores (Chuaqui, J., 2010b).

Finalmente, en palabras del Doctor Jorge Chuaqui:

> *"Para realizarse personalmente el individuo debe tener la posibilidad real de trabajar remuneradamente según su vocación y con una remuneración digna que le permita formar la familia que escoja, lo que implica educación, una vivienda o habitación digna y acogedora y la concreción, que está lejos de alcanzarse, de todos los derechos humanos fundamentales y todo esto debe lograrse, lo que es muy importante y queremos destacar, según nuestros valores, los que le dan sentido a nuestra vida, como seres únicos e irrepetibles"* (Chuaqui, J., 2010b, p. 6).

VII. REFLEXIVIDAD

En este apartado nos referiremos a las diferentes dificultades con las que nos encontramos en el proceso de aplicación de nuestra técnica de investigación: la entrevista en profundidad; inconvenientes que, a ratos, interrumpieron de manera significativa la continuidad de éste trabajo.

Partiremos señalando, que fue muy complejo lograr concertar las entrevistas con cada uno de los usuarios, familiares y vecinos que participaron en nuestra investigación; ello, producto de la desconfianza que existe por parte de los pacientes y familiares hacia quienes buscan inmiscuirse en un tema tan delicado y personal como lo es el proceso de enfermedad y sus consecuencias. Fue por este motivo de suma importancia el rol del médico, psiquiatra o psicólogo, quien también nos generó el "contacto" con el usuario y sus cercanos, que en su calidad de especialista, y con todo el prestigio y reconocimiento social que su profesión posee, al brindar respaldo a nuestro trabajo permitió que los pacientes se sintieran confiados y dispuestos a ser entrevistados sin ningún inconveniente.

Al momento de tomar las entrevistas surgieron otro tipo de problemas, algunos de ellos estuvieron relaciones con las dificultades a la hora de guiar el curso de la entrevista, ya que muchas veces, al tratarse de conversaciones profundas que no duraban menos de cuarenta minutos, los entrevistados, generalmente usuarios y familiares, en su afán de relatar situaciones de manera detallada desviaban el foco principal de la entrevista centrándose en particularidades irrelevantes para los fines de la investigación; situación que, evidentemente, coloca al entrevistador en una situación incómoda al tratar, de alguna forma y de la manera más sutil posible, de volver a centrar el dialogo en el tema de interés sin que el entrevistado se sienta perturbado .

Otro inconveniente que surgió durante la entrevista, fue que en algunos casos las respuestas de algunos entrevistados eran demasiado breves y concisas, no entrando en detalles por mucho que se les insistiera en un determinado tema, esto se dio especialmente en algunos usuarios que evidenciaban ciertas dificultades para explayarse de manera adecuada y fluida; hecho que limitaba en exceso el contenido de las respuestas y, por ende, el aporte que éstas podrían tener en el análisis de nuestra investigación.

También, durante el desarrollo de una de las entrevistas se nos presentó el inconveniente de que el sujeto entrevistado, producto de que estábamos abordando un tema familiar muy delicado, se emocionó a tal punto que estalló en lágrimas impidiendo continuar la entrevista; sin embargo, luego de unos minutos se recuperó y él mismo solicitó continuar la grabación de la conversación.

Finalmente, tuvimos un único caso en que no pudimos concretar una de las entrevistas. Aquí, se nos presentó la dificultad de que uno de los familiares, que junto al usuario eran quienes generaban el contacto con algunos de sus vecinos para realizar la entrevista correspondiente, se negó rotundamente a llevarnos con alguno de ellos argumentando que ninguno, absolutamente ninguno, conocía al familiar que padecía la enfermedad; siendo que previamente se había establecido lo indispensable que era para los fines de nuestra investigación la versión de algún vecino, amigo, o conocido del usuario, a lo que el familiar y el paciente habían accedido, asegurando que sin dificultad conseguirían a alguien que nos diera su relato; para ello, esperamos varias semanas, manteniendo contacto telefónico constantemente para enterarnos sobre algún posible entrevistado, sin obtener respuesta y recibiendo sólo escusas por parte del familiar que se había comprometido a generarnos el contacto. Es por este motivo que, tal como lo señalamos en un comienzo, no fue posible concretar una de las entrevistas.

No obstante lo anterior, la mayoría de las entrevistas se desarrollaron de manera normal, casi sin inconvenientes, logrando concretar en cada una de ellas una plática profunda, situada en ambientes tranquilos y gratos, y en donde los interlocutores se mostraron cómodos, serenos, confiados y por lo tanto abiertos a contar sus experiencias por muy crudas o dolorosas que fueran; todo ello, gracias a la complicidad y calidez generada durante la conversación, y que queda evidenciada en la enorme riqueza que contiene la información fraguada en gran parte de las entrevistas realizadas.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Chuaqui, J., (2005), El estigma en la esquizofrenia, *CIENCIAS SOCIALES ONLINE* (Revista electrónica de la Universidad de Viña del Mar). Vol. II, Nº 1, Marzo 2005, disponible en: www.uvm.cl/csonline.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., Aparicio, A., (2008), La lucha contra el estigma y la discriminación en salud .mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol. XXVIII, N. º 101, ISSN.
- López, M., (2004), Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España), *Acta psiquiát psicol Am lat.*, Vol. 50, Nº 2, pp. 99-109.
- Tarrés, María Luisa, (2004), Coordinadora. Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la Investigación social, México: Porrúa, FLACSO- El colegio de México.
- Alvarez-Gayou, José Luis, (2003), Como hacer investigación cualitativa, Barcelona: Paidos.
- Alonso, Luis Enrique, (1995), Sujeto y Discurso: El Lugar de la Entrevista Abierta en las Prácticas de la Sociología Cualitativa. En: Delgado, J. M. y Gutiérrez J. (coord.) Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales, Ed. Síntesis, Madrid.
- Valles Miguel, (1998), Técnicas Cualitativas de Investigación Social, Editorial Síntesis S.A., Madrid.
- Organización Panamericana de la Salud, (1992), Temas de salud mental en la comunidad. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud Nº 19,
- Desviat, Manuel, (2007), Vigencia del modelo comunitario en salud mental: Teoría y práctica, *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, disponible en: http://www.rostrosnuevos.cl/wp-content/uploads/2010/07/Vigencia-del-modelo-comunitario-en-salud-mental-Manuel-Desviat.pdf
- Ritzer, G., (1997), Teoría Sociológica Contemporánea, (3ª. ed.), México: McGraw-Hill.
- Goffman, E., (2006), Estigma: la identidad deteriorada, (1ª. ed. 10ª reimp.), Buenos Aires: Amorrortu.
- Patrick W. Corrigan, Jonathon E. Larson, Nicolas Rüsch, (2009), Autoestigma y el efecto <<por qué intentar>>: repercusiones en las metas en la vida y en

las intervenciones basadas en la evidencia, *World Psychiatry*, Vol 7, Nº 2, 75-81.

- Rojas, I., (2000), Plan de Salud Mental y Psiquiatría. Servicio de Salud Metropolitano Sur, Departamento técnico programático en salud, Unidad de prioridad de salud, Programa de salud mental.
- Ramírez, J., Sepúlveda, R., Zitko, P. Ortiz, A., (2010), Consulta de urgencia psiquiátrica y modelo comunitario de atención en salud mental, *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 14, ISSN [0717-3652], recuperado el 20 de febrero de 2011, disponible en http://www4.saludpublica.uchile.cl/esp/plugins/carpeta_docs/verCarpeta.jsp?id_replet=506&id_replet=506
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, (2000a), Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, Vol. 38, Nº 3, ISSN [0717-9227], recuperado el 20 de marzo de 2011 de la base de datos Scielo Chile, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272000000300010&script=sci_arttext
- Ministerio de Salud, (2000b), Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, recuperado el 20 de febrero de 2011 del sitio web del Ministerio de Salud, disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental1.html
- Organización Mundial de la Salud, (2001), Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, ISSN [1020-6760], recuperado el 18 de octubre de 2010, disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Minoletti, A, Zaccaria, A., (2005), Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia., *Rev Panam Salud Pública*, recuperado el 23 de marzo de 2011, disponible en: http://www.eutimia.com/ops/Plan-de-salud-Mental-en-Chile.pdf
- Hidalgo, M., (2008), Trastornos mentales. Una epidemia silenciosa, *Revista Fusion*, Publicado en mayo del 2008, Recuperado el 9 de mayo de 2011, disponible en: http://www.revistafusion.com/2008/mayo/temac176.htm
- Ovidio, D'A., (2004), La subjetividad y la complejidad. Procesos de construcción y transformación individual y social, recuperado el 11 de mayo de 2011, del sitio web del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, disponible en: http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/

- Andréu, J. (2000), Las técnicas de análisis de contenido; una revisión actualizada, recuperado el 20 de mayo de 2011, disponible en: http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf
- Piñuel, J., (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido [en línea]. *Estudios de Sociolingüística*, 2002, recuperado el http://web.jet.es/pinuel.raigada/A.Contenido.pdf
  20 de mayo de 2011, disponible en : http://www.sociolinguistica.uvigo.es/descarga_gratis.asp?id=58
- Aguilera-Guzmán, R., Mondragón Barrios, L., Medina-Mora Icaza, M., (2008), Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado, *Revista Scielo*, ISSN [0185-3325], recuperado el 3 de octubre de 2011 de la base de datos Scielo México, disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252008000200007&script=sci_arttext
- Fernández, R., (2006), Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política, *Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 7, recuperado el 3 de octubre de 2011, disponible en: http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printerFriendly/163/363
- Michaud, C., Murray, C., Bloom, B., (2001), Burden of Disease-Implications for Future Research, *Jama*, Vol. 285, recuperado el 7 de octubre de 2011, disponible en: http://healthandpharma.awardspace.com/Week%2012%20Readings/Michaud%20Burden%20of%20Disease-Implications%20for%20Future%20Research.pdf
- Ministerio de Salud, (2009a), Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010, recuperado el 5 de diciembre de 2011, disponible en: http://www.encuestasalud.cl/
- Ministerio de Salud, (2009b), Guía Clínica 2009 Para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia, recuperado el 5 de diciembre de 2011, disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7220fdc433f944a9e04001011f0113b9.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas, (2006), Principales causas de muerte en Chile por regiones 1997-2003, recuperado el 5 de diciembre de 2011, disponible en:

http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/pdf/causas_de_muerte_regiones%202003.PDF

- Organización Panamericana de la Salud, (2009), Epidemiologia de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, ISBN [978-92-75-31632-0], recuperado el 5 de diciembre de 2011, disponible en: http://books.google.cl/books?id=VpX64YMGAKoC&pg=PA40&lpg=PA40&dq=prevalencia+de+enfermedades+mentales+en+santiago&source=bl&ots=9HP1sseV5P&sig=uMiKfb2iSNbm6duUXXXtyyaVnAE&hl=es&ei=7zHdTsWLFI7UgQfH5enGAw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDgQ6AEwAzgK#v=onepage&q=prevalencia%20de%20enfermedades%20mentales%20en%20santiago&f=false
- Mendoza, C., (2009), Sociología y salud mental: una reseña de su asociación, publicado el 12 de julio de 2009, recuperado el 19 de agosto de 2012 , disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80615422012
- Desviat, M., Delgado, M., González, C., Hernández, M., (s.f.), Necesidad, demanda y representación social del trastorno mental en el sur de la región de Madrid (España), recuperado el 19 de agosto de 2012, disponible en: http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/leganes.pdf
- De la Garza, E. (s.f.), Subjetividad, Cultura y Estructura, recuperado el 11 de mayo de 2011, del sitio web del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, disponible en: http://www.biblioteca.clacso.edu.ar/

IX. OTRAS FUENTES

- Perancho, I., (2008), La depresión está infradiagnosticada en el anciano, *El Mundo,* Nº 764, Publicado el 5 de julio del 2008, recuperado el 18 de abril del 2011, disponible en: http://www.elmundo.es/salud/2008/764/1215194666.html
- Chuaqui, J. (2010c), Microsociología y Estructura Social Global, Valparaíso, Chile. (Material en proceso de publicación).
- La Haine, (s.f.), Santiago es la ciudad más enferma del mundo, *El portal del cerro,* recuperado el 5 de diciembre de 2011, disponible en: http://elcerro.com.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=490:santiago-es-la-ciudad-mas-enferma-del-mundo&catid=110:la-otra-cara-de-las-noticias&Itemid=127
- Chuaqui, J., (2010b), Exclusión y discapacidad psíquica (Material de la investigación de políticas de inclusión del Centro de Investigaciones Sociológicas de la UV).
- Minoletti, A., Rojas, G., Sepúlveda, R., (2010), Notas sobre la Historia de las Políticas y Reformas de Salud Mental en Chile. (Documento no publicado), recuperado el 29 de marzo de 2011, disponible en: http://psiquiatriacomunitaria2010.blogspot.com/2010/12/notas-sobre-la-historia-de-las.html
- Chuaqui, J., (2010a), Dimensiones de la exclusión (Material docente perteneciente al ramo de exclusión social).
- Beltrán, D., (s.f.), El autoestigma, componente fundamental como obstáculo para la rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos, (Material en proceso de publicación).

X. SIGLAS

- **INE**: Instituto Nacional de Estadísticas.
- **OMS**: Organización Mundial de la Salud.
- **ENS**: Encuesta Nacional de Salud.
- **MINSAL**: Ministerio de Salud.
- **OPS**: Organización Panamericana de la Salud.

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

FACULTAD DE HUMANIDADES

CARRERA DE SOCIOLOGÍA

"PROCESOS DE ESTIGMA Y AUTOESTIGMA EN EL MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIO Y TRADICIONAL"

PROFESOR GUÍA: JORGE CHUAQUI

ALUMNA : TAMARA FLORES