



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

**Autoestigma y salud mental: una aproximación a
los significados de los psicólogos involucrados**

POR

JOSEFA ANGUITA INOSTROZA
KATHERINE FUENTES PALMA
BÁRBARA NÚÑEZ VARELA
MARÍA JOSÉ VARELA QUIROZ

Profesor Guía:
Juan Antonio Bustamante Donoso

Seminario de Título, conducente al Título Profesional de Psicólogo. Facultad de
Medicina; Escuela de Psicología; Universidad de Valparaíso

Diciembre, 2014
Valparaíso, Chile

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han formado parte de este camino, tantas que me resulta imposible mencionar a todas y cada una de ellas. Algunas están aquí conmigo, y me alegra que podamos compartir este momento otras ya partieron, pero permanecen en mis recuerdos y en mi corazón. A todas ellas les agradezco infinitamente por la amistad, por el apoyo, por el amor. Sin ustedes esta aventura no hubiese sido tan hermosa. Josefa

A mis padres Carolita y Silvio quienes con su cariño y amor hicieron todo en la vida para que pudiese lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando el camino se hacía difícil. A mis hermanos que alegraban mis días al regresar al hogar. A mis abuelos que con su sabiduría fueron guiándome para lograr este objetivo, en especial a mi abuelo Raúl quien desde el cielo guía mis pasos. A Luis, mi compañero de vida. A Bárbara, Josefa y María José, sin ustedes nada de esto hubiera sido posible. Katherine

A los que son y serán siempre mi mayor fuerza, mi familia. A todas esas personas que a lo largo de los años han estado para demostrado todo su amor y apoyo... a los que han estado cerca y a los que me acompañan a la distancia. Al gran equipo de hermosas mujeres con las que juntas logramos este gran desafío. Bárbara

A mi madre, Elly, por enseñarme el significado de la palabra “fortaleza” y porque gracias a tu esfuerzo he llegado hasta aquí. A mi padre, Enrique, por cuidarme y guiar desde el cielo cada uno de mis pasos. A mi hermana, mis sobrinos y Cecilia, por llenar de alegrías mi vida, incluso en los peores momentos. A Mario, por tu amor, por ser mi compañero de batallas. A mis compañeras de seminario, gracias infinitas por su comprensión y compañía, sin duda somos un gran equipo. Y finalmente, a ti Marcos por enseñarme el valor de la vida, el valor del esfuerzo y el valor de darlo todo hasta el último aliento, gracias hermano porque desde donde quiera que estés, sé que estarás siempre conmigo. María José

1. RESUMEN

La presente investigación se enmarca dentro de los estudios sobre Autoestigma en Salud Mental. Su objetivo principal fue conocer, a través de las narrativas, cuáles son los significados que poseen los psicólogos clínicos en relación al concepto de Autoestigma en personas con diagnóstico de alguna Enfermedad Mental, esto dado a que una de las principales fuentes de Estigma y posterior Autoestigma para estas personas son muchas veces los mismos profesionales de la salud que no toman los resguardos necesarios para evitar esta situación.

La muestra estuvo comprendida por cuatro psicólogos pertenecientes a la Red de Atención de Salud Primaria de Valparaíso: dos mujeres y dos hombres. Se utilizó una metodología de tipo cualitativa, la cual contempla como técnica de recolección de datos la entrevista narrativa y como método de exploración de los resultados el análisis narrativo de McLeod.

A partir de los análisis desarrollados se concluye que los entrevistados consideran que es el Modelo Biomédico el principal causante del desarrollo de Estigma y Autoestigma en personas con Enfermedad Mental. Sumado a lo anterior, desde las narrativas obtenidas, podemos dar cuenta que los psicólogos entrevistados coinciden en utilizar distintas intervenciones para atenuar los posibles efectos nocivos que pueda tener el diagnóstico de alguna Enfermedad Mental entre las que destaca la Psicoeducación del paciente. Por último, se logró identificar que ninguno de los profesionales entrevistados tuvo formación en el concepto de Autoestigma mientras cursaban estudios de pregrado.

ABSTRACT

This research is part of studies on Self-Stigma in Mental Health. Its main objective was to know, through narratives, what are the concepts that clinical psychologists possess about self-stigma in persons diagnosed with Mental Illness. That because one of the main sources of stigma and subsequent self-stigma for these people are often the health professionals who do not take the necessary precautions to avoid this situation. The sample consisted of four psychologists belonging to the Primary Health Care Network of Valparaíso, two women and two men. Qualitative methodology was utilized, data collection was obtained by narratives interview and as a method of exploring we used the narrative analysis of McLeod.

From the analyzes we conclude that the people interviewed consider to be the main cause of development of Stigma and self-stigma in people with Mental Illness is the Biomedical Model. Added to this, from the narratives that we obtain, we can say that psychologists interviewed are agree to use various interventions to mitigate the possible adverse effects that may have a diagnosis of Mental Illness like the Psychoeducation of the patient. Finally, none of the professional respondents had training in the concept of self-stigma in their undergraduates studies.

ÍNDICE

1.	Resumen	3
2.	Planteamiento del Problema	7
3.	Pregunta de investigación	13
4.	Objetivos	14
4.1	Objetivo General	14
4.2	Objetivos Específicos	14
5.	Marco teórico	15
5.1.	Enfermedad Mental	15
5.2	Teoría del Etiquetamiento	19
5.2.1	Teoría del Etiquetaje Modificado	21
5.3	Estigma	23
5.4	Estigma en Salud Mental	26
5.5	Autoestigma	29
5.6	Construccionismo Social	32
5.6	El Giro Narrativo: Significados y Relatos	35
6.	Metodología	39
6.1	Metodología Cualitativa	39
6.2	Participantes	41
6.3	Procedimiento	42
6.3	Instrumentos de Recolección de Datos: La Entrevista Narrativa	43
6.4	Procedimiento General de Datos: Modelo de Análisis de McLeod	44
7.	Aplicación de Análisis de McLeod	48
7.1	Primera Fase: Análisis Preliminar	48
7.2	Análisis Narrativo Psicólogo 1	48
7.2.1	Segunda Fase: Microanálisis	54
7.2.2	Tercera Fase: Comunicación de los Resultados	68
7.3	Análisis Narrativo Psicólogo 2	71
7.3.1	Segunda Fase: Microanálisis	78
7.3.2	Tercera Fase: Comunicación de los Resultados	98
7.4	Análisis Narrativo Psicóloga 3	101

7.4.1	Segunda Fase: Microanálisis	105
7.4.2	Tercera Fase: Comunicación de los Resultados	118
7.5	Análisis Narrativo Psicóloga 4	121
7.5.1	Segunda Fase: Microanálisis	126
7.5.2	Tercera Fase: Comunicación de los Resultados	142
8.	Conclusiones	145
9.	Proyecciones	151
10.	Limitaciones	153
11.	Anexo: Transcripción de Entrevistas	154
11.1	Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación	154
11.2	Transcripción Entrevista Psicólogo 1	155
11.3	Transcripción Entrevista Psicólogo 2	179
11.4	Transcripción Entrevista Psicóloga 3	214
11.5	Transcripción Entrevista Psicóloga 4	229
12.	Referencias	248

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Chile es un país con altas tasas de Enfermedades mentales (Valdés y Errázuriz, 2012). El estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que un 22% lo había tenido en los últimos 6 meses (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002). Los trastornos con mayores prevalencias fueron la esquizofrenia y los trastornos cognitivos con un 0.9% y 3.7% respectivamente. En tanto en un análisis por sexo, los trastornos afectivos y ansiosos son significativamente más frecuentes en mujeres con una relación de 2:1 el primero y 2,7:1 el segundo. Mientras el uso de sustancias es mucho mayor en hombres con relación de 2,4:1 (Chile, Ministerio de Salud, s.d.). El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad elaborado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) indicó que en nuestro país, conforme al diagnóstico de enfermedades en CIE-10, la discapacidad Mental y del Comportamiento afecta a 121.487 personas. (Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, 2004).

Las personas diagnosticadas con Enfermedad Mental con frecuencia tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad y por otro el Estigma que esta conlleva (Arnaiz y Uriarte, 2006). Si exploramos las actitudes concretas del público general frente a la Enfermedad Mental, nos encontramos con estos contenidos cognitivos (Estereotipos): peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para mejorar su vida; todo ello unido a la creencia de incurabilidad y un grado variable de atribución de responsabilidad y culpa de la persona que la padece. Asociados a estas ideas se encuentran estos sentimientos (prejuicios): miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre “manteniendo la distancia”. Y consecuentemente la predisposición a disminuir los contactos sociales mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional. (López et al., 2008)

En el ámbito de la Salud Mental se han descrito distintas expresiones del Estigma, entre las que destacan el Estigma Público y el Autoestigma. El primero referente a los estereotipos, prejuicios y discriminación de la sociedad a la Enfermedad Mental y el segundo, concerniente a la manera en que las personas que padecen Enfermedades Mentales internalizan estas actitudes negativas y se las aplican a sí mismas (Mora-Ríos, et al., 2013).

En lo concerniente al Estigma Público, descrito por Corrigan (2004) como *“daño a las oportunidades sociales”* se ha demostrado que los estereotipos públicos y los prejuicios sobre la Enfermedad Mental tiene un fuerte impacto sobre la obtención y el mantenimiento de buenos puestos de trabajo (Bordieri y Drehmer, 1986; Farina y Felner, 1973; Farina, Felner, y Bourdreau, 1973; Link, 1982, 1987; Olshansky, Grab, y Ekdhal, 1960; Wahl, 1999; Webber y Orcutt, 1984 en Corrigan, 2004) y el acceso a una vivienda segura (Aviram y Segal, 1973; Farina, Thaw, Lovern, y Mangone, 1974; R. Hogan, 1985a, 1985b; Pág. 1977, 1983, 1995; Segal, Baumohl, y Moyles, 1980; Wahl, 1999 en Corrigan, 2004). El Estigma también influye en la relación entre el sistema de justicia y las personas que padecen Enfermedad Mental, lo que se ve reflejado en los altos índices de criminalización de los usuarios del sistema de salud (Teplin, 1984 en Corrigan, 2004). En ocasiones cuando las personas con Enfermedad Mental sufren una crisis propia de su enfermedad, son detenidos por la policía en vez de ser conducidos al servicio médico. Una vez allí, tienden a pasar más tiempo en prisión que aquellas personas que no padecen este tipo de enfermedades (Steadman, McCarthy y Morrissey, 1989 en Corrigan 2004). Otro aspecto relevante que es influido por el Estigma Público, es la atención de los usuarios en el sistema de salud: *“las personas con enfermedad mental reciben menos servicios médicos que los que no estén etiquetados de esta manera”* (Desai, Rosenheck, Druss y Perlin, 2002; Druss y Rosenheck, 1997 en Corrigan, 2004). En conjunto, esta evidencia sugiere que la identificación pública como "enfermos mentales" puede producir un daño significativo en la vida de los usuarios (Corrigan, 2004).

En este punto, es donde cobra importancia la segunda expresión del Estigma, el denominado Autoestigma, ya que *“diversos estudios muestran que las personas con enfermedades mentales a menudo internalizan las ideas estigmatizantes que son ampliamente respaldadas en la sociedad y creen que son menos valoradas debido a su trastorno psiquiátrico”* (Link, 1987; Link y Phelan, 2001 en Corrigan 2004). Es así como el Estigma en la vida de las personas repercute en la pérdida de autoestima, generando que una proporción importante de los usuarios piensen que son un fracaso o que tienen poco de qué sentirse orgullosos (Link, Struening, Neese-Tod, Asmussen y Phelan, 2001). Junto a ello, puede producirse también una disminución de los sentimientos de autoeficacia y confianza en el futuro (Corrigan, 2004).

Ambas construcciones, tanto el Estigma Social como el Autoestigma, influyen negativamente en la búsqueda de atención y adherencia a los tratamientos por parte de quienes poseen un diagnóstico de Enfermedad Mental (Corrigan, 2004). Resultados de estudios han evidenciado *una*

relación inversa entre actitudes estigmatizantes y la adherencia al tratamiento (Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Raue, et al., 2001 en Corrigan 2004 y Arnaiz y Uriarte, 2006). Es por estos motivos, que en la actualidad el Estigma es considerado como una barrera relevante para la atención sanitaria y la integración social de las personas afectadas con Enfermedades Mentales.

No tratar adecuadamente los problemas de Salud Mental tiene altos costos directos e indirectos. A diferencia de otras condiciones médicas, el costo indirecto asociado a las Enfermedades de Salud Mental iguala o excede los costos directos del tratamiento. Por ejemplo, las enfermedades Mentales y el abuso de sustancias son una causa mayor de pérdida de productividad y ausentismo laboral, lo que tiene un gasto directo para el empleador e indirecto para el país. Las personas que sufren de condiciones médicas crónicas, y a su vez trastornos mentales o abuso de sustancias no tratadas, tienen más complicaciones y el costo de su tratamiento médico aumenta de manera considerable. A su vez, los pacientes con patologías mentales suelen responder peor a los tratamientos. Por ejemplo, los pacientes con depresión son tres veces más propensos que los pacientes sin depresión a no seguir las instrucciones de su tratamiento médico (Valdés y Errázuriz, 2012).

Según los psicólogos Álvaro Jiménez Molina y Esteban Radiszcz (2012),

A partir del año 2008, los problemas psicológicos se convirtieron en la primera causa de incapacidad transitoria entre los beneficiarios del sistema público de salud. En paralelo, se produce una mayor demanda de atención psicológica y psiquiátrica: una de cada tres consultas en todo el servicio público de Santiago estaría dada por trastornos ansioso-depresivos. En suma, la prevalencia de dificultades en salud mental es un problema mayor para las políticas públicas, más aún cuando para una buena parte de los trastornos psicológico-psiquiátricos existe una relación inversa entre prevalencia y estrato socioeconómico, es decir, los más pobres tienen una carga mayor de problemas en salud mental.

Sin duda, esto constituye un problema mayor para el país en su conjunto, puesto que, según estimaciones para los países desarrollados, los costos asociados a los trastornos mentales oscilan entre un 3% a 4% del PIB. En Chile el costo más significativo es el que representan las pérdidas de productividad por los años de vida saludables perdidos (AVISA), donde los trastornos neuropsiquiátricos

contribuyen con el 31%, siendo uno de los índices más altos en el mundo. Según algunas estimaciones, los desórdenes psicológicos representarían alrededor del 23% del costo total de enfermedades en Chile.

Por otro lado, existe una diferencia importante en el tratamiento de las enfermedades físicas y las Enfermedades Mentales, teniendo históricamente estas últimas una menor cobertura en instituciones públicas y privadas. Esta situación constituye otra discriminación en contra de quienes padecen Enfermedades Mentales lo que genera grandes costos para las familias de los pacientes y, por extensión, para el país (Valdés y Errázuriz, 2012).

Otras investigaciones concernientes a Autoestigma, señalan que las principales variables psicosociales que influyen en esta experiencia refieren haber sido objeto de rechazo debido a su enfermedad al menos una vez en la vida, lo cual es reportado por el 90% de los informantes. La familia nuclear fue mencionada como la primera fuente de discriminación, el personal de la salud en segundo lugar, y finalmente la tercera fuente de discriminación son los amigos y el trabajo. Dado entonces el importante rol que ejercen los profesionales de la salud como potencial fuente de Estigma, es que se vuelve fundamental comprender el nivel de influencia que pueden ejercer sobre los usuarios.

En el ámbito de los profesionales de la salud, las prácticas comúnmente referidas fueron ser tratados con indiferencia, regañados, responsabilizados por el tratamiento además de ciertas actitudes de benevolencia como ser tratados como niños (Mora-Ríos et al., 2013). Aun en este contexto, el conocimiento que tienen las personas que trabajan directamente con pacientes diagnosticados con alguna Enfermedad Mental, respecto al tema del Estigma y más específicamente del Autoestigma relacionado a la Salud Mental, es desconocido. En nuestro país son escasas las investigaciones relativas al tema en cuestión, y en lo concerniente a los profesionales del sistema público sencillamente es nula. Esto se concluye luego de la revisión de motores de búsqueda bibliográfica: Google académico, EBSCO, Redalyc, Scielo Chile y Scielo España, donde se buscó información referente a “Profesionales de Salud Mental y Autoestigma y “Mental health professionals and self-stigma”.

Siendo vital que los profesionales que trabajan con personas con Enfermedad Mental tengan algún conocimiento sobre el Autoestigma para ayudar a las personas que la padecen a enfrentar sus consecuencias, parece necesario favorecer un momento de reflexión que nos permita poner en tela

de juicio nuestras propias actitudes posiblemente estigmatizadoras hacia las personas con alguna Enfermedad Mental. Un primer paso en este camino, lo constituye el recoger las significaciones y experiencias que los psicólogos actualmente llevan consigo al encuentro con el paciente. Son ellos, los que tienen un acceso privilegiado a las narrativas particulares de los usuarios y pueden dar cuenta de la vivencia del Autoestigma de las personas que acuden a los servicios de Salud Mental, dada la íntima relación que se establece en las distintas labores que realiza el psicólogo clínico, tales como consejería, intervenciones familiares, evaluaciones, ingresos de Salud Mental, controles de Salud Mental, psicoterapia, etc. Recordemos que *“cualquier proceso terapéutico se sostiene sobre una relación de confianza cargada emocionalmente entre una persona que busca ayuda y otra que ofrece dicha ayuda”* (Frank, 1982).

Ante la escasez de información con respecto a la temática en cuestión, consideramos que realizar una investigación exploratoria, con una metodología cualitativa, específicamente con un enfoque narrativo, permite descubrir la experiencia de los sujetos en sus propias voces, a la vez que se perciben las vivencias únicas de cada individuo y se rescatan los diferentes testimonios con sus matices respectivos. En este sentido, concordamos con lo planteado por White y Epston (1993) *“creemos que las personas generalmente adscriben significado a su vida convirtiendo sus vivencias en relatos, y que estos relatos dan forma a sus vidas y a sus relaciones”* (White y Epston, 1993).

La información recopilada en esta exploración cobra relevancia metodológica, ya que podría determinar la tendencia para posteriores investigaciones que busquen precisar de manera más rigurosa el conocimiento existente en este tema. Por el momento, el objetivo es familiarizarnos con la experiencia de este grupo de profesionales sobre este fenómeno, cuyo estudio es relativamente nuevo.

Sumado a lo anterior, el Autoestigma es un fenómeno que de ser entendido y atendido, podría mejorar enormemente la relación costo-beneficio de los programas de tratamiento y que sin embargo no está siendo abordado en el Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (2000), a pesar de que su diseño tiene un enfoque biopsicosocial y que prioriza las “acciones preventivas y de intervención temprana dirigidos a mejorar continuamente la calidad de la atención, con la participación activa los usuarios, sus familiares y organizaciones locales” (Minoletti y Zaccaria, 2005) En este contexto, creemos que nuestro estudio resulta especialmente relevante desde un punto de vista clínico. Finalmente, la relevancia social se desprende del hecho

que una investigación sobre esta temática abriría los caminos de conocimiento y orientación necesarios para generar la debida conciencia pública sobre este fenómeno desconocido, pero a la vez tan cercano a la experiencia de quienes trabajan en Salud Mental en su quehacer profesional. Del mismo modo que podría contribuir a reducir una de las fuentes de Estigma para las personas diagnosticados con alguna Enfermedad Mental, esto dado que los mismos profesionales con sus actitudes podrían estar favoreciendo la aparición de Autoestigma en sus pacientes, de esta manera, buscamos conocer los significados que le otorgan a este fenómeno, de forma tal, que los profesionales pasen a convertirse en una fuente de ayuda para combatir el Estigma.

Tomando en cuenta todo lo anterior y el hecho de que las Enfermedades Mentales se presentan mayoritariamente en los estratos más pobres del país y son justamente ellos los que acuden al servicio médico público, se llevó a cabo una revisión del Plan Estratégico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio 2013-2015 (SSVSA), dando cuenta que dentro de la Red Asistencial de San Antonio existen dos consultorios de salud primaria dependientes del SSVSA y de la Ilustre Municipalidad de Valparaíso dependen siete Centros de Salud General (CGU), cuatro CGU más Sapu, un Cefam más Sapu, un Cecosf y una Posta de Salud Rural en Quebrada Verde. De este escrutinio, concluimos que por la gran cantidad pacientes que se atienden en la ciudad de Valparaíso, está parece ser la mejor opción para averiguar cuál es la experiencia de los psicólogos clínicos respecto al fenómeno del Autoestigma.

Conjuntamente con esto, dentro de la región existen cerca de 30 Universidades, Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica, los cuales forman cada año a cientos de profesionales de la salud y más específicamente a psicólogos. Este escenario que nos resulta tan cercano y cotidiano, nos lleva a considerar que al ser el Autoestigma un tema relativamente desconocido por los actores de la Salud Mental y la población general, se hace urgente aceptar el desafío de abordar su estudio, lo que también podría forjar una guía de aprendizaje para aquellos que tienen nociones básicas al respecto, a la vez que se ofrece una experiencia local y/o trabajo empírico respecto a la materia trabajada. Desde esta perspectiva, la quinta región resulta un excelente punto de partida para investigar un tema que comienza a dejar sus primeras impresiones en el campo clínico de la psicología de los tiempos actuales.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los significados que han construido los Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso, en torno al concepto Autoestigma en personas con diagnóstico de Enfermedad Mental?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Explorar los significados que han construido los Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso, en torno al concepto Autoestigma en personas con diagnóstico de Enfermedad Mental.

4.2 Objetivos Específicos

- Revisar los significados del concepto de Estigma de los Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso.
- Analizar la significación del concepto de Autoestigma de los Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso.
- Dar cuenta de la integración del concepto de Autoestigma de los Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso en el quehacer terapéutico.
- Indagar si en la narrativa de los profesionales Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso se reconoce algún acercamiento al concepto de Autoestigma en alguna etapa de su proceso formativo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Enfermedad Mental

La Salud Mental no debe ser considerada como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales en compleja interacción (Almirón, 2008). Según la OMS “*Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar, somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad*”. Esta definición reconoce que las intervenciones salubristas deben incluir no sólo la prestación de servicios clínicos centrados en lo somático y psicológico, sino también, intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. (Navarro, 1998).

Por otro lado, la OMS (s.f.) define:

Enfermedad como un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo estos factores se denominan noxas (del griego nósos: «enfermedad», «afección de la salud»).

Almirón (2008) plantea que: Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios diagnósticos utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Los criterios de salud-enfermedad llevan implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia.

La diversidad de modelos explicativos (psiquiatría organicista, modelos psicosomáticos, psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, socio-genéticos, comunitarios, etc.) y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud mental.

Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro. Como el saber, que cambia su estatuto al ritmo de

los cambios sociales, a los que afecta. Pues los discursos y las prácticas interactúan y se influyen reconstituyéndose mutuamente (Díaz, 2005 en Almirón, 2008)

Goffman (1976) llega a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una “incorrección situacional”. Estas “incorrecciones situacionales” reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

Además Almirón (2008) agrega respecto de los conceptos de salud y Enfermedad Mental que ambos son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social;

Así se ha definido a la salud mental como la ausencia de la dolencia llamada Enfermedad mental; como el polo positivo de un proceso continuo cuyo polo opuesto es la enfermedad; como cualidades personales observables tales como capacidad intelectual e interpersonal (social), compatibles con la edad y dotes naturales que faltan en el enfermo mental; como una conducta social de adaptación manifestada en una familia sana que vive en una sociedad “sana”, como habilidades definidas mediante conceptos de eficacia, lucha y capacidad de relación social, considerando la salud mental como lo opuesto a incapacidad, resignación, desesperanza y egocentrismo.

Cabe destacar la importancia del contexto cultural en la interpretación del estar enfermo. El concepto de rol de enfermo representa el primer cuestionamiento sistemático del modelo biomédico, pues la enfermedad es, por sobre todo, un proceso social.

La enfermedad es de acuerdo a esta concepción, una desviación social caracterizada por el fracaso o incapacidad de una persona en desempeñar su rol habitual y responder a las expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia definida por expectativas institucionalizadas socialmente.

Estas expectativas conforman un tipo ideal y abstracto de rol de enfermo caracterizado por dos derechos y dos deberes:

1. *Exención de las responsabilidades sociales. Ésta debe ser legitimada por otros (médico) para evitar los abusos.*
2. *Exculpación respecto de su condición de enfermo, pues se supone que ésta es involuntaria.*
3. *Obligación de reconocer que el “estar enfermo” es una situación indeseable, por lo que tiene la obligación de buscar ayuda y cooperar para recuperarse lo antes posible.*
4. *Responsabilidad (en proporción a la gravedad de la enfermedad) de buscar ayuda profesional y de cooperar en el proceso terapéutico que se le imponga.*

Desde este marco, la salud es entendida como desempeño de funciones sociales. De tal forma, que al definir la salud o la enfermedad como un proceso social supone un primer cuestionamiento al modelo biológico y, por consiguiente, un primer paso hacia el modelo biopsicosocial (Almirón, 2008, p. 7-8).

En esta conceptualización de la enfermedad, la distinción entre trastorno biológico (*disease*) y enfermedad (*illness*) es un intento de diferenciar entre el trastorno como representación de un problema por parte de la cultura profesional médica y por otra parte, la enfermedad como la interpretación que un sujeto hace de signos corporales en función del significado que su contexto sociocultural les atribuye (Almirón, 2008).

Esta última visión de enfermedad se sustenta en los planteamientos de Bateson (1972) quien afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está determinada y restringida por su contexto receptor; es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. Comparando estos mapas con pautas, argumentó que la interpretación de todo acontecimiento está determinada por la forma en que éste encaja dentro de pautas conocidas, y llamó al proceso “codificación de la parte a partir del todo” (Bateson, 1972 en White y Epston, 2002).

De todo lo anterior se desprende que el desarrollo de la salud no es un problema individual, sino una condición y consecuencia de la acción social pero que, a su vez, tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad (Almirón, 2008).

Es en este punto donde surge la perspectiva de “*Recovery*”, cuyo propósito es guiar la intervención

hacia la reconstrucción de la identidad de la persona, fomentar su participación en redes sociales y el despliegue de un proyecto vital según las peculiaridades de cada cual y siempre conectados con el sentido y significado de la vida. *Esta perspectiva* se ha ido impregnando en la terminología de la Salud Mental a modo de propuesta de los usuarios y ex usuarios del sistema sanitario (Slade, 2009). Bajo esta visión la recuperación no significaría curación en el sentido de desaparición de síntomas, o vuelta a niveles de funcionamiento pre-mórbidos, sino alcanzar una forma de vida en que es posible sobreponerse a los efectos de la enfermedad (Paganizzi, 2009).

Bill Anthony (1993), define la recuperación como:

La recuperación es un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental... (en Shepherd, Boardman y Slade, 2008, p. 2)

Andresen, Oades y Caputi (2003) resumen los componentes del proceso de recuperación:

- 1. Encontrar esperanza y mantenerla – creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro;*
- 2. Re-establecimiento de una identidad positiva – encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo;*
- 3. Construir una vida con sentido – entender la enfermedad; encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad; dedicarse a vivir;*
- 4. Asumir responsabilidad y control – sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida. (en Shepherd et al., 2008, p. 2)*

Este último punto lleva al concepto anglosajón *Empowerment*. Este concepto difícil de traducir con una sola palabra al idioma español es muy utilizado en la actualidad; la mayoría de programas de intervención afirma que este es uno de sus objetivos. (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer, y Flores, 2010) Gran parte de los significados atribuidos a este concepto hacen alusión a “*un proceso por medio del cual los usuarios tienen poder para tomar decisiones, disponen de información*

necesaria para tomarlas, son capaces de actuar asertivamente, creen en sus posibilidades de cambio y tienen un fuerte sentimiento de autoeficacia” (Chamberlin, 1997 en Palomer et al., 2010).

La visión que hemos revisado de Enfermedad mental, unida a los conceptos de *Recovery* y *Empowerment* implicaría conseguir un cambio sociocultural, además de una reorganización de los servicios. Significa que todo el sistema está aceptando la realidad de que la “Enfermedad Mental” existe en todas partes, nos rodea y que las personas con “problemas de Salud Mental” deben involucrarse en mayor medida en los servicios de Salud Mental. Todo esto implica algunos cambios radicales en las relaciones tradicionales de poder y, posiblemente, en las prácticas tradicionales de contratación de profesionales (Shepherd et al., 2008).

5.2 Teoría del Etiquetamiento

La teoría del etiquetamiento tiene sus orígenes en la sociología. Esta teoría se desprende desde el Interaccionismo Simbólico, que tiene a George H. Mead y Erving Goffman como sus principales exponentes. Las ideas de Mead se han expandido a través del tiempo, sin embargo, el conocimiento mayor de sus obras estuvo a cargo de su discípulo H. Blumer, el cual postula que el Interaccionismo consta de tres premisas básicas:

“a) Los seres humanos buscan ciertas cosas sobre la base del significado que esas cosas tienen para ellos; b) estos significados constituyen el producto de la interacción social en las sociedades humanas, y c) tales significados resultan tratados y significados a través de un proceso interpretativo que es utilizado por cada individuo para asociar los signos que encuentra” (Bergalli, 1980).

En otras palabras, se postula que el “yo” se construye y reconstruye a través de las interacciones que cada uno de los individuos tiene con la comunidad social.

Fue en la década del 60 que partiendo de los conceptos centrales del Interaccionismo Simbólico se comienza a estudiar la desviación, desde donde surge la Teoría del Etiquetaje; *“La tesis de estas teorías sugiere que la desviación real es esencialmente el resultado, de la aceptación y la conformidad a las esperanzas negativas implícitas en las “etiquetas” (labels) que se adjudican a quien reacciona como un desviado” (Bergalli, 1980).*

Desde el posicionamiento del enfoque clásico de la Teoría del Etiquetamiento encontramos autores tales como: Tannenbaum, Lemert y Becker. Tannenbaum postula que *“los comportamientos definidos como desviados nacen del conflicto entre un grupo y la comunidad”* (Bergalli, 1980). Por otro lado, Lemert (1951) añade: *“las fuerzas culturales y sociales constituyen la fuente primaria de la desviación social, incluyendo aquella que revela una sintomatología psicológica”* (en Bergalli, 1980)

Es Howard Becker (1963) quien toma estas impresiones, reafirmando las ideas iniciales de los autores anteriores. Es en su libro *“Outsiders: hacia una sociología de la desviación”* donde expresa que *“todos los grupos sociales establecen reglas y, en determinado momento y bajo ciertas circunstancias, también intentan aplicarlas. Estas reglas sociales definen las situaciones y comportamientos considerados apropiados, diferenciando las acciones “correctas” de las “equivocadas” o prohibidas”*. Este autor señala que la mayoría de los individuos perciben con frecuencia impulsos que transgreden las normas, sin embargo, si una persona llega a quebrantar tales reglas, será entonces considerado como un “outsider” o desviado desde la visión del grupo. Según Roberto Bergalli (1980), este planteamiento de Becker podría enunciarse de la siguiente forma:

La clasificación de una acción humana como desviada o conforme no sólo pertenece a un esquema valorativo (o sea, la norma), sino también a un fenómeno de valoración, cual es el proceso de interacción, en cuyo decurso los hombres atribuyen a otros ciertas propiedades desviadas. Este proceso de atribución, con sus variables y efectos determinados, constituye el objeto de conocimiento del labelling-approach.

A raíz de esto, podemos indicar que todas las personas podrían estar manifestando conductas potencialmente inapropiadas, pero solo hasta que estén etiquetados como tales no son oficialmente desviadas. La construcción social de la conducta desviada es la que juega un papel importante en el proceso de etiquetado que se produce en la sociedad. Por consiguiente esto no solo involucra las conductas criminales, sino que también refleja el comportamiento estereotipado o estigmatizado del “enfermo mental”.

Podemos reseñar que la Teoría del Etiquetado se aplica por primera vez al concepto “enfermo mental” en 1966, cuando Thomas J. Scheff publica el libro “Being Mentally ill: A sociological theory”, donde cuestiona las percepciones usuales de Enfermedad Mental, declarando que la Enfermedad Mental se manifiesta únicamente como resultado de la influencia social. De acuerdo con el autor, los estereotipos de la Enfermedad Mental se aprenden durante la socialización y se refuerzan a diario; *“una vez totalmente inculcado, el papel estereotipado de “paciente” puede después emerger como un “estatus principal” debido a su naturaleza altamente desacreditadora”* (Markowitz, 2005, en Hsin Yang, 2007)

Como se menciona en el prólogo del libro “Being Mentally ill: A sociological theory” los pacientes reportan que el etiquetado se produjo por primera vez dentro de la familia, antes que en cualquier otro lugar (Scheff, 1993). Junto con esto, podemos dar cuenta que *“una vez que una persona ha sido etiquetada como mentalmente enferma tienen más probabilidades de carecer de empleo y de ganar menos que aquellas personas con la misma enfermedad pero cuyo trastorno no es socialmente conocido”* (Link, 1987 en Magallares, 2011).

Actualmente, existen investigadores como Link y colaboradores, quienes basándose en esta teoría muestran los efectos del etiquetado en pacientes con Enfermedad Mental (Scheff, 1993).

5.2.1 Teoría del Etiquetaje Modificado: Link y colaboradores

Este modelo se basa en los postulados de Scheff, sin embargo el énfasis es puesto en otro foco, centrándose en las consecuencias del etiquetado en lugar de los factores que conducen a ello. El Modelo de Etiquetaje Modificado propone que aunque el etiquetado por sí mismo no influye directamente en el trastorno mental, si puede conducir a resultados negativos asociados. Una vez que el individuo es etiquetado se vuelve dependiente de los comentarios de los demás. De esta forma, cuando la persona internaliza la etiqueta de “enfermo mental”, lo interioriza y lo hace parte de su personalidad, completándose el proceso que termina en una Enfermedad Mental crónica (Link, Cullen, Struening, Shrout y Dohrenwend, 1989).

Este nuevo modelo propuesto, está construido y explicado sobre cinco pasos, los cuales serán expuestos a continuación. El primer paso consiste en las creencias de devaluación y discriminación, los individuos internalizan las concepciones sociales de lo que significa ser etiquetado como

enfermos mentales. De esta manera Scheff (1966) hace hincapié en que los chistes, caricaturas y los medios de comunicación pueden influir en lo que significa ser un enfermo mental. Añade al respecto:

Sobre la base de fuentes como estas, es que todos los miembros de la sociedad - los que se convertirán en pacientes psiquiátricos, así como los que no - forman concepciones de lo que significa para ellos adquirir ese estatus. La 'discriminación' es la 'tradicional distancia social' que se aplica a los pacientes mentales.

El segundo paso señala que llevar una etiqueta es relevante para el trato que recibe de los demás la persona etiquetada y la actitud que posee la comunidad hacia los enfermos mentales.

El tercer paso indica las respuestas de los pacientes sobre su estado de estigmatización. Se consideran tres potenciales respuestas sobre el etiquetado:

- 1) *El Secreto*: el paciente elige ocultar su historial de tratamiento a sus empleadores, familiares o a potenciales parejas para así evitar el rechazo.
- 2) *La Limitación Social*: existe una restricción del contacto hacia las personas que conocen o poseen información sobre la Enfermedad Mental, por consiguiente la persona etiquetada tiende a alejarse de ese tipo de personas y a aceptar la estigmatización social.
- 3) *Educar a Otros*: entregar información con el fin de evitar actitudes negativas.

El cuarto paso trata sobre las consecuencias del proceso de estigmatización en la vida de los pacientes. Los resultados negativos pueden surgir directamente de las creencias que posee la comunidad acerca de las actitudes hacia el estado de un paciente con problemas mentales, o pueden provenir también de los intentos de protegerse mediante la limitación social. De esta forma, la persona con Enfermedad Mental cree que los otros van a discriminarlo o devalorarlo solo por el estado que padece, generándose grandes y desafortunadas consecuencias que pueden afectar negativamente la interacción social.

Finalmente, el quinto paso habla de la vulnerabilidad a un desorden futuro. Si los procesos proyectados desde el paso uno al cuatro actúan, muchos pacientes carecerán de autoestima, lazos sociales y trabajo como consecuencia de sus propias reacciones y las de otros sobre el etiquetado. Son estos déficits los considerados como principales causas de riesgo social y psicológico para el desarrollo de psicopatologías. En consecuencia, a ciertas personas el Etiquetado y el Estigma podría

inducirlos a un estado de vulnerabilidad que aumenta la probabilidad de experimentar constantes episodios de algún desorden mental (Link et al., 1989).

5.3 Estigma

La palabra “Estigma” proviene del latín *stigma*, y este del griego $\sigma\tau\iota\gamma\mu\alpha$, picadura. Los griegos crearon el término Estigma para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba, los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor – una persona corrupta, ritualmente deshonrada, a quien debía evitarse, especialmente en lugares públicos (Goffman, 2006). Por otro lado, en la actualidad el concepto Estigma, se continúa utilizando con un significado similar: la RAE lo define como “*marca o señal en el cuerpo*”, “*desdoro, afrenta, mala fama*” (2001).

La psicología social - de la mano de Erving Goffman - cuenta desde 1963 con uno de los trabajos teóricos más exhaustivos sobre el tema. En su obra *Estigma. La identidad deteriorada*, el autor define Estigma como un atributo profundamente desacreditador dentro de una interacción social particular (Goffman, 2006). Cabe recordar que los atributos derivan de la percepción - o de la impresión global - que tenemos de las personas en los procesos de interacción social; manifiestan un carácter selectivo, estructurado y totalizante; y suponen “teorías implícitas de la personalidad” - variables en el tiempo y en el espacio - que sólo son una manifestación más de las representaciones sociales propias del sentido común (Paicheler, 1984 en Giménez, 1997) La sociedad establece medios para categorizar a las personas y también a los atributos que se consideran corrientes y naturales en los miembros de esas categorías (Goffman, 2006). Es decir, al enfrentarnos a una persona extraña, las primeras apariencias nos permiten prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su “*Identidad Social*” (Goffman, 2006).

Goffman (2006) distingue dos tipos de identidad social:

- *Identidad social virtual: El carácter que atribuimos al individuo según la apariencia que nos da.*
- *Identidad social real: La categoría y atributos que puede demostrarse que le pertenezcan al individuo.*

La persona extraña podría demostrar ser dueña de un atributo que la vuelve diferente de los demás y lo convierte en alguien menos apetecible, motivo por el que deja de verse como una persona corriente, y se transforma en un ser menospreciado (Goffman, 2006). Un atributo de esa naturaleza es un Estigma, que a veces puede recibir el nombre de defecto, falla o desventaja (Goffman, 2006). Aunque el Estigma es una característica que genera respuestas negativas o efectos indeseados en los estigmatizados, es probable que esas respuestas no sean las mismas para todos los grupos. Es decir, según Goffman las personas estigmatizadas se diferencian entre sí en función de la naturaleza de su Estigma (Marichal & Quiles, 2000), diferenciándolos en tres tipos:

- *Las Abominaciones del cuerpo, corresponde a las distintas deformaciones del cuerpo.*
- *Defectos de carácter del individuo, se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, enfermedades mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio conductas políticas extremistas.*
- *Estigmas tribales de la raza, nación o religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia e influir a la mayoría de los miembros de la familia.*

Esta distinción entre deformaciones físicas, defectos del carácter y Estigmas tribales se empleará para diferenciar entre tres categorías más actualizadas: Estigmas físicos, Estigmas psicológicos y Estigmas sociales (Marichal y Quiles, 2000). Las posibles reacciones o respuestas hacia las personas estigmatizadas dependen de su inclusión en alguna de estas categorías durante el proceso de percepción y de interacción social (Marichal y Quiles, 2000). De esta manera, las diversas conductas de discriminación y marginación hacia las personas estigmatizadas, va a depender de la naturaleza de su atributo estigmatizante y por lo tanto al sistema categorial que se emplee. (Marichal y Quiles, 2000).

Uno de los motivos por los que la perspectiva de Goffman, ha sido cuestionada por autores posteriores, es la no inclusión de variables socio-culturales como integrantes del concepto mismo del Estigma, lo que ha dificultado la aproximación a una definición conceptual más precisa en las últimas décadas. (Miric, 2003). En un intento por conciliar las observaciones realizadas, surge desde las ciencias sociales, el trabajo de varios autores, dentro de los que se destaca el trabajo de B.

Link quien amplía la idea original de Goffman, proponiendo concebir el Estigma, no como un atributo, sino como un proceso social.

Según Link y Phelan (2001, en Miric, 2003):

El proceso del estigma comienza cuando los grupos dominantes de una sociedad reconocen ciertas diferencias humanas sean éstas verdaderas o no y continúa, si se considera que las diferencias observadas implican información desfavorable sobre las personas designadas; en la medida en que esto ocurre, se consigue su rotulación social a partir de estas diferencias. Las personas rotuladas son clasificadas en una categoría aparte, separando así el “nosotros” de “ellos”. La culminación del proceso de estigma ocurre cuando las diferencias designadas desencadenan distintas formas de desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación. Esta visión del estigma como proceso permite integrar en un todo coherente los fenómenos que aparecen vinculados a los atributos estigmatizantes, manteniendo a la vez intactos los límites entre ellos.

Desde la visión de Estigma como proceso social, se vuelve fundamental explorar las actitudes concretas del público en general frente a la Enfermedad Mental. Este proceso social del Estigma está constituido por los “*Fenómenos relacionados con la ideología*”, descritos por Moscovici (1972 en Krause y Prado, 2004). Este tipo de fenómenos alude a los sistemas de representaciones y de actitudes, cuyo rasgo común es que expresan una representación social que individuos y grupos se forman para actuar y comunicar. Aquí se encuentran las representaciones sociales, prejuicios y estereotipos, los cuales se desarrollan a continuación:

Las Representaciones sociales refieren a un modo de entender y de comunicarse particular, propio de una sociedad o de un grupo social determinado, mediante el cual se construye la realidad y el conocimiento de la vida cotidiana (Moscovici, 1984 en Krause y Prado, 2004). Las representaciones sociales se entienden como una manera de interpretar y aprehender la realidad, de convertir lo desconocido en familiar y otorgar un sentido a lo inesperado. Lo social está presente en la génesis de las representaciones sociales a través del contexto concreto en que individuos y grupos se sitúan; de la comunicación que se establece entre ellos; de los marcos culturales en que están insertos; y de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas. En pocas palabras, las representaciones sociales se originan en la interacción de los

individuos (Krause y Prado, 2004). Es de esta forma como las representaciones sociales intervienen en la forma de ver y valorar el mundo que nos rodea y orientan la predisposición y el consecuente comportamiento hacia objetos sociales determinados (Krause y Prado, 2004). Al momento de reflejar cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana, este concepto incorpora contenidos no sólo cognitivos, sino también simbólicos y afectivos (Wagner y Elejabarrieta, 1994 en Krause y Prado, 2004).

Los Estereotipos son “aquellas generalizaciones acerca de una clase de persona que distinguen esa clase de otra” (McCauley, Stitt y Segal, 1980 en Suriá, 2010), corresponden a la atribución diferencial de rasgos o predicción diferencial de rasgos basada en la información de pertenencia al grupo, es decir, son creencias que comparte un grupo sobre otro (Suriá, 2010). Los estereotipos según Huici *"suponen una forma de economía y la simplificación en la percepción de la realidad"*, por lo tanto, son construcciones y generalizaciones que conforman tipos de grupos a los que se le atribuye una serie de características inherentes a la propia cultura del grupo (Huici, 1996 en Morales, 2005). Finalmente, existe consenso respecto de que los estereotipos son constructos cognitivos (Ashmore y Boca, 1981 en Suriá, 2010).

Un Prejuicio social es una actitud desfavorable, intolerante, injusta e irracional hacia un grupo social (Oskamp, 1991 en Morales 1996). Posteriormente, Devine (1995, en Morales 1996) señala que lo habitual es considerar el prejuicio desde el ángulo “afectivo”, sin embargo desde su punto de vista es “multifacético”. Además de ser un sentimiento, también es una cognición (o conjunto de cogniciones) y una conducta (o conjunto de conductas). Por esta razón propone un modelo tripartito de prejuicio. Por una parte el estereotipo sería el término para designar la parte cognitiva del prejuicio. El prejuicio propiamente tal corresponde al componente afectivo (Morales, 1996) Por último la discriminación aludiría a todas las conductas de falta de igualdad en el tratamiento otorgado a las personas en virtud de su pertenencia al grupo o categoría en cuestión (Huici, 1996 en Morales 2005).

5.4. Estigma en Salud Mental

La exclusión que padecen las personas diagnosticadas con alguna Enfermedad Mental no es un hecho reciente, de hecho han sido objeto de estigmatización a lo largo de la historia y, de esta forma, la Enfermedad Mental ha llegado a ser equiparada con la drogadicción o la prostitución,

entre otras (Fresán, Robles-García, De Benito, Saracco y Escamilla, 2010). Desde épocas remotas ha existido un trato ofensivo hacia estos pacientes. Ejemplo de ello es que *“durante la Edad Media se les consideraba débiles. La creencia popular más común era que la enfermedad era un fallo moral totalmente atribuible a la falta de voluntad del individuo”* (Jones, Scott y Marcus, 1984 en Magallares, 2011).

Actualmente, debemos considerar que aunque hablamos de un fenómeno unitario nos encontramos también con cierta diversidad. De hecho *“las actitudes, aunque sobre un fondo negativo común generalizado son variables con relación a las distintas enfermedades y problemas concretos, los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan y algunas características individuales de las personas que las expresan”* (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2007) Como era de esperar, las actitudes sociales dirigidas hacia un paciente diagnosticado con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otras enfermedades como la ansiedad o la depresión, y aun existiendo una base común de rechazo, se puede encontrar una fluctuación en cuanto al Estigma ejercido hacia estas personas. Aquí podemos identificar diferencias percibidas entre *“ciertos problemas de Salud Mental que pueden afectarnos a todos”* y *“aquellos más cercanos a la locura”* (López et al., 2007).

En el caso de las enfermedades más comunes, existe además una favorable percepción de sus tratamientos:

Hay también una mejor imagen social de determinados procedimientos de intervención o psicoterapias así como de determinadas profesiones (Psicología, Trabajo Social), que parecen irse aceptando de manera progresiva en nuestras sociedades, presentando una creciente diferencia con los trastornos más graves y los mecanismos de intervención y profesionales percibidos como más directamente asociados a ellos (tratamientos biológicos y psiquiatras, por ejemplo) y que se ven afectados también por el estigma” (López et al., 2007)

Como ya se mencionó en el transcurso de esta investigación en una exploración de las actitudes concretas más frecuentes sobre las personas con Enfermedad Mental, al menos en las sociedades occidentales encontramos:

- a) Contenidos cognitivos o Estereotipos: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y culpa sobre lo que les sucede.
- b) Asociados a estas ideas se encuentran prejuicios o sentimientos de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre manteniendo la distancia.
- c) Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional. (López et al., 2007)

Lo llamativo de todo esto, es que estas creencias no solo se encuentran en el público general sino que, aunque con evidentes matices, los profesionales de la salud y más específicamente los profesionales de la Salud Mental, igualmente incurren en estos errores de percepción. No deja de ser preocupante el hecho de que existan estudios, aunque en número y representatividad sean escasos, que indican que:

Un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las «enfermedades» es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de «distancia social» hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas (López et al., 2007).

En este punto, no podemos dejar de mencionar que el Estigma asociado a Enfermedad Mental afecta a diversas áreas, como por ejemplo, la falta de oportunidades laborales, problemas interpersonales, aislamiento, barreras para obtener el tratamiento necesario, disminución del autoestima, menores oportunidades de vivienda digna, mayor estrés del núcleo familiar así como la imagen negativa que se da de estas personas en los medios de comunicación social (Magallares, 2011 y Fresán et al., 2010), lo que a la larga conlleva un impedimento en la búsqueda de tratamiento especializado y en el apego a este, empeorando los pronósticos clínicos de los pacientes. Bajo esta misma perspectiva Corrigan y Miller (2004) encontraron que no es solo el paciente aquejado con la enfermedad quien tiene problemas de discriminación o exclusión, sino que la estigmatización se amplifica incluso a los familiares más cercanos, tales como los padres, hermanos y parejas (Magallares, 2011).

5.5. Autoestigma

El Autoestigma, como se ha mencionado con anterioridad, es una de las dos formas en las que puede presentarse el fenómeno del Estigma (Corrigan, 2004). El Autoestigma se refiere al estado en el que una persona ha llegado a internalizar las actitudes negativas que rodean a su condición y se los aplica a él o ella misma (Corrigan, Roe y Tsang, 2011).

El Autoestigma conlleva un proceso de tres fases, denominado las *Tres As* por sus siglas en inglés. Estas *As* refieren a la Conciencia (*Awareness*), el Acuerdo (*Agreement*) y la Aplicación (*Application*). Este proceso se inicia cuando la persona afectada es consciente o ha reconocido los estereotipos sociales asociados con su condición diferenciadora para después estar de acuerdo con ellos, internalizarlos y emplearlos para sí misma (Mora-Rios, Ortega-Ortega, Natera y Bautista-Aguilar, 2013).

Este proceso de internalización del Estigma fue descrito por Lally en 1989 denominándolo como "rol-inmersión". La inmersión es entendida como la aceptación de la función de paciente constituyéndose esta como la definición primaria del yo. La persona se vuelve cada vez más sumida a su enfermedad y las actividades relacionadas con ser paciente pueden ampliarse gradualmente a un punto en el que tienen un efecto a lo largo de una vida entera y se convierten en la principal o incluso la única forma de vivir (Corrigan et al, 2011).

Autores como Corrigan, Roe y Tsang (2011) señalan que cuando la persona se encuentra influida por el Autoestigma a menudo pierde sus identidades anteriores; por ejemplo su identidad como estudiante, trabajador, padre de familia, etc.; mientras que la identidad relacionada al Estigma se convierte en la dominante. En casos extremos, las personas pueden sentirse a sí mismas o percibir que los demás lo observan como si se hubiera "convertido" en la categoría por la cual sufren el Estigma. En concordancia con lo analizado en esta investigación, "como si se hubiesen convertido en la Enfermedad Mental".

El Autoestigma influye en los aspectos de autoevaluación, en la percepción favorable de sí mismo y la posterior relación personal. Cuando el Autoestigma se encuentra presente en la vida de una persona toma la forma de declaraciones de tipo "Yo soy", incluyendo creencia tales como: *realmente soy incapaz de cuidar de mí mismo, soy peligroso y podría golpear a alguien en cualquier momento, no puedo manejar la responsabilidad, yo soy una mala persona, que raro soy,*

no soy digno de la inversión de tiempo y recursos (Corrigan et al, 2011). Este tipo de creencias traen una fuerte repercusión a la vida de las personas, ya que experimentarse de una manera tan negativa influye directamente en el logro de establecimiento de metas personales al sentir que no son dignos de poseerlas y al percibirse incapaces de alcanzarlas. Al mismo tiempo suelen creer que son malos, débiles, indignos, y que no tienen derecho a los recursos básicos disponibles para otros. Esto conlleva una disminución de la Autoestima al no sentirse dignos de su propio respeto, lo cual suele ser acompañado regularmente por la culpa. La gente observa la historia clínica de su vida para saber qué es lo que hicieron mal que trajo como consecuencia esta condena. (Corrigan et al, 2011).

Corrigan y colaboradores (2011) señalan que con la privación de la autoestima general viene la pérdida de la esperanza, ya que piensan que las cosas no van a mejorar en el futuro. La pérdida de la esperanza y la autoestima empobrecida se influyen mutuamente en una espiral continua, que se profundiza en el tiempo. Las personas con una baja autoestima y con poca esperanza también pierden la confianza en su capacidad para tener éxito. En consecuencia, presentan un sentido disminuido de autoeficacia, y creen que son incapaces a avanzar hacia el logro de sus metas. Esto conduce a una actitud de “¿por qué tratar?” ya que no se dan créditos a sí mismos por sus logros, en su lugar, atribuyen el éxito a otras personas, mientras que ven el fracaso como solo su culpa (Corrigan et al, 2011).

Otra de las implicaciones de este fenómeno es que las personas disminuyen sus redes sociales y sus oportunidades como forma de prevenir el rechazo causado por el Estigma. Esto conduce a una serie de resultados negativos como el aislamiento, desempleo y baja de ingresos, formando un círculo vicioso (Corrigan et al, 2011). El impacto a nivel laboral es una variable psicosocial clave que explica el proceso de internalización del Estigma ya que genera mayores sentimientos de alienación, adhesión al estereotipo y una menor resistencia al Estigma (Mora-Rios et al, 2013).

Es importante tener en cuenta que si bien el Estigma Público y el Autoestigma se presentan como dos procesos diferenciados, es probable que interactúen y se aumenten mutuamente en su impacto (Corrigan, 2004). Así mismo es importante aclarar que el Autoestigma no es culpa de una persona; ni es una parte de la enfermedad de la persona. Si el público no mantuviera actitudes negativas y estigmatizantes, estas nunca habrían llegado a ser interiorizadas. Así, mientras que el Autoestigma se manifiesta como una experiencia personal y subjetiva, es la consecuencia de las fuerzas sociales imperantes (Corrigan et al, 2011).

A pesar de lo anterior, aunque existen muchas personas afectadas por el Autoestigma también existen muchas otras que no sufren las consecuencias de éste. De esta manera y de acuerdo con Corrigan y colaboradores (2011) podemos señalar la existencia de 3 grupos de personas en torno al Autoestigma: 1) Las personas que se identifican estrechamente con el grupo estigmatizado pero consideran que el Estigma es ilegítimo ("tengo una Enfermedad Mental y no me da vergüenza") experimentarán sentimientos de ira ("yo no permitiré que otros me traten injustamente") en lugar de disminuir su Autoestima debido al estigma internalizado. Ellos son más propensos a ser activos en las actividades de grupo de promoción y empoderamiento. 2) Aquellas personas que no se identifican con el grupo estigmatizado y por lo tanto parecen relativamente indiferentes al Autoestigma. 3) Finalmente se encuentran los individuos que se identifican con el grupo estigmatizado y además perciben los estereotipos negativos y la discriminación resultante como legítimos, lo que conlleva a una autoestigmatización y una disminución del Autoestima.

Lysaker, Roe & Yanos (2007, en Corrigan et al, 2011) plantean que el impacto de ser consciente de poseer una Enfermedad Mental es moderado por los significados que la persona atribuye a tener esta condición, es decir, cómo la conceptualiza y el significado que le otorga. Si la aceptación de la persona de tener una Enfermedad Mental está acompañada por la creencia de que no es capaz de conseguir los papeles sociales valorados: *"no tienen nada que ofrecer, que no pueden trabajar, ser voluntarios, ser un amigo o un padre"*, entonces existirá una mayor desesperanza y menor motivación para hacer frente a los problemas y alcanzar sus objetivos de vida.

Por otra parte, si la persona es consiente que tiene una Enfermedad Mental, pero no cree que esto se oponga a las posibilidades de una vida satisfactoria: *"tengo una Enfermedad Mental, pero esto no quiere decir que no puedo contribuir a la sociedad teniendo un trabajo o participando en voluntariados"*, entonces tendrá una mayor participación y compromiso con el proceso de recuperación. Estas últimas personas tratarán activamente de dar sentido a su situación y explicarlo en sus propios términos, lo cual contribuirá a que la gente sienta un mayor control y mayor sentido de agencia (Corrigan et al, 2011).

De esta forma, la existencia de estereotipos negativos sobre ciertos grupos no significa que necesariamente las personas que los constituyen estén de acuerdo con ellos o vayan a aplicárselos a sí mismos. Algunas personas pueden desarrollar una identidad positiva a través de las interacciones con sus compañeros del grupo estigmatizado y como resultado desarrollar una autoimagen más

valorada, en especial cuando forman parte de un grupo de apoyo y ayuda mutua, que observa al Estigma como ilegítimo (Corrigan et al, 2011). Mora-Rios y colaboradores (2013) denominan a esto como “*la paradoja del Autoestigma y la Enfermedad Mental*” considerando las diversas formas de respuesta posibles, que pueden ir desde implicaciones negativas por poseer la enfermedad, hasta la activación de recursos de fortalecimiento en el individuo en contra del Estigma que la enfermedad conlleva.

Las personas que tienen un sentido de poder sobre su enfermedad y una sensación de control sobre sus vidas, tienen menos probabilidades de ser víctimas de la estigmatización. El empoderamiento personal es lo opuesto al Autoestigma, por lo tanto, el descubrimiento y búsqueda de formas de mejorar un sentido de agencia ayuda a prevenir el daño causado por el Estigma (Corrigan et al, 2011).

5.6 Construccionismo Social

Cuando buscamos comprender a cabalidad los significados e implicancias del Construccionismo Social debemos primeramente situarnos en el concepto de Posmodernidad. La Posmodernidad se levanta como un espacio de crítica a los grandes relatos que gobernaron el conocimiento hasta el siglo XX (López-Silva, 2013). Este movimiento ha propuesto importantes cambios en los cimientos filosóficos de las ciencias sociales, instalándose en diversas áreas aplicadas, tales como la sociología, la antropología, la educación y de forma importante en la psicología. En la Posmodernidad la crítica estándar se orienta al status objetivo del conocimiento, cuestionándose las nociones de verdad, objetividad y razón (López-Silva, 2013).

López-Silva (2013) nos propone que para comprender el Construccionismo Social debemos analizar en primera instancia al Constructivismo. El Constructivismo más que una teoría única es una expresión que toma un significado diferente dependiendo del investigador, aun así, es posible destacar elementos comunes en autores como Giambattista Vico, George Kelly y Von Glaserfeld y definir la naturaleza de la realidad como una *construcción*, como un producto de la acción humana (López-Silva, 2013).

En la noción más básica del Constructivismo, el autoconocimiento y el conocimiento de la realidad emergen como un producto de la interrelación entre las acciones humanas y el ambiente (Feixas y

Villegas, s.f en López-Silva, 2013). Por lo tanto, se niega la idea de una realidad aprehendida de forma pasiva y completamente objetiva (Mahoney, s.f en López-Silva, 2013). Agrega Maturana (s.f) *toda realidad es una expresión de la misma estructura de quien conoce, y por lo tanto, el sujeto participa activamente en el proceso de construcción de tal realidad* (López-Silva, 2013). Von Foerster (s.f.) declarará a su vez que *nuestra realidad tal cual como la percibimos en una invención nuestra* (López-Silva, 2013). Por su parte, el conocimiento ya no pretende ser entendido como un conocimiento objetivo. Esto surge como respuesta a la tradición Moderna que afirma que sólo a través de la observación directa se comprueba que se sabe lo que se pretende saber (Gergen y Warhus, 1999). Tal pretensión de objetividad es reemplazada en el Constructivismo por el concepto de Viabilidad (López-Silva, 2013). Finalmente, el Constructivismo realiza también una crítica sistemática al dualismo cartesiano en su definición de relación sujeto-objeto, la superación de la tradición dualista, sugiere el reemplazo de un sujeto pasivo y receptor de la realidad, por uno activo en la construcción de ésta (Gergen, s.f en López-Silva, 2013).

Dentro de las diversas variaciones del Constructivismo destacaremos la perspectiva del Constructivismo Social que indica que la mente construye la realidad a través de su relación con el mundo, sin embargo, este proceso mental de construcción está determinado por la influencia de las relaciones sociales que el sujeto posee cuando lleva a cabo la acción constructiva (López-Silva, 2013). De esta forma comenzamos a avanzar hacia el Construccinismo. López-Silva (2013) destaca dos manifestaciones del Construccinismo; en primera instancia menciona al Construccinismo Social señalando que *la forma que toma el conocimiento de la realidad y del yo están determinadas por la influencia que ejercen las estructuras sociales e ideológicas sobre las formas de pensar de los sujetos*. En una segunda instancia menciona al "Construccinismo Social" de Kenneth Gergen posicionándolo como la forma más radical de las expresiones relativistas del Constructivismo, indicando *que el conocimiento es simplemente una construcción social, que es reproducida por medio de operaciones lingüísticas cotidianas en el seno de discursos previos al sujeto* (López-Silva, 2013).

El Construccinismo Social se aleja de la idea tradicional que ubica el significado en la mente individual para postular que son las relaciones las que lo crean, pasando así de una construcción individual a una construcción social (Gergen y Warhus, 1999). Las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan de la observación, sino que surgen de la estructura misma del conocimiento. Esto es, las convenciones de inteligibilidad que comparte un grupo específico son las que determinarán cómo se interpreta el mundo que se observa (Gergen y Warhus, 1999). De esta

forma el Construccinismo permite analizar el rol que juega el saber compartido por una comunidad en la mantención y reproducción de la realidad. (Sandoval, 2010)

La realidad para el Construccinismo es construida como un proceso histórico dentro de las interacciones sociales permitidas por el lenguaje. Berger y Luckmann (s.f.) indican que el lenguaje es el principal medio por el cual los humanos acumulan y comunican el conocimiento que ellos han construido de generación en generación. Esta acumulación y traspaso de información mediante las continuas interacciones sociales en el lenguaje construyen y reproducen la realidad. Así, los humanos crearían y reproducirían una realidad social compartida, la cual existe solamente como un producto de la actividad social humana (López-Silva, 2013). Por su parte, Gergen (s.f.) agrega que toda verdad adquiere su validez en el marco de la comunidad que la construye y la legitima como tal. Además, todo entendimiento de la realidad se construye, negocia y renegocia en el lenguaje, como un juego discursivo (López-Silva, 2013).

Entre las implicaciones del Construccinismo nos encontramos con el significado de las acciones que realizamos. Todo acto que realizamos es co-construido; yo no puedo realizar un acto por mí mismo, sino sólo en interacción social con otros. De esta forma, para entender lo que acontece en un momento dado, es preciso considerarlo como co-construido por los eventos circundantes y en función de lo que sucedió previamente y de lo que sucederá después (Barnett, 1994).

Gergen (s.f.) agrega que el conocimiento es una expresión de la estructura social y de los significados sociales que la comunidad enuncia y acepta como tal. Lo que llamamos conocimiento es la pretensión hegemónica de un grupo social que intenta ilegítimamente proclamar la superioridad de su forma de entender la realidad por sobre otra. Así, el conocimiento es comprendido como relacional, en tanto mantiene a las comunidades cohesionadas y se crea y renegocia dentro de ellas mismas (López-Silva, 2013).

Igualmente, para entender lo que se hace y se produce en un momento determinado, el Construccinismo señala que debemos observar su contexto, ya que nada tiene significado fuera de éste, siempre actuamos desde y hacia contextos. El contexto en que nos encontramos prefigura cómo debemos actuar: rara vez carecemos de nociones acerca de qué acciones son adecuadas, cuáles no, cuáles se requieren y cuáles son permitidas (Barnett, 1994).

En síntesis, para el Construccinismo Social la realidad es un conjunto de significados conversacionales que son socialmente compartidos, mientras que la verdad parece ser una cuestión de perspectivas producto de intercambios y consensos sociales (Gergen, 1997 en López-Silva, 2013). De esta forma, el lenguaje actúa como una proyección de las creencias y representaciones que una comunidad específica comparte (López-Silva, 2013).

5.7 El Giro Narrativo: Relatos y Significados

La posmodernidad ha otorgado a la humanidad transformaciones sociales y culturales que afectan de distintas maneras a las personas, incluidas las formas de entender el mundo y a sí mismas. *“Los valores, las formas de conocimiento y las estructuras universales sobre las que se cimentó la modernidad, están sustituyéndose por valores, formas de conocimiento y estructuras más particulares, inestables y multidimensionales.”* (Sparkes y Devís, s.d.) Esta situación de cambio constante y de incertidumbre en el futuro, se configura como un importante estímulo para la investigación narrativa. A saber: *“Muchos de los problemas que surgirán en los años venideros tendrán que ver con las identidades, las subjetividades y las emociones, aspectos claves de nuestra naturaleza humana. Y, precisamente, la investigación narrativa posee un gran potencial para investigar estos problemas...”* (Sparkes y Devís, s.d.).

La preocupación por la experiencia de los sujetos nos conduce inevitablemente a lo que ellos dicen. *“Así, la investigación narrativa se centra en los significados que la gente atribuye a sus experiencias, buscando proveer una visión de la complejidad de las vidas humanas...vidas humanas aún más complejas, en sociedades que son cada vez más diversas”* (Pillon y He, 2008 en Trahar, 2010). Los relatos y las historias llevan un significado inherente, además de aportar información sobre el mundo interiorizado de las personas. *“No obstante, las narraciones son también algo social y cultural. Nacemos dentro de una cultura que tiene preparado un caldo de narraciones del que nos apropiamos y aplicamos en nuestra interacción diaria. La cultura habla por sí misma a través de una historia individual”* (Murray, 1999 en Sparkes y Devís, s.d.)

Los argumentos de la narrativa, provienen de una óptica de la experiencia humana en la que los seres humanos dan forma a sus vidas por medio de relatos sobre quiénes son ellos mismos y los otros conforme interpretan su pasado. *“Cada experiencia es constituida por una interacción entre los subjetivo y lo objetivo, entre el ser cada uno y su mundo, no es nada meramente físico y*

meramente mental... factores internos como externos son incorporados, tanto que ambos pierden su carácter especial. En una experiencia cosas y eventos pertenecen al mismo mundo, lo físico y lo social son transformados a través del contexto humano en el cual pertenecen” (Dewey, 1981 en Aráoz, 2012) o en palabras de Varela *“Hay una profunda implicación en lo que pareciera estar dentro y lo que pareciera estar fuera. El mundo externo y lo que hace el hombre para estar en ese mundo son inseparables”* (Varela 2000, en Zlachevsky, 2012).

Lo anterior nos lleva a percatarnos de que cada individuo dota a sus vivencias de un significado propio. Sostiene Maturana: *“Colapsamos la experiencia con la explicación de la experiencia”* (Maturana, 1997 en Zlachevsky, 2012). Vivimos inmersos en la narración y evaluación del significado de nuestras acciones, convirtiendo nuestras vivencias en relatos y esos relatos dan forma a nuestras vidas y a nuestras relaciones.

Entonces surge una pregunta fundamental: ¿Por qué nos contamos estas historias? Primeramente porque somos seres históricos. *“Ante todo, la razón no es dice Ortega y Gasset (1966) la razón lógica, sino la razón histórica. El hombre es lo que le ha pasado...el hombre no tiene naturaleza sino que tiene historia”* (Zlachevsky, 2012). *“En cada acto humano gravita la historia entera”* (Marías, 1961 en Zlachevsky, 2012). Hablar de historia y de narración permite comprender la noción de contexto.

En este punto debemos considerar también el planteamiento de Bruner (1998) sobre los 2 tipos de pensamiento: Pensamiento paradigmático y pensamiento narrativo. El primero describe aquel pensamiento que intenta convencer con la verdad y lleva a descubrimientos empíricos guiados por hipótesis razonadas, mientras que el segundo conduce a un relato centrado en las particularidades de como las personas viven la vida. En resumen cada uno de ellos brinda modos característicos de ordenar la experiencia y construir la realidad (Zlachevsky, 2012).

Si bien la modalidad paradigmática da como resultado altos niveles de abstracción, teorías sólidas, y argumentaciones firmes, para vivir y relatar nuestra vida se requiere un razonar distinto, esto es un razonar narrativo. La razón narrativa permite la conectividad entre los personajes que conforman la historia a contar. *“La narración es la petentización de la vida humana en su articulación interna, en su conexión viviente.”* (Marías, 1969 en Zlachevsky, 2012). Hoy se considera al hombre como *“Un animal contador de historias”* (Maclintyre, 1981 en Sparkes y Devís, s.d.) y *“Un constructor natural de relatos”* (Josselson, 2006 citado en Sparkes y Devís, s.d.). Además de situar la narración

como *“La única forma lingüística adecuada para mostrar la existencia humana como acción contextualizada”* (Polkinghore, 1995 en Sparkes y Devís, s.d).

¿Y cómo es que otorgamos un significado a nuestras historias? *“El cuento que se nos cuenta o nos contamos sobre quienes somos surge de la danza de intercambios comunicacionales que ocurre en los distintos dominios de existencia en los que nos desenvolvemos”* (Maturana, 1997 en Zlachevsky, 2012). Las personas entendemos el mundo del modo en que nos fue enseñado y que aprendimos, aprendizaje que se logra a través de la interacción con otros. De este modo, *“las redes de significado compartido están limitadas a los actores que participan en dichas redes y a la propuesta social que determina que es posible de esperar en esas situaciones en las que participamos... podríamos decir que vivimos tantas tramas narrativas como sistemas sociales o dominios de existencia en los que participamos”* (Zlachevsky, 2012).

Los significados que circulan en los distintos grupos sociales encuentran una variedad de fuentes en su origen: *“El mundo social a diferencia del mundo de la naturaleza, se debe aprehender como una realización diestra de sujetos humanos activos; la constitución de este mundo como provisto de sentido, narrable o inteligible, depende del lenguaje, siempre que se le considere no simplemente como un sistema de signos sino como un medio de actividad práctica”* (Guiddens 1997 en Andrade, 2002). Para Dilthey *“el significado no es un concepto lógico, sino que se entiende como expresión de la vida...allí donde hay historia hay significado en toda su variedad. Tenemos significado cuando un individuo representa algo más amplio, lo concentra, por decirlo así, en sí mismo y lo hace más patente en su manifestación individual”* (Andrade, 2002). Otro autor propone en este mismo sentido una excelente metáfora para entender el tema de los significados: *“Kennet Burke decía que la vida es como una conversación, o más específicamente como una fiesta a la que hemos sido invitados pero llegamos tarde. Al entrar, nos encontramos con que las personas mantienen animadas conversaciones sobre toda una variedad de temas... muy pronto comenzamos a participar de ellas. Antes de concluir la velada, ya estamos participando apasionadamente en algunas conversaciones...Y nos vamos, aunque la fiesta prosigue y las conversaciones también”* (Barnett, s.d.) Y dado que todo acto que realizamos es co-construido el significado de cualquier enunciación que realicemos siempre estará inconcluso, lo que hace el otro lo completa, pero nunca definitivamente, solo agrega algo más a un proceso que es constante (Barnett, s.d.).

Finalmente, y continuando con la perspectiva construccionista, consideramos que es desde las narrativas donde podemos percatarnos, que las instituciones muchas veces deshumanizan,

anestesian y alienan a las personas que viven y trabajan en ellas. Esto porque *“las historias ocupan un lugar central en el conocimiento de las sociedades... las narraciones están siempre politizadas, estructuradas, culturizadas y socializadas... Las narraciones son nuestra mejor esperanza para captar las estructuras que continuamente dan forma, separan y dividen a los seres humanos* (Goodley et al., 2004 en Sparkes y Devís, s.d.). Al mismo tiempo, permiten una multiplicidad de voces que a incluso pueden ser divergentes al discurso dominante, siendo capaces *“de generar nuevas condiciones de vidas, nueva educación para liberar a las personas de la oscuridad que las relaciones de poder acostumbran sembrar”* (Araoz, 2012).

6. METODOLOGÍA

6.1 Metodología Cualitativa

La metodología, definida globalmente, refiere a la forma en que enfocamos los problemas y buscamos sus correspondientes respuestas, es decir “*al modo como reducimos complejidad (enfocamos) y como establecemos relaciones, ya sean de pertenencia, de semejanza, de covariación, de causa efecto, etc.*” (Taylor y Bogdan, s.f. en Krause, 1995). A esto, agregan Sampieri, Fernández y Baptista (2010) que:

La investigación científica se concibe como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno; es dinámica, cambiante y evolutiva. Se puede manifestar de tres formas: cuantitativa, cualitativa y mixta. Esta última implica combinar las dos primeras. Cada una es importante, valiosa y respetable por igual.

El método cualitativo se fundamenta en un modelo de conocimiento absolutamente diferente al cuantitativo; “*se basa en un modelo donde se empieza con ciertas observaciones de un suceso, desde las cuales inductivamente se desprenden ciertas cualidades, que finalmente nos dan un concepto acerca del fenómeno*” (Eneroth, 1984 en Mella, 1998). De esta manera ambas metodologías se diferenciarán profundamente, ya que, “*el método cualitativo busca un concepto que pueda cubrir una parte de la realidad, mientras que el método cuantitativo busca una realidad para probar un determinado concepto*” (Mella, 1998). La investigación cualitativa no nos entregará conocimiento respecto de cuántos fenómenos tienen una cualidad determinada, sino que buscará las cualidades que en conjunto caracterizan al fenómeno; aquello que cualitativamente permite distinguir el fenómeno investigado de otros fenómenos (Mella, 1998). El método cualitativo entonces, tendrá como objetivo la descripción de las características de un fenómeno, en consecuencia, recibe su nombre al hacer referencia a las cualidades de lo estudiado (Krause, 1995). De esta manera, lo cualitativo:

Prescinde del registro de cantidades, frecuencias de aparición o de cualquier otro dato reductible a números, realizándose la descripción de cualidades por medio de conceptos y de relaciones entre conceptos (...) se refiere, entonces, a procedimientos que posibilitan una construcción de conocimiento que ocurre sobre

la base de conceptos. Son los conceptos los que permiten la reducción de complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico (Krause, 1995).

Krause (1995) relata que la metodología cualitativa surge al alero de la convicción de que es primordial buscar nuevas formas para abordar empíricamente algunas interrogantes que no han podido ser respondidas satisfactoriamente con metodologías cuantitativas. Sampieri y colaboradores (2010) añaden que *“la investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente)”*. En este mismo sentido Cook & Reichardt (1986, en Krause, 1995) distinguen entre sus principales características: *el interés por comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa; observación naturalista y sin control; búsqueda de subjetividades; perspectiva "desde dentro"; orientada al descubrimiento, exploratoria, expansionista, descriptiva e inductiva; Holista; asume una realidad dinámica.*

Un aspecto fundamental de la investigación cualitativa es que *“el investigador se constituye en el instrumento principal de recolección y análisis de datos”* (Krause, 1995). De esta forma, Taylor y Bogdan (1986, en Krauser 1995) señalan que es imprescindible que los investigadores posean ciertas características, entre las que destacamos:

- Flexibilidad, en correspondencia con el carácter inductivo de la metodología cualitativa.
- Capacidad para observar el escenario estudiado y a las personas involucradas en forma holística, como un todo, no reduciendo los fenómenos a variables. .
- Comprensión de las personas desde el marco de referencia que ellas mismas poseen.
- Sensibilidad a los efectos que puedan causar sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Deberán suspender, apartar o intentar ser conscientes de sus perspectivas, creencias y predisposiciones de forma que puedan otorgar valor a todas las perspectivas implicadas en su estudio.

En síntesis, el uso cada vez más frecuente de la metodología cualitativa se asocia *“al mayor énfasis que se está dando actualmente al estudio de procesos subjetivos”* (Krause, 1995). También conlleva, como nos asegura Krause (1995), una tendencia a diluir los límites entre las diferentes disciplinas al interior de las ciencias sociales, ya que todas ellas comparten un enfoque holístico del objeto de estudio. Por esta razón, la presente investigación contempla la Metodología Cualitativa

como la más pertinente para estudiar el fenómeno del Autoestigma en la Salud Mental, ya que partimos del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave para captar reflexivamente los significados que los psicólogos clínicos han elaborado al respecto.

6.2 Participantes

La invitación a participar en un estudio cualitativo sigue unos principios bastante diferentes de los encontrados en la investigación cuantitativa. En esta modalidad de aproximación puede trabajarse con números relativamente pequeños de unidades de observación, incluso en ocasiones con un único caso (Martínez-Salgado, 2012). Cada unidad – o conjunto de unidades – es cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación. El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad (Martínez-Salgado, 2012).

Por lo general son tres los factores que intervienen para “determinar” (sugerir) el número de casos:

1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que dispongamos).
2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará “saturación de categorías”).
3. La naturaleza del fenómeno bajo análisis (si los casos son frecuentes y accesibles o no, si el recolectar información sobre éstos lleva relativamente poco o mucho tiempo).

En concordancia con lo anterior, los participantes de la presente investigación se encuentran enmarcados dentro de la muestra no probabilística, es decir, *“la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra”* (Sampieri, 2010). También se le conoce como muestras dirigidas o intencionales, dado que la elección de los participantes dependerá de las condiciones que permitan formar el muestreo: la disponibilidad de la muestra y la conveniencia por parte de los investigadores a los casos a los cuales se pueda tener acceso (Sampieri, 2010). Debido lo anterior, no se espera lograr la representatividad de todos los miembros de la población, puesto que no todos los sujetos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados (Scharager y Armijo, 2001). Es decir, se utilizó

una muestra de sujetos tipo, ya que esta es la más contingente cuando se realizan estudios exploratorios e investigaciones de tipo cualitativa, en donde *“el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, y no la cantidad, y estandarización”* (Sampieri, 1997).

Las características esenciales que se buscaron en los participantes de este estudio son:

- 1- Pertenecer a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso.
- 2- Tener un mínimo de 2-3 años de experiencia en la atención de pacientes, de modo que tenga el bagaje profesional necesario para contribuir con nuestra investigación, ya que *“la experiencia del terapeuta en el trabajo clínico frecuentemente ha sido asociada a la experticidad de este y a la calidad de la atención que brinda”* (Averbach y Johnson, 1977 en Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1989), sumado a que *“existen estudios en los que se ha encontrado una directa relación entre la edad y la experiencia del terapeuta con su estilo comportamental. A mayor edad y experiencia, los terapeutas tenderían a actuar con más empatía y exploración...”* (Navarro et, al, 1987 en Winkler, Cáceres, Fernández y Sanhueza 1989).

En cuanto al tamaño de la muestra o el número de participantes, este no fue fijado *a priori* ya que la muestra final se estableció cuando las unidades que fueron adicionándose no aportaron información o datos novedosos, lo que es conocido como “saturación de categorías” (Neuman, 2009 en Sampieri, 2010). Se entiende por saturación *“el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse”* (Martínez-Salgado, 2012).

6.3 Procedimiento

Los pasos para la presente investigación fueron los siguientes:

1. *Selección de población objetivo:* Se definió teóricamente que la muestra a investigar correspondería a psicólogos clínicos pertenecientes a la red de atención primaria de salud, de la comuna de Valparaíso.
2. *Primer acercamiento a la muestra:* La muestra se obtuvo a partir de contactos personales de las investigadoras, por lo cual, el acercamiento para solicitar su participación se realizó de manera informal.

3. *Preparación de la entrevista:* Brevemente se les entregó a los entrevistados información general de la investigación, de los objetivos de ésta y de los conceptos en que está basada: Estigma, Autoestigma, etc.
4. *Realización de la entrevista:* Se coordinó con los entrevistados un lugar y horario que les acomodara para la realización de las entrevistas, además se les solicitó la autorización correspondiente para que estas fueran grabadas.
5. *Recolección de datos:* Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a revisar si la información recogida en los relatos era la suficiente para cumplir los intereses de la investigación. En los casos en el que no fue así, se procedió a realizar una segunda entrevista a la misma persona. Posteriormente, se realizó la misma estructura de entrevista a otro profesional de la población objetivo, y así sucesivamente, hasta que se produjo la saturación de los datos.
6. *Análisis de datos:* Una vez conforme con la información recolectada, se procedió a analizar los datos recogidos.
7. *Resultados y conclusiones:* Luego de analizar los datos, se expusieron los hallazgos y se desarrollaron las conclusiones pertinentes.

6.4 Instrumento de Recolección de Información: La Entrevista Narrativa

Dado que el eje de la presente investigación es el análisis la experiencia humana y el hacer sentido de esta, el instrumento que se eligió para realizar dicho propósito fue la entrevista narrativa, entendiéndose esta como: *“La reconstrucción de acontecimientos sociales desde la perspectiva de los informadores tan directa como sea posible”* (Bauer, 1996 en Trahar 2010); o en otras palabras: *“El logro discursivo en el cual dos participantes activos juntos producen un significado”* (Reissman, 2004).

La característica esencial de la entrevista narrativa es que se permite al entrevistado contar algo, desde su vida en general, hasta temas más específicos. La idea es que narre sin la mediación de un cuestionario absolutamente estructurado, en términos de preguntas y de respuestas, sino que responda libremente a partir de los estímulos que se le entregan. Por lo tanto, se establece una relación social que se asemeja a un diálogo libre, pero con roles absolutamente definidos: uno pregunta y el otro cuenta. El participante es invitado a contar su propia historia, pero a menudo es estimulado por el entrevistador a recordar detalles, hitos de la historia y otros cambios de inflexión en sus pensamientos, emociones y acciones (Reissman, 2008). De esta forma la entrevista narrativa

permite a los participantes ser parte de una conversación en la que la evolución conjunta de entrevistador y entrevistado produce y crea sentido de los acontecimientos y experiencias reportadas (Mishler, 1986).

Algunos autores afirman que la entrevista en la investigación narrativa es “*diferente tanto de las entrevistas de investigación tradicionales como de las entrevistas clínicas*”, ya que requieren que el entrevistador:

Mantenga sus objetivos de investigación e intereses personales en mente, al mismo tiempo que deja espacio suficiente para que la conversación se desarrolle en una narrativa significativa. Tiene que procurar historias, ejemplos concretos, episodios o recuerdos de la vida de los narradores” (Josselson y Lieblich, 2003 en Trahar 2010).

Esta técnica se utiliza a partir de la creencia que el propio actor social es un experto sobre su mundo. Por lo tanto, se quiere conocer lo que él conoce, ver lo que él ve y comprender lo que él comprende; bajo la convicción que la realidad social verdadera es aquella vista desde los propios actores que la constituyen (Bauer, Koedijk y Otten, 2005). En vista y considerando que “*el recuerdo y la experiencia son acciones sociales en sí mismos*” (Atkinson y Coffey, 2003 en Trahar 2010), la entrevista narrativa fue en busca de la propia reflexión de los psicólogos clínicos respecto al tema del Autoestigma en la Salud Mental. Además nos permitió recrear sus vivencias en el proceso terapéutico y en las otras muchas actividades profesionales que lo entrelazan con el paciente y sus problemáticas.

6.5 Procedimiento general de análisis de datos utilizados: Modelo de análisis de McLeod

Para el análisis de los datos se utilizó el Análisis Narrativo de John McLeod por su flexibilidad al momento de la interpretación de los datos, que si bien se clasifica dentro del análisis narrativo temático, también contempla otras posibilidades para la exploración de un relato. Este modelo consta de tres fases, compuestas a su vez por pasos específicos, aunque el mismo autor ha señalado que no es necesario pasar por todas las fases para lograr una buena interpretación, mientras que la selección sea guiada por los objetivos de la investigación.

En este punto es importante mencionar que el modelo de McLeod, implica una adquisición de

sentido del texto completo, para luego usarlo como marco de comprensión de los fragmentos del mismo; realizando un micro-análisis de posibles significados de las pequeñas secciones, y de nuevo reinterpretar el sentido total del texto (McLeod, 2010). En otras palabras, se trata de un ir y venir, de atrás hacia delante y de adelante hacia atrás, y desde el todo a las partes y de las partes al todo.

Las fases en las que este modelo se descompone, se describen a continuación:

Fase 1: Análisis Preliminar: orientada a encontrar estructuras y significados del texto como un todo. Consta de 5 pasos:

- *Paso 1. Lectura e Inmersión:* Consiste en familiarizarse con el texto, a través de una lectura lenta y cuidadosa de las transcripciones. Para llevarlo a cabo, es necesario que previamente se transcriban las entrevistas.

- *Paso 2. Identificar Historias:* Se identifican las historias del relato total y los elementos que permiten identificarlas, esto es: eventos con inicio, parte media y final, con un personaje protagonista.

- *Paso 3. Identificar Tópicos:* Se concibe como tópico, el conjunto de patrones dentro de una historia, con recurrencias en el contenido del relato.

- *Paso 4. Resumen de las Historias y Secuencias:* En este paso es necesario utilizar una estrategia que nos permita resumir sin perder aspectos importantes. Para esto, se propone en primera instancia, que los entrevistadores escriban un breve resumen de cada sesión y den a cada historia un título. Este punto trata de rescatar las particularidades, para lo cual se revisan los resúmenes y segmentos de la identificación de la historia.

- *Paso 5. Construcción de una representación como un todo:* Consiste en desarrollar una afirmación descriptiva de manera escrita, con el propósito de generar un cuento de lo que sucedió, que sea reconocible para las participantes, y que además, otorgue un marco para entender cómo y por qué fue útil lo que sucedió. Lo anterior permite producir un relato interpretativo que será útil para seleccionar un evento o proceso específico para detallar en el microanálisis.

Fase 2. Microanálisis: orientada a desarrollar un entendimiento de eventos y procesos específicos.

Esta fase consta a su vez de 7 pasos:

- *Paso 6. Selección de segmentos del texto para el microanálisis:* Se realiza aquí una selección de segmentos relevantes del relato, con el fin de enriquecer la exploración de las historias. La forma de elegir estos segmentos puede ser confirmada o des-confirmada posteriormente, en cuanto se ajuste a la necesidad de encontrar significados.

- *Paso 7. Transformación del texto en estrofas:* Se reorganiza el material en forma de estrofas, lo cual ayuda a mantener el ritmo del discurso hablado, además permite que el lector se asemeje a la forma en la que la historia fue contada, lo que facilita que el lector aprecie el significado de los eventos.

- *Paso 8. Separación de las narrativas:* Se separan los segmentos del texto que pertenecen, por una parte, a los entrevistadores, y por otra, a las participantes .

- *Paso 9. Identificación de “voces”:* La “voz” es entendida como la construcción de una serie de aspectos significativos personales de la experiencia y de la interacción. Con esto, se refiere a que las personas al hablar utilizan “voces” que destacan el carácter social de la identidad. La identificación de estas “voces” permite reconocer los discursos culturales dominantes que se presentan en el relato, además permite ver que posiciones toma la persona en relación a otros o en sí mismo.

- *Paso 10. Identificar el uso figurativo del lenguaje:* La importancia del uso del lenguaje figurativo, es que éste nace desde un mundo compartido. Las figuras literarias resaltan el sentido dramático de la narración, indicando los aspectos más destacados para la persona o sucesos que resulten más intensos emocionalmente.

- *Paso 11. Analizar la estructura de la historia:* El método que se utilizará para identificar los significados implícitos de las historias, consiste en reconocer la estructura de la historia (resumen - orientación - que complica eventos - resolución - evaluación - coda), esto se realiza en la representación de estrofas elaboradas previamente (Labov y Waletzky, 1967 en McLeod, 2000).

- *Paso 12. Identificación de narrativas culturales:* Aquí se incluye el análisis del elemento cultural y social que se presenta en las historias, donde se revisan fenómenos que aparecen en el texto como: las voces, estructura de las historias, lenguaje figurado, frases claves, etc. Para llevar a cabo este

paso, se requiere cierta comprensión de los tipos de narrativas culturales que están presentes en el entorno cultural en que la entrevista se desarrolla.

Fase 3. Comunicación de los resultados: como su nombre lo indica, esta fase tiene como objetivo dar a conocer los resultados de la investigación, y se subdivide en 3 pasos:

- *Paso 13: Construcción de una representación:* Los resultados del estudio se describen en posibles proposiciones refutables.

- *Paso 14: Interpretación teórica de los análisis:* Se interpretan los análisis desde un contexto teórico más amplio, de modo que pueda establecer diálogo con investigaciones y trabajos de otros autores.

- *Paso 15: Redacción:* Para este último paso, se sugiere integrar los distintos elementos de la entrevista (estrofas, representaciones, resúmenes) en las conclusiones.

Cabe destacar que estuvimos interesadas en compartir los hallazgos de la presente investigación, por lo que se implementaron instancias de difusión de los resultados, a través de la publicación y difusión de afiches informativos en la Escuela de Psicología y en los lugares de trabajo de los psicólogos entrevistados, con la finalidad de realizar una devolución de resultados a nuestros participantes.

7. APLICACIÓN DE ANÁLISIS NARRATIVO

Las investigadoras han decidido que se expondrán las tres etapas del análisis de McLeod: el que tiene como primera etapa el análisis preliminar, seguido por el microanálisis y en última instancia se expondrán los resultados obtenidos en la investigación. Cabe señalar, que se realizara el análisis completo para cada entrevistado, de forma que se compren mejor la visión de cada entrevistado.

7.1 Primera Fase: Análisis preliminar

En esta primera fase, el análisis permitió a las investigadoras identificar las estructuras y el significado del texto como un todo.

- **Paso 1: Lectura e Inmersión**

Se realizó la transcripción de las entrevistas realizadas a la muestra seleccionada, la cual está conformada por cuatro psicólogos pertenecientes a la red de Atención Primaria de Salud, de la Ciudad de Valparaíso. Posteriormente, las investigadoras efectuaron una lectura detallada de las mismas, con el objetivo de familiarizarse y obtener una primera mirada de los contenidos expresados por cada participante.

7.2 Análisis Narrativo Psicólogo 1

“G” es un psicólogo clínico con 10 años de experiencia en APS. A continuación conoceremos su visión sobre los conceptos de Estigma y Autoestigma, la cual está apoyada en el modelo médico de atención en APS.

- **Paso 2: Identificación de Historias:**

Luego de realizar el paso 1 del modelo de McLeod (Lectura e inmersión), se procede a identificar las distintas historias y narrativas que componen el relato total de “G”.

- 1.- *Pacientes informados*
- 2.- *Paciente exigente*
- 3.- *Dos tipos de pacientes*
- 4.- *Ir o no ir al psicólogo*
- 5.- *Visión del Autoestigma*
- 6.- *Visita al médico*
- 7.- *Mito social de la depresión*
- 8.- *Las dos puertas de salida del diagnóstico*
- 9.- *Formación profesional*
- 10.- *La psicoterapia de hoy*
- 11.- *¿Quiénes se estigmatizan?*
- 12.- *Antes que todo, psicoeduquemos*
- 13.- *Renunciando al Autoestigma*
- 14.- *Esto no me va a matar*

- **Paso 3: Identificación de Tópicos**

En la entrevista de “G” se identificaron los siguientes tópicos:

- 1.- Información
- 2.- Paciente demandante
- 3.- Diagnóstico
- 4.- Percepción de la terapia
- 5.- Rol del profesional de la salud
- 6.- Significado del Autoestigma
- 7.- El antiguo paciente
- 8.- Psicoeducación
- 9.- Formación Académica
- 10.- El nuevo paciente
- 11.- Percepción de dificultad de cambio
- 12.- Normalización
- 13.- Perfil del autoestigmatizado

14.- Abandono del Autoestigma

15.- Esperanza de cambio

16.- Empoderamiento

A continuación, se expondrán los tópicos que surgieron de cada historia seleccionada:

1.- Pacientes informados

Tópico: Información

2.- Paciente exigente

Tópico: Paciente demandante

3.- Dos tipos de pacientes

Tópico: Información, diagnóstico

4.- Ir o no ir al psicólogo

Tópico: Percepción de la terapia

5.- Visión del Autoestigma

Tópico: Significado del Autoestigma

6.- Visita al médico

Tópico: Rol del profesional de la salud, el antiguo paciente

7.- Mito social de la depresión

Tópico: Información, psicoeducación, diagnóstico

8.- Las dos puertas de salida del diagnóstico

Tópico: Psicoeducación, diagnóstico

9.- Formación Profesional

Tópico: Formación Académica

8.- La psicoterapia de hoy

Tópico: El nuevo paciente

9.- ¿Quiénes se estigmatizan?

Tópico: Información, percepción de dificultad de cambio

10.- Antes que todo, psicoeduquemos

Tópico: Psicoeducación, normalización, perfil del autoestigmatizado

11.- Renunciando al Autoestigma

Tópico: Abandono del Autoestigma, esperanza de cambio, diagnóstico

12.- Esto no me va a matar

Tópico: Perfil del autoestigmatizado, psicoeducación, normalización, esperanza de cambio, cambio, abandono del Autoestigma, empoderamiento, diagnóstico

- **Paso 4. Resumen de las Historias y Secuencias de “G”**

1.- Pacientes informados

En esta historia, el psicólogo comenta que desde su experiencia clínica y en APS, actualmente existe un nuevo paciente en Salud Mental, es un paciente informado, el cual sabe acerca de qué le está ocurriendo y a la vez, exige información acerca del tratamiento que está recibiendo.

2.- Paciente exigente:

El psicólogo relata una ocasión en la cual un paciente le exigía que lo atendiera a la semana siguiente, sin embargo, él le explicaba que el sistema no permite una atención tan pronta, además que el tema de las horas no lo maneja él, sino que el SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico). Aún con esto, el paciente seguía insistiendo en que “G” le diera una hora antes, ante el inconveniente el paciente quedo con la sensación de que el psicólogo tenía mala voluntad.

3.- Ir o no ir al psicólogo

El profesional narra que antiguamente las personas se cuestionaban mucho la idea de asistir al psicólogo, por el miedo al rotulo de “*estar loco*”. En la actualidad esto ha cambiado, las personas

van a terapia para poder hablar con alguien sobre lo que les pasa, casi visto como un “plus”.

5.- Visión del Autoestigma

El entrevistado da cuenta de su perspectiva del concepto de Autoestigma, definiendo como un círculo vicioso que determina el comportamiento de la persona.

6.- Visita al médico

“G” relata que anteriormente las visitas al médico eran estructuradas, la generación de pacientes más antiguos asistía y escuchaba lo que el médico tenía que decir, sin rebatir esta información. Esto generaba que el diagnóstico fuera reforzado negativamente y se instalara en el inconsciente de los pacientes.

7.- Mito social de la depresión

El profesional comenta que las fuentes de información que maneja el paciente no siempre son fidedignas. En ocasiones obedecen al intercambio de opiniones entre vecinas, generalizando las creencias populares sobre las Enfermedades Mentales.

8.- Las dos puertas de salida del diagnóstico

“G” comenta que existen dos maneras de dar un diagnóstico al paciente, la primera decirle al paciente qué es lo que tiene y dejarlo sin mayor explicación y la segunda es dar el diagnóstico, tranquilizar a la persona y mostrarle las opciones que existen para salir adelante.

8.- La psicoterapia de hoy

En este relato “G”, comenta que una adolescente se acercó para poder superar la ruptura con su pololo, ella sentía que era necesario hacer esto, tenía que elaborarlo consigo misma. Por lo tanto, él da cuenta que en la actualidad las personas no van al psicólogo necesariamente por algún trastorno mental, sino porque también consideran que existen situaciones que son provechosas de tratar en terapia.

9.- Formación Profesional

El entrevistado narra su acercamiento a los conceptos de Estigma y Autoestigma durante las distintas etapas de su formación académica, especialmente durante la realización de su postgrado.

9.- ¿Quiénes se estigmatizan?

El entrevistado considera que el Autoestigma lo presentan personas con un “*fondo cultural bajo*”, las cuales tiene escaso conocimiento de lo que trata la enfermedad, dado que se quedan con lo que le ha dicho el médico o alguna persona que represente autoridad. De esta forma la etiqueta pasa a ser parte de la vida de la persona.

10.- Antes que todo, psicoeduquemos

Acá el psicólogo comenta cómo él acompaña e informa al paciente de qué trata la enfermedad con el objetivo de “*bajar el perfil*” al diagnóstico y mostrarle una mirada esperanzadora de que la enfermedad puede mejorar con tratamiento.

11.- Renunciando al Autoestigma

“G” narra que cuando ya se ha normalizado y psicoeducado en el diagnóstico entregado al paciente, existe un cambio en la perspectiva acerca de lo que le ocurre, entonces puede transmitir a su entorno una nueva visión de lo que le está pasando.

12.- Esto no me va a matar

El psicólogo relata la historia de un hombre, cuya vida estuvo marcada por episodios de mala suerte y malas decisiones que él atribuía a “*ser depresivo*”. El psicólogo realiza psicoeducación, muestrándole que puede salir adelante y que existe un equipo de otros profesionales que lo acompañara durante este proceso. El hombre volvió a tener esperanza y se dio cuenta que esta situación “*no lo iba a matar*”.

- **Paso 5: La construcción de una representación como un todo.**

Para facilitar el análisis final se fusionará el paso 5 con la Fase 3 del análisis.

7.2.1 Segunda Fase: Microanálisis

En el presente apartado se da paso al Microanálisis que consiste en el desarrollo de la comprensión de las historias y narrativas que componen el relato de “G”.

- **Paso 6: Selección de segmentos para el Microanálisis**

Se llevó a cabo la selección de los segmentos más relevantes de la entrevista, lo que se observa en el siguiente paso.

- **Paso 7: Transformación del texto en estrofas**

Para de mantener el ritmo del relato entregado por “G”, se realiza la transformación del texto en estrofas de los segmentos ya seleccionados de la entrevista. El texto reorganizado se presenta a continuación:

1.- Pacientes informados

 Mi experiencia clínica,
también en los servicios públicos de salud,
tiene que ver con encontrarse con pacientes,
yo diría que bastante informados ¿No?
hoy no nos encontramos con pacientes
que no saben acerca de su patología
o de lo que le está ocurriendo,
al menos en Salud Mental.
son pacientes que de alguna manera
 tienen herramientas
para poder saber qué les ocurre
eso los transforma en personas
que son capaces también
de exigir información
acerca del tratamiento que están recibiendo,
ya sea desde el lado de la psicoterapia
como de lo psicofarmacológico

2.- Paciente exigente

Alguna vez pasó con algún paciente que,

claro,
llegó acá y dijo:
“¿Bueno y cuando me voy a atender de nuevo?”
entonces, yo le dije:
*“No sé,
porque en el fondo abajo usted va,
yo la voy a mandar con un papelito
y pide la hora conmigo,
allá abajo manejan la agenda,
porque yo no la manejo”*
y me dice:
*“Ah no, a mí me van a dar la hora
como para 3 semanas más”*
y le respondí:
*“Pero es que yo no puedo manejar eso,
porque el SOME es el que da las horas”*
y me dice:
“Ah no po, es que deme la hora usted”
y le dije:
*“Es que no se la puedo dar yo,
porque resulta que para que usted tenga una hora
se entrega un papelito chico
en que se recuerda la hora y el día que tienes el próximo control
y yo no puedo hacer eso,
yo no manejo mi agenda,
o sea yo, abro todos los días y veo que pacientes me tocan”*
y se molestó el paciente,
o sea no se molestó,
pero me dijo como que yo
poco menos tenía mala voluntad
por no haberlo hecho
y me dijo:
*“Pero si usted puede hacerlo,
porque no puedo en tres semanas,*

yo quiero que sea en una semana más”.

3.- Dos tipos de pacientes

Hay de los dos tipos,
hay pacientes que llegan y te dicen:
“Sabe qué, yo creo que tengo depresión”
preguntas y te dicen:
“Por esto... esto...y esto...”
y a veces los síntomas coinciden
y el otro (paciente) no,
que tú le dices:
*“Yo creo que todo lo que usted está describiendo,
más todo lo que se ha aplicado hasta acá,
una psicometría que se yo,
yo creo que estamos frente a tal y tales cosas”,*
y el paciente nunca cuestiona

4.- Ir o no ir al psicólogo

Las visitas al psicólogo se han convertido
no en algo tan lejano
como hace diez años atrás
que era como que tenía ese Estigma del
*“Yo no voy al psicólogo
porque yo no estoy loco”,*
hoy en día ha cambiado ese concepto,
*“Hoy en día voy al psicólogo
porque quiero hablar de mis cosas”*
es casi como un plus,
“Yo voy al psicólogo”
o sea, antiguamente daba vergüenza decirlo,
hoy en día la situación es completamente diferente

5.- Visión del Autoestigma

Básicamente se auto-determinan
como una persona enferma
y cuando uno se autodefine como alguien enfermo,
todo lo que tú haces tiene que ver con eso:
*“No me salen bien las cosas porque soy enfermo,
no me va bien en la vida porque soy enfermo,
tengo malas relaciones con mis hijos porque soy enfermo”*
entonces se convierte en una postura rígida
que yo creo que lisa y llanamente
deteriora muchísimo la calidad de vida

6.- Visita al médico

¿Por qué? porque cuando iba a ver a...
eran visitas bastante estructuradas,
dónde:
*"ya, tiene que seguir tomando el medicamento,
¿Cómo se ha sentido?,
¿Ha tenido síntomas?,
Ya, no deje de tomar el medicamento,
sino no va a dormir"*
entonces era una cosa,
bastante como...
si ustedes se fijan placebo

7.- Mito social de la depresión

Los mitos sociales también,
o sea por ejemplo...
porque tal como se maneja la información,
el que se maneje información
no quiere decir que esté bien manejada,

que son dos cosas diferentes
y eso hay que tenerlo claro
lo que yo obtengo de la información
no es siempre
es la mejor fuente.
Si la señora Juanita de la esquina
me dijo que:
*“la depresión es muy mala
Porque todas las personas que están deprimidas
se suicidan”*
y yo le creo,
estoy metido en un problema ¿O no?
osea, la psicoeducación acá
tiene que ver con que hay que enseñarles a las personas
que la información
hay que pedírsela al experto

8.- Las dos puertas de salida del diagnóstico

Si alguien les dice:
“¿Sabe qué pasa? es que usted tiene depresión”,
se te viene el mundo encima,
pero si te dice:
*“No se preocupe
que esto tiene tratamiento,
vamos a verlo acá con el psicólogo,
vamos a hacer un montón de cosas
que van a hacer que no se angustie,
esto tiene solución,
esto tiene tratamiento”*
y de alguna forma compensa al paciente
fíjate la diferencia en salir de uno o del otro,
son dos puertas de salida

9.- Formación profesional

Específicamente
lo vi en la formación de postgrado,
cuando hice mi Magister de especialidad clínica,
ahí vi los términos de Autoestigma
no fue un tema que haya visto
digamos en profundidad,
en ética,
en la universidad un poco
en psicología general,
sí,
pero lo vimos como ética básicamente.

10.- La psicoterapia de hoy

Así me lo dijo ella y
ese fue el motivo de consulta,
*“Yo vengo porque terminé con una relación de pareja,
quiero elaborar de mejor manera posible esta situación
para que no se transforme en algo que no pueda resolver”*
y así fue,
y trabajamos el tema,
ella conversó mucho acerca de lo que le pasaba,
la tristeza,
porque fue su primera relación importante en su vida,
y terminó de muy buena forma,
ella se fue muy agradecida
y muy contenta,
porque sentía que era algo que tenía que hacer,
era algo que tenía que elaborar consigo misma
ese es un ejemplo puntual
de cómo la gente toma la psicoterapia hoy día

11.- ¿Quiénes se estigmatizan?

Entonces,
como existe baja información en esa persona,
yo finalmente veo que el factor general
de las personas que se autoestigmatizan,
tiene eso,
tiene un fondo cultural bajo,
en donde específicamente,
nos encontramos con personas
que no conocen bien la enfermedad,
que lo que le han dicho,
lo que le ha dicho el médico,
lo que le ha dicho,
alguien que para él representa algún tipo de autoridad
no hay capacidad de cuestionamiento,
de investigar
entonces, qué le pasa,
en el fondo se etiqueta la persona de esa forma,
comienza a tener un circuito vital
que circunda el tema depresivo,
porque para ellos la depresión es tristeza.

12.- Antes que todo, psicoeduquemos

Lo primero que hay que hacer
más allá del acompañamiento
es informar al paciente,
que es una enfermedad
como cualquier otras,
bajar el perfil a lo que ellos piensan,
lo tienen perfilado como algo crónico,
para siempre,
que es inmutable.
lo primero que tenemos que dar

es una mirada esperanzadora a lo que le pasa,
de que sí tiene salida,
de que esto es una enfermedad
que puede terminar con un tratamiento,
de que no es una situación invalidante,
de que lo que tiene no es algo grave,
que puede tratarse
y de que la posibilidad
de que haya venido es buena,
tratar de alguna forma,
mirar esta situación,
desde una situación menos definitiva,
catastrófica,
como la ven ellos,
el Autoestigma tiene que ver con eso,
cuando le ponen un perfil
tan elevado que
“Yo soy eso”,
muy rígido,
flexibilizar lo que está pasando
yo creo que es como uno de los trabajos
más importantes que uno debe hacer,
flexibilizar el cuadro.

13.- Renunciando al Autoestigma

Bueno la reacción es inmediata,
el paciente se va mucho más tranquilo,
mucho más esperanzado
se produce un cuestionamiento
acerca de si mismo,
la discusión con su medio social también:
“Oye espérate, tengo depresión,
pero fíjate que hablé con un psicólogo

y me dijo que es un tema que se puede cambiar”,

cambia tu visión
en el fondo que es como mejorar,
atenuar
o mejorar los síntomas
y evidentemente
que el paciente comienza a darse cuenta
que lo que le ocurre
es absolutamente reversible.

14.- Esto no me va a matar

Entonces fíjate como circunda todo ese actuar,

*“Me equivoqué
como yo soy depresivo,
por eso es que tomo esas decisiones,
como yo soy depresivo,
por eso es que me ofrecieron otra pega,
como soy depresivo me va mal”,*
entonces como es depresivo,
tienes que ir a ver a un psicólogo
y llegó acá por ser depresivo,
y me di cuenta de toda esa historia,
entonces lo primero que yo hice
informar al paciente qué es la depresión,
en términos reales,
aterrizados,
para que él comprendiera
que es algo que tiene solución,
que él puede salir de esto,
de que existen un montón de tratamientos
que contamos con ellos acá,
de que no solamente lo voy a ver yo,
sino que también una asistente social,

que lo va a ver un médico también
 se sintió acompañado,
 no se sintió más solo,
 vio una mirada esperanzadora y
 se dio cuenta que esto no lo iba a matar,
 que mucho de esto era,
 tenía que ver con lo que él
 se había imaginado que era la depresión
 y que de alguna forma
 él auto-determinó su actuar
 durante mucho tiempo.

- **Paso 8: Separación de las narrativas**

Se decide no desarrollar este paso, ya que no se pretende efectuar comparaciones entre entrevistado y entrevistadora, sino que más bien, el objetivo es distinguir los significado que el psicólogo otorga al fenómeno del Autoestigma.

- **Paso 9: Identificación de las voces**

Con la identificación de las voces, se revelan aspectos de cómo se contó una historia, así mismo, se generan voces que nos dan cuenta del relato de otros a través de la percepción de un individuo.

En este punto se identifican y analizan las diferentes voces desprendidas de la entrevista a “G”, las que se han organizado y se exponen a continuación:

VOCES	ANÁLISIS
<i>Voces Externas</i>	<p>En el relato de “G” se observa que existe la voz de “<i>los pacientes</i>”, las cuales se evidencian a lo largo de las narrativas en distintas instancias:</p> <p>En primer lugar tenemos la voz del <i>Paciente exigente</i> que da cuenta que en la</p>

	<p>actualidad el usuario de APS maneja mayor información, por lo que exigen una atención más rápida. Esto también se refleja en <i>Dos tipos de pacientes</i>.</p> <p>Existe una segunda voz que representa al <i>nuevo paciente</i>, quien percibe la asistencia al psicólogo como un “plus”, esto se puede ver en las historias <i>Ir o no ir al psicólogo</i> y en <i>La psicoterapia de hoy</i>.</p> <p>Una tercera voz representa al <i>paciente Estigmatizado</i>, la cual la podemos observar en las historias <i>Antes que todo, psicoeduquemos</i> y en <i>Renunciando al Autoestigma</i>.</p> <p>También podemos encontrar la “voz del médico tradicional” observada en la historia <i>Visita al médico</i>, que caracteriza a este profesional que se posiciona desde una perspectiva de poder frente al paciente, quien debía seguir las indicaciones sin cuestionarlas.</p>
<p>Voces Internas</p>	<p>Dentro de las voces internas que surgen en el relato de “G”, se observa que existe una contradicción en las creencias que posee el psicólogo acerca de los pacientes y el grado de información de estos últimos. En primer lugar, comenta que en la actualidad existen <i>Pacientes informados</i> que exigen una mejor atención y muchas veces saben lo que les está ocurriendo, por lo que no se autoestigmatizan. Posteriormente, expone que la información que tienen los pacientes no siempre es de buena fuente, situación se manifiesta en los relatos <i>Mito social de la depresión, Dos tipos de pacientes</i>.</p> <p>Inicialmente “G” señala que para él el Autoestigma es un fenómeno que claramente está en declive, dado que él considera que el tipo de usuario de APS es ahora un paciente empoderado y altamente demandante. Sin embargo, en otro momento de la entrevista señala que este es un fenómeno que se presenta en personas que tienen un “fondo sociocultural bajo”; quienes son justamente las personas que acuden al centro de salud donde se desempeña, como es el caso que se observa en la historia <i>Esto no me va a matar</i>.</p>

Estas voces nos permiten entender como “G” visualiza el concepto del Autoestigma, relacionando este con el nivel de información que posee el paciente al momento de acudir a la consulta. Por la

misma razón tiene especial preocupación de que el diagnóstico se acompañe de psicoeducación a la hora de ser entregado al usuario.

Desde las voces, apreciamos también, que el entrevistado considera que eran los médicos de antaño quienes Estigmatizaban a sus pacientes, considerando que en la actualidad los profesionales por lo general no adoptan este tipo de actitudes lo que se refleja en hoy este fenómeno vaya en declive.

- **Paso 10: Identificar el uso figurativo del lenguaje**

En el siguiente recuadro hacemos mención de los segmentos y sus respectivas figuras literarias:

SEGMENTO	FIGURAS Y ANÁLISIS
<i>“Es un asunto que no manejo, entonces hay que ser firme, firme, firme”.</i>	Se utiliza una Repetición para mostrar que no puede ceder frente a peticiones de los usuarios del sistema salud.
<i>“Tiene todo este diagnóstico como...tiene un curriculum de diagnóstico”</i>	Uso de una Hipérbole para dar un ejemplo de un paciente el cual tiene muchos diagnósticos por distintas enfermedades.
<i>“Unos diagnósticos que tienen que ver con unos mamotretos así gigantes, pero yo creo que sí uno los escuchara... o sea, una condena de muerte, pero absoluta”</i>	La Hipérbole es utilizada para enfatizar que algunos de los “pacientes antiguos” se quedaron Estigmatizados con los diagnósticos realizados por el médico.
<i>“Que recibió la información, la recibió, la internalizó y la hizo suya”.</i>	Uso de la Repetición para recalcar que la persona recibió la información.
<i>“Si alguien les dice: “¿Sabe qué pasa? Es que usted tiene depresión”. Se te viene el</i>	Utiliza una Metáfora que además constituye una Hipérbole para destacar lo que implica el diagnóstico y los problemas que esto pueda traer consigo.

<i>mundo encima”.</i>	
<i>“Lo tienen perfilado como algo crónico, para siempre, que es inmutable”.</i>	La Hipérbole es utilizada para mostrar el impacto que puede tener en la vida de las personas un diagnóstico.
<i>“Yo no voy al psicólogo porque no estoy loco”.</i>	Se utiliza la Hipérbole para recalcar el nivel de gravedad en que se encuentra una persona cuando asiste al psicólogo.

- **Paso 11: Analizar la estructura de la historia**

Este paso fue omitido del análisis ya que no es pertinente para la comprensión de las narrativas del entrevistado y de los significados asociados.

- **Paso 12: Identificar las narrativas culturales**

Se identificaron las macronarrativas en los relatos de “G”. Cada una de éstas, son representadas con una sección de estrofas.

Macronarrativas:

La visión de la Enfermedad Mental

Las visitas al psicólogo
se han convertido
no en algo tan lejano como hace diez años atrás
que era como que tenía ese Estigma del
“Yo no voy al psicólogo porque no estoy loco”.

Percepción negativa de la Depresión

Me equivoqué como yo soy depresivo,
por eso tomo esas decisiones,

como yo soy depresivo,
por eso es que me ofrecieron otra pega,
como soy depresivo me va mal

Si la señora Juanita
de la esquina me dijo que:
*“la depresión es muy mala
porque todas las personas que están deprimidas se suicidan”*
y yo le creo,
estoy metido en un problema.

Metanarrativas:

“Mirada esperanzadora”
Lo primero que hay que hacer
más allá del acompañamiento
es informar al paciente,
que es una enfermedad como cualquier otra,
bajar el perfil a lo que ellos piensan,
lo tienen perfilado como algo crónico,
para siempre,
que es inmutable.
Lo primero que tenemos que dar
es una mirada esperanzadora a lo que le pasa,
de que sí tiene salida.

7.2.2 Tercera Fase: Comunicación de los resultados

Con la finalidad de favorecer la comprensión del lector se han fusionado los pasos 5, 13, 14 y 15 del Análisis de McLeod. Los resultados expuestos en esta fase son profundizados posteriormente en las conclusiones.

Las narrativas de “G” entorno al concepto de Estigma y Autoestigma se basan en su experiencia profesional de 10 años de trabajo en la Atención Primaria de Salud y en el cambio a nivel social que ha visto en Chile en el último tiempo.

En torno al Estigma, el profesional contrapone la noción de “*paciente informado*” y la idea de que los nuevos usuarios del Sistema Público de Salud Mental ya dejaron atrás los estereotipos relacionados a su enfermedad: “*Hoy no nos encontramos con pacientes que no saben acerca de su patología o de lo que le está ocurriendo, al menos en Salud Mental. Ellos tienen herramientas para poder saber qué les ocurre, eso los transforma en personas que son capaces también de exigir información acerca del tratamiento que están recibiendo*”. Sin duda el acceso a las nuevas tecnologías y redes sociales, ha perfilado a este “*paciente empoderado*” que no sólo conoce acerca de su enfermedad, sino también de sus derechos y es capaz de exigir que se cumplan; sobre todo en los últimos 4 años, en los que se han dado cambios sociales significativos. En este sentido, “G” hace una distinción importante, con el paciente de antaño, ya que existía antiguamente “*la sensación de que se le estaba haciendo un favor*” al atenderlo. De hecho, es un fenómeno aun presente por ejemplo en pacientes más ancianas, que se entregan mucho más al sistema: “*pero es porque vienen con esa idea interior... incluso funcionarios, imagino yo hace 30-40 años atrás pensaban que era así*”. En la historia “*Ir o no ir al psicólogo*” se deja observar la caracterización que hace de este paciente emergente: “*El chileno hoy en día quiere estar mejor... yo diría que tiene que ver con eso, con una generación de personas que han despertado acerca de su auto-cuidado y entre ello, las visitas al psicólogo se han convertido no en algo tan lejano como hace diez años atrás que era como que tenía ese estigma del -Yo no voy al psicólogo porque yo no estoy loco-, hoy en día ha cambiado ese concepto, - Hoy en día voy al psicólogo porque quiero hablar de mis cosas - es casi como un plus... o sea, antiguamente daba vergüenza decirlo, hoy en día la situación es completamente diferente... Hoy día el paciente ha logrado socializar de tal manera la atención de salud mental y lo ve como un beneficio, como un beneficio que es cotidiano, que es como, como una atención que también es necesaria y que no significa que esté en una situación grave o que le avergüence.*”.

Respecto al Autoestigma, el entrevistado señala que si bien es un fenómeno a la baja, cuando ocurre, causa mucho daño y causando que el individuo: “*Básicamente se auto-determina como una persona enferma y cuando uno se autodefine como alguien enfermo, todo lo que tú haces tiene que ver con eso: - No me salen bien las cosas porque soy enfermo, no me va bien en la vida porque soy enfermo, tengo malas relaciones con mis hijos porque soy enfermo - Entonces se convierte en una postura rígida que yo creo que lisa y llanamente deteriora muchísimo la calidad de vida*”.

Nuevamente es una situación que el profesional asocia al paciente más anciano, que aun pertenece a la antigua tradición.

Para “G” la causa de que esto ocurriera antes y no ahora, se debe a que hace 30 o 40 años el médico *“era la personificación de la salud... casi como un Dios... Entonces las personas acudían a la consulta y cargaban con el diagnóstico casi como cargar con el nombre de uno”*, esto queda claramente explicitado en la historia *“Visita al médico”*. Ahora esta situación no ocurre: *“Hoy día el profesional, o los profesionales que trabajamos en salud, somos profesionales integrales, que entendemos la necesidad del otro”*.

La segunda visión que expone el profesional es que la persona que actualmente se autoestigmatiza son las que poseen un *“fondo cultural bajo”* y por lo tanto no tiene la capacidad de cuestionar el diagnóstico, lo internaliza como algo definitivo, dado por una *“autoridad”*, que en este caso sería el profesional de Salud Mental. Entonces: *“Se etiqueta la persona de esa forma, comienza a tener un circuito vital”* y todo lo que le ocurre es transversal al diagnóstico dado. Al respecto “G” distingue en la actualidad a 2 tipos de pacientes. El primero es aquel que dice: *“- Sabe que, yo creo que tengo depresión - ¿Por qué?- Preguntas y te dicen: - Por esto... esto...y esto...- Y a veces los síntomas coinciden. Y el otro no, que tú le dices: -Yo creo que todo lo que usted está describiendo, más todo lo que se ha aplicado hasta acá, una psicometría que se yo, yo creo que estamos frente a tal y tales cosas - y el paciente nunca cuestiona nada”*.

Es en este punto, donde el entrevistado genera una contradicción, ya que por un lado visualiza la gran circulación de información como una buena forma de contrarrestar el Autoestigma, de que el paciente se empodere y por otra parte reconoce que la información no siempre es de la calidad que se necesita y que son muchas las distorsiones que circulan libremente en la internet o en el interactuar día a día de las personas, como se ve en la historia *“El mito social de la depresión”*.

Lo anterior, establece que el psicólogo deba preocuparse constantemente por su formación profesional: *“No solo por el hecho de ser psicólogo tienes que quedar ahí, sino que tú tienes que propiamente, digamos, tener una re-edición de los conocimientos porque esa es la idea ¿No? Lo otro que exige también es la tolerancia a este paciente que a veces es muy exigente, que a veces viene con una actitud muy, muchas veces como demandante y tolerar y saber manejar esa situación.”*

En cuanto a cómo aborda los fenómenos de Estigma y Autoestigma en su trabajo con el paciente, a pesar de no considerar que esta sea una problemática masiva actualmente, el entrevistado señala que ante todo se debe psicoeducar a los usuarios respecto al diagnóstico dado, bajar el perfil y explicarles que es una *“enfermedad como cualquier otra”*, darle una mirada esperanzadora, mostrar que lo que le está ocurriendo a la persona *“sí tiene salida, de que esto es una enfermedad que puede*

terminar con un tratamiento, de que no es una situación invalidante". Sumado a esto, "G" relata que acompaña a la persona durante todo el proceso terapéutico y apoya los encuentros que tienen los usuarios de Salud Mental con otros profesionales, con el fin de tener un trabajo multidisciplinario adecuado, lo que conlleva a un buen pronóstico y una visión positiva del proceso. En la historia: *"Esto no me va matar"* da un ejemplo de cómo trató un caso concreto de Autoestigma en Depresión y como el paciente comenzó poco a poco a desprenderse de los estereotipos sociales, para terminar educando a las personas de su entorno sobre esta enfermedad. Por último, "G" comenta haber revisado el término Autoestigma solo en el postgrado, cuando realizó su Magister de especialidad clínica, sin embargo reconoce que no fue un tema que haya visto en profundidad. Respecto a la formación de pregrado, el profesional indica: *"en la universidad un poco en psicología general, sí, pero lo vimos como ética básicamente"*.

7.3 Análisis Narrativo Psicólogo 2

“Mi” es un psicólogo con 3 años de experiencia en APS. En su quehacer profesional, especialmente a partir del incendio que afectó a la ciudad de Valparaíso en Abril de 2014, relata su visión particular acerca de los fenómenos de Estigma y Autoestigma.

Paso 2: Identificación de historias

Luego de realizar el paso 1 del modelo de McLeod (Lectura e inmersión), se procede a identificar las distintas historias y narrativas que componen el relato total de “Mi”.

- 1.- *“Que alguien venga para el otro, no para mi”*
- 2.- *“Monos con cuchilla”*
- 3.- *¿Doctor o acompañante?*
- 4.- *Para mí, el Autoestigma*
- 5.- *“Dime ¿Qué es lo que yo tengo?”*
- 6.- *Labor despatologizadora*
- 7.- *Taller de Salud Mental*
- 8.- *Cómo me convertí en Psicólogo*
- 9.- *Mi formación académica*
- 10.- *“No era depresión”*
- 11.- *“Concientizar a la persona”*
- 12.- *Etiquetaje desde el modelo biomédico*
- 13.- *“Porque así me dan las pastillas”*
- 14.- *El poder de la etiqueta*
- 15.- *“El dictador”*
- 16.- *“Modelo de la peste”*
- 17.- *Crítica al Modelo Biomédico*
- 18.- *Evadiendo el etiquetaje*

- **Paso 3: Identificación de los tópicos de Entrevista Psicólogo 2**

En la entrevista de “Mi” se identificaron los siguientes tópicos:

- 1.- Rechazo a la etiqueta
- 2.- Sobrediagnóstico
- 3.- Rol del profesional de la salud
- 4.- Significado de Autoestigma
- 5.- Paciente demandante
- 6.- Diagnóstico
- 7.- Normalización
- 8.- Psicoeducación
- 9.- Formación académica
- 10.- Ganancia secundaria
- 11.- Perfil del autoestigmatizado

A continuación, se expondrán los tópicos que surgieron de cada historia seleccionada:

1.- “Que alguien venga para el otro, no para mí”

Tópico: Rechazo a la etiqueta

2.- “Monos con cuchilla”

Tópico: Sobrediagnóstico

3.- ¿Doctor o acompañante?

Tópico: Rol del profesional de la salud

4.- Para mí, el Autoestigma

Tópico: Significado de Autoestigma, rol del profesional de la salud, sobrediagnóstico

5.- “Dime, ¿Qué es lo que yo tengo?”

Tópico: Rol del profesional de la salud, paciente demandante, diagnóstico

6.- Labor despatologizadora

Tópico: Normalización, psicoeducación

7.- Taller de Salud Mental

Tópico: Rechazo a la etiqueta

8.- Cómo me convertí en Psicólogo

Tópico: Rechazo a la etiqueta, psicoeducación

9.- Mi formación profesional

Tópico: Formación académica

10.- “No era depresión”

Tópico: Sobrediagnóstico

11.- “Concientizar a la persona”

Tópico: Psicoeducación

12.- Etiquetaje desde el modelo biomédico

Tópico; Sobrediagnóstico

13.- “Porque así me dan las pastillas”

Tópico: Paciente demandante, rol del profesional de la salud, ganancia secundaria

14.- El poder de la etiqueta

Tópico: Perfil del autoestigmatizado

15.- “El Dictador”

Tópico: Ganancia secundaria, diagnóstico

16.- “Modelo de la peste”

Tópico: Estigma, diagnóstico

17.- Crítica al modelo biomédico

Tópico: Normalización

18.- “Papeles con radioactividad”

Tópico: Rol del profesional de la salud, ganancia secundaria, rechazo a la etiqueta, diagnóstico

• Paso 4. Resumen de las Historias y Secuencias de “M”

1.- “Que alguien venga para el otro, no para mí”

Este episodio relatado por “Mi”, ocurre después del incendio acontecido en Valparaíso el mes de Abril del año 2014. Es en este momento cuando los pobladores damnificados comienzan a experimentar una serie de síntomas y signos asociados a angustia, surgiendo desde ellos mismos la necesidad de solicitar apoyo psicológico, pero siempre con el rechazo a ser catalogado como “locos”. Es por eso que piden atención para los niños especialmente, utilizándolos como una especie de “escudo humano”.

2.- “Monos con cuchilla”

En este episodio “Mi” relata que después del incendio acudieron muchos profesionales en ayuda de la población damnificada, los cuales indiscriminadamente etiquetaron y diagnosticaron. Puntualmente comenta cuando que se instaló en la escuela Grecia (la cual había sido habilitada como albergue) un equipo de Salud Mental, diagnosticando esquizofrenia y brotes psicóticos a las personas albergadas, además les entregaron farmacología, lo cual “Mi” califica como irresponsable y movilizador del fenómeno de Autoestigma en las personas.

3.- ¿Doctor o acompañante?

A partir de su experiencia y de lo vivido especialmente en el incendio, “Mi” realiza una crítica al quehacer profesional de los psicólogos. Para él, la mayoría de los psicólogos se posicionan desde una perspectiva de poder por sobre el usuario, especialmente en población vulnerable. Desde su punto de vista el psicólogo debiera ser alguien que acompaña el proceso terapéutico y no alguien que se impone por sobre el usuario.

4.- Para mí, el Autoestigma

Con respecto a la visión del entrevistado acerca del concepto de Autoestigma, “Mi” hace especial alusión a la responsabilidad de los profesionales psicólogos como movilizadores del Estigma internalizado de los usuarios en Salud Mental, esto a causa del uso indiscriminado del diagnóstico y de la perspectiva de poder en que se posicionan.

5.- *“Dime, ¿Qué es lo que yo tengo?”*

Desde su experiencia profesional, “Mi” comenta que se ha encontrado en varias ocasiones con usuarios que exigen un diagnóstico, especialmente en el sistema de salud privado, lo cual atribuye al hecho de que al estar pagando la persona se siente con mayor derecho de exigir al profesional. Es en ese momento que, desde su punto de vista, el profesional debe ser capaz de establecer un proceso terapéutico que no se base en el diagnóstico, sino que psicólogo y paciente logren poner en común lo que le está pasando al usuario.

6.- *Labor Despatologizadora*

El entrevistado cuenta sobre la creación de talleres de Salud Mental, cuyo principal objetivo es lograr a través de la participación de los pobladores, la normalización de los diferentes signos y síntomas que han presentado después del incendio, observando que es una experiencia compartida con los demás integrantes de la comunidad.

7.- *Taller de Salud Mental*

El entrevistado habla acerca de la experiencia que ha observado en los talleres de Salud Mental, los cuales se han abordado desde una perspectiva despatologizadora, puesto que no reciben el nombre de un taller terapéutico. Es por eso que las personas que asisten, principalmente mujeres, tienen una alta participación porque se ha abierto un espacio para compartir con personas que están viviendo una experiencia similar en torno a lo sucedido en el incendio, y no ser encasilladas dentro de una Enfermedad Mental.

8.- *Cómo me convertí en psicólogo*

“Mi” habla acerca de su experiencia cuando durante el primer año de su vida universitaria fue diagnosticado erróneamente con depresión. En este episodio él estuvo con tratamiento farmacológico durante 8 meses, hasta que sintió que esto lo estaba “intoxicando”, por lo que hizo abandono del tratamiento. De esta manera acude a una psicóloga que cambió su visión acerca de lo que estaba sucediendo, resultando así un proceso psicoterapéutico muy fructífero, que lo hizo decidir estudiar psicología.

9.- *Mi formación profesional*

El entrevistado comenta que durante su formación de pregrado no estudia en su malla curricular el concepto de Autoestigma propiamente tal, pero que había una manera de entender la Psicología desde una mirada amplia, no sólo como conocimiento, sino también como praxis, puesto que

estuvieron en permanente contacto con la comunidad. Esto además de una perspectiva fundada desde la anti-psiquiatría en rechazo al modelo biomédico. Es producto de esto, que en su quehacer profesional se enfrenta cotidianamente a diversas tensiones éticas, en que debe optar por seguir las exigencias de la institución o ir en contra de la misma.

10.- “No era depresión”

El profesional comenta que en APS muchas veces los usuarios de los programas llegan con diagnósticos erróneos hechos por el médico, lo cual él atribuye directamente al cumplimiento de metas exigidas por el gobierno, lo que significa un atropello al dolor o problemática que trae consigo la persona. Puntualmente, a modo de ejemplo, cuenta el caso de una mujer que llega con un diagnóstico de depresión cuando en realidad está cursando un período de duelo producto de la pérdida de un ser querido.

11.- “Concientizar a la persona”

En este punto, “Mi” relata su trabajo dirigido a - como el mismo llama - alfabetizar a las personas en Salud Mental, no sólo en población vulnerable sino que a nivel general.

12.- Etiquetaje desde el modelo biomédico

El entrevistado relata el caso de una mujer que acude solicitando ayuda porque es víctima de violencia conyugal, siendo diagnosticada erróneamente por el médico con depresión. Esta misma mujer, al final del proceso de acompañamiento terapéutico se percató de que no era depresión lo que tenía, sino una deprivación de su dignidad producto de la violencia que estaba sufriendo.

13.- “Porque así me dan las pastillas”

Esta narrativa refleja, lo que para “Mi” sería una idea proveniente de gran parte de los usuarios en Salud Mental, quienes buscan una ganancia secundaria con el tratamiento, tales como en este caso: obtener farmacología.

14.- El poder de la etiqueta

El entrevistado, en este punto, hace una crítica a los profesionales psicólogos, quienes muchas veces posicionan el diagnóstico en un lugar excesivamente importante en el proceso terapéutico, olvidando las particularidades de cada uno de los usuarios y dejando de lado la idea del acompañamiento.

15.- “El dictador”

En este punto el profesional se refiere a lo ocurrido en Chile cuando Augusto Pinochet quedó impune ante los crímenes que se le imputaban, ocurridos durante la dictadura, esto gracias a que fue diagnosticado con una patología mental. Episodio que, desde el punto de vista de “Mi”, representa un abuso sistemático de la etiqueta.

16.- “Modelo de la peste”

“Mi” hace alusión al modelo de la peste como un modelo de control social que surge en la antigüedad en que se aislaba y encerraba a todo aquél que tuviera algún tipo de padecimiento, especialmente en cuanto al ámbito mental, por lo que, está asociado a una etiqueta. Desde su perspectiva, en la actualidad, el mismo mecanismo de este modelo se aplica de manera silenciosa, para desacreditar a todo aquél que padece alguna Enfermedad Mental, quien paulatinamente pierde credibilidad, productividad, etc. siendo etiquetado por la sociedad.

17.- Crítica al modelo biomédico

El entrevistado realiza una crítica al modelo biomédico, puntualmente a la importancia que éste otorga al uso de farmacología en patologías mentales. Desde el punto de vista de “Mi”, si los mismos fondos monetarios destinados a la obtención de medicamentos, fuera utilizado en actividades promocionales mejoraría en forma considerable la calidad de la Salud Mental en nuestro país.

18.- Evadiendo el etiquetaje

“Mi” expresa en su narrativa que en muchas ocasiones evita dar un diagnóstico cuando éste podría representar un daño para el usuario, ya que piensa que no se hará un uso adecuado de esa información y no va a contribuir a la mejoría de la persona.

- **Paso 5: La construcción de una representación como un todo.**

Para facilitar el análisis final se fusiono el paso 5 con la Fase 3 del análisis.

7.3.1 Segunda Fase: Microanálisis

En el presente apartado se da paso al Microanálisis que consiste en el desarrollo de la comprensión de las historias y narrativas que componen el relato de “Mi”.

- **Paso 6: Selección de segmentos para el Microanálisis**

Se llevó a cabo la selección de los segmentos más relevantes de la entrevista, lo que se observa en el siguiente paso.

- **Paso 7: Transformación del texto en estrofas**

Para mantener el ritmo del relato entregado por “Mi”, se da paso a la transformación del texto en estrofas de los segmentos ya seleccionados de la entrevista. El texto reorganizado se presenta a continuación:

1.- “Que alguien venga para el otro, no para mí”

Después de un incendio
surge una serie de síntomas
y signos asociados a angustia
en un primer momento
la población tiene
la intuición ciudadana de
*“Necesitamos psicólogo,
necesitamos que alguien nos escuche,
que alguien venga,
pero necesitamos que alguien venga
para el otro
no para mí”,*

“Necesitamos que vengan a ver a los niños”

las personas te manifiestan
por un lado esta necesidad de
apoyo profesional,

terapéutico,
pero por otro lado
está este discurso muy instalado de
*“Yo no estoy loco,
yo no estoy enfermo,
no tengo porqué conversar con usted”*

2.- “*Monos con cuchilla*”

Hace 6 meses hubo un incendio
y se llenó de monos con cuchilla
que decían ser psicólogo
hay mucho colega que subió
e indiscriminadamente etiquetó,
diagnosticó,
la gente de este cerro
estaba en el albergue
que se instaló en la escuela Grecia
y un día en la madrugada
llegó un equipo de Salud Mental
y empezó a diagnosticar esquizofrenia
y brotes psicóticos
y entregar Aloperidol
y neurolépticos
a una población que estaba
siendo afectada por una catástrofe,
entonces existe Autoestigma,
pero desde mi perspectiva,
está movilizada por
la irresponsabilidad de los colegas.

3.- *¿Doctor o acompañante?*

Y está esta otra lógica

desde la que yo entiendo
que se para el colega
o la colega,
se paran desde
una perspectiva de poder
entonces en población que es vulnerable,
primero no te reconocen
desde la perspectiva de un par
o de alguien que va caminando,
el terapeuta es el que acompaña,
el que camina al lado
...no...
el terapeuta,
es el doctor.
está sostenido por
una práctica profesional
del psicólogo profesional
y anda a decirle algo
a las vacas sagradas
que se instalan desde ahí.

4.- Para mí, el Autoestigma

El Autoestigma
está fuertemente sostenido por
una práctica profesional
del psicólogo profesional
y anda a decirle algo a las vacas sagradas
que se instalan desde ahí.

Entonces el Autoestigma
es culpa nuestra,
ni siquiera es nuestra responsabilidad,
yo voy directamente a culpabilizar,

ni siquiera hacerse responsable si es tú culpa.

5.-Dime, ¿Qué es lo que yo tengo?

En el privado yo creo que es peor
porque ahí te pagan,
entonces,
como te pagan el otro dice:
*“Ya, pero ¿Que tengo?
te estoy pagando plata,
y te estoy pagando harta plata,
entonces dime,
dime,
¿Qué es lo que yo tengo?”*
entonces el otro
en este sentido,
te está exigiendo
y ahí uno tiene que ser habilidoso,
si es que le interesa el ser humano,
en poder establecer
un proceso terapéutico
donde el otro
en vez de saber lo que tiene
te ponga en común
lo que le está pasando.

6.- Labor Despatologizadora

Instalamos dispositivos
de Salud Mental comunitaria,
talleres de Salud Mental comunitaria
y desde ahí
hemos estado haciendo
una labor despatologizadora

así como:

*“Ya, a ver
lo que le pasa a usted
le pasa a todo el mundo,
me pasa a mí que no vivo acá
pero que también trabajo aquí
así que también estoy afectado por el incendio,
le pasa a la vecina,
le pasa a todo el mundo”*

entonces tu despatologizas con el otro,
con la misma comunidad.

7.- Taller de Salud Mental

Hemos generado un espacio
donde las mamás
que son las que participan en estos talleres
han tenido la posibilidad de
descubrirse con otra
en un espacio que no está patologizado,
entonces se va transformando
a lo mejor este Autoestigma,
porque ellos participan
de un taller de Salud Mental,
no están participando
en un grupo terapéutico.
ellas van porque lo están pasando mal
después de un incendio,
no lo están pasando mal
porque tienen depresión.
Ellas van porque se ha abierto un espacio
para poder compartir con otras
y no van porque estén “piteás”

8.-Cómo me convertí en psicólogo

Yo me hice psicólogo
después de haber sido diagnosticado con una depresión,
que no era depresión po
entonces,
como al mes 8 tomando Amitreptilina,
Fluoxetina
y terapia,
los mandé a la mierda,
porque me estaban intoxicando,
me estaban formateando
y yo dije:
"No po, no quiero más esto".
Y después de esa experiencia
conocí a una terapeuta
que era de estas terapeutas que caminan contigo,
y yo dije:
*"No,
sabí que parece que por aquí va el tema,
esto es lo que a mí me gusta,
esto es lo que hago bien".*
claro tu llegabai
y no te ponían altiro en la mesa de disección
sino que te contaban un cuento,
te ponían unas luces
y cuando estabai medio mareado
te empezaban a cortar
y después,
antes que terminara la sesión,
te armaban,
te cocían
y te mandaban pa la casa
un poquito más armado
entonces esa experiencia

yo creo que ayudó a que yo optara
por hacer lo mismo en la vida,
acompañar a otro

9.- Mi formación académica

Yo vengo de un experimento académico
bastante interesante,
y como buen experimento único,
había una mirada como bien amplia
desde los diferentes enfoques
había una forma de entender
lo que es la Psicología
como conocimiento
pero también como praxis,
porque también nos expusieron
desde primer año
al calor de la comunidad,
no sé si,
no tengo así como este tema,
como de con el mismo concepto
que me lo estai diciendo,
de cómo evitarlo...
entonces desde esa visión
había como una discusión
que te permitía tener una mirada
no sé si más realista,
más real,
pero menos del libro

10.- “No era depresión”

En APS
te llegan los etiquetajes
hechos por el médico
quien termina
sobreetiquetando a los pacientes
o a los usuarios
de los programas
entonces
tú te vai dando cuenta
como en la tercera sesión
que la señora no tiene depresión,
sino que
está pasando por un duelo,
pero por cumplir la meta
tiene que tener la etiqueta de
depresión
y no se respeta el
proceso de duelo
y eso desde una dimensión
súper simbólica
porque la señora
tiene derecho
a que se le interprete en
proceso de duelo
y que no se le etiquete como
depresiva.

11.- “Concientizar a la persona”

Uno en algunos casos
puede trabajar en una lógica de
concientizar a la persona
y ahí yo creo que es otro tema

súper importante
como para trabajar con
población vulnerable
y con población en general en realidad,
que es hacer un proceso de
alfabetización en Salud Mental,
así como hay que alfabetizar
para que usen los correos electrónicos
o para que
usen estos aparatos tecnológicos

12.- Etiquetaje desde el modelo biomédico

Es súper interesante entender
y escuchar el relato
al final de un proceso
de acompañamiento terapéutico,
cuando la misma señora te dice:
*“Me di cuenta de que
me estaban poniendo la pata encima,
no era depresión”*
puede que haya sido deprivación de algo,
de dignidad,
del objeto mujer instalado ahí en tu consulta
y claro
el medico ve depresión porque la chica,
no sé po,
tiene insomnio,
llora mucho,
lábil emocionalmente
y todas esas etiquetas previas a
la gran etiqueta de la depresión.

13.- “Porque así me dan las pastillas”

Hay gente que llega
y dice
“No,
yo tengo depresión
y necesito que me haga la terapia
porque así me dan las pastillas”
corta,
o sea vienen a cumplir,
“Véame,
anote en la ficha
y ponga ahí por favor que vine hoy día
para que el médico me dé la pastilla”

14.- El poder de la etiqueta

Entonces tú estás ahí,
caminando,
o a veces no caminando,
sino que diciendo:
“Ya, a ver,
siéntate aquí un rato,
tomémonos un mate,
o tomémonos un jugo
o fúmate algo,
no se”
la experiencia de ir acompañando al otro,
entendiendo que
la etiqueta es “eso”,
solo una etiqueta.
es como cuando
uno se compra un pantalón
y dice:
“Ah, esto lo tengo que lavar con cloro...”

no, no lo puedo lavar con cloro”
el problema es
con los colegas,
están utilizando las etiquetas para
ir poniéndolo en el lugar de la...
de los libros sagrados...
así como que se han puesto
un poco evangélicos-pentecostales
de la psicología
y ya han hecho mucho daño

15.- “El dictador”

En términos de Salud Mental,
particularmente en Chile,
también se ha hecho un abuso sistemático
de la etiqueta de patología mental,
o sea,
el “dictador”
salvó ileso de los crímenes de la humanidad
porque tenía infartos cerebrales
y el viejito se paró súper bien
cuando se bajó del avión
y hablaba cosas coherentes
pero tenía la etiqueta de patología mental,
entonces era “inimputable”

16.- “Modelo de la peste”

Se trabaja en una lógica
donde el “loco”
o el “Enfermo Mental”
pierde credibilidad,
pierde productividad,

le vas aplicando
el modelo de la peste
pero de una forma muy silenciosa
entonces
¿quién ahí se va a querer identificar con
una etiqueta que
ha sido utilizada para “*amordazar*”,
estás “*amordazando*” gente,
los chiquillos mismos en los PIE,
o en los están financiados por la ley SEP
el niño claro,
en la mente del tecnócrata
del ministerio de educación,
pensó que el psicólogo
era una súper buena herramienta,
pero en la práctica eso significa,
que el que va al psicólogo
está “*pitiado*”
*“Ahi, ahí ta’ el pitiao,
el que va toa la semana
aonde la tía psicóloga”*

17.- Crítica al modelo biomédico

Entonces tu trabajo político
en qué consiste,
en decirle:
*“Oiga,
despierte,
solo tiene pena,
llore,
si quiere venga aquí
y llore
pero sólo tiene pena,*

*no se estupidice más con Ravotril
porque eso tiene un costo
y ese costo lo pagamos todos”*
entonces,
si nosotros pudiéramos
utilizar el fondo de antidepresivos
en actividades de
promoción de Salud Mental,
creo que tendríamos una Salud mental
de excelencia en Chile,
sólo con esos fondos

18.- Evitando el etiquetaje

Uno se hace el loco
o yo me hago el loco
cuando entiendo
que al otro
le puede hacer mucho daño el etiquetaje
por mucho que vaya a la meta,
o sea,
cuando viene la mamá
y me pide un informe
para el colegio,
ahí sí que me tengo que hacer el loco,
y no, y no, no sé..
me hago el enfermo de la guata,
porque entiendo que
el informe es
ponerle una capsula de plutonio en
el estómago
a un niño de 4 años,
que se le va a caer el pelo
y se va a morir en dos semanas,

yo siento que
los informes psicológicos
son como papeles con radioactividad,
entonces
en ese espacio hacerse el loco
y salirse de la institucionalización
es un gesto de humanidad,
que probablemente
el otro no lo pueda entender
*“Pucha el psicólogo como el hoyo
no me quiso dar el informe
y por eso cago la postulación
y no sé qué”*
yo prefiero eso
a que el niño o la niña
tenga que sufrir los últimos
o los próximos doce años de su vida
por una instrumentalización
de un trabajo que hiciste tú

- **Paso 8: Separación de las narrativas**

Se decide no desarrollar este paso, ya que no se pretende efectuar comparaciones entre entrevistado y entrevistadora, sino que más bien, el objetivo es distinguir los significados que el psicólogo otorga al fenómeno del Autoestigma.

- **Paso 9: Identificación de las voces**

Con la identificación de las voces, se revelan aspectos de cómo se contó una historia, así mismo se generan voces que nos dan cuenta del relato de otros a través de la percepción de un individuo. En este punto se identifican y analizan las diferentes voces desprendidas de la entrevista a “G”, las que se han organizado y se expondrán a continuación:

VOCES	ANÁLISIS
<p>Voces Externas</p>	<p>En la entrevista del psicólogo “Mi” se puede apreciar en distintos momentos la voz externa correspondiente a los usuarios del sistema de salud, en quienes se reflejan los conceptos del Estigma y Autoestigma. Esta voz externa podemos subdividirla en distintas categorías, según su relación hacia los conceptos.</p> <p>Por un lado aparecen aquellos pobladores que adhieren a la creencia popular de que asistir al psicólogo es sinónimo de locura, por lo que no están dispuestos a recibir atención psicológica, esto se ve reflejado en <i>“Que alguien venga para el otro, no para mí”</i>.</p> <p>En segundo lugar, “Mi” habla acerca de los usuarios que siguiendo el modelo médico, exigen un diagnóstico, esto se aprecia en <i>“Dime, ¿Qué es lo que yo tengo?”</i>.</p> <p>Por último, el entrevistado hace alusión a los usuarios del sistema de salud que acuden al psicólogo sólo por obtener alguna ganancia secundaria, lo cual aparece en <i>“Porque así me dan las pastillas”</i> y <i>“Evitando el etiquetaje”</i>.</p>
<p>Voces Internas</p>	<p>La voz interna del entrevistado refiere principalmente a la existencia de Autoestigma, pero movilizado por la irresponsabilidad de los profesionales psicólogos en su quehacer terapéutico, quienes han abusado del diagnóstico, esto aparece en <i>“Monos con cuchilla”</i>.</p> <p>Posteriormente profundiza esta mirada al mencionar que los psicólogos se han instalado desde una perspectiva de poder, con respecto a los usuarios, lo que menciona en <i>“El poder de la etiqueta”</i>. A modo de contraste, en esta misma narrativa, “Mi” habla acerca de su experiencia profesional, en que se posiciona desde el acompañamiento. Mientras que en <i>“Labor despatologizadora, “No era depresión”</i> y <i>“Crítica al modelo biomédico”</i>, hace alusión a sus esfuerzos por normalizar los sentimientos de los usuarios y no abusar del diagnóstico.</p> <p>La voz de “Mi” no presenta contradicciones y es consecuente durante ambas entrevistas.</p>

A partir de las voces identificadas en la entrevista del psicólogo “Mi” se puede concluir que se posiciona desde una crítica fundada especialmente hacia los procesos diagnósticos y de imposición

del conocimiento, en que incurren muchos de los profesionales psicólogos, concluyendo que ellos no son sólo los responsables, sino los culpables del fenómeno de Autoestigma en los usuarios. Es por este motivo que defiende un modo de atención psicológica desde el acompañamiento terapéutico, la normalización de los sentimientos y emociones de las personas.

- **Paso 10. Identificar el uso figurativo del lenguaje**

En el siguiente recuadro hacemos mención de los segmentos y sus respectivas figuras literarias.

SEGMENTO	FIGURAS Y ANÁLISIS
<p><i>“Necesitamos psicólogo, necesitamos que alguien nos escuche, que alguien venga, pero necesitamos que alguien venga para el otro no para mí”</i></p>	<p>El entrevistado utiliza una Anáfora, pues repite la palabra “necesitamos” al inicio de cada verso con el objetivo de recalcar la intuición ciudadana de solicitar apoyo psicológico frente a la catástrofe.</p>
<p><i>“Yo no estoy loco, yo no estoy enfermo, no tengo porqué conversar con usted”</i></p>	<p>Nuevamente se utiliza Anáfora, ya que repite la expresión “Yo no” al inicio de cada verso para enfatizar la postura negativa de muchos pobladores hacia la atención psicológica. También es una Hipérbole, puesto que sitúa la asistencia psicológica como un indicador de locura.</p>
<p><i>“O sea hace 6 meses hubo un incendio y se llenó de monos con cuchilla que decían ser psicólogo”</i></p>	<p>Mediante el uso de esta Metáfora, el entrevistado se refiere a la irresponsabilidad de un grupo de profesionales psicólogos que actuaron inadecuadamente durante la catástrofe incendiaria. También es una Hipérbole puesto que representa una exageración de lo sucedido.</p>
<p><i>“Llegó un equipo de salud mental y empezó a diagnosticar esquizofrenia y</i></p>	<p>Uso de Enumeración, puesto que acumula elementos lingüísticos con el objetivo de ampliar la idea respecto de que el equipo de Salud Mental tuvo una reacción exagerada e</p>

<p><i>brotos psicóticos y entregar Haloperidol y neurolépticos”</i></p>	<p>inadecuada frente a la intervención.</p>
<p><i>“Claro tu llegabai y no te ponían al tiro en la mesa de disección sino que te contaban un cuento, te ponían unas luces y cuando estabai medio mareado te empezaban a cortar y después, antes que terminara la sesión, te armaban, te cocían y te mandaban pa la casa un poquito más armado”.</i></p>	<p>Uso de Alegoría, pues utiliza esta analogía para referirse a su percepción del proceso terapéutico como algo invasivo para el usuario.</p>
<p><i>“Que es hacer un proceso de alfabetización en Salud Mental, así como hay que alfabetizar para que usen los correos electrónicos o para que usen estos aparatos tecnológicos, también yo creo que hay que alfabetizar”.</i></p>	<p>Uso de Comparación para explicar la importancia de educar a las personas en Salud Mental, haciendo una analogía con otros elementos.</p>
<p><i>“Me di cuenta de que me estaban poniendo la pata encima, no era depresión”.</i></p>	<p>Utiliza esta Metáfora para enfatizar que la sintomatología presentada por la usuaria no se debía a depresión, sino a la violencia que estaba sufriendo por parte de su cónyuge.</p>
<p><i>“El médico ve depresión porque la chica, no sé po, tiene insomnio, llora mucho, lábil emocionalmente y todas esas etiquetas previas a la</i></p>	<p>Enumeración para dar cuenta de todos los síntomas que componen un diagnóstico.</p>

<p>gran etiqueta de la depresión”.</p>	
<p>“La etiqueta es “eso”, solo una etiqueta. Es como cuando uno se compra un pantalón y dice: “Ah, esto lo tengo que lavar con cloro...no, no lo puedo lavar con cloro”</p>	<p>Uso de la Comparación para explicitar que el quehacer terapéutico no se basa en seguir instrucciones a partir de un diagnóstico.</p>
<p>“El problema es con lo colegas, están utilizando las etiquetas para ir poniéndolo en el lugar de la... de los libros sagrados... así como que se han puesto un poco evangélicos-pentecostales de la psicología y ya han hecho mucho daño”</p>	<p>Uso de Metáfora, utiliza esta analogía para expresar su opinión respecto de la importancia que los profesionales psicólogos han dado al diagnóstico.</p>
<p>“¿Quién ahí se va a querer identificar con una etiqueta que ha sido utilizada para “amordazar”, estás “amordazando” gente”</p>	<p>Hipérbole, el entrevistado utiliza esta exageración para referirse al daño que puede causar el diagnóstico en los usuarios del sistema sanitario.</p>
<p>“Oiga, despierte, sólo tiene pena, llore, si quiere venga aquí y llore, pero sólo tiene pena”</p>	<p>Con Epifora, “Mi” enfatiza la idea de naturalizar la pena.</p>
<p>“Cuando viene la mamá y me pide un informe para el colegio, ahí sí que me tengo que hacer el loco, y no, y no,</p>	<p>Uso de Repetición para acentuar su perspectiva de no querer patologizar.</p>

<i>no sé, me hago el enfermo de la guata”</i>	
<i>“Porque entiendo que el informe es ponerle una capsula de plutonio en el estómago”</i>	En este punto el entrevistado utiliza una Metáfora , pues hace una analogía entre el informe psicológico con una cápsula de plutonio para dar cuenta del daño que podría provocar en el usuario. También este extracto de la entrevista corresponde a una Hipérbole puesto que exagera el efecto del informe en las personas.

- **Paso 11: Analizar la estructura de la Historia**

Este paso fue omitido del análisis ya que no es pertinente para la comprensión de las narrativas del entrevistado y de los significados asociados.

- **Paso 9: Identificación de las narrativas culturales**

Se identificaron las macronarrativas y metanarrativas en los relatos de la entrevistada. Cada una de éstas, son representadas con una sección de estrofas.

Macronarrativas:

Cultura del diagnóstico

El otro en este sentido,
la otra mirada,
te está exigiendo por favor dígame que tengo

Lo que se espera del psicólogo

Y la persona te comprende desde los lentes
de lo que el resto de la sociedad

parece que quiere comprender
de lo que es el rol nuestro,
al servicio de la clasificación
y el control de la población

Y cuando viene esta primera queja
es como:

*“Ella se porta mal,
yo necesito que usted la arregle”,*
como si uno fuera mecánico de niños
entonces uno va
y le dice:

*“mire vaya a la farmacia
compre estas tres piezas de repuesto,
que le vamos a intercambiar como dos fusibles
y el niño va a cambiar de actitud
y se va a portar mejor”*

Los que van al psicólogo están locos

Entonces tú a esa persona,
tú le decí:

*“No lo que pasa es que yo psicólogo
creo que usted tiene un trastorno ansioso”,*
*“¡Ooooh el psicólogo dijo que estamos traumatados,
trastornados!”*

o Tiene rasgos esquizoides

“¡Ooooh parece que estoy medio piteado!”

Metanarrativas:

Lo que me marcó como profesional

“Claro tu llegabai

*y no te ponían altiro en la mesa de disección
sino que te contaban un cuento,
te ponían unas luces
y cuando estabai medio mareado
te empezaban a cortar
y después,
antes que terminara la sesión,
te armaban,
te cocían
y te mandaban pa la casa un poquito más armado”.*

7.3.2 Tercera Fase: Comunicación de los resultados

Con la finalidad de favorecer la comprensión del lector se han fusionado los pasos 5, 13, 14 y 15 del Análisis de McLeod. Los resultados expuestos en esta fase serán profundizados posteriormente en las conclusiones.

Las narrativas de “Mi” en torno al concepto de Estigma y Autoestigma, están principalmente centradas en su experiencia profesional en un contexto de catástrofe producto del incendio de Valparaíso en Abril del presente año. De esta manera, incorpora en su relato la mirada desde los usuarios, especialmente de los pobladores afectados por este desastre, así como también de los profesionales de Salud Mental.

Con respecto a la percepción que el profesional posee del concepto de Estigma, el entrevistado explica el temor que la mayoría de las personas presenta a ser etiquetado con alguna Enfermedad Mental, fenómeno que “Mi” desarrolla desde una perspectiva histórica, cuando surgen los primeros manicomios y se aísla a quienes padecen alguna patología “*Se va manifestando este control social sobre la peste, el modelo de peste, donde en el fondo lo que hacen, es encerrar a la gente en sus casas y pasaban todos los días en una ronda y si tú no salías o estabas pal hoyo... te llevaban*” se mantiene así una lógica de “*la escoria de lo social*” que lamentablemente es replicada hasta la actualidad, puesto que pese al paso de los años se continúa estigmatizando a quienes tienen un diagnóstico de este tipo, siendo etiquetados por la sociedad, perdiendo credibilidad, productividad, etc.

A modo de ejemplo relata lo vivido por los pobladores afectados por el incendio, quienes solicitan ayuda psicológica pero *“para el otro, no para mí...pongamos a todos los cabros chicos acá porque estos son los que tienen el problema”*, manteniendo este rechazo a ser catalogados como *“locos”*: *“Yo no estoy loco, yo no estoy enfermo, no tengo porqué conversar con usted”*.

Con respecto a la mirada profesional, en relación al concepto de Autoestigma, menciona un episodio desafortunado, en que llega un equipo de Salud Mental a uno de los albergues, y comienzan a diagnosticar y entregar farmacología indiscriminadamente a las personas damnificadas. Este episodio, presente en la narrativa *“monos con cuchilla”*, constituye un ejemplo del significado que otorga al concepto, el cual desde su punto de vista, es movilizado por los mismos profesionales psicólogos: *“El Autoestigma está fuertemente sostenido por una práctica profesional del psicólogo profesional...es culpa nuestra, ni siquiera es nuestra responsabilidad, yo voy directamente a culpabilizar”*. De esta manera, según el entrevistado, muchos profesionales tienen la costumbre de posicionarse desde una perspectiva de poder y no de acompañamiento terapéutico, *“Nuestra profesión, es una profesión que está al servicio de y a veces no se entiende desde ahí”*, en que se abusa del diagnóstico en lugar de respetar a las personas, validar y normalizar sus sentimientos frente a las situaciones dolorosas que podrían estar atravesando: *“La señora tiene derecho a que se le interprete en proceso de duelo y que no se le etiquete como depresiva”*.

De ahí el éxito que han tenido los talleres de Salud Mental posteriores a la catástrofe, puesto que se han implementado desde una perspectiva despatologizante, en que sus asistentes (en su mayoría mujeres) pueden compartir su experiencia sin ser encasilladas dentro de una Enfermedad Mental. También en su narrativa agrega que, bajo esta misma perspectiva cultural, acerca del poder y la importancia que se le otorga al diagnóstico, muchas personas exigen que se les diagnostique o buscan conseguir una ganancia secundaria con él, ya sea obtención de farmacología, ingresar a algún programa, etc. Es en este punto que para *“Mi”*, el profesional debe ser capaz de establecer un proceso terapéutico donde en vez de basarse en el diagnóstico, el usuario logre poner en común lo que le está pasando.

Aunque el profesional considera que en general la principal fuente de Autoestigma son los psicólogos, psiquiatras o médicos, existen ocasiones en las que el paciente es quien demanda el diagnóstico: *“Ya, pero ¿Que tengo? Te estoy pagando plata y te estoy pagando harta plata, entonces dime, dime, ¿Qué es lo que yo tengo?”*. Por otro lado, también menciona que existen usuarios que necesitan el diagnóstico por una ganancia secundaria, como podría ser la obtención de medicamentos: *“Véame, anote en la ficha y ponga ahí por favor que vine hoy día para que el médico me dé la pastilla”*.

Una tercera fuente de Autoestigma para el entrevistado, proviene desde la familia, quienes perciben a la persona que no cumple con las expectativas de “normalidad”, como sujeto que requiere de ajuste. Es en este punto cuando menciona el ejemplo de una madre que llega con su hija quejándose del comportamiento de la niña: “- *Ella se porta mal, yo necesito que usted la arregle- como si uno fuera mecánico de niños*“

Es así como “Mi” integra ambos conceptos en su labor profesional, haciendo grandes esfuerzos por “*Hacer un proceso de alfabetización en Salud Mental, así como hay que alfabetizar para que usen los correos electrónicos o para que usen estos aparatos tecnológicos, también yo creo que hay que alfabetizar*”. Mientras que también intenta evitar el diagnóstico y etiquetaje cuando podrían representar un daño para el usuario: “*El informe es ponerle una cápsula de plutonio en el estómago a un niño de 4 años...los informes psicológicos son como papeles con radioactividad, entonces en ese espacio hacerse el loco y salirse de la institucionalización es un gesto de humanidad*”. Sin embargo, reconoce que en algunos casos el diagnóstico representa una oportunidad para el usuario cuando está seguro de que se hará un buen uso de esa información y podrá tener acceso a una ayuda óptima que contribuirá en su mejoría. Esto lo ha llevado a vivir una constante tensión entre su postura y lo que el Sistema de Salud Primaria en el que se encuentra inserto le exige, al respecto comenta: “*¿Cómo resolvemos el tema cuando tení que cumplir metas porque si no cumplís las metas no tení las lucas y el centro no tiene las lucas, te lo encierran y la población queda desprotegida?, ¿Qué hací? ¿Que hací cuando tení que tener cien casos de depresión en un año diagnosticados y controlados?*”

Finalmente, el entrevistado menciona que durante su formación académica no se trató el concepto de Estigma y Autoestigma propiamente tal, sin embargo la institución educacional donde se formó, le dio la oportunidad de establecer contacto cercano con la comunidad, conociendo de cerca sus problemáticas. Esto sumado a su experiencia desde la perspectiva de usuario, con una terapeuta que él describe como “estas terapeutas que caminan contigo”, hicieron que optara por una postura lejana al modelo biomédico y a la perspectiva del diagnóstico, que para él serían factores inductores de Autoestigma en los usuarios.

7.4 Análisis Narrativo Psicóloga 3

“S” es una psicóloga con 12 años de experiencia en APS. En todos estos años de quehacer profesional “S” ha visto de cerca el tema del Autoestigma en los pacientes. Ella relata de varios casos puntuales en que el Estigma y el Autoestigma se hacen presentes.

- **Paso 2: Identificación de Historias Entrevista**

Luego de realizar el paso 1 del modelo de McLeod (Lectura e inmersión), se procede a identificar las distintas historias y narrativas que componen el relato total de “S”.

- 1.- *“¿No estoy loco”*
- 2.- *“Pero ella es de salud mental”*
- 3.- *Con el diagnóstico previo*
- 4.- *“Yo soy depresiva”*
- 5.- *“Es que yo soy emocionalmente inestable”*
- 6.- *“¿Cómo lo hago yo?”*
- 7.- *“Que bueno el médico, sabe lo que tengo”*
- 8.- *“Se le debe explicar”*
- 9.- *“Mi formación universitaria”*
- 10.- *“Para mí el Autoestigma...”*
- 11.- *“No saquemos al lóquito al baile”*

- **Paso 3: Identificación de tópicos**

En la entrevista de “S” se identificaron los siguientes tópicos:

- 1.- Rechazo a la etiqueta
- 2.- Estigma
- 3.- Rol del profesional de la salud
- 4.- Diagnóstico
- 5.- Perfil del autoestigmatizado

- 6.- Percepción de dificultad del cambio
- 7.- Normalización
- 8.- Psicoeducación
- 9.- Paciente demandante
- 10.- Formación académica
- 11.- Significado de Autoestigma

A continuación, se expondrán los tópicos que surgieron de cada historia seleccionada:

1- “No estoy loco”

Tópico: Rechazo a la etiqueta, Estigma

2-“Pero ella es de Salud Mental”

Tópico: Estigma

3-“Con él diagnóstico previo”

Tópico: Rol del profesional de la salud, diagnóstico

4-“Yo soy depresiva”

Tópico: Perfil del autoestigmatizado, percepción de dificultad de cambio, diagnóstico

5-“Es que soy emocionalmente inestable”

Tópico: Diagnóstico, perfil del autoestigmatizado, percepción de dificultad del cambio, normalización, psicoeducación

6-“¿Cómo lo hago yo?”

Tópico: Psicoeducación, normalización, rol del profesional de la salud, diagnóstico

7-“Que bueno el médico, sabe lo que tengo”

Tópico: Rol del profesional de la salud, paciente demandante, diagnóstico

8-“Se le debe explicar”

Tópico: Psicoeducar, rol del profesional de la salud, diagnóstico

9-“Mi formación universitaria”

Tópico: Formación académica

10-“Para mí el Autoestigma”

Tópico: Significado del Autoestigma

11-“No saquemos el loquito al baile”

Tópico: Estigma, psicoeducación

• **Paso 4: Resumen de las historias y secuencias**

1.-“No estoy loco”

La psicóloga relata como muchos de los pacientes se resisten inicialmente a entrar en el Programa de Salud Mental, manifestando que ellos no están locos y que, por lo tanto, no tienen razones para asistir a tratamiento.

2.-“Pero ella es de Salud Mental”

En este episodio, “S” relata que los pacientes que son de Salud Mental y que a la vez son conflictivos, se les tiene ya identificados entre el personal del CESFAM (Centro de Salud Familiar). Y su mal comportamiento se explica a raíz de que son parte de este programa, ignorando otras posibles causas del malestar de esa persona: como que los pacientes no siempre obtienen las horas para el profesional que requieren, que la entrega de medicamentos no se hace a tiempo, o simplemente porque esa persona tuvo un mal día.

3.-“Con él diagnóstico previo”

Esta vez, la psicóloga enfrenta a un paciente que ya fue diagnosticado por otro profesional, describiendo una actitud abierta y curiosa hacia esta persona que aún desconoce, a pesar de la etiqueta que otro le haya puesto.

4.-“Yo soy depresiva”

En esta ocasión, la profesional nos cuenta acerca de su experiencia con pacientes que acuden a consulta autoestigmatizándose, señalando que son muchas las veces en que esto ocurre.

5.-“Es que soy emocionalmente inestable”

Esta es la historia de un chico, que llega a consulta manifestando que él tiene un trastorno de personalidad, constantemente se aplicaba etiquetas del tipo “*Es que soy emocionalmente inestable*”, “*Es que soy extremadamente tímido*”, “*Es que no resisto una jornada laboral completa*”. Incluso quería pensionarse por su diagnóstico, a pesar de ser una persona joven y con todas las facultades que le permitían llevar a cabo un trabajo adecuadamente. El proceso terapéutico con él entonces, consistió en normalizar ciertos estados de ánimo, darle a entender que él también podía influir en su entorno y perseguir sus propias metas. “S” aún sigue tratando este caso, pero ya ha mostrado bastantes avances, con la terapia y la ayuda de una medicación oportuna.

6.-“¿Cómo lo hago yo?”

En este relato se describe la forma en que la psicóloga trabaja con los pacientes que acuden a consulta reticentes al tratamiento, debido a que comparten la idea de que cualquier servicio de Salud Mental es exclusivamente para “*gente loca*”. “S” nos cuenta que realiza una psicoeducación en las diferentes funciones de los profesionales de la Salud Mental y también de los centros como CESFAM, o el Hospital Salvador. Además, cuando el que acude es un paciente que se autoestigmatiza, entonces realiza una psicoeducación sobre la enfermedad, dándole un carácter pasajero y no determinista.

7.-“Que bueno el médico, sabe lo que tengo”

Acá se nos cuenta de la importancia del diagnóstico en el modelo médico que tenemos en nuestro país, donde los usuarios necesitamos de un diagnóstico para sentir que el profesional efectivamente sabe. Entonces, para “S” el médico cumple un papel estigmatizador, pero está dentro de su rol, de lo que se espera que haga. Muchas veces, es el paciente el que exige ser diagnosticado, y la responsabilidad es compartida.

8.-“Se le debe explicar”

La psicóloga presenta un ejemplo, de cómo ella proporcionaría un diagnóstico de depresión, es decir, acompañado de información sobre las características del trastorno, sus tratamientos, y sobre todo, dejando claro que es un suceso pasajero y que la vida puede volver a la normalidad.

9.-“Mi formación universitaria”

“S” relata que si bien, nunca vio directamente el concepto de Autoestigma en su formación universitaria, si revisó conceptos asociados como Estigma, Estereotipos en Psicología Social. Sin embargo, se tomaban conceptos afines a la psicoterapia en la carrera de pregrado.

10.-“Para mí el Autoestigma”

Aquí se exploran los significados que “S” ha ido elaborando en torno al concepto de Autoestigma, entendiéndola como la internalización de los mitos sociales hacia la Enfermedad Mental.

11.-“No saquemos el loquito al baile”

“S” señala que para ella, Chile está muy atrasado respecto a la educación masiva de la población en temáticas de Salud Mental. Señala que siempre las intervenciones son a nivel local, y que faltan más campañas televisivas para disminuir los estereotipos sociales. Además, ella propone, desintitucionalizar a las personas con trastornos psiquiátricos para integrarlos a la sociedad. En su perspectiva, aun nos da miedo la persona con alguna Enfermedad Mental.

- **Paso 5: La construcción de una representación como un todo.**

Para facilitar el análisis final se fusiono el paso 5 con la Fase 3 del análisis.

7.4.1 Segunda Fase: Microanálisis

En el presente apartado se da paso al Microanálisis que consiste en el desarrollo de la comprensión de las historias y narrativas que componen el relato de “S”.

- **Paso 6: Selección de segmentos para el Microanálisis**

Se llevó a cabo la selección de los segmentos más relevantes de la entrevista, lo que se observa en el siguiente paso.

- **Paso 7: Transformación del texto en estrofas**

Para mantener el ritmo del relato entregado por “S”, se da paso a la transformación del texto en estrofas de los segmentos ya seleccionados de la entrevista. El texto reorganizado se presentará a continuación:

1.- “No estoy loco”

Por ejemplo:

aún hay personas que dicen:

*“Yo no voy al psicólogo
porque no estoy loco”*

o personas que dicen:

*“No, no me deriven
al Hospital Salvador
porque allá van
solo los locos”*

2.- “Pero ella es de Salud Mental”

Acá mismo

dentro del CESFAM

cuando hay una persona en la fila

haciendo mucho boche

o gritando muy fuerte

dicen:

“Pero ella es de Salud Mental”

y se les tiene estigmatizados

ya sabemos que

cuando viene Juanito de tal

va a haber un problema

3.- “Con el diagnóstico previo”

Cuando viene un paciente nuevo

con un diagnóstico,
porque ya lo vio el medico
o la asistente social,
lo tomo como antecedente
pero siempre estoy abierta
a ver con quien me encuentro en sesión
más allá de ese diagnostico
o rótulo

4-. “Yo soy depresiva”

Yo he visto bastantes personas
que tienen un Autoestigma
Yo veo muchas personas que dicen:
“Yo toda la vida he sido depresiva”
Es decir me están como diciendo:
"Yo vengo acá
pero como siempre he sido así,
es difícil que cambie".
Entonces yo veo en esas personas
que ya tienen interiorizado ese rótulo,
ese cartel.

Cuando llegan personas
que me dicen
"Yo soy de esa manera"
son justamente personas
que desde su niñez
han tenido problemáticas
relacionadas a la Salud Mental,
que han tenido
historias de vida
bastante sufridas,
personas que desde pequeños
lo han llevado al psicólogo,

psiquiatra,
antiguamente al neurólogo,
entonces
ya vienen con una historia de diagnóstico.

5.- “Es que soy emocionalmente inestable”

Me acuerdo de otro caso,
un joven que estaba diagnosticado
con un trastorno de personalidad
entonces el primer trabajo fue eso,
como mostrar un poco más
cómo se daban las cosas,
y cómo él la estaba viviendo,
entonces eso también tenía relación
con como él se percibía a sí mismo,
como víctima,
que todo lo malo le pasaba a él,
que nadie lo comprendía,
que nadie lo apoyaba,
con un autoestima bien deteriorada,
con una sensación de tener pocos recursos personales,
pocas fortalezas personales,
entonces al inicio de la terapia
empezamos a trabajar en eso,
este mismo joven tiene claro su diagnóstico
en relación a que se lo han dado,
se lo han repetido en varias ocasiones
entonces el trabajo con él
ha sido como sacarlo de esa posición
que se vea desde otros rasgos,
desde otras habilidades,
y que se saque un poco los rótulos
y los estereotipos que el mismo se está creando.

También está con tratamiento médico farmacológico
pero no ha presentado ninguna recaída
ni baja importante en el ánimo,
entonces también se ha mantenido estable
ha podido relacionarse directamente con su familia,
ha podido decir cosas que antes no se atrevía a decir
ha flexibilizado la mirada que tiene de sí mismo
y ha logrado reconocer en él
características que antes no reconocía.

6.- *¿Cómo lo hago yo?*

¿Cómo lo hago yo?
bueno por un lado
trato de normalizar algunas conductas,
por otro lado
trato de hacer psicoeducación
el rol del psicólogo,
en el rol del psiquiatra,
en las funciones que cumple
el Hospital Salvador,
en las funciones que cumplimos
nosotros como CESFAM
y cuando me dicen:
“Yo soy depresiva”
ahí trato de hacer una psicoeducación
en lo que es el trastorno depresivo,
en que es una enfermedad
como cualquier otra,
para que vean que es un estado depresivo,
y no que va a estar así
toda la vida

7.- “Qué bueno el médico, sabe lo que tengo”

Y en el modelo que tenemos
el diagnóstico es valorado
osea, si yo como usuario
voy al médico
y si salgo de ahí
y el médico
no me dice lo que tengo
yo digo que el médico
es malo
no sabe lo que a mí me pasa
en cambio,
si voy al médico
y me dice
*“Usted tiene esto y esto otro
Y tiene que seguir tal o cual tratamiento”*
pensamos
“Ohhh que bueno el médico”
yo creo que los profesionales
si cumplimos un rol en la estigmatización,
o muchas veces,
es el mismo usuario que exige
que se le diga lo que tiene
“Dígame como me ve”
es una responsabilidad compartida

8.- “Se le debe explicar”

Osea yo no le puedo decir:
*“Tú tienes depresión
así que tienes que venir a un taller
o seguir una terapia”*
y punto
osea, se le debe explicar:

*“Esto que te está pasando
tiene tales y cuales características
se puede describir como una depresión
y para la depresión existen
tales y tales tratamientos
lo importante
es que con un tratamiento adecuado
tú vas a poder salir adelante,
te vas a mejorar
vas a poder estar bien.”*

9.- “Mi formación universitaria”

No fue que tuviéramos un ramo de Autoestigma
teníamos lo de Epistemología,
creo que era,
pero revisábamos todo lo que es
lo de la objetividad,
eso te va abriendo el mundo
y puedes ver esto del Estigma,
estereotipos
también Psicología Social,
y la psicoterapia
en la formación del psicólogo.

10.- “Para mí, el Autoestigma”

Para mí, el Autoestigma
es como la internalización
de un mito asociado,
de las creencias y
la construcción social
que se tiene de las personas
con alguna problemática

en el área de la Salud Mental.

11.- “No saquemos al loquito al baile”

Creo que hace falta
un poco más educación masiva
en relación a lo que Salud Mental.
se hacen intentos locales,
cuando celebramos el día mundial de la Salud Mental,
en dar a conocer a la población como trabajamos,
que lo hacemos acá a nivel local ya.
creo que falta como más difusión a niveles más amplios,
campañas televisivas que hablen de estos temas,
de la estigmatización,
de las personas con problemas de Salud Mental,
nos ayudaría como sociedad
a disminuir los Estereotipos Sociales
que vamos creando como sociedad,
también a nivel secundario,
de la integración de personas
con trastornos psiquiátricos severos,
sacarlos de la institución
para integrarlos en hogares
donde ellos puedan convivir en sociedad.
parece que hay que mantenerlo a raya
“no saquemos al loquito al baile”
porque puede hacer un show,
está bastante estigmatizado por lo tanto.

• **Paso 8: Separación de las narrativas**

Se decide no desarrollar este paso, ya que no se pretende efectuar comparaciones entre entrevistado y entrevistadora, sino que más bien, el objetivo es distinguir los significado que el psicólogo otorga

al fenómeno del Autoestigma.

- **Paso 9: Identificación de las voces**

Con la identificación de las voces, se revelan aspectos de cómo se contó una historia, así mismo se generan voces que nos dan cuenta del relato de otros a través de la percepción de un individuo.

En este punto se identifican y analizan las diferentes voces desprendidas de la entrevista a “G”, las que se han organizado y se expondrán a continuación:

VOCES	ANÁLISIS
<p>Voces Externas</p>	<p>Dentro de la entrevista se pueden identificar voces externas provenientes de distintas:</p> <p>En primera instancia apreciamos la “voz de los pacientes” las cuales se encuentran en: “<i>Yo no estoy loca</i>”, expresando un rechazo a la etiqueta, en “<i>Yo soy depresiva</i>”, “<i>Cómo lo hago yo</i>” y “<i>Es que soy emocionalmente inestable</i>” se puede visibilizar a como quiénes llegan con el fenómeno del Autoestigma. Finalmente también como aquellos que exigen un diagnóstico y cierto tipo de atención del profesional en el caso de “<i>Que bueno el médico, sabe lo que tengo</i>”.</p> <p>Una segunda voz identificada en los relatos, es la “voz de los profesionales de la salud”. Por ejemplo, en la historia “<i>Que bueno el médico sabe lo que tengo</i>”, se puede escuchar a un profesional de la salud dando un diagnóstico y señalando los tratamientos adecuados para la enfermedad en cuestión, mostrando aquello que se espera de su rol.</p> <p>Una tercera voz, la constituye “la persona del SOME” presente en “<i>Pero ella es de Salud Mental</i>”, historia donde se evidencia que el personal del CESFAM también comparte los prejuicios relacionados a la Enfermedad Mental y los aplica a los pacientes a la hora de justificar su conducta.</p>
<p>Voces Internas</p>	<p>Se identifica una primera voz en el discurso de “S” que señala la presencia de los fenómenos de Estigma y Autoestigma en la sociedad, como hecho negativo. Esto</p>

	<p>puede verificarse en las narrativas: <i>“No estoy loco”, “Pero ella es de salud mental”, “Yo soy depresiva”, “Cómo lo hago yo”, “Es que soy emocionalmente inestable” y “No saquemos al loquito al baile”.</i></p> <p>Sin embargo, hay una segunda voz en <i>“Que bueno el médico sabe lo que tengo”</i> que parece justificar el etiquetaje que procede del diagnóstico, afirmando que es un paso necesario para el tratamiento, que es lo que se espera del profesional de la salud y que el paciente a su vez así lo demanda.</p>
--	---

Por otra parte, estas voces permiten entender como “S” se desenvuelve y lleva adelante su quehacer profesional, llevando una reflexión de todo lo que atañe a los fenómenos estudiados. Cabe señalar que si bien la psicóloga está de acuerdo con el diagnóstico, lo aplica y lo considera necesario, encuentra maneras de atenuar su impacto en los pacientes, procediendo a psicoeducar, normalizar y dar una visión esperanzadora del problema, cada vez que el usuario así lo requiere. A pesar de lo anterior, es necesario destacar que la voz de “S” señala claramente la conciencia que la profesional tiene del problema a nivel social y clínico, logrando ejemplificar con casos puntuales el Estigma y el Autoestigma relacionado a la Salud Mental.

- **Paso 10. Identificar el uso figurativo del lenguaje**

En el siguiente recuadro hacemos mención de los segmentos y sus respectivas figuras literarias.

SEGMENTO	FIGURAS Y ANÁLISIS
<i>“Yo no voy al psicólogo Porque no estoy loco”.</i>	En esta frase se hace uso de la Hipérbole , ya que se exagera la visita al psicólogo, como un indicador de locura.
<i>“Yo toda la vida he sido depresiva”.</i>	En esta expresión hay una Hipérbole , ya que la paciente exagera el tiempo que ha padecido el trastorno.
<i>“Entonces eso también tenía relación con como él se</i>	En esta ocasión se utiliza una Anáfora , que a su vez, constituye una Hipérbole , en donde se manifiesta la suposición de falta de

<p><i>percibía a sí mismo, como víctima, que todo lo malo le pasaba a él, que nadie lo comprendía, que nadie lo apoyaba”.</i></p>	<p>oportunidades en el entorno de ese usuario.</p>
<p><i>“Entonces el trabajo con él ha sido como sacarlo de esa posición, que se vea, desde otros rasgos, desde otras habilidades”.</i></p>	<p>Expresión que utiliza la Anáfora, para recalcar el trabajo que la profesional desea hacer con el paciente autoestigmatizado, para que se sitúe en otra perspectiva.</p>
<p><i>“Entonces también se ha mantenido estable, ha podido relacionarse directamente con su familia, ha podido decir cosas que antes no se atrevía a decir”</i></p>	<p>En esta frase nuevamente se utiliza la Anáfora, para destacar los cambios que él paciente tuvo gracias al tratamiento.</p>
<p><i>“Trato de hacer psicoeducación en el rol del psicólogo, en el rol del psiquiatra, en las funciones que cumple el Hospital Salvador, en las funciones que cumplimos nosotros como CESFAM”.</i></p>	<p>Se utiliza una Anáfora para hacer énfasis los distintos tipos de psicoeducación que realiza.</p>
<p><i>“Parece que hay que mantenerlos a raya, no saquemos al loquito al baile porque puede hacer un show, está bastante estigmatizado por lo tanto.”</i></p>	<p>Utiliza la Metáfora para indicar la discriminación que aún existe en nuestro país, en torno a la Enfermedad Mental, a quienes todavía se considera como personas peligrosas.</p>

- **Paso 11: Analizar la estructura de la Historia**

Este paso fue omitido del análisis ya que no es pertinente para la comprensión de las narrativas del entrevistado y de los significados asociados.

- **Paso 12: Identificación de las narrativas culturales**

Se identificaron las macronarrativas en los relatos de “S”. Cada una de éstas, son representadas con una sección de estrofas.

Macronarrativas:

Enfermedad Mental como sinónimo de locura

Por ejemplo

aún hay personas que dicen:

“Yo no voy al psicólogo

porque no estoy loco”

o personas que dicen:

“No, no me deriven al Hospital Salvador

porque allá van solo los locos”

Acá mismo dentro del CESFAM

Cuando hay una persona en la fila

Haciendo mucho boche

O gritando muy fuerte

Dicen:

“Pero ella es de Salud Mental”

Diagnostico como elemento esencial de la atención médica

Los médicos y los psiquiatras,

su rol es hacer un diagnostico

para poder intervenir,

el diagnóstico también

da ciertos límites de tratamiento

Y en el modelo que tenemos
el diagnóstico es valorado,
o sea si yo como usuario,
voy al médico y yo salgo de ahí
y el médico no me dice que tengo,
yo digo que el médico es malo,
que no sabe lo que a mí me pasa,
En cambio, si yo voy al médico
y me dice: *“Usted tiene esto y esto otro,
y tiene que seguir tal o cual tratamiento”*,
pensamos *“Oh que bueno el médico,
porque me pudo comprender
lo que a mí me pasa”*.

Metanarrativas:

Psicólogo como orientador

Osea yo no le puedo decir:
*“Tú tienes depresión
Así que tienes que venir a un taller
O seguir una terapia”*
Y punto
Osea, de le debe explicar:
*“Esto que te está pasando
Tiene tales y cuales características
Se puede describir como una depresión
Y para la depresión existen
Tales y tales tratamientos
Lo importante
Es que con un tratamiento adecuado
Tú vas a poder salir adelante,
Te vas a mejorar
Vas a poder estar bien.”*

7.4.2 Tercera Fase: Comunicación de los resultados

Con la finalidad de favorecer la comprensión del lector se han fusionado los pasos 5, 13, 14 y 15 del Análisis de McLeod. Los resultados expuestos en esta fase serán profundizados posteriormente en las conclusiones.

En sus 12 años de experiencia en atención primaria, “S” ha visto de cerca los fenómenos de Estigma y Autoestigma en Salud Mental, generando a partir de allí, una opinión clara al respecto, la cual es integrada en la manera de hacer su trabajo.

La psicóloga deja en claro, desde el comienzo de la entrevista, a propósito del Estigma que *“En nuestra sociedad el tema de la Salud Mental todavía está estigmatizado... todavía tenemos bastante discriminación al respecto... Siempre está asociado a una connotación negativa el tener algún problema en esta área.”* Por lo tanto para ella el Autoestigma es *“la internalización de un mito asociado, de las creencias y la construcción social que se tiene de las personas con alguna problemática en el área de la Salud Mental”*. La profesional agrega en la historia *“No saquemos al loquito al baile”* que este un tema en el que estamos *“al debe”* en nuestro país, donde las políticas públicas de anti-discriminación, aun no abordan la situación de las personas con alguna Enfermedad Mental, no se hace educación masiva al respecto y menos aún se crea conciencia social sobre la integración de los afectados.

Para la psicóloga, lo anterior influye en la percepción que todos tenemos de la Enfermedad Mental, incluso en las opiniones de los mismos funcionarios del Centro de Salud Familiar, que también estigmatizan a algunos usuarios del servicio, solo por ser de pacientes de Salud Mental. Cuando alguno de ellos hace algún reclamo a viva voz, por no conseguir las horas al profesional que necesitan o por considerar que no están recibiendo la atención que merecen, entonces su conducta se explica a partir de que son pacientes que acuden al psicólogo, ignorando cualquier otra razón de peso para que tal situación ocurra.

Por otra parte, en su experiencia destaca que no son pocos los pacientes que se resisten inicialmente a ingresar a este programa, justamente para evitar ser estigmatizados. Es así como las frases *“Yo no voy al psicólogo, porque no estoy loco”* o *“No, no me deriven al Hospital Salvador porque allá van solo los locos”* todavía son frecuentes entre el público que acude a consulta.

Una tercera tendencia, la constituyen los pacientes que llegan con Autoestigma, es decir que aunque solicitan la ayuda del profesional, en verdad están pensando *“Yo vengo acá pero como siempre he sido así, es difícil que cambie”*. “S” afirma que esta no es una situación aislada, y en la historia *“Yo soy depresiva”* sostiene que estas personas ya tienen interiorizado el diagnóstico, como un cartel,

como un rótulo. Por lo tanto lo toman como parte de su identidad y asumen que toda la vida se han comportado de un modo depresivo. Para la entrevistada un factor importante en este asunto, lo constituye el historial de atenciones profesionales que el paciente tuvo desde niño, es decir que la mayoría ha sido poli-consultante desde la niñez: *“Personas que desde pequeños lo han llevado al psicólogo, psiquiatra, antiguamente al neurólogo, entonces ya vienen con una historia de diagnóstico, de intervenciones médicas, intervenciones psiquiátricas, psicológicas, donde su personalidad ha sido cargada, nutrida de estos antecedentes, de estas estigmatizaciones, de estos estereotipos”*.

No obstante, a la hora de encontrar culpables de esta estigmatización o autoestigmatización, “S” busca un equilibrio y divide las responsabilidades. Primero, nos dice que el modelo médico operante hoy en día exige un diagnóstico, que de por sí entrega una etiqueta o rótulo con que la persona deberá enfrentarse. Ella misma manifiesta estar a favor del diagnóstico ya que guía y facilita los tratamientos. En este sentido, afirma: *“El profesional o el médico también cumple un rol que es estigmatizador, pero también es algo que está dentro de lo necesario, de lo que se pide, o lo que se espera.”* En segundo lugar, está el mismo paciente que exige “saber lo que tiene” y que señala como incompetente al profesional que no cumple con este requisito, situación que queda de manifiesto en la narrativa *“Qué bueno el médico, sabe lo que tengo”*.

La psicóloga aborda la ambigüedad que significa el tener que diagnosticar y conocer los efectos que esto tiene para el paciente, adoptando una actitud abierta. Se trata de ver a la persona más allá de su ficha clínica, del rótulo, permanecer curioso al encontrarse con un nuevo paciente, pese a que este tenga un diagnóstico previo del médico, el psiquiatra o la asistente social.

Respecto a la integración de los conceptos de Estigma y Autoestigma, en el quehacer profesional de “S”, afirma que si bien, no dedica cierto número de sesiones a trabajarlos en forma exclusiva, si es algo que intenta evitar en los pacientes a lo largo de la terapia. Por ejemplo, en el caso de las personas que se resisten al tratamiento ya que tienen internalizada la idea de que “la locura” es la única razón para entrar al programa de Salud Mental, lo ella hace es psicoeducar al paciente, en el rol del psicólogo, en el rol del psiquiatra y en las funciones de los distintos dispositivos de salud.

Cuando se trata de entregar un diagnóstico, se preocupa de explicar las características del trastorno, de dar un carácter pasajero a la enfermedad, dejando en claro que se puede volver a la normalidad con un tratamiento apropiado: *“Yo creo que siempre debe ir con una psicoeducación, y tener la disposición también de explicarle al paciente, todas sus dudas para que se vaya con una visión más amplia de lo que le pasa y no solo con una etiqueta con la que se va a quedar como pegado y no salga adelante.”*

En lo que refiere a los pacientes con Autoestigma, la psicóloga genera estrategias para rescatar los recursos que aquella persona conserva. De hecho, en la historia “*Es que soy emocionalmente inestable*”, relata un caso puntual de un joven con trastorno de personalidad, que siempre se posicionaba como una víctima ante el mundo, viviendo desde los estereotipos que él mismo se había creado, con la autoestima bien deteriorada y con una sensación de tener pocos recursos personales. Su caso era emblemático para la profesional, puesto que este mismo joven tenía claro su diagnóstico en relación a que se lo habían dado y repetido en varias ocasiones por distintos profesionales. Lo que hizo entonces, fue fortalecer sus recursos, ampliar sus posibilidades, y hacer que viese la realidad desde otra perspectiva, reconociendo en sí mismo, características que antes no veía. Pese a que se trata de un proceso que todavía continúa, el paciente ya presenta buenos avances, y se ha mantenido estable durante meses, ahora se relaciona directamente con su familia, y ha llegado a expresarse de mejor manera con el entorno.

En última instancia, en relación a si en algún momento de su proceso formativo tuvo algún acercamiento al concepto de Autoestigma, la entrevistada admite que no estudió el fenómeno directamente durante su formación de pregrado, pero que sí se trataban temas relacionados a la ética de la atención con el paciente, la objetividad, los estereotipos y el Estigma.

7. 5 Análisis Narrativo Psicóloga 4

“M” es una psicóloga con 5 años de experiencia en APS. A continuación conoceremos su acercamiento a los conceptos de Estigma y Autoestigma desde su perspectiva y su experiencia en el quehacer clínico.

- **Paso 2: Identificación de Historia**

Luego de realizar el paso 1 del modelo de McLeod (Lectura e inmersión), se procede a identificar las distintas historias y narrativas que componen el relato total de la Psicóloga 4.

- 1.- *“Desde ahí lo veo yo”*
- 2.- *Entonces, la familia sufre*
- 3.- *Diagnóstico lapidario*
- 4.- *“Muy generosos con la diversidad”*
- 5.- *“Nunca había visto mi vida de esta manera”*
- 6.- *“No es tema”*
- 7.- *“Yo soy un...”*
- 8.- *“Yo soy alcohólico”*
- 9.- *“Podría ser un buen basquetbolista”*
- 10.- *“Ellos piensan que todo es error”*
- 11.- *Búsqueda de nuevas redes*
- 12.- *“Yo creo que se resisten...”*
- 13.- *Para mí el Autoestigma...*
- 14.- *“No es solamente la persona”*

- **Paso 3: Identificación de los tópicos**

En la entrevista de Psicóloga 4 se identificaron los siguientes tópicos:

- 1.- Diagnóstico
- 2.- Rol del profesional de la salud
- 3.- Fortalecimiento de recursos personales
- 4.- Estigma
- 5.- Psicoeducación
- 6.- Formación académica
- 7.- Abandono del Autoestigma
- 8.- Empoderamiento
- 9.- Perfil del autoestigmatizado
- 10.- Esperanza de cambio
- 11.- Abandono del Autoestigma
- 12.- Percepción de dificultad de cambio
- 13.- Significado del Autoestigma
- 14.- Importancia del contexto

A continuación, se expondrán los tópicos que surgieron de cada historia seleccionada:

1.-“Desde ahí lo veo yo”

Tópico: Rol del profesional de la Salud, diagnóstico, fortalecimiento de recursos personales

2.- Entonces, la familia sufre

Tópico: Estigma, rol del profesional de la salud, psicoeducación, diagnóstico

3.- Diagnóstico lapidario

Tópico: Rol del profesional de la salud, diagnóstico

4.- “Muy generosos con la diversidad”

Tópico: Formación académica

5.- "Nunca había visto mi vida de esta manera"

Tópico: Abandono del Autoestigma

6.- "No es tema"

Tópico: Empoderamiento, Rol del profesional de la salud, diagnóstico

7.- "Yo soy un..."

Tópico: Perfil del autoestigmatizado, esperanza de cambio, abandono del Autoestigma, diagnóstico

8.- "Yo soy alcohólico"

Tópico: Perfil del autoestigmatizado, abandono del Autoestigma, diagnóstico

9.- "Podría ser un buen jugador de básquetbolista"

Tópico: Esperanza de cambio, empoderamiento, abandono del Autoestigma, psicoeducación, diagnóstico

10.- "Ellos piensan que todo es error"

Tópico: Perfil del autoestigmatizado

11.- Búsqueda de nuevas redes

Tópico: Perfil del autoestigmatizado, percepción de dificultad de cambio

12.- "Yo creo que se resisten..."

Tópico: Percepción de dificultad de cambio

13.- Para mí el Autoestigma...

Tópico: Significado del Autoestigma

14- “No es solamente la persona”

Tópico: Importancia del contexto

- **Paso 4: Resumen de las Historias y Secuencias**

1.-“Desde ahí lo veo yo”

La psicóloga entrevistada nos relata que el Estigma existente en torno a la Enfermedad Mental es producido por el modelo médico que fundamenta la Atención Primaria de Salud. Nos recalca que personalmente no comparte este modelo, ya que su visión de la psicoterapia y de los pacientes que asisten a ella se basa en la mirada de los recursos y habilidades que posee cada ser humano, mientras que el modelo médico limita a las personas al situarlas en una categoría y coartar sus posibilidades.

2.- Entonces, la familia sufre

“M” relata que dentro del modelo médico se presenta un sobrediagnóstico de déficit atencional en los niños, recurriendo al tratamiento farmacológico para compensar su problema de adaptación, en lugar de buscar nuevas posibilidades para estos pacientes. Señala además que este diagnóstico produce un Estigma hacia los menores, el cual acarrea consigo expectativas hacia él, generando que tanto el niño como la familia sufran.

3.- Diagnóstico lapidario

Al continuar indagando sobre el diagnóstico y sus efectos para los pacientes, la psicóloga nos relata que por lo general ella evita diagnosticar y que este trabajo es realizado por otros profesionales de la salud, específicamente los psiquiatras, quienes entregan diagnósticos que “M” considera “lapidarios”.

4.- “Muy generosos con la diversidad”

La profesional relata que a través de su vida académica ha podido informarse sobre el concepto de Estigma, agregando además, que estas nociones influyen tanto para la persona del terapeuta como para su labor profesional.

5.- "Nunca había visto mi vida de esta manera"

En esta narración, se ejemplifica el cambio que la entrevistada observa en sus pacientes una vez iniciado el proceso terapéutico. Específicamente como éstos van cambiando la percepción de sí mismos y de su historia de vida al comenzar a despojarse de la autoestigmatización.

6.- "No es tema"

Este relato ejemplifica perfectamente la visión de "M" con respecto al significado que representa un diagnóstico, ya que narra el caso de una joven embarazada que llega al programa "Chile Crece Contigo" con diagnóstico de esquizofrenia y que sin embargo no se autoestigmatiza.

7.- "Yo soy un..."

En este relato "M" da cuenta de los efectos de la autoestigmatización en las personas, produciendo que éstas se perciban a sí mismas desde las características asociadas a su diagnóstico. De esta forma, fundamentan su identidad desde la patología. A sí mismo, "M" menciona lo fundamental de la participación de los familiares en el proceso de abandono del Autoestigma.

8.- "Yo soy alcohólico"

Esta historia nos refleja el caso de un paciente que se encuentra viviendo el fenómeno de la autoestigmatización y como a través del espacio terapéutico logra despojarse de este Estigma que aplicaba a sí mismo.

9.-"Podría ser un buen basquetbolista"

"M" relata el caso de un chico diagnosticado con déficit atencional a quien le plantea nuevas alternativas de tratamiento, enfocándose en sus habilidades como deportista. Frente a esta nueva posibilidad el menor logra cambiar la percepción de sí mismo, cambio que se extiende también a su cuidadora. De esta forma, se abandona la percepción de las limitaciones del niño para sustituirla por una imagen mucho más positiva del menor.

10.- "Ellos piensan que todo es error"

En esta narración se plantean las actitudes concretas que para "M" presentan los niños autoestigmatizados, quienes acuden a la consulta ansiosos y retraídos.

11.- Búsqueda de nuevas redes

“M” nos narra acciones concretas que toma en su trabajo terapéutico para ayudar a que las pacientes puedan tener otras experiencias y no se estanquen dentro de una categoría diagnóstica. Resalta la importancia de pertenecer a grupos lúdicos que ayuden a ampliar la experiencia de la persona.

12.- "Yo creo que se resisten..."

La profesional relata que las personas que cuentan con escasas redes sociales y/o historias personales desesperanzadoras, son quienes más se resisten a abandonar el Autoestigma, ya que se les dificulta cambiar la percepción su vida.

13.- Para mí el Autoestigma...

En este relato “M” nos transmite el significado que posee para ella el fenómeno del Autoestigma, señalando que son rótulos limitantes que se forman desde el modelo médico.

14.- “No es solamente la persona”

La profesional relata que el contexto influye en el proceso de autoestigmatización, sobretodo en el caso de los niños, donde la familia y el colegio los visualizan desde su rotulo. Además, éstos dependen de otras personas, volviéndose difícil encontrar nuevas perspectivas que lo ayuden a cambiar la percepción de sí mismos.

- **Paso 5: Construcción de una representación como un todo**

Para facilitar el análisis final se fusiono el paso 5 con la Fase 3 del análisis.

7.5.1 Segunda Fase: Microanálisis

En el presente apartado se da paso al Microanálisis que consiste en el desarrollo de la comprensión de las historias y narrativas que componen el relato de “M”.

- **Paso 6: Selección de segmentos para el Microanálisis**

Se llevó a cabo la selección de los segmentos más relevantes de la entrevista, lo que se observa en el siguiente paso.

- **Paso 7: Transformación del texto en estrofas**

Para mantener el ritmo del relato entregado por “M”, se da paso a la transformación del texto en estrofas de los segmentos ya seleccionados de la entrevista. El texto reorganizado se presentará a continuación:

1.- “Desde ahí lo veo yo”
Con respecto al Estigma
yo no lo comparto,
no comparto mucho el modelo médico,
entonces para mi es difícil rotular a alguien,
estigmatizar a alguien,
desde si hay algún persona
que tiene una descompensación,
por decirlo así,
yo creo que necesita un fármaco,
tratar de compensarlo de alguna manera
porque neuroquímicamente,
bioquímicamente algo está mal,
pero desde ahí lo veo yo...
Con respecto a su persona
yo creo que hay que
potenciar todos sus recursos personales,
sus habilidades
entonces para mí,
nunca se va a presentar un esquizofrénico,
un bipolar,
de acuerdo al modelo biomédico,

para nada
yo siempre trato de rescatar
a las personas sus recursos

2.- Entonces, la familia sufre

Los chicos están sobrediagnosticados,
hay chicos que sí,
realmente tienen déficit atencional,
pero yo creo que se abusa,
no se buscan otras posibilidades,
yo trato de conversar con los padres
y de hacerles ver
que hay otros contextos
que ese chico
no es que tenga un problema,
en ese contexto determinado él
por distintas razones
está sufriendo,
lo está pasando mal
mi sugerencia es siempre
cambiarlo de colegio
"No siga sufriendo ahí,
porque usted sufre,
su hijo sufre
y el contexto en general
la familia está sufriendo"

3.- Diagnóstico lapidario

Yo creo que
hay que ser cuidadoso con los diagnósticos,
generalmente
estos diagnósticos que son bien...

algunos como medios lapidarios
generalmente lo dan los psiquiatras...
créeme que yo no diagnostico...

4.- Mi formación académica

Estigma sí,
pero nunca tuve profesores
que rotularan tanto...
desde esa formación
tuve profesores
muy generosos con la diversidad
después,
cuando hice el magister en la Valparaíso
yo creo que una profesora
si marcó así una experiencia,
fue Ana María Zlachevsky,
yo creo que ella
marca la forma de cómo ves la vida,
la diversidad,
la experiencia,
de entender que has llegado en la vida
hasta dónde has llegado
por los recursos que has tenido
que eso lo entiendes para ti primero que todo
y luego lo comprendes
para los otros
y desde ahí
el respeto a la diversidad

5.- "Nunca había visto mi vida de esta manera"

Me pasa que
los pacientes me dicen:

"Nunca había visto mi vida de esta manera",
empiezan a rescatar
todo lo positivo que tiene su experiencia,
y se empiezan a relatar unas historias distintas,
se sienten distintos

y se movilizan distinto...
después se integran al grupo,
personas que han buscado trabajo
que incluso tenían ese sentir como de limitado,
de no haber tenido posibilidad
y sin embargo se dan cuenta que han tenido
una serie de posibilidades
que le han permitido
llegar a ser las personas
que son hoy en día
y eso les cambia completamente la vida,
la percepción de sí mismo.

6.- “No es tema”

Tengo una paciente
que me dijo que tenía esquizofrenia,
pero no es tema,
como para mí no es tema
para ella tampoco era tema
me dijo:
*“Tengo Esquizofrenia
y tengo que tomar unos fármacos”*,
ella tiene claro
que tiene que tomarlo
para no descompensarse,
así lo dice,
nada más...
no es un tema,

empezamos a hablar de otras cosas
porque para mí tampoco es tema

7.- “Yo soy un...”

Ellos se presentan con un rótulo,
*“Yo soy un esquizofrénico,
soy un bipolar,
soy un depresivo”,*
entonces a ellos se le adhiere
una serie de características
y sintomatología,
características casi de personalidad
y ellos desde ahí se movilizan
pero cuando tú,
empiezas a conversar con ellos de su vida,
su experiencia
y vas ampliando incluso
su visión de las cosas
se desprenden de estas ideas
que tienen sobre ellos mismos,
sobre esta identidad que se han formado
día a día a través de los años,
porque junto a ello
piensa que es el médico
junto con la familia...
no es sólo la persona...
por eso es importante
trabajar con la familia
alguien que sea significativo
y que pueda participar...
para ampliar esta mirada en la familia...
y les cambia la visión a la familia...
se liberan, las familias se liberan...

8.- "Yo soy alcohólico"

Tuve un paciente
que él se definía como "alcohólico",
él era alcohólico,
ni siquiera pasaba su nombre...
"Yo soy alcohólico" él decía...
dejo de verse como el alcohólico,
ya era el,
el Héctor,
el Héctor que tenía sueños,
pero ya no era el alcoholismo
él me decía:
*"Superar algunos dolores de la vida
que me causaron daño
y quizás por eso consumo",*
pero ya no era el tema del alcohol
entonces empezó a verse distinto,
a sentirse distinto desde ahí...
es que cuando comienzas a tomar
las experiencias de su vida,
de sus sueños,
de sus oportunidades
y de lo que desean hacer
y cómo viven la vida
creo que se despojan de estos rótulos.

9.-"Podría ser un buen basquetbolista"

Ayer tenía un chico aquí
pseudodiagnosticado,
entonces ponte tú
hablas de sus posibilidades,
*"Mira podrías ser un buen deportista,
tú eres sumamente inquieto",*

rápidamente el chico dice:
*"Yo podría ser un buen basquetbolista
porque eso es lo que me gusta tía
y yo puedo tirar la pelota muy lejos"*
y tú lo empiezas a escuchar a él,
empieza a elaborar
así como una historia de sí mismo
súper positiva...
deja de ser el chico inquieto,
deja de ser el chico que está en forma negativa,
y estaba la tía que lo cuida
y la tía lo empieza a ver
completamente distinto:
*"En realidad señorita
el deporte realmente sería muy bueno para él
porque él realmente
tiene habilidades para el deporte",*
entonces la persona que está,
que lo cuida,
que lo protege
lo ve en forma positiva,
lo valida desde otra manera...

10.- "Ellos piensan que todo es error"

Retraídos,
bajan la mirada,
muy ansiosos con las manos,
hay poca comunicación,
no quieren hablar,
temen equivocarse...
yo creo ellos piensan
que todo es error,
evitan hablar...

es triste,
es triste ver a un chico de 5 años
que entra casi como derrotado,
porque desde ellos creo
que esta el temor a equivocarse
porque se lo han dicho tantas veces
que ya no quieres hablar.

11.- Búsqueda de nuevas redes

Por ejemplo,
hay pacientes que necesitan fármacos
y creen que su mundo
está absolutamente limitado,
pero siempre los invito a integrarse a grupos
que busquen una actividad
que se sientan cómodos
entonces tú tienes posibilidades
de compartir con otro,
de sentirte distinto,
disfrutar de distintas experiencias
que siempre son gratas,
porque son grupos gratos,
entretenidos,
alegres
y ahí cambia su dinámica de vida,
de ser un paciente muy rotulado,
muy restringido en su visión,
cuanto tú te incorporas
a nuevas redes
cambia tu vida.

12.- "Yo creo que se resisten..."

Generalmente son personas
que están más solitarias,
muchas veces en condición de calle...
porque esta visión
si bien la trabajas con el paciente
la idea es invitar a alguien,
a compartir estas nuevas experiencias
o a contarte la historia de manera distinta
pero hay pacientes
que están en condiciones de calle,
que están en contextos muy adversos...
yo creo que desde ahí
se hace más complejo
porque después llegan a una realidad
que, como por ejemplo...
el ejército de salvación,
donde hay historias similares de abandono,
como de desesperanza,
yo creo que se hace más complejo,
faltan ahí redes...
historias que han sido
también muy dolorosas...
se resisten,
yo creo que se resisten de la...
hay mucha desesperanza

13.- Para mí el Autoestigma...

Para mí son rótulos,
rótulos que son limitantes,
carentes de posibilidades,
yo diría que hay un trasfondo
de falta de amor

y compromiso con otro...
creo que desde el modelo médico
es más fácil rotular,
es más rápido,
todo el proceso se hace más rápido...
porque tu das un fármaco
y desde ahí entiendes que el otro
nunca más
va a tener una posibilidad
y que lo más probable
es que no lo veas nunca más...
desde el otro lado,
el trabajo es un poco más arduo
pero es más entretenido,
más creativo,
es más generoso,
mucho más lúdico,
y se hace con más amor,
hay más amor ahí.

14-. “No es solamente la persona”

Es que hay todo un aparataje,
todos operan ahí,
si no es solamente la persona,
en el caso de un niño
está su mundo completo,
es el colegio,
los padres
que estos padres traspasan la información
a otros familiares
y el niño queda ahí
yo creo que cuando eres niño
quisieras a veces cambiar

pero dependes de otros,
 cuando eres adulto
 puedes luchar distinto,
 tienes más posibilidades...
 y cuando eres adulto
 puedes comprender,
 si conoces a alguien distinto en tu vida
 entiendes que hay más posibilidades,
 porque tiene miradas diferentes,
 más positivas,
 te movilizas con ellos desde otra manera,
 te sientes distinto

- **Paso 8: Separación de las narrativas**

Se decide no desarrollar este paso, ya que no se pretende efectuar comparaciones entre entrevistada y entrevistadora, sino que más bien, el objetivo es distinguir los significados que el psicólogo otorga al fenómeno del Autoestigma.

- **Paso 9: Identificación de las voces**

Con la identificación de las voces, se revelan aspectos de cómo se contó una historia, así mismo se generan voces que nos dan cuenta del relato de otros a través de la percepción de un individuo. En este punto se identifican y analizan las diferentes voces desprendidas de la entrevista a “G”, las que se han organizado y se expondrán a continuación:

VOCES	ANÁLISIS
<i>Voces Externas</i>	En los relatos se puede apreciar la voz externa constituida por “ <i>La voz de los pacientes</i> ”, en quienes se reflejan los conceptos del Estigma y Autoestigma. Esta voz podemos subdividirla en distintas categorías, según su relación hacia estos conceptos.

	<p>Tenemos un primer grupo de pacientes, cuyas voces dan cuenta de la presencia de la autoestigmatización. Esto lo observamos en las historias: “Yo soy un...” y “Yo soy alcohólico”.</p> <p>Un segundo grupo de voces reflejan cómo los pacientes van dando pasos hacia al abandono del Autoestigma, esto lo podemos observar en historias: “Nunca había visto mi vida de esta manera” y “Podría ser un buen basquetbolista”.</p> <p>Una tercera voz es aquella que representa a los pacientes que no se ven afectados por el Autoestigma, como lo refleja la historia “No es tema”.</p>
<p>Voces Internas</p>	<p>La voz interna está representada por “M”, quien en su relato nos expresa su visión sobre la temática de Estigma y Autoestigma existente en torno a la Enfermedad Mental.</p> <p>Podemos observar el que para “M” es el origen del Estigma en el relato “Desde ahí lo veo yo”; el significado del Autoestigma en Para mí el Autoestigma...; las consecuencias que genera tanto el Estigma como el Autoestigma en Entonces, la familia sufre y Diagnóstico lapidario; y la influencia de su formación académica en su quehacer profesional en “Muy generosos con la diversidad”.</p> <p>A lo largo de las diferentes historias podemos ir profundizando en el punto de vista de “M”, el cual se mantiene bajo una misma línea durante ambas entrevistas. Esta voz no presenta contradicciones y es consecuente entre los distintos relatos.</p>

A partir de las voces identificadas en la entrevista de esta profesional se puede concluir que bajo su perspectiva el Estigma deriva desde el modelo médico, el cual rotula y limita a los pacientes a quien diagnostica. A pesar de pertenecer a la red de Atención Primaria, sustentado en el modelo médico, “M” se posiciona desde una postura diferente a la hora de ejercer su labor como profesional, destacando la importancia de ampliar la visión frente al diagnóstico, de rescatar los recursos y las habilidades, abriendo nuevas oportunidades en la vida de los paciente. Todo esto sumado es la forma en que ella enfrenta al autoestigmatización.

- **Identificar el uso figurativo del lenguaje**

En el siguiente recuadro hacemos mención de los segmentos y sus respectivas figuras literarias.

SEGMENTO	FIGURAS Y ANÁLISIS
<i>“Están ingiriendo una cantidad de fármacos espectaculares”</i>	Utiliza una Hipérbole para hacer énfasis en la cantidad de fármacos ingeridos.
<i>“...como que no las tuviera no las pudiese desarrollar, yo creo que están como dormidas pero si pueden”</i>	La Comparación es utilizada para expresar el estado de las capacidades de una persona.
<i>“Todo se puede potenciar, tu si puedes desarrollar... entonces no lo comparto, claramente no lo comparto”</i>	La Repetición es una de las figuras más utilizadas dentro del relato de “M”. En este caso vemos que lo utiliza para resaltar su desacuerdo con el modelo médico.
<i>“Ese Estigma que se le puede colocar a ese niño inquieto en todo un mundo”.</i>	Uso de una Hipérbole para enfatizar el gran impacto del Estigma en la vida de los niños, afectando este todos sus contextos.
<i>“Créeme que todos los chicos que se han cambiado de colegio están felices...”</i>	Se utiliza una Hipérbole para aumentar la cantidad de niños a los que un cambio de colegio les favorece.
<i>“Yo creo que sí influye... si influye...”.</i>	Uso de la Repetición para enfatizar su opinión, dejando en claro la influencia que representa.
<i>“Se sintió liberada, se sintió muy liberada”</i>	La Repetición como modo de destacar el sentimiento de la paciente.
<i>“Se desarrollan en contextos vulnerables, súper”</i>	Repetición para dar hincapié en las características del contexto.

<i>vulnerables”.</i>	
<i>“Pero esa contradicción interna de que me resistía, me resistía”.</i>	Uso de una Repetición para magnificar su sentimiento frente a la situación.
<i>“Les cambia la visión a la familia... se liberan, las familias se liberan”.</i>	Se utiliza la Repetición para recalcar el efecto liberador provocado por el cambio de visión.
<i>“Se ven distintos, se sienten distintos, se movilizan distinto”.</i>	Uso de una Epifora , se recalca una idea utilizando la misma palabra al final de cada oración.
<i>“Porque todos los chicos tienen ritmos distintos, se movilizan distinto, piensan distinto, sienten distinto, por lo tanto su aprendizaje es distinto y como incorporas la experiencia también es distinta”.</i>	Con Epifora se enfatiza la idea del cambio en los niños, para esto se utiliza la palabra <i>distinto</i> al final de varias oraciones.
<i>"Con quién te criaste, quién te formó, quién te ayudó, quien te permitió llegar a este sillón”.</i>	Uso de una Anáfora , repitiendo la misma palabra al comienzo de cada oración, en este caso, la palabra <i>quién</i> .
<i>“Empiezas a comprender que la historia no es tan negra, tiene matices no más”.</i>	Utilización de una Sinestesia para otorgarle una cualidad a la historia, dando énfasis en cómo fue esta.

- **Paso 11: Analizar la estructura de la Historia**

Este paso fue omitido del análisis ya que no es pertinente para la comprensión de las narrativas del entrevistado y de los significados asociados.

- **Paso 12: Identificación de las narrativas culturales**

Se identificaron las macronarrativas en los relatos de “G”. Cada una de éstas, son representadas con una sección de estrofas.

Macronarrativas:

El Enfermo Mental como discapacitado

Rotula y limita, limita al entorno,
a la persona en su entorno
porque lo tratan como personas
que estuvieran carentes de posibilidades,
de recursos personales,
es como si se asignaran y se calificara
de determinada manera a las personas
entonces como que el bipolar o el esquizofrénico
hay cosas que no pueden realizar
o habilidades como que nunca va a poder tener

Metanarrativas

Mi visión sobre el diagnóstico

Yo creo que hay que ser cuidadoso con los diagnósticos,
generalmente estos diagnósticos que son bien...
algunos como medios lapidarios
generalmente lo dan los psiquiatras...

La creencia del diagnosticado

Hay pacientes que necesitan fármacos
y creen que su mundo está absolutamente limitado...
un paciente muy rotulado, muy restringido en su visión

7.5.2 Fase 3: Comunicación de los resultados

Con la finalidad de favorecer la comprensión del lector se han fusionado los pasos 5, 13, 14 y 15 del Análisis de McLeod. Los resultados expuestos en esta fase serán profundizados posteriormente en las conclusiones.

“M” es una psicóloga que cuenta con 5 años de experiencia en la Atención Primaria de Salud, tiempo durante el cual ha podido observar los fenómenos relacionados con el Estigma y Autoestigma. A continuación daremos cuenta de la información recabada tras el análisis de las entrevistas realizadas a la profesional.

Con respecto al significado en torno al concepto de Estigma la profesional se sitúa inmediatamente desde una posición de reprobación hacia el concepto, dejando en claro que es un constructo que ella no comparte. Para “M” el Estigma se origina debido al modelo médico presente en la Atención Primaria de Salud. Es desde este enfoque que se establecería un rótulo de acuerdo a categorías diagnósticas, entrapando a la persona dentro de estas etiquetas, de tal forma que sus oportunidades de vida se ven absolutamente limitadas. Tal como ella lo señala: *“Es como si se asignaran y se calificara de determinada manera a las personas, entonces como que el bipolar o el esquizofrénico, hay cosas que no pueden realizar o habilidades como que nunca va a poder, como que no las tuviera no las pudiese desarrollar, yo creo que están como dormidas pero si pueden, todo se puede potenciar, tu si puedes desarrollar”*.

En la historia *“Desde ahí lo veo yo”*, la profesional reafirma su desacuerdo con el modelo médico, ya que para “M” las personas pueden estar descompensadas y requerir de apoyo farmacológico, pero esto es sólo una pequeña parte de lo que son, tal como ella misma lo relata: *“Para mí nunca se va a presentar un esquizofrénico, un bipolar de acuerdo al modelo biomédico, para nada”*. Es en ese sentido que la entrevistada da una mirada mucho más amplia de las personas, observándolas como seres llenos de posibilidades, de recursos y habilidades, siendo éstas mucho más que solo una etiqueta.

En cuanto al Autoestigma, el significado que le otorga la profesional es bastante similar al del concepto anterior. Así, “M” lo define como rótulos limitantes que provocan que las personas se sientan carentes de posibilidades: *“Ellos se presentan con un rótulo, -Yo soy un esquizofrénico, soy un bipolar, soy un depresivo-, entonces a ellos se le adhiere una serie de características y sintomatología, características casi de personalidad y ellos desde ahí se movilizan”*.

A esto agrega, que estos rótulos se producen por una falta de compromiso con el otro, ya que desde el modelo médico es mucho más simple y rápido etiquetar a las personas y darles un fármaco, sin

mostrar una mayor preocupación por ellas, ya que como indica “M”: *“Hay pacientes que si necesitan fármacos pero no necesariamente tienes que rotularlos, no necesariamente los estigmatizas o le colocas todas estas características personales de acuerdo a los trastornos”*.

Otro punto importante para la profesional, es que si bien estos rótulos son internalizados por las personas, este no es un proceso que involucra solo al individuo, existe todo un *“aparataje”* de trasfondo que involucra a los familiares y el contexto social, los que causan en el paciente una visión rígida de lo que ellos mismos son, de cómo debiesen comportarse y de las cosas que son o no capaces de realizar. Esto provoca que no pueda ver otras posibilidades o nuevas realidades, por lo que no pueden despojarse de los efectos que causa el Autoestigma.

Cabe recalcar que dentro de este aparataje también se incluyen a los profesionales de la salud, ya que al trabajar desde este modelo médico muchas veces sobrediagnostican a sus pacientes, como ha ocurrido en el caso de los niños a quienes se les etiquetado con déficit atencional. Es por esto que “M” cree fuertemente que se debe ser cuidadoso con los diagnósticos, que siempre se debe ampliar la experiencia de los pacientes y mostrarle que existen nuevos mundos para ellos, nuevos contextos en los cuales pueden desarrollarse, nuevas oportunidades para su vida, de forma que comprendan que no están limitados a ser solo su enfermedad. En sus palabras: *“Que simplemente no pasa por un fármaco, va más allá... somos individuos bio-psico-sociales y con espíritus... puede ir un paciente por la vida bipolar... si, pero con un mundo distinto por el que sea integral, que disfrute de su quehacer diario, que se quiera a sí mismo...”*.

La profesional también nos menciona los efectos que generan estos fenómenos sobre los niños, viendo como éstos quedan atrapados en una definición de sí mismo que se cimienta en su diagnóstico. De esta forma, existen expectativas de lo que deberían ser de acuerdo a su edad, produciendo exigencia en los padres que no pueden ser cumplidas por los niños, lo que los lleva a insertarse en un círculo de sufrimiento que absorbe tanto al niño como a sus familiares, lo que podemos apreciar con más detalles en la historia *“Entonces, la familia sufre”*.

Otro punto importante de señalar es que para “M” los pacientes a quienes más se les dificulta abandonar el Autoestigma son aquellos que se encuentran en contextos adversos, como lo son las personas en situación de calle, ya que éstas tienen pocas redes sociales, relacionándose únicamente con quienes están en situaciones similares de abandono, por lo cual es complejo expandir su realidad y mostrarles otros contextos.

Es significativo señalar que si bien “M” se encuentra inserta dentro de un contexto que fundamenta su trabajo en el modelo médico, ella logra salirse de este marco y trabajar desde otro foco, dejando de lado el diagnóstico y viendo a la persona que hay al frente, con todas sus posibilidades y

oportunidad para mejorar en la vida. De esta forma la psicóloga cree que si se puede realizar un trabajo diferente si se quiere: *“Uno puede estar perfectamente dentro del modelo médico y hacer cosas distintas, depende de cada uno... si bien uno es parte de este sistema pero puedes complementarlo”*.

Es así como su quehacer profesional, se encuentra enfocando a la validación de los pacientes, con el objetivo de que estos logren aceptar sus vidas en su totalidad. Concretamente, dirige su trabajo a la ampliación de la experiencia, tal como ella misma señala: *“Rescatar sus experiencias de vida, tratar de re-significarles, darles una nueva mirada”*. Esto provoca en sus pacientes una sensación de empoderamiento, que produce que ellos se perciban y se movilen de forma diferente, cambiando la percepción de sí mismos y de sus vidas, liberándose de todos los rótulos limitantes: *“Cuando tu empiezas a conversar con ellos de su vida, su experiencia y vas ampliando incluso su visión de las cosas en esta comunicación, se desprenden de estas ideas que tienen sobre ellos mismos, sobre esta identidad que se han formado día a día a través de los años”*.

En relación al acercamiento de estos conceptos durante su formación como profesional, “M” nos describe que durante el pregrado estudió sobre el Estigma, pero que sus profesores se posicionaban en contra de los rótulos y a favor de la diversidad. Posteriormente, durante la formación de Magister esta postura se profundizó, por lo que ambas experiencias apoyan la actual posición que la profesional presenta frente a estos conceptos. Cabe recalcar, que el concepto de Autoestigma propiamente tal no ha sido parte de su formación académica, en ninguna de sus etapas.

8. CONCLUSIONES

En las cuatro entrevistas analizadas en relación a los significados otorgados por los profesionales a los conceptos de Estigma y Autoestigma en Salud Mental, se aprecia que:

A propósito del Estigma, la mayoría considera que todavía siguen vigentes ciertos mitos sociales y que es frecuente que los pacientes acudan a la primera consulta con la idea de *“Yo no voy al psicólogo porque no estoy loco”*, *“No me deriven al Hospital Salvador porque no estoy loca”* o *“Necesitamos al psicólogo, pero que venga para el otro, no para mí”*. Esta actitud de resistencia inicial al tratamiento, revela que las personas no desean ser estigmatizadas por ingresar al Programa de Salud Mental, lo cual pone en evidencia la falta de políticas públicas para la psicoeducación de la población en relación a la Salud Mental. Es decir, a pesar de que en los últimos años estamos inmersos en medio de una serie de cambios que aspiran a la no discriminación por razones de género, orientación sexual o etnia, el tema de la Enfermedad Mental no aparece en la palestra con la importancia que debiera. Tal como mencionó una de las entrevistadas, la lógica de fondo parece ser *“No saquemos al loquito al baile, es peligroso”*. Es cierto que se realizan algunos intentos, por ejemplo para que en ciertos lugares públicos no se discrimine a las personas con algún déficit cognitivo, pero esto no pasa más allá. Creemos que faltan campañas masivas de psicoeducación que aborden el tema con la seriedad que éste requiere, de modo que la sociedad aprenda a ver la Enfermedad Mental como cualquier otra problemática de salud.

Lo que se ha explicado, pone de manifiesto que los Estereotipos relacionados a la Enfermedad Mental presentes en nuestra cultura aún pertenecen al paciente psiquiátrico que vemos en el cine o al de reportajes televisivos sensacionalistas que no contribuyen a disminuir la visión negativa que se tiene de las personas con alguna complicación en el área de la Salud Mental. Este escenario nos parece más preocupante, cuando en ocasiones son precisamente los funcionarios de los centros de salud los que se comportan de una manera no apropiada con los usuarios del programa, reforzando el Estigma que estas personas ya encuentran en su vida cotidiana.

Los psicólogos entrevistados contextualizan su trabajo en el Modelo Biomédico vigente en la Atención Primera de Salud de nuestro país. Al respecto coinciden en que el Modelo Biomédico basado en la imposición de un diagnóstico y en la entrega de farmacología encierra a las personas en una determinada etiqueta y éstas comienzan a explicar sus vivencias desde ahí, gestándose de esta manera el fenómeno del Autoestigma. De hecho esto coincide con investigaciones realizadas en el extranjero que avalan la influencia del modelo en el proceso de autoestigmatización, como es el caso de los estudios realizados por Bret J. Deacon. (Deacon, 2013 en Vicente y Berdullas, 2014).

Este autor considera que “*los frutos de la revolución biomédica en salud mental se traducen en un fallo en la identificación de las bases biológicas de los trastornos mentales... en su fracaso para reducir el estigma, en la falta de innovación y en pobres resultados a largo plazo de los tratamientos farmacológicos, unido a un incremento en la cronicidad y severidad de los trastornos mentales*” e insiste en “*la necesidad de sentar las bases para que la comunidad científica establezca un diálogo abierto sobre la salud mental, que permita avanzar, de una vez, hacia nuevos modelos y tratamientos*” (Deacon, 2013 en Vicente y Berdullas, 2014).

Los entrevistados encuentran otras 3 fuentes de estigmatización en este modelo:

- a) *El sistema de Atención Primaria de Salud que obliga al cumplimiento de metas:* de este modo, incluso algunas situaciones de violencia o duelo son considerados como Depresión, con tal de satisfacer la cantidad de ingresos que la institución exige. Pasando por alto que la persona internaliza el diagnóstico y problematiza como enfermedad un proceso que es normal, de modo que si esto no se acompaña de una adecuada explicación el paciente queda con la sensación de que el problema obedece a que hay algo malo en él.
- b) *El profesional:* que muchas veces no ve más allá del aspecto puramente clínico, ignorando factores importantes del contexto. Es en esta instancia que fue destacada la mención de médicos o psiquiatras como principales actores estigmatizantes, sobre todo los profesionales más antiguos, ya que no suelen acompañar su diagnóstico con la debida educación al usuario.
- c) *El paciente mismo:* que acostumbrado al modelo que tenemos en Chile, exige saber qué le pasa y de no recibir un diagnóstico, menosprecia la atención recibida. Y si bien es cierto que el diagnóstico es un derecho, muchas veces trae consigo una serie de mitos afines que no ayudan a la persona. Este asunto conlleva otras prácticas asociadas, como por ejemplo el uso del diagnóstico para la obtención de una ganancia secundaria, como es el caso de un ingreso al Programa de Integración Escolar o la obtención de farmacología. El problema en este punto es que el rótulo acompaña luego al usuario en su vida cotidiana, como es el caso de los niños etiquetados con TDA/H cuyo diagnóstico influye en la forma en que serán tratados en el ámbito escolar y familiar.

En este sentido, se observa que los entrevistados otorgan una importancia dominante al medio clínico como principal fuente de estigmatización de los usuarios, principalmente a los funcionarios que trabajan en él, y en menor medida a la sociedad. Llama la atención que ninguno de los psicólogos menciona a la familia como factor estigmatizante. Esto contrasta con una gran cantidad

de investigaciones que otorgan a la familia un rol fundamental en cuanto a la estigmatización de los usuarios: *"Los pacientes reportan que el etiquetado se produjo por primera vez dentro de la familia, antes que en cualquier otro lugar"* (Scheff, 1993).

A pesar de lo anterior, los entrevistados inmediatamente se posicionan desde una mirada crítica hacia el Estigma y las implicancias nocivas que este tiene en cuanto a la Salud Mental. Es aquí cuando surge una contradicción en primera instancia: ¿Por qué trabajar en un espacio que justamente contribuye a la estigmatización y autoestigmatización? Esta situación queda resuelta al realizar un análisis exhaustivo de los significados que los Psicólogos otorgan a su quehacer profesional. Ellos coinciden en trabajar desde una forma que enriquece la propuesta del Modelo Biomédico, logrando realizar intervenciones que tienen focos muchos más amplios que la simple categorización de los pacientes.

Una de estas intervenciones es la Psicoeducación, la cual a partir de las narrativas obtenidas de los profesionales, podríamos definir como una instancia donde se entrega información al usuario sobre su enfermedad o problemática, cómo sobrellevarla de mejor manera, los posibles tratamientos en caso de ser necesario, tales como psicoterapia, consejería, talleres grupales, uso de farmacología, etc. Mientras que también recoge sus principales preocupaciones al respecto, dando apoyo y contención de acuerdo al nivel de comprensión de cada persona. De esta forma, el espacio terapéutico es utilizado para realizar una experiencia mucho más fructífera que sólo el control de salud, sino que permite generar un espacio donde se puedan trabajar las visiones que los propios usuarios traen consigo respecto a su problemática y/o enfermedad, ampliarles la mirada y mostrarles nuevas opciones. *"De esta forma, la psicoeducación descentra el modelo patológico y en su lugar se privilegia una relación fundamentada en la colaboración, la información y la confianza"* (Colom y Vieta, 2004 en Builes y Bedoya, 2006).

Otra de las intervenciones mencionadas es el reconocimiento y fortalecimiento de recursos, en que se promueve que el usuario descubra sus propias capacidades y las ponga en práctica, lo que permite que el terapeuta pueda realizar un proceso de validación de la persona, dejando atrás la mirada de un *individuo que padece*, para observarlo como *sujeto agenciado*, con capacidad de movilizarse y cambiar su propia vida. Esto con miras hacia un proceso de recuperación, entendiendo este concepto como la capacidad de *"Encontrar esperanza y mantenerla - creer en uno mismo (...) re-establecimiento de una identidad positiva - encontrar una nueva identidad que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo (...) asumir responsabilidad y control - sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida"* (Andresen, Oades y Caputi, 2003 en Shepherd et al, 2008).

Podemos observar también que la mayoría de los profesionales concuerdan con el concepto de Empoderamiento o *Empowerment* (Chamberlin, 1997 en Palomer et al., 2010) expresando que una vez realizados el proceso de validación y de psicoeducación de los consultantes, estos mismos comienzan a movilizarse de una forma distinta, de manera que *“Tienen poder para tomar decisiones, disponen de información necesaria para tomarlas, son capaces de actuar asertivamente, creen en sus posibilidades de cambio y tienen un fuerte sentimiento de autoeficacia”* (Chamberlin, 1997 en Palomer et al., 2010).

Cabe señalar en este punto que nos parece bastante apropiada la manera en que los entrevistados adoptan el tema de la psicoeducación para normalizar ciertos procesos e informar al usuario sobre las características de un determinado tratamiento. Del mismo modo que nos parece acertado que se incluya el fortalecimiento de recursos personales, ya que por lo general al paciente se le dificulta distinguir las alternativas que realmente tiene para gestionar cambios positivos en su vida. Creemos que ambas cosas facilitan el empoderamiento, que debería ser uno de los objetivos del trabajo psicológico. Sin embargo, estas intervenciones no son suficientes ya que el abordar sólo al usuario directo del programa presenta limitaciones importantes. Es decir, aunque se trabaja con las cogniciones y actitudes del paciente en relación a la Enfermedad Mental, éste debe enfrentarse luego a una sociedad que no comparte sus nuevas creencias. En otros países la lucha contra el Estigma se basa en la modificación del imaginario social y las ideas que fundamentan los mitos, mientras que se generan oportunidades para que cambien las actitudes discriminatorias. *“El objetivo es crear círculos virtuosos de creencias cambiadas y comportamientos, que gradualmente impulsen cambios en la experiencia de las personas”* (Sayce, s.d. citado en Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, Igualdad de España, 2013), tomando en cuenta 3 niveles de intervención: la educación, la protesta y el contacto. Como ya dijimos, Chile aún está distante de estas políticas de inclusión, pero consideramos que si la Atención Primaria se perfila en un enfoque familiar debemos comenzar por psicoeducar a la familia cercana, para luego ir paulatinamente ampliando nuestro marco de referencia hacia el vecindario, los amigos y la comunidad en general. Faltan actividades que vinculen a las personas con alguna patología con su entorno de modo que se favorezca el contacto que permita derribar los mitos asociados. Además, se podrían desarrollar guías confiables para los medios de comunicación que tanto influyen en la opinión pública entregándoles información apropiada; así como entrenar personas con experiencia en problemas de Salud Mental para que actúen de portavoz en programas radiales o de televisión y generar campañas que sensibilicen a la población, tal como se hace en las problemáticas de violencia de género.

Enfocando el análisis a otros aspectos, fue evidente la ausencia de relatos de los psicólogos, quienes sólo daban cuenta de sus experiencias a través de narrativas que generalizaban lo que ocurría en el box. Consideramos que esto puede obedecer a 2 causas subyacentes:

- a) El profesional tiene poca claridad del término, por lo tanto no logra pesquisar el fenómeno cuando éste se presenta en un usuario y por lo tanto, no puede dar cuenta de ello después.
- b) Si bien conoce el concepto, no es una cuestión que se integre de manera primordial al diagnóstico y tratamiento, lo que podría obedecer al modelo en el cual desempeña sus funciones, el que prioriza los factores biológicos antes que los sociales.

Consideramos que el hecho de que ninguno de ellos haya estudiado el concepto en su formación de pregrado, es una de las variables que influyen en las confusiones que pudieron presentar a la hora de contar sus experiencias y opiniones sobre el Autoestigma en Salud Mental. En relación a esto, los participantes egresaron de sus universidades hace doce, diez, cinco y tres años atrás respectivamente y si bien todos afirman que recibieron una adecuada inducción en la ética del trato con el paciente, la subjetividad y la confidencialidad de la relación terapéutica, no parece haber cambios significativos en relación a estas temáticas abordadas, escenario que nos lleva a cuestionarnos acerca de la actualización de las mallas curriculares en las casas de estudio que imparten la carrera de Psicología.

La situación descrita previamente podría ser uno de los factores que influyen en la falta de relatos respecto al fenómeno de Autoestigma. Desde lo particular, como equipo compartimos esta mirada, puesto que en nuestra experiencia de pregrado tampoco han sido abordadas estas temáticas en ninguna asignatura de la malla curricular, salvo en esta instancia de investigación.

Para finalizar consideramos pertinente desarrollar el siguiente planteamiento: ¿Es posible un modelo médico no estigmatizante? Desde nuestra perspectiva dicha labor si podría llevarse a cabo, en la medida que se integren los diferentes factores psicosociales intervinientes en la vida de la persona y en la evolución de su motivo de consulta. En esta misma línea, nos parece relevante reflexionar sobre el concepto existente de Atención Primaria en los Centros de Salud Familiar. En el año 2009, en el marco de la Reforma de Salud, uno de los objetivos prioritarios fue el cambio del modelo de atención biomédica hacia la atención biopsicosocial y familiar, es decir, hacia una medicina más humanitaria e integral. En este contexto los llamados consultorios pasan a denominarse “Centros de Salud Familiar” cuyo objetivo es *“otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad, bajo el modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y*

Comunitario. En teoría este modelo considera a las personas en su integridad física y mental como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su ambiente físico, social y cultural, privilegiando un trabajo en equipo y participación comunitaria.

Lo anterior contrasta en gran medida con los hallazgos obtenidos desde las entrevistas a los psicólogos, puesto que hemos observado que realmente esta práctica no ha sido implementada en su totalidad. Esto queda en evidencia en las narrativas de los profesionales, quienes mayormente refieren a un trabajo individual en el box, sin involucrar a la familia y personas cercanas en la recuperación de los usuarios. Esto se podría explicar desde la resistencia que puede generar en los profesionales y personal de salud en general, una reforma que involucra no sólo un cambio en el papel, sino una modificación cultural y del trabajo clínico. Lo que es coherente con una necesidad de incluir estas temáticas en los procesos de formación de los distintos profesionales y agentes involucrados.

9. PROYECCIONES

La presente investigación, al ser de carácter exploratorio, ha proporcionado datos importantes sobre los significados del concepto de Autoestigma, de los profesionales psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Valparaíso. A partir de las conclusiones y la contrastación de la experiencia con los objetivos de este estudio se perfilan varias sugerencias para futuros estudios:

En primer lugar, parece necesario realizar una revisión de la inclusión del concepto de Autoestigma en los programas académicos para la carrera de Psicología de las distintas universidades de la Región de Valparaíso, entendido ya sea como un fenómeno clínico o social. En esta misma línea, también se desconoce la opinión de los académicos al respecto y de la importancia que le otorgan en su propio trabajo profesional. Esto bien podría explicar la ausencia de su estudio en las mallas académicas de los alumnos, y por ende la poca claridad que tienen los egresados del concepto. Considerando que son numerosos los alumnos que año a año egresan de la carrera de Psicología, resulta de suma urgencia que un asunto tan importante para la calidad de vida de los pacientes se integre a la formación de pregrado de los futuros psicólogos.

En una segunda instancia, sería interesante verificar en estudios posteriores, con una muestra diferente de psicólogos, si se repite la ausencia de relatos en torno al fenómeno del Autoestigma en pacientes que acuden a la Atención Primaria de Salud. Esto podría ser indicativo de que es una variable que no aún no se considera de importancia en la atención o bien que la falta de claridad del concepto ya mencionada en el párrafo anterior, repercute de forma evidente en la pesquisa del fenómeno ¿Realmente el profesional no es capaz de distinguir el fenómeno cuando se da en un paciente que acude a consulta? ¿Por esa razón no puede dar cuenta de ello después? Si efectivamente el fenómeno se repite, revelaría un desconocimiento teórico, que sin duda afecta la calidad de la atención que el profesional pueda brindar. Es necesario recordar que en la actualidad el Estigma es considerado como una barrera relevante para la atención sanitaria y ambas construcciones, tanto el Estigma Social como el Auto-estigma, influyen negativamente en la búsqueda de atención y adherencia a los tratamientos por parte de quienes poseen un diagnóstico de Enfermedad Mental (Corrigan, 2004). Por ende, el beneficio del proceso clínico se verá disminuido aumentando los costos directos e indirectos que la Enfermedad Mental tiene para el país.

Un tercer punto para analizar, que surgió a raíz de una de las historias relatadas, es la actitud de los funcionarios no profesionales de un Centro de Atención Familiar, hacia las personas que se atienden en el Programa de Salud Mental. La discriminación que se da en ese centro en particular podría repetirse en otros lugares de atención. Entonces, sería beneficioso indagar también las narrativas de

estas personas respecto a la Enfermedad Mental, ya que si bien no interfieren directamente en el tratamiento de los pacientes, sí están en estrecho contacto con ellos cada vez que se acercan al consultorio y pueden validar con su actitud, los mismos estereotipos negativos hacia la Enfermedad Mental que las personas que se encuentran fuera del recinto. Esto no deja de ser importante si consideramos que diversos estudios han evidenciado *“una relación inversa entre actitudes estigmatizantes y la adherencia al tratamiento”* (Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Raue, et al., 2001 en Corrigan 2004 y Arnaiz, Uriarte, 2006) y que *“las personas con enfermedad mental reciben menos servicios médicos que los que no estén etiquetados de esta manera”* (Desai, Rosenheck, Druss, Perlin, 2002; Druss Rosenheck, 1997 en Corrigan 2004). En el ámbito de la salud, las prácticas comúnmente referidas fueron ser tratados con indiferencia, regañados, responsabilizados por el tratamiento además de ciertas actitudes de benevolencia como ser tratados como niños (Mora-Ríos et al., 2013). Aún en este contexto, el conocimiento que tienen las personas que se relacionan con estos pacientes, respecto al tema del Estigma relacionado a la Salud Mental, es desconocido.

En cuarto lugar, sería de utilidad profundizar en el Modelo Biomédico y en la influencia real con que éste opera en la aparición del fenómeno del Autoestigma. Es decir: ¿Cuáles son las prácticas estigmatizantes a las que obliga el modelo biomédico? ¿Cómo profesional ¿Es posible abstenerse de ellas si se trabaja en el Sistema Público de Salud? ¿Podrían obtenerse los mismos resultados en términos de costo-efectividad si se sustituyen con otras estrategias más amigables con el usuario? Este tema aún no es abordado desde el campo de la Psicología en Chile, si bien en el extranjero ha sido considerado en las investigaciones de Bret J. Deacon (2013).

Finalmente, algo en lo que parece haber acuerdo es que la psicoeducación resulta ser un pilar fundamental del tratamiento, ya sea en la entrega de un diagnóstico, la normalización de situaciones dolorosas, y la manera de enseñarle al usuario el funcionamiento del Sistema de Salud, además de ser señalada como una herramienta indispensable para combatir el Estigma y el Autoestigma. No obstante, aquí es donde surgen dudas respecto a la especificidad necesaria para que sea efectiva. Dado que *“la familia nuclear es mencionada como la primera fuente de discriminación, el personal de la salud en segundo lugar, y finalmente los amigos y el trabajo”* (J. Mora-Ríos et. al, 2013). Entonces: ¿Cuál es el modo adecuado de explicar al paciente la Enfermedad? Si se psicoeduca a los usuarios del programa de Salud Mental en lo que es el Estigma y el Autoestigma ¿Disminuye en ellos la aparición de estos fenómenos? Es más, si hacemos partícipe a la familia en la recepción de esta información ¿Ocurrirán cambios importantes en relación a lo mismo? ¿Qué pasará si ampliamos la psicoeducación a los amigos y vecinos en un trabajo ya más comunitario? Estas

interrogantes podrían ser puestas a prueba mediante un estudio con grupos de control, que pudiesen despejar las variables más importantes del contexto.

10. LIMITACIONES

Entre las limitaciones que se presentaron en esta investigación, es posible observar que en nuestro país existe una carencia de estudios que desarrollan la temática de Autoestigma en Salud Mental, especialmente en los conocimientos que tienen al respecto los profesionales de la salud. Esta falta de investigaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, obstaculizó el acceso a material teórico para lograr contrastarlo con los resultados obtenidos en el presente estudio. Sumado a lo anterior, desde el principio fue difícil encontrar información en nuestro idioma que pudiese aportar teóricamente a nuestro estudio, dado que la mayor parte de las investigaciones se encuentran en inglés, lo que se constituyó el principal desafío para la comprensión de los conceptos relacionados.

Otra dificultad importante ocurrió en el aspecto metodológico, puesto que tuvimos problemas para acceder a la muestra, ya que en los contactos personales que teníamos, no todos cumplían con los criterios para ser participantes de este estudio. De esta forma fue necesario acceder a otras redes como los lugares de nuestras prácticas profesionales y desde ahí lograr contactar a psicólogos que cumplieran con los requisitos y estuvieran dispuestos a participar de la investigación.

Finalmente, debemos mencionar que el problema fundamental que tuvimos que sortear fue la incompatibilidad de horarios que surgió este semestre entre las investigadoras. Este hecho limitaba los tiempos de encuentro que eran necesarios para dar coherencia al trabajo que realizábamos por separado, además de entorpecer también las visitas a los entrevistados con los que muchas veces tampoco calzaban los horarios que proponían para las entrevistas.

No obstante, consideramos que pese a las dificultades mencionadas anteriormente, fue factible llevar a término el proceso de investigación en las fechas estipuladas y con los objetivos cumplidos.

11. ANEXO: TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

11.1 Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de este consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Josefa Anguita Inostroza, Katherine Fuentes Palma, Bárbara Núñez Varela y María José Varela Quiroz, alumnas de la Carrera de Psicología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. La finalidad de este estudio es explorar los significados que han construido los Psicólogos pertenecientes a la Red de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Valparaíso, en torno al concepto Autoestigma en personas con diagnóstico de Enfermedad Mental.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará participar en al menos una entrevista, cuya duración es aproximadamente de 45 minutos. La(s) entrevista(s) será(n) conducida(s) por las alumnas anteriormente mencionadas quienes grabarán la entrevista, de modo que a las investigadoras puedan transcribir posteriormente las ideas que usted haya expresado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se obtenga será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su identidad permanecerá en el anonimato a través de la modificación de su nombre o circunstancias relatadas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede realizar preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas. Desde ya agradecemos su participación.

Yo, _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación de tipo académica, patrocinada por la Universidad de Valparaíso, para optar al título de Psicólogo. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. He sido informada y acepto que los resultados obtenidos en esta investigación serán publicados.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Juan Bustamante Donoso profesor guía de esta investigación.

Firma del Participante

Valparaíso, ____ de _____, 2014.

11.2 Transcripción Entrevista Psicólogo 1

Primera Entrevista

ENTREVISTADORA: Bueno, el objetivo de nuestra investigación está centrado en recabar información de la experiencia que tienen los psicólogos en APS y que han trabajado con pacientes que pueden presentar el fenómeno del Autoestigma.

Bueno para esto hay que precisar que el Autoestigma es un concepto que viene derivado del Estigma y conlleva Prejuicios, Estereotipos y Actitudes Discriminatorias, y cuando estos componentes son internalizados por las personas con alguna etiqueta de Enfermedad Mental se habla de Estigma Internalizado o Autoestigma. Y esto es lo que se puede ver cuando vienen a consulta y es como -“*No yo no salgo de la casa porque soy Asperguer*”- o se autodiagnostica la persona y se limita también a eso, es una actitud autolimitante de parte de la persona.

PSICÓLOGO 1: Ya

ENTREVISTADORA: Esa básicamente es nuestra investigación, nos interesa recabar información también de cómo pudo haber visto esto en su quehacer profesional y en su formación académica. Para empezar nuestra entrevista queremos revisar un concepto más amplio cierto, que es el Estigma asociado a la Salud Mental. Es decir cómo la Enfermedad Mental hoy día constituye en nuestra sociedad un atributo desacreditador de esa persona. Entonces nos gustaría saber qué opina usted al respecto de esto.

PSICÓLOGO 1: Bueno claramente es un concepto que aún tiene que ser mucho más investigado, más digamos, evidencia con respecto a eso, por tanto yo lo veo como un asunto que si bien está como un concepto asociado específicamente, al parecer a los organismos de salud pública, al menos eso es lo que yo entiendo de hacia dónde ustedes se dirigen, creo que aún requiere mayor evidencia. Ahora, la verdad es que mi experiencia clínica, también en los servicios públicos de salud, tiene que ver con encontrarse con pacientes, yo diría que bastante informados ¿No? Hoy no nos encontramos con pacientes que no saben acerca de su patología o de lo que le está ocurriendo, al menos en Salud Mental. Son pacientes que de alguna manera tienen herramientas para poder saber qué les ocurre. Eso los transforma en personas que son capaces también de exigir información acerca del tratamiento que están recibiendo, ya sea desde el lado de la psicoterapia como de lo psicofarmacológico, entonces ellos saben perfectamente cuales son los medicamentos que toman e

incluso algunos, no pocos, bastantes, saben cuáles son sus efectos colaterales, saben cuándo están haciendo algún grado de resistencia al medicamento ya? Que se llama efecto refractario.

Entonces yo creo que hoy día, actualmente, yo no sé lo que habrá pasado antes, en tiempos anteriores probablemente si uno observa, nos encontramos con pacientes que desconocían bastante lo que les ocurría y se entregaban, así como ciegamente, al diagnóstico que se les daba y como tu bien dices se etiquetaban como -“*Yo tengo esto y el doctor dice que tengo que hacer esto y tengo que tomar esto para que yo me mejore y yo cargo con esta enfermedad*”-, casi como cargar con el nombre de uno, pero hoy día no, *yo creo que, mi opinión al menos profesional, es que hoy día nos encontramos con un paciente que está mucho más informado, y por supuesto más empoderado con respecto a la atención que va a recibir.*

ENTREVISTADORA: Bueno esta idea de paciente informado, de un paciente que exige una buena atención a la salud pública, ¿Desde dónde cree usted que surgió? Ha tenido usted alguna experiencia en particular? Un paciente con el que diga -“Si aquí yo me encontré con un paciente que me exigió”-.

PSICÓLOGO 1: Mira la verdad, yo no he tenido esa experiencia así como de un paciente que me haya exigido algo, porque la verdad es que los psicólogos en general como entes de salud, tenemos un trato particular con los pacientes ¿No es cierto? El paciente de alguna manera tiene una confidencialidad, una intimidad, no sé si decirlo así, pero un grado de intimidad al menos emocional con uno, en el cual no se da diría yo situaciones conflictivas donde -“*Oiga no me dio el medicamento, cuando me va a dar esto? ¿La receta?*”- sino que es otra la ganancia. En realidad no hay una gran ganancia secundaria por parte del paciente con respecto a la intervención, que es lo que uno observa que tienen los pacientes con los médicos por ejemplo, que la ganancia secundaria estaría dada a partir del medicamento, ¿Cierto? Sea con la receta o con la licencia.

Acá no, *acá yo diría que el paciente viene exclusivamente por lo que reporta el proceso psicoterapéutico ¿No? La experiencia psicoterapéutica.* Entonces como que me vengan a exigir algo no me ha ocurrido la verdad, pero si de repente me encuentro con pacientes que llegan hablando un poco acerca de lo que es la depresión, de lo que han investigado, de lo que han sabido. Cuando tú me preguntas acerca de -“*Bueno... ¿De dónde sale este paciente informado?*”- Bueno *yo te diría que está digamos, bien al tanto de lo que ocurre, por ejemplo, de las redes sociales, está informado con respecto a lo que es la experiencia del amigo que fue al otro psicólogo y le contó tal cosa, sabe que en internet hay material acerca de lo que es la Depresión, si bien el material que es como bien técnico, que es para nosotros, los psicólogos, los psiquiatras, la gente que trabaja en esta*

área, también lo es para la gente que es como bastantes fácil de leer. Entonces yo diría que a eso me refiero más que nada. Me refiero a ese paciente que hoy día producto de esta, digamos, apertura en la tecnología, es capaz de acceder a la información mucho más rápido y comparar, incluso contrastarla. Por ejemplo, lo que sí ocurre es que hoy día el paciente también elige con quien se quiere atender, que eso es otra cosa, que tampoco era algo... impensado hace 20 años atrás en el servicio público, -“te toca con este y este y hoy día no”-”¿sabe qué? me interesa el psicólogo del tercer piso o del quinto piso”.

Entonces... ¿Por qué? porque han recibido también opiniones de otros, -“Oye ¿Sabi que? El psicólogo de allá atiende muy bien o hace tal cosa”- ellos, hoy día nos encontramos con un paciente que elige lo que quiere y elige lo mejor para él.

ENTREVISTADORA: Esta característica nueva de este paciente, que se informa y es exigente, ¿Cómo ha determinado su quehacer profesional?

PSICÓLOGO 1: Si...bueno iba a hacer un pequeño paréntesis, hoy día también hay una ley que también tiene que estar informado el paciente, que es la ley ¿Cierto? Que es la ley de derechos y deberes de los pacientes, son más derechos que deberes. Pero, está bien. Entonces ellos los conocen muy bien y ¿Qué ocurre? a mí como te digo, no me ha pasado, pero si me he dado cuenta con otros compañeros de trabajo que sí a ellos le han exigido, que se yo... que ellos tienen derechos, que tienen que atenderlos a cierta hora, que tienen que...no se po, una serie de cosas que ellos piden ¿Verdad? Y que están empoderados por todo eso. Entonces eso es importante porque aparte que todo lo que tiene que ver con la información que aparece en todas las redes sociales, también está esto que es un derecho que ellos lo han tomado digamos como una situación bien interiorizada y la hacen valer.

Tú me preguntabas entonces, hice el paréntesis para que tu sepas que tiene que ver con esto, y cómo ellos van como en este loop que Los lleva como a comportarse de determinada forma y a sentirse pacientes públicos, pero nosotros, ojo que ustedes...existía antiguamente la sensación de que el paciente tenía como que... o sea el paciente tenía la sensación de que uno te está haciendo un favor ¿Ya? Eso es bien interesante cuando ustedes lo analicen... y eso es lo que yo mismo he descubierto en el discurso por ejemplo de pacientes más ancianas, que es otro tipo de pacientes, ese es diferente ¿Ya? Es un paciente más dócil, que se entrega mucho más al sistema, pero es porque viene con la idea al interior. ¿Cierto?, De que le están haciendo un favor al atenderlo, erróneamente, claro. Pero sí, incluso funcionarios, imagino yo hace 30-40 años atrás pensaban que era así.

Hoy día no, hoy día dicen: -“Sabe que uno les paga por atendernos y a mí me están descontando

fonasa”- y te hablan de todo, todo el aparataje digamos, administrativo que tiene que ver con la atención. Entonces es algo bien interesante. Entonces ya el paciente noo... ¡Siente que no! que este es un trabajo más no más y que tiene que... ya... Yo creo que tiene que ver que él, con los movimientos sociales que han habido, todas estas revoluciones educacionales, yo creo que la de la salud viene pronto, por ahí va el asunto.

Volviendo a lo tuyo ¿Preguntabas entonces?

ENTREVISTADORA: Claro ¿Cómo ha determinado su quehacer profesional este nuevo paciente que es un paciente empoderado? Que difiere digamos de los pacientes más ancianos que siguen como la antigua tradición

PSICÓLOGO 1: Si, a ver... El paciente actual, exige de los profesionales actuales también, una adecuada preparación ¿Cierto? O sea, el servicio que uno otorga debe ser un servicio que uno debe otorgar como dándoselo a alguien que no tiene idea de lo que le está pasando, no, uno se puede encontrar con un paciente que te diga -“¿Doctor porque tengo que tomar este medicamento? ¿Es necesario que lo tome? ¿Por cuánto tiempo? “Yo no quiero tomar algo que sea prolongado”- Entonces uno tiene que... la modificación tiene que... de explicar al paciente que es lo que uno va a hacer, de que se va a tratar el tratamiento, por qué, de cuánto tiempo o cuales, incluso preguntan: -“¿Cuál es el efecto de la sertralina? ¿Qué es la sertralina? ¿Qué es la fluoxetina? ¿Qué diferencia hay ¿Qué es una diazepamina? ¿Por qué no es bueno tomar diazepamina tanto tiempo?”- algunos lo saben... -“Yo sé que esto provoca algún tipo de adicción”-, entonces yo creo que hoy en día el sistema exige de nosotros una adecuada preparación y explicarle al paciente (porque es un derecho que también tienen) Ojo con el tema de los derechos, está en que también uno le explique cuál es su... el tratamiento que va a seguir , ya, y desde lo psicoterapéutico evidentemente que tenemos mucho que ver con eso porque eh... el paciente nos va a preguntar a nosotros: “¿Es necesario que tome fármacos y por qué? ¿Por qué tengo este trastorno del sueño? ¿Qué consecuencias puede tener en mí el hecho que tengo el insomnio de conciliación de mucho tiempo?”, Entonces esa situación exige a nosotros una preparación, estar actualizado, y por supuesto, actualizado me refiero a que eh... no solo por el hecho de ser psicólogo tienes que quedar ahí, sino que tu tiene que propiamente, digamos, tener una re-edición de los conocimientos porque esa es la idea ¿No? Lo otro que exige también es la tolerancia a este paciente que a veces es muy exigente, que a veces viene con una actitud muy, muchas veces como demandante y tolerar y saber manejar esa situación. Yo creo que el perfil de funcionario público hoy en día en la actualidad, es un perfil que tiene que ver con el grado de tolerancia que uno tiene con el manejo que tengamos. Nos encontramos con

personas de alta vulnerabilidad social, sociocultural pero, a veces esta vulnerabilidad social bien informada, se transforma en una situación súper difícil de controlar, entonces es ahí el manejo o experticie que uno tiene, es donde creo yo que se nos hace harta exigencia a nosotros los psicólogos específicamente.

ENTREVISTADORA ¿Y qué le pasa a usted digamos, como se siente con este paciente que es demandante?

PSICÓLOGO 1: A ver, yo creo que tiene mucho que ver con la formación, la verdad es que, yo siento que el paciente, este nuevo paciente tiene todo el derecho a pedir lo que está pidiendo, hay que partir de esa premisa, que lo atiendan bien, que le den un servicio digno y adecuado, tiene todo el derecho a pedir que el profesional que lo está atendiendo sea un profesional “pro” en lo que está haciendo. O sea partiendo de esa premisa, yo creo que el paciente tiene toda la razón. Ahora, el problema está en cuanto el paciente se olvida de que tiene al frente a una persona que se supone que también merece respeto, que también merece un trato digno. Entonces, cuando eso no ocurre, (te insisto, a mí no me ha pasado, por suerte) pero si he sabido, cuando eso ocurre, yo siento que ahí es donde uno tiene que poner a prueba su formación y en cuanto yo me hago cargo de lo que está pasando con el paciente que yo tengo al frente, cuando digo la formación, hablo de “enganchar” con una discusión con el paciente, yo creo que habla de una mala formación profesional. O sea, tengo que ser bien honesto, o sea yo creo que la discusión o enganchar con un conflicto del paciente, habla de que algo está pasando con el profesional, o no está pasando por un buen momento, o definitivamente no hay herramientas para poder entender qué es lo que está pasando en frente mío, el paciente que está con un problema, no tiene que ver conmigo, entonces yo me hago cargo de eso, yo creo que entra a una dinámica que es totalmente negativa y que va a estar en contra de uno como profesional porque es quién tiene la responsabilidad de tener controlada la situación.

ENTREVISTADORA: Usted dice, bueno, esta mezcla entre esta paciente totalmente vulnerable y este paciente informado ¿Es un poco peligroso?

PSICÓLOGO 1: O sea, yo no digo peligroso, yo digo que requiere un manejo especial, se torna peligroso cuando tu enganchas, se torna peligroso cuando tú discutes con el paciente, esto tiene que ver con un manejo, y te insisto, hay cosas que ellos tienen todo el derecho a exigir, pero el problema es cuando esa exigencia también de alguna forma vulnera el respeto que tienen que tener hacia ti

también, sí eso es lo que te digo yo.

ENTREVISTADORA: Me gustaría que me ejemplife con algún ejemplo en concreto esta situación.

PSICÓLOGO 1: Ya a ver, por ejemplo ¿Qué situación puede ser así, por ejemplo, lo que yo te estoy describiendo? Bueno, alguna vez pasó con algún paciente que, claro, llegó acá y dijo: - *“Bueno y cuando me voy a atender de nuevo?”*- Entonces yo le dije: - *“No sé, porque en el fondo abajo usted va, yo la voy a mandar con un papelito y pide la hora conmigo, allá abajo manejan la agenda, porque yo no la manejo”*- porque es verdad o sea uno no maneja su agenda, y van al SOME, un organismo donde se pide la hora, y me dice: - *“Ah no, a mí me van a dar la hora como para 3 semanas más”*- y le respondí: - *“Pero es que yo no puedo manejar eso , porque el SOME es el que da las horas”*- Y me dice: - *“Ah no po, es que deme la hora usted”* y le dije: - *“Es que no se la puedo dar yo, porque resulta que para que usted tenga una hora se entrega un papelito chico en que se recuerda la hora y el día que tienes el próximo control y yo no puedo hacer eso, yo no manejo mi agenda, o sea yo, abro todos los días y veo que pacientes me tocan”*- y se molestó el paciente, o sea no se molestó, pero me dijo como que yo poco menos tenía mala voluntad por no haberlo hecho y me dijo: - *“Pero si usted puede hacerlo, porque no puedo en tres semanas, yo quiero que sea en una semana más”*-. Y el sistema no está diseñado, al menos a nivel público para que el paciente sea visto cada una semana. Entonces yo diría que eso es lo que uno debe... y eso puede hacerle perder la paciencia ponte tú, a un profesional; paciente insistente que lo pone en el plano personal - *“Que pucha que tienen mala voluntad por no tomarme una hora”*-, y no, no pasa por uno todo tiene ciertos conductos, todo tiene ciertos trámites que uno tiene que hacer y yo no puedo manejar una agenda, no es mi tarea hacerlo. Entonces yo diría que eso es una muestra de lo que puede pasar, eso de que el paciente viene y dice: - *“¿Y la hora para cuándo?”*- .

ENTREVISTADORA: Específicamente con este paciente ¿Qué fue lo que ocurrió? ¿Cómo...?

PSICÓLOGO 1: Ahí es cuando uno tiene que ser claro - *“Señora yo no manejo ese tema, o sea, eso no tiene que ver conmigo, yo no soy administrativo, abajo hay unas personas que son las que se encargan de la agenda”*- *“Y usted puede decirle: Sabe, ¿Podría ser un poco antes?”*-, y es un asunto que no manejo, entonces hay que ser firme, firme, firme, entonces la señora entendió y se fue. Pero si a mí me hubiera embargado la emoción producto de lo que ella estaba diciendo, porque era muy natural como lo decía, porque era muy insistente, con un mal manejo, probablemente

hubiera terminado en un conflicto. A ese manejo me refiero yo: Tener claras las cosas, o sea, explicarle al paciente de forma concreta, esto es lo que hay que hacer, al menos los trámites administrativos.

ENTREVISTADORA: ¿Esta idea de paciente empoderado se opone entonces a la idea del paciente autoestigmatizado?

PSICÓLOGO 1: Si, yo creo que el tipo de paciente que ustedes describen, yo creo que está mucho más cerca del paciente más antiguo, yo creo que por ahí va más el asunto. Porque el paciente más nuevo, el más joven, digamos, más cercano a esta generación, como les digo, es un paciente muy distinto. Hoy día, existe una oficina de reclamos que se llama OIRS, en todos los organismos públicos. Siempre ha existido en realidad, pero nunca ha tenido tanta validez como en los últimos años, donde el paciente llega y hace su reclamo, o sus felicitaciones, pocas, pero hace sus felicitaciones también. O sea, ellos saben, o sea antes el paciente, yo no sé, yo soy relativamente cercano a esta generación, pero lo que se cuenta, antiguamente era maltratado y pasaba en forma absolutamente impune, absolutamente. Hoy en día no, si el paciente tiene un conflicto contigo va a la oficina de reclamos hace su reclamo, se retira del servicio de salud y tú tienes que hacer tu descargo, o sea, te llega un e-mail donde dice “La señorita Juanita Pérez dijo que usted la ha tratado mal” y usted, responde. Y se hace toda una especie así como de careo, no sé cómo decirlo, entonces, el asunto es diferente, yo creo que el paciente que ustedes están describiendo, es un paciente más perteneciente a las generaciones donde ocurrían estos abusos y donde había una especie de “ceguera” respecto al diagnóstico que tenía, o sea, aquí no había cuestionamiento respecto de uno, el paciente no tenía la capacidad de cuestionar, hoy en día el paciente cuestiona tu diagnóstico, o sea, yo no diría cuestionar, pero si, se queda con el derecho de la duda.

ENTREVISTADORA: Pero ¿Cómo llega el paciente? -“Doctor, sabe que yo creo que vengo por este diagnóstico”- ¿O el paciente espera que se le diga el diagnóstico de alguna Enfermedad Mental? ¿Cómo funciona ahí?

PSICÓLOGO: Ya, eh... hay de los dos tipos, hay paciente que llegan y te dicen: -“*Sabe que, yo creo que tengo depresión*”- ¿Por qué?- Preguntas y te dicen: -“*Por esto... esto... y esto...*” y a veces los síntomas coinciden. Y el otro (paciente) no, que tú le dices: -“*Yo creo que todo lo que usted está describiendo, más todo lo que se ha aplicado hasta acá, una psicometría que se yo, yo creo que estamos frente a tal y tales cosas*”,- y el paciente nunca cuestiona, si uno le dice: -“*Yo*

creo que esto está asociado también a un trastorno de la ansiedad”.- O por ejemplo llegan pacientes que te dicen: -“Hace un tiempo yo perdí mi trabajo y desde que pasó esto, yo he estado comiendo demasiado”- , o sea, no es que lo cuestionan, sino que te agregan algo o te dicen: -“Ojo con esto, con este acontecimiento”- , a eso me refiero, o sea, no es que te digan: -“Yo tengo esto, ud está equivocado”, no, no me refiero a eso, es decir, o te complementan o te dicen: -“Yo hace mucho tiempo, le cuento para que lo tenga como antecedente, me pasó esto”- , Yo creo que eso es muy importante, incluso a veces utilizan palabras muy técnicas tales como -“Pudo haber gatillado este cuadro”- . Claro y eso es porque han leído mucho, tienen computador por ejemplo, tienen acceso a internet y bien, lo cual me parece bien, de hecho no se pierden las pistas.

ENTREVISTADORA: ¿Usted hace cuánto tiempo trabaja en APS?

PSICÓLOGO 1: 8 años.

ENTREVISTADORA: Este cambio de paciente empoderado ¿Hace cuánto tiempo le ha tocado verlo?

PSICÓLOGO 1: Mira yo creo que desde que llegue, pero yo creo que ha ido “in crescendo” hace unos 4 años, yo creo que ha ido en aumento esta situación específicamente con el tema desde la inserción de los derechos y deberes del paciente. Porque además se ha hecho muy público, es decir en las noticias, en fin. Sí, yo diría que ahí, hace unos cuatro años atrás he visto pacientes que hoy en día yo digo que han llegado con otra actitud, y que no es una actitud desagradable, sino que es una actitud diferente. Llegan ellos a que tú los atiendas, y está bien. Antes llegaban como --“*Por favor atiéndame*”-- hoy en día llegan piden su hora, son pacientes que son muy cumplidores, con muy buena adherencia, vienen a sus controles todo, son pacientes muy ordenados, yo diría que tiene que ver también con que Chile ha tomado bastante conciencia acerca de la salud y de la Salud Mental sobre todo. No está demás decir que las consultas de psicólogos son las más requeridas junto con las de médicos, yo diría que por algo es ¿No? O sea, el chileno hoy en día quiere estar mejor, el chileno hoy en día también ha cambiado su alimentación, por ejemplo, se preocupa del sobrepeso, yo diría que tiene que ver con eso, con una generación de personas que han despertado acerca de su autocuidado y entre ello las visitas al psicólogo se han convertido no en algo tan lejano como hace diez años atrás que era como que tenía ese estigma del --“*Yo no voy al psicólogo porque yo no estoy loco*”-, hoy en día ha cambiado ese concepto, -“*Hoy en día voy al psicólogo porque quiero hablar de mis cosas*”- es casi como un plus, -“*Yo voy al psicólogo*”-, o sea, antiguamente daba

vergüenza decirlo, hoy en día la situación es completamente diferente.

ENTREVISTADORA: Claro

PSICÓLOGO 1: Eh... el paciente también ha tenido en cuenta y ha valorado que el acceso al psicólogo es algo muy beneficioso porque durante años todos nosotros, que estamos en este negocio, sabemos muy bien que era un acceso restringido económicamente, ahora, durante mucho tiempo tuvo un carácter muy burgués, que era para ciertas personas y era bastante caro acceder a ello y hoy en día el hecho que esté en la atención pública, no solo pública, sino también en los colegios, en fin, yo creo que abre una tremenda conciencia del esfuerzo que se está haciendo y también los beneficios que nos trae, así que en ese sentido vamos bien.

ENTREVISTADORA: ¿Me podría relatar un poco de ese paciente en particular?

PSICÓLOGO 1: Bueno, ese paciente X es una señora. Otro dato importante, lo que si no ha cambiado mucho y que ojalá pueda seguir mutando positivamente, es que el porcentaje más alto de Salud Mental son mujeres. ¿Ya? y eso no ha variado mucho fíjate, no ha sido un tema que.. han evolucionado un montón de cosas, pero eso no, eso sigue, yo diría que en la misma proporción incluso.

Ahora con respecto a los pacientes que ustedes me piden que les describa, si... Una señora de 50 y tantos años, llega acá y viene con unas características muy parecidas a lo que ustedes me están describiendo y tiene que ver con qué -"Hola doctor, usted sabe, tengo depresión, soy depresiva... noooo yo soy depresiva. Del año 84 el doctor Pérez me... depresiva, noo depresiva, con problema a los huesos, yo soy diabética"- Tiene todo este diagnóstico como... tiene un curriculum de diagnóstico. Entonces yo empecé a decir -"Bueno ¿Qué posibilidades hay de trabajar y empezar a salir un poco de esta situación?- ¡Ah! No, le pregunté qué porque ella pensaba que estaba depresiva, por lo que me dijo: "El doctor Pérez o Gutiérrez, lo que sea"- "Si, pero eso fue hace 20 años, ¿Y por qué cree usted...?"- " No, porque él me lo dijo y yo no... toda la vida así."- Entonces, ahí uno se da cuenta que estamos en consciencia de la responsabilidad de lo que a uno le dice al paciente ¿Ya? De cómo uno, en el fondo, muestra el diagnóstico al paciente ¿Ya? Si se lo muestras como algo definitivo, probablemente te vas a encontrar con pacientes que... Hay una muestra social muy importante de personas de esa generación que quedaron muy estigmatizadas con ese diagnóstico, porque era un diagnóstico definitivo, o sea, -"Lo dijo él y por algo es"- . Hoy día no, hoy día nos encontramos...la forma de explicar un diagnóstico a un paciente y eso es muy

importante en la formación de psicólogos y psicólogas que salgan. Tiene que ver con mostrarlo de una amigable, con flexibilidad por supuesto y siempre pensando en que es una situación que se puede superar. Porque es verdad. El porcentaje... -“*Yo tengo depresión*”- y unos diagnósticos increíbles o sea, -“*tengo depresión endógena con angustia no sé qué*”-, unos diagnósticos que tienen que ver con unos mamotretos así gigantes, pero yo creo que si uno los escuchara... o sea una condena de muerte, pero absoluta. Entonces, no. Hay que entender que el porcentaje de personas que tienen depresiones endógenas o que tienen carácter orgánico es mínimo. Y si los hubieran, siento que es tratar de que el paciente sepa de que es algo de que se puede vivir perfectamente con ello y flexibilizar el tema de que el medicamento... Bueno el medicamento tiene que estar, pero -“*usted puede seguir haciendo su vida normal*”-. Entonces, poner este componente positivo al diagnóstico es una tarea fundamental en los próximos colegas que aparezcan en este espacio. Ahora, si te fijas, ese tipo de paciente estigmatizado es un paciente que recibió la información, la recibió, la internalizó, la hizo suya y quedó con eso y ha sido reforzada a través de las visitas, ¿Por qué? porque cuando iba a ver a... eran visitas bastante estructuradas, donde -“*ya, tiene que seguir tomando el medicamento, ¿Cómo se ha sentido?, ha tenido síntomas?, Ya, No deje de tomar el medicamento, sino no va a dormir*”. Entonces era una cosa, bastante como... si ustedes se fijan placebo. Un placebo negativo que se llama, que es aquel modo de interiorizar algo de forma negativa y se queda en nuestro inconsciente. Entonces eso lo que yo creo que pasó con esa generación.

ENTREVISTADORA: O sea que, desde su punto de vista ¿El profesional es un factor importante a la hora de estigmatizar?

PSICÓLOGO 1: Absolutamente. Junto con ello, también los medios ¿Ya? Los mitos sociales también, o sea por ejemplo... porque tal como se maneja la información, el que se maneje información no quiere decir que esté bien manejada, que son dos cosas diferentes y eso hay que tenerlo claro. Lo que yo obtengo de información no siempre es la mejor fuente. Si la señora Juanita de la esquina me dijo que: “*la depresión es muy mala porque todas las personas que están deprimidas se suicidan*” y yo le creo, estoy metido en un problema ¿O no? O sea, la Psicoeducación acá tiene que ver con que hay que enseñarles a las personas en el fondo, que la información hay que pedírsela al experto. Y nos pasa a nosotros también, o sea si yo tengo un problema legal y yo le pregunto a mi hermano que es ingeniero comercial, y le digo yo: “*Oye ¿Sabes qué? choqué el auto*”, “*No, mira yo creo que ahí tienes que ir directamente a hacer tal...*”, Yo se lo pregunto a un abogado...

Entonces, ¿De quién yo tengo que tener información? hay que señalarle al paciente que siempre sea de la persona adecuada ¿Ya? y en este sentido, muchas información a veces se tergiversa porque, les decía, son pacientes vulnerables, pero que manejan el término, manejan en cierto modo el nombre de la patología, pero no necesariamente cuál es su significado real. Entonces yo creo, sí, la tarea nuestra es informarle de buena fuente qué es lo que está ocurriendo con el paciente. Hoy día, como les decía, estas personas no están dispuestas a tener atenciones planas en donde -"Ya señora, tiene que hacer esto, tome"-, quieren saber lo que les ocurre, y yo creo que dentro de los deberes también, es mostrárselo de la mejor manera posible.

ENTREVISTADORA: O sea es importante acercarse al experto, sin embargo, usted nos decía del caso de la señora Juanita, ella hablaba que *"tengo depresión porque el doctor Pérez me dijo que la tenía"*, entonces ¿Qué pasa cuando ahí es justamente el profesional, que se supone que es el experto, es el que induce que esta persona se autoestigmatice?

PSICÓLOGO 1: Es un profesional, que también te estoy hablando que es totalmente descontextualizado de los tiempos, o sea, con otra visión de lo que era la salud, hoy día hablamos de la salud con una mirada integral, cierto, hoy día la salud... hace 30, 40 años atrás, ¿Qué representaba la salud? ¿Qué representaba la salud hace 30, 40 años atrás? ¿Quién era la personificación de la salud?

ENTREVISTADORA: El médico

PSICÓLOGO 1: ¿Hoy día es así?

ENTREVISTADORA: El médico como un Dios en realidad...

PSICÓLOGO 1: Si, hoy ¿Ustedes creen que es así?

ENTREVISTADORA: No

PSICÓLOGA 1: En absoluto. El médico es un organismo más, importante por supuesto, de la salud, pero yo no voy siempre, exclusivamente al médico, y tú fíjate lo que pasa acá. Yo voy al kinesiólogo porque tengo una lesión muscular, voy a ver a las matronas, las chiquillas -*"Porque estoy viendo el tema de mi ciclo, no sé, y quiero saber del papiloma"*-, en fin, las chicas van y voy a

ver al psicólogo porque tengo un problema y estamos viendo el tema nosotros, o lo está viendo con la matrona o con el kinesiólogo.

Ahora, ¿El médico? si po, pero voy por otra cosa al médico y que está muy relacionado con lo anterior, por eso que es integral. O sea, -“¿Sabe qué? yo creo que hemos estado bien, pero yo diría que si sigue con esto del sueño, yo creo que le está incomodando un poco ¿Qué tal si vas a ver al doctor Pérez? y yo te voy a mandar con una notita acá porque quiero que vea ese tema, y a lo mejor te puede ayudar con un fármaco”-, pero bueno, él puede ayudar en ese tema, pero está muy relacionado con lo mío-.

A su vez la niña, la matrona *"oye sabes qué, mira me da la sospecha ahí que hay una cosita y te voy a mandar con el médico con una interconsulta al ginecólogo, quiero que te vea"*. Pero el concepto es distinto, muy diferente. Nadie está desacreditado, todos son importantes y eso es lo que se entiende hoy día como salud integral. Biopsicosocial, ese es el concepto hoy día. Entonces a mí me parece estupendo porque realmente, es lo más cercano digamos, a lo adecuado de los tratamientos de las personas, pero hacerlo hace 40 años atrás no, el médico personificaba a la salud y los demás eran ayudantes, no sé, una cosa.. . Hoy día son absolutamente horizontales. No hay mayores ni menores, todos son importantes. La asistente social es importante, el técnico paramédico también es importante, el señor que te da la hora abajo también lo es, y cuando entendemos eso como un modelo de salud yo creo que la cosa anda mucho mejor. Entonces, por eso yo te digo que en ese momento, probablemente esa personificación de la salud que era el doctor, él dijo eso y eso fue ley en esas personas.

ENTREVISTADORA: Entonces, ¿Podríamos decir que el profesional estigmatizante pertenece a la vieja escuela? ¿No es lo que se ve hoy?

PSICÓLOGO 1: No es...por lo menos... no sé si habrá todavía, pero si, pertenece a una generación que está absolutamente en desuso, descontextualizada. Hoy día el profesional, o los profesionales que trabajamos en salud, somos profesionales integrales, que entendemos la necesidad del otro. Yo necesito al kinesiólogo, necesito a la matrona como ellos de mí, en la pesquisa de algún paciente.

Esa intercomunicación ¿cierto? es tremendamente importante. Pero eso no existía antes, todo lo solucionaba el médico, todo y cuando digo todo, es todo. El doctor es, para algunas cosas digamos, no, todo. El psicólogo, hace 40 años atrás, yo no sé, estaban remitidos quizás dónde, no recuerdo que éramos algo, un fenómeno digamos, en salud importante ¿Ya? entonces, yo creo que han cambiado los tiempos y cuando tú me hablas de este tipo de personas que, de profesionales que puedan estar funcionando todavía, yo creo que están en un absoluto... están fuera del contexto

cultural actual. Al menos del sistema. Hoy día hablamos del sistema de salud familiar, ustedes habrán escuchado hablar, ¿Cierto? y tiene este concepto, el concepto integral de lo biopsicosocial y que tiene que ver con que la salud no comprende todo eso. Entonces, no, yo creo que tiene que ver con otros tiempos. No con el de ahora.

ENTREVISTADORA: ¿Pero el profesional de hoy día está enterado de estos conceptos?

PSICÓLOGO 1: Si, claro.

ENTREVISTADORA: ¿De Estigma, Autoestigma?

PSICÓLOGO Autoestigma no, así como tú lo estás planteando, no creo. Yo creo que los psicólogos estamos más al tanto de eso, pero sería bueno de todas maneras, masificarlo. Sobre todo en áreas que están más ligadas a lo biológico ¿Ya? más que nada y voy a ser aquí bien majadero, yo creo que aquí el hacer conciencia en algunos profesionales es súper interesante, a mi gusto. Qué importante es cuando uno se dirige al paciente a decirle lo que tiene, o sea, uno tiene conciencia realmente del impacto que uno provoca en el otro diciendo- "*usted tiene depresión*"-, porque tú se lo dices y después está la contención, lo dices y después viene lo otro,- "*si, pero no se preocupe, que esto lo vamos a hacer así, ¿ya?*", "*¿Cómo puedo tomar yo mi diagnóstico, si no me lo explican adecuadamente?*"- Pónganse en el lugar del paciente, si ustedes van tremendamente angustiadas por una situación, no saben lo que les pasa. Si alguien les dice: "*¿sabe qué pasa? es que usted tiene depresión*", se te viene el mundo encima, pero si te lo dice y dice: "*no se preocupe que esto tiene tratamiento aquí, vamos a verlo acá con el psicólogo, vamos a hacer un montón de cosas que van a hacer que no se angustie, esto tiene solución, esto tiene tratamiento*" y de alguna forma compensa al paciente. Fíjate la diferencia en salir de uno o del otro, son dos puertas de salida. Entonces, yo creo que es un poco el llamado a tener conciencia de que uno está con personas al frente, personas que muchas veces no saben qué les ocurre, simplemente tienen conceptos así como de lo que han visto, lo que le contó la vecina, lo que leyó en internet, pero ni siquiera tienen claro lo que les ocurre y están muy angustiados. Entonces lo mismo con los otros diagnósticos, diabetes, hipertensión, -"*Soy diabético*"- y se imaginan las peores cosas, -"*Me van a cortar un pie*"-. A veces creo que quizás, sería... me parece interesantísimo lo que están haciendo, o sea si esto se pudiera ejecutar como una, no sé si capacitación, pero si como una jornada porque es importante para los profesionales que trabajan en salud.

ENTREVISTADORA: Bueno es la idea un poco de esta investigación, devolver un poco esto y qué se trabajó con los Psicólogos de un sector, divulgar un poco el tema, porque tenemos claro que no es masivo ahora.

PSICÓLOGO 1: No, para nada. Se habla poco de la ética, la ética del trato, pero yo diría que es más que eso. Lo que ustedes hacen es mucho más valioso digamos, porque en el fondo tenemos... estamos puestos en una posición, que a mí no me gusta en todo caso, pero en una posición que es a veces necesaria, que es una posición asimétrica, ¿Cierto? en la cual el paciente siente, cree, piensa que nosotros sabemos lo que le ocurre y lo que nosotros digamos, ellos van a entender que es así. El cómo se lo digamos, el cómo se lo expliquemos, y nos demos un poquito de tiempo para decirle que todo va a estar bien y va a cambiar radicalmente la salida de esa persona de aquí. No confío que mis colegas lo hagan, incluso tú sabes que yo trato de tener esa visión, pero no sé si los demás lo hagan. Y sí me encuentro con pacientes que vienen con estas etiquetas de otras enfermedades que no vemos nosotros, como la diabetes, hipertensión y que vienen con una visión de su enfermedad bastante lapidaria, bastante triste. Quizás sería bueno que esto se pueda masificar.

ENTREVISTADORA: Para finalizar ¿Recuerda en qué momento de su formación vio estos conceptos de Estigma, Autoestigma?

PSICÓLOGO 1: Sí, específicamente lo vi en la formación de postgrado, cuando hice mi magíster de especialidad clínica, ahí vi los términos de Autoestigma. No fue un tema que haya visto digamos en profundidad, en ética, en la universidad quizás en psicología general, sí, pero lo vimos como ética básicamente. Ética del trato al paciente, el tema del contrato que se ve en el setting, pero más que nada lo vi después en la especialidad.

ENTREVISTADORA: ¿En pregrado nada?

PSICÓLOGO 1: Sí, como te digo lo vimos no con este concepto como ustedes lo dicen, la ética digamos con el contacto con el paciente, que era importante para no etiquetar, pero así a la pasada, no fue una cosa así como ustedes, yo después lo vi mucho más profundo en la especialidad.

ENTREVISTADORA: En general lo que hemos podido conversar con usted, es que tiene una visión bastante positiva de la situación, o sea de un paciente empoderado ¿Cierto? Un poco distinto a la concepción que tenemos.

PSICÓLOGO 1: Bueno, yo te lo dije del principio, esa es mi percepción, muy personal. Yo no sé cómo será el tema en otros lados, en otros hospitales, otros consultorios, no tengo idea, pero al menos mi experiencia ha sido esa y puede ser también que yo tengo un trato especial con los pacientes, soy como... a ver... trato de otorgar y no lo digo porque... no quiero ser autoreferente, pero a lo mejor también tiene que ver con eso, yo trato de otorgar un trato lo más digno posible al paciente ¿Ya? De no diferenciar de lo que hago en mi consulta privada de lo que hago acá, por lo menos esa formación es la que tengo yo, y eso ha hecho de que yo... conflictos con pacientes en realidad no he tenido nunca y también el hecho de que me doy el espacio para que el paciente sepa también lo que le está ocurriendo.

Entonces puede ser eso, pero la verdad es que yo he visto pacientes ya han llegado diciéndome lo que les pasa, tienen un poco esa visión, pero me quedo más con otro tema importante de ustedes, eso es lo que yo quisiera que... y vuelvo a insistir que fuera importante..... lo que yo pienso de lo que ustedes están haciendo es que, el crear conciencia de los diagnósticos, creo que es un tema que ustedes pueden profundizar un poquito más, así como... yo creo que la pregunta debería ser al revés, no ¿Qué tan estigmatizados están los pacientes? sino que ¿Cuál es el impacto del diagnóstico frente al estigma?

ENTREVISTADORA: Muchas gracias...

Segunda Entrevista

ENTREVISTADORA: Primero que todo, gracias por recibirnos de nuevo, ya. Bien, resumiendo un poco lo que nos dijo en la entrevista anterior, usted recalcó que hoy día el acceso a la información por medio de internet principalmente, ha hecho que emerja un nuevo paciente, un paciente mucho más informado, más demandante y señaló que estos nuevos usuarios del servicio público tienen nuevas herramientas para evaluar el tratamiento, la psicoterapia, incluso la farmacología.

Yo voy a leer unas cita textual que usted nos dio la entrevista pasada, usted dice: *“De repente me encuentro con pacientes que llegan hablando un poco de lo que es la depresión, de lo que han investigado, de lo que han sabido, bueno yo te diría que están al tanto de lo que ocurre, por ejemplo las redes sociales están al tanto del amigo que fue al otro psicólogo y le contó tal cosa, sabe que en internet hay material acerca de lo que es la depresión, si bien es material que es bien*

técnico, que es para nosotros los psicólogos, para los psiquiatras, también es fácil de leer, entonces yo diría que a eso me refiero más que nada, me refiero a ese paciente que hoy en día, producto de esta, digamos, apertura de la tecnología es capaz de acceder a la información mucho más rápido y comparar, incluso contrastar", ¿Cierto?

PSICÓLOGO 1: Sí.

ENTREVISTADORA: Bien, ¿De qué cree usted en general que se trata esta información que trae el paciente?

PSICÓLOGO 1: Bueno, el paciente en el fondo, más allá de lo que puede informarse de la enfermedad que padece, en este caso los psicólogos trabajamos con trastornos emocionales, ¿Verdad?, y la depresión es una forma, es un cuadro que hoy día ha sido bastante manipulado, en el sentido de que en la información acerca de la depresión hay fuentes que son bastante fidedignas, como hay otras que dejan bastante que desear en cuanto a este tema. Ahora, el paciente además, voy más allá de eso, tiene que ver con que él o ella busca la mejor calidad en la atención que pueda tener, ¿Ya?, y en ese sentido contrasta un poco lo que trae como información con respecto a lo que el psicólogo le va a explicar acerca de lo que le pasa. Aquí uno se encuentra con los pacientes que le preguntan, bueno y –“¿Qué tipo de depresión tengo yo?”-, ¿Ya?, –“¿Por qué tendría que tomar fármacos?”- es más, te preguntan: –“¿Puedo optar por otra farmacología alternativa?”-, por ejemplo. Entonces hay un cuestionamiento no, no un cuestionamiento, sino que hay como una especie, en cierto modo, exigen al profesional que den más allá de las alternativas que anteriormente hace años atrás, se daban, que era: “usted tiene esto, tiene esto otro y va a hacer este procedimiento y éste”, sino que el paciente te pide otra alternativa.

ENTREVISTADORA: Ya, bueno, justamente le pregunto de qué información se trata no cierto porque, también puede ser que la información que traiga el paciente, en realidad esté, no cierto, tergiversada y que refuerce el estereotipo negativo, digamos, que está en la sociedad acerca de la Enfermedad Mental, entonces la pregunta es: ¿Esta información contrarresta el Autoestigma o lo aumenta?

PSICÓLOGO 1: A ver, yo pienso que, en cierto modo lo contrarresta, ¿Por qué? porque también hay otro punto importante que influye hoy día y que es que este paciente que viene a ver al psicólogo, no es el mismo paciente de hace 20 años atrás que venía a ver al psicólogo como última

instancia, pensando incluso, ahí sí que estoy de acuerdo contigo en la Autoestigma, pensando que estaba loco, sino que hoy día el paciente ha logrado socializar de tal manera la atención de Salud Mental y lo ve como un beneficio, como un beneficio que es cotidiano, que es como, como una atención que también es necesaria y que no necesariamente significa que esté en una situación grave o que le avergüence. Hoy día el paciente dice que va al psicólogo, lo ha integrado en su vida social, incluso como un elemento de salud preventiva, o sea, -“*Yo voy al psicólogo porque cada cierto tiempo necesito hablar de mis cosas, soluciono las cosas*”-, lo ve como un beneficio que ya no es tan atemorizante, como era, decir que iba al psicólogo hace 20 años atrás, no es lo mismo, hoy día el paciente viene y utiliza este recurso como, a beneficio propio, insisto, no solamente en lo puntual, en la morbilidad, en la contingencia aguda, sino que también como una situación preventiva, acerca de algunas dudas, acerca de alguna situación que quisiera resolver o que tiene pensado resolver en algún minuto, en algún momento de su vida.

ENTREVISTADORA: Claro, usted en la entrevista anterior mencionaba, no cierto, esto mismo, nos decía ahora el chileno, cierto, está mucho más preocupado de su auto-cuidado, del equipo con que va a tratarse, que va al kinesiólogo, que va al médico, ¿No es cierto? Incluso, nos dijo una frase textual: que llega gente diciendo (viendo esto como un plus): -“ *yo voy al psicólogo a hablar de mis cosas, me hago terapia*”-. Le ha tocado verlo entonces, ¿Algún ejemplo concreto?

PSICÓLOGO 1: A ver vi, eso fue bastante sorprendente, que una adolescente de 17 años, que estuvo viniendo conmigo un par de meses, unos tres meses, estuvo viniendo porque en realidad ese fue el tiempo que nos vimos, luego ella decidió ya terminar el proceso, y venía con una situación que ella consideró, por eso les digo que es bastante sorprendente la madurez en el fondo, como abordó el tema, ella había terminado con su pololo, ¿Cierto? un pololo, digamos, que habían tenido una relación de un año y medio, terminó con su pololo y ella consideró que era importante elaborar el duelo, así me dijo, consideró que había sido un término de mutuo acuerdo, donde la relación, según ella, se había desgastado y que ambos decidieron seguir con su vida, ella yendo al colegio, él ya había salido, había entrado a la universidad, por tanto sus mundos se separaron y entendieron que a lo mejor era el minuto para seguir solos. Así me lo dijo ella y ese fue el motivo de consulta, o sea, -“*Yo vengo porque terminé con una relación de pareja, quiero elaborar de mejor manera posible esta situación para que no se transforme en algo que no pueda resolver*”- y así fue, y trabajamos el tema, ella conversó mucho acerca de lo que le pasaba, la tristeza, como entendió este tema de dejar algo que a lo mejor, de dejar esta relación que para ella era muy importante, porque fue su primera relación importante en su vida, entonces, y terminó de muy buena forma, ella se fue muy agradecida

y muy contenta, porque sentía que era algo que tenía que hacer, era algo que tenía que elaborar consigo misma. Entonces, ese es un ejemplo puntual de cómo la gente toma la psicoterapia hoy día, o sea esta niña no vino porque - *“Sabe que vengo porque estoy deprimida, sino que vengo porque en realidad siento que es algo que tengo que hacer, tengo que trabajar este tema y que mejor que con un psicólogo”* -.

ENTREVISTADORA: Una visión más despatologizante de lo que era anteriormente.

PSICÓLOGO 1: Por supuesto, o sea por el tema agudo, como te decía, el tema de morbilidad, lo agudo de la situación, cuando viene alguien descompensado, ¿Cierto? Uno a lo mejor da alguna contención, estabiliza, pero literalmente también da la vuelta en el sentido de que, da la vuelta a la farmacología, o sea, uno deriva después a medicina general porque ese paciente además de necesitar alguna farmacología para atenuar los síntomas, porque hoy día una situación de digamos de mucha agitación emocional. Pero esto es distinto, y no es la primera vez, o sea, viene mucha gente, - *“Sabe que tengo problemas vocacionales, por alguna situación en la familia, por algo que me está pasando con ellos, por una situación laboral”* -, en fin, - necesitan devolverle a alguien esto y trabajar, y la gente lo sabe, sabe que es para eso, ¿Me entiendes?, antes el quehacer del psicólogo era realmente un misterio y se confundía con otras cosas, se confundía con la psiquiatría, casi con las hospitalización psiquiátrica, que es lo que más miedo le da a la gente.

ENTREVISTADORA: Bien, bueno entre esta caracterización que usted hizo del nuevo paciente, también mencionó que es un paciente que conoce muy bien sus derechos y deberes, señaló también *“A veces más derechos que deberes”* ¿Verdad?

PSICÓLOGO 1: Yo creo que sí, a veces, no todos, pero hay mucha gente que piensa que esto está hecho de derechos y ningún deber, ¿Ya?

ENTREVISTADORA: Exactamente, bien, un paciente que viene acá a consultorio y que demanda atención, que lo atiendan a la hora que se le dijo ¿Cierto?, sino hasta hace el escándalo afuera, si uno se atrasa un poco, pero ¿Cree usted que este mismo paciente, tal vez diagnosticado con no sé, depresión por ejemplo, exige con esa misma fuerza y con ese mismo empoderamiento sus derechos afuera? Por ejemplo a no ser discriminado.

PSICÓLOGO 1: No, no, a ver primero hay que entender una cosa, entender que la salud pública, específicamente a nivel de la atención primaria, los hospitales también, nos encontramos con un paciente que tiene una accesibilidad, diría yo, casi exclusiva al sistema público, ¿Ya?, o sea conoce, no conoce o conoce muy poco de lo que tiene que ver con la atención privada ¿Ya?, entonces tiene una fantasía de la atención privada ¿Ya? que es mejor, que lo atienden rápido, que te atienden súper bien, que te atienden en el minuto, una fantasía bien errónea, porque todos los que nos hemos atendido alguna vez en la atención privada, sabemos que hay que esperar igual, solo que la oficina es más bonita. Ahora y hay revistas que leer, todos sabemos eso, ahora eso que hace que el paciente en cierto modo, hoy día, se sitúe, no todos, insisto, hay gente que es muy respetuosa, tiene empatía para entender que uno de repente se demora más con un paciente porque lo necesitó en ese minuto, ¿Ya?, no es que uno se haya atrasado, sino que, sobre todo en el área de Salud Mental hay pacientes que vienen por un control donde todo va bien y conversamos y todo va bien y tienen su tiempo y listo, pero hay pacientes que vienen muy complicados y que necesitan un rato más de nosotros y a veces el paciente que está esperando afuera no logra ser empático con eso y manifiesta su molestia casi como si uno le hubiese faltado el respeto ¿Ya? entonces caemos en la subjetividad de qué es lo que hay que hacer, o sea, atiendo rápido porque le toca al otro que está afuera o le doy la comprensión que necesita esa persona en ese minuto que viene a buscar atención y a lo mejor quitarle un minuto más al de afuera. Éticamente, desde mi punto de vista, yo como psicólogo clínico, considero que si una persona necesita más tiempo de mi porque está en una situación compleja, se lo voy a dar, primero por un sentido de humanidad, segundo porque técnicamente lo merece y a la persona que está afuera se le dará la explicación pertinente, yo me imagino, una persona que tenga un grado de empatía mínimo lo entendería.

ENTREVISTADORA: Usted hace esta diferencia entre lo que es la atención privada y la atención pública, de la actitud del paciente, de la fantasía que tienen.

PSICÓLOGO 1: Lo más frecuente es que en la consulta de atención privada nadie reclama, están ahí esperando una hora o una hora y media, porque existe, por eso te digo, te hablo como algo fantasioso, que es una fantasía, también ornamentaria, porque es más bonito, yo también tengo consulta privada, es más bonito, entonces, versus esto, que debe funcionar porque debe funcionar, lo otro funciona casi como -“*Si me están haciendo un favor, me está viendo el doctor no sé cuánto*”, ¿Me entiendes? Entonces es un asunto fantasioso que lleva a actuar de distintas maneras al paciente, es como un experimento que he hecho yo que lo he comprobado con paciente, o sea pacientes que he visto acá versus con los que veo en la consulta, se comportan de otra manera.

ENTREVISTADORA: Entiendo la idea de la actitud diferente del paciente frente a los distintos sistemas de atención, pero salgamos un poco del tema de la salud, vayámonos a la vida en general, no sé, hay empresas en las que se discrimina si la persona tiene algún Trastorno Mental ¿Cierto? hay, en la vida real, no sé, el acceso a la vivienda, el acceso a la educación, ahí ¿Cree usted que este paciente efectivamente defiende sus derechos, con el ímpetu que lo hace acá afuera? ¿O no? o ¿Ahí sí tiende a autoestigmatizarse?

PSICÓLOGO 1: Bueno yo creo que también, tenemos que entender, que estamos en un despertar social bien importante, hoy día la gente, no sólo conoce sus derechos de salud, sino que los conoce en general, entonces públicamente se han dado a conocer de repente de mal uso de instituciones financieras, con respecto a eso, conocer ya del abuso que han sido víctimas, no solo ellos sino que todos nosotros. Ahora, sí, nos encontramos con un personaje social hoy día que está dispuesto como a hacer valer sus derechos ¿cierto? que es capaz de reclamar, de reclamar en el banco, que es capaz de reclamar no sólo, por eso te digo, no sólo en el hospital, es capaz de hacer valer su situación de disconformidad en otros ámbitos ¿Ya? Sí, yo creo que hoy día es un paciente más consciente, por eso te digo, más empoderado, porque hoy día conoce sus derechos, conoce y sabe que existe un respaldo político, social, económico, que está ahí, entonces no es el paciente que era veleta, que donde lo llevaban él hacía lo que tenía que hacer, funcionaba básicamente así como bien como la ranita de Pavlov. Pero lo más interesante de todo esto, es que viene de la información, hoy día, todo el aparataje tecnológico que tenemos facilita el poder entender algunas cosas, los medios de comunicación como las noticias, informan acerca de esta situación y las informan de modo bastante accesible, porque para llegar a esa información ciertos años atrás técnicamente tenías que tener cierto conocimiento agregado, sino no entendías nada, hoy día te explican qué significan las cosas, que implicancia tiene eso, explican qué enfermedades AUGE se agregaron, que significa que una enfermedad sea AUGE si nos metemos al tema de la salud, entonces obviamente cuando tú te informas creces culturalmente y el crecer culturalmente hace que tengas más opinión, tengas más intervención en lo que ocurre.

ENTREVISTADORA: Bien, no obstante esta base de información, usted mencionó que llegaban distintos tipos de pacientes a la consulta aquí cito, "*Sabe yo creo que tengo depresión por esto y por esto- y a veces los síntomas coinciden, efectivamente lo que trae es lo que dice*". Usted señala otros: "*No cuestionan lo que uno les dice... yo creo que tienes esto*"- o también me decía que hay pacientes que te dan antecedentes: "*Mire para que tenga en cuenta yo perdí mi trabajo y desde ahí*

me estoy sintiendo mal.”- Entonces, tenemos una variedad de pacientes aunque esté la información, entonces aunque hay pocos pacientes, según usted nos dice, que llegan autoestigmatizándose, si debe haber, alguno llega. Entonces, ¿Con qué conductas concretas llega un paciente que sí se autoestigmatiza?

PSICÓLOGO 1: Bueno ahí voy a caer en la reiteración de la teoría que tengo yo de porqué ocurren las cosas y que tiene que ver con la falta de información, el no conocer las cosas, el no tener un conocimiento acabado de que significa una enfermedad específica, ¿Ya?, el no poder contrastar lo que le pasa con lo que realmente existe hace que las personas de alguna forma lleguen con una etiqueta debajo del cuello donde dice: -“*Soy depresivo y eso es muy malo y hago lo que usted, yo soy depresivo y no solamente vengo acá como depresivo para que usted me ayude, si no que yo soy un depresivo en general en mi vida*”- ¿Ya? (autoestigmatizado) -“*Y todo lo que yo hago tiene que ver con la depresión*” -, No sé si me explico.

ENTREVISTADORA: Sí.

PSICÓLOGO 1: -“*Mi relación de pareja es depresiva, mi relación laboral es depresiva, la relación con mis hijos es depresiva*”- (hablándolo desde tema de la tristeza), nos vamos a poner en esa situación. Entonces, como existe baja información en esa persona, yo finalmente veo que el factor general de las personas que se autoestigmatizan, tiene eso, tiene un fondo cultural bajo, en donde específicamente, nos encontramos con personas que no conocen bien la enfermedad, que lo que le han dicho, lo que le ha dicho el médico, lo que le ha dicho, no sé alguien que para él representa algún tipo de autoridad, es. No hay capacidad de cuestionamiento, de investigar. Entonces, qué le pasa, en el fondo se etiqueta la persona de esa forma, comienza a tener un circuito vital que, digamos, circunda el tema depresivo, porque para ellos la depresión es tristeza, y tú y yo sabemos que la depresión es mucho más que eso. ¿Cierto? La tristeza, todos podemos estar tristes, pero tenemos la capacidad ante ciertos eventos, obviamente de levantarnos. La depresión no, es un trastorno de ánimo que, tiene prolongación en el tiempo, que trastorna muchas cosas y otras sintomatologías asociadas. Si al paciente se le explicara eso, que es la pega nuestra o de un profesional que trabaja en salud créeme que la cosa sería muy distinta, pero el paciente se centra en: -“*Yo soy depresivo, eso es lo que soy y funciono así*”-, incluso la ayuda la vienen a pedir desde un, digamos, circuito depresivo, vengo para que sigamos estando depresivos y un poquito mejor, pero en el fondo es como lo que te decía, es extraño, es así como funciona.

ENTREVISTADORA: Bueno y cuando llega este paciente con esas características ¿Usted como dirige el trabajo o el acompañamiento?

PSICÓLOGO 1: Lo primero que hay que hacer más allá del acompañamiento es informar al paciente, que es una enfermedad como cualquier otra, bajar el perfil a lo que ellos piensan, lo tienen perfilado como algo crónico, para siempre, que es inmutable. Lo primero que tenemos que dar es una mirada esperanzadora a lo que le pasa, de que sí tiene salida, de que esto es una enfermedad que puede terminar con un tratamiento, de que no es una situación invalidante, de que lo que tiene no es algo grave, que puede tratarse y de que la posibilidad de que haya venido es buena, en fin. Tratar de alguna forma, mirar esta situación, entiendes, desde una situación menos definitiva, ¿No cierto? catastrófica, como la ven ellos, por eso te digo el Autoestigma tiene que ver con eso, cuando le ponen un perfil a lo que le pasa tan elevado que –“*Yo soy eso*”-, muy rígido, flexibilizar lo que está pasando yo creo que es como uno de los trabajos más importantes que uno debe hacer, flexibilizar el cuadro.

ENTREVISTADORA: A partir de este trabajo que se realiza, ¿Qué evolución se puede notar en los pacientes?

PSICÓLOGO 1: Bueno es inmediata, el paciente se va mucho más tranquilo, mucho más esperanzado. Claro se produce un cuestionamiento acerca de sí mismo, bueno a ver, la discusión con su medio social también: –“*Oye espérate, tengo depresión, pero fíjate que hablé con un psicólogo y me dijo que es un tema que se puede cambiar*”-, cambia tu visión. Es bastante inmediato el primer encuentro con el paciente y luego viene bueno, la aplicación farmacológica que hace el resto del trabajo. En el fondo que es como mejorar, atenuar o mejorar los síntomas y evidentemente que el paciente comienza a darse cuenta que lo que le ocurre es absolutamente reversible.

ENTREVISTADORA: ¿Recuerda alguna experiencia concreta al respecto?

PSICÓLOGO 1: Sí, claro. Recuerdo un paciente, bueno no fue hace mucho tiempo que venía porque trabajaba en una, en un tema de estos mecánicos, no sé y trabajó ahí durante muchos años y él sentía que, siempre él pensó que era depresivo, pensándolo desde su visión de lo que era la depresión, siempre andaba que no le iba muy bien, hasta la suerte la asocian un poco con depresión, la mala suerte, que se yo, es una cosa bien melancólica, entonces, los mismos compañeros de

trabajo le decían: -“*Es que estás depresivo*”-, en fin. Entonces qué ocurre, este caballero trabajaba hace muchos años en un taller mecánico, parece que era mecánico, no me acuerdo muy bien y los compañeros le decían, y finalmente se empieza a dar cuenta que el trabajo no lo podía seguir realizando como él quería ¿Ya? Y lo despiden del trabajo, donde trabajó 25 años, perdón no lo despiden, le dicen a él que en realidad le van a bajar el sueldo porque le van a dar funciones más básicas, entonces él no está de acuerdo y ahí el jefe le dice que lo mejor sería que buscara otro empleo, que podía buscar un trabajo más, y él accede súper inocentemente, tu sabes con 25 años de trabajo, fue un error haber renunciado ¿O no?

ENTREVISTADORA: Claro.

PSICÓLOGO 1: O sea mirándolo de una forma bien táctica y renunció, después amigos le dijeron que para qué renunció que se lo engañaron de alguna forma y peor, porque él le echa la culpa de porque es depresivo el cometió ese error contractual. Ya, entonces fíjate como circunda todo ese actuar, -“*Me equivoqué como yo soy depresivo, por eso es que tomo esas decisiones, como yo soy depresivo, por eso es que me ofrecieron otra pega, como soy depresivo me va mal*”-, entonces todo circundaba a eso, entonces como es depresivo, tienes que ir a ver a un psicólogo y llegó acá por ser depresivo, y me di cuenta de toda esa historia, entonces lo primero, que yo hice fue justamente lo que te dije, le expliqué primero, informar al paciente qué es la depresión, en términos reales, aterrizados, por supuesto técnicamente no se lo expliqué, se lo expliqué de la forma más, para él, para que él comprendiera digamos lo que estaba hablando, que es algo que tiene solución, que él puede salir de esto, de que existen un montón de tratamientos para poder, que contamos con ellos acá, de que no solamente lo voy a ver yo, sino que también una asistente social, que lo va a ver un médico también y que lo va a ver otro personal que si es necesario también lo van a ver. Se sintió acompañado, no se sintió más solo, con esto, vio una mirada esperanzadora y se dio cuenta que esto no lo iba a matar, que esto era, que mucho de esto era, tenía que ver con lo que él se había imaginado que era la depresión y que de alguna forma él auto-determinó su actuar durante mucho tiempo. Bueno, hoy día el paciente está dado de alta ya, está bastante bien, hizo un cambio en su vida, por supuesto que buscó otro trabajo, mejoró su autoestima con esto, por supuesto empezó a darse cuenta que podía hacer cosas, que estaba auto-determinado que le fuera mal que le podía hacer, los fármacos ya los dejó, o sea mejoró su calidad de sueño, su vida de pareja, su familia, él también explicó a los demás lo que era la depresión y les hizo ver que ellos estaban equivocados en lo que ellos pensaban que era. Es bien interesante, cuando el paciente llega como empoderado de lo que él sabe a los demás que lo convencieron de que el tema era así: -“*Y no, la depresión es esto y*

con tratamiento me siento mucho mejor incluso.”- Ese caso fue bien emblemático para mí, del año pasado.

ENTREVISTADORA: Entiendo entonces en general la visión que usted tiene del tema. Para terminar ¿Hay algo que usted quisiera agregar que cree que no se conversó, en la entrevista pasada o en esta?

PSICÓLOGO 1: No, mira creo que la entrevista estuvo bien interesante, creo que la temática, me parece súper contingente, pero yo diría que en estos casos, como el caso que te expliqué recién, como el caso, si, el Autoestigma existe ¿Ya? La autoestigmatización existe, pero cada vez menos. Yo creo que, porque obedece a un fenómeno cultural depurativo ¿Ya? Y claro porque me parece interesante lo que tu planteas, porque si bien existe en menos cantidad que antes, en volumen mucho menor, lo que existe es bastante negativo ¿Ya?, cuando existe es muy nocivo, porque como te decía, cuando está esto, la persona no solamente le da depresión, si no hablemos en generales hay muchas enfermedades, básicamente se auto-determinan como una persona enferma y cuando uno se autodefine como alguien enfermo, todo lo que tú haces tiene que ver con eso: -*“No me salen bien las cosas porque soy enfermo, no me va bien en la vida porque soy enfermo, tengo malas relaciones con mis hijos porque soy enfermo de lo que sea, de depresión, soy diabético, no sé hipertenso”*- Entonces se convierte en una postura rígida que yo creo que lisa y llanamente deteriora muchísimo la calidad de vida, entonces yo creo que en ese sentido, el acompañamiento, la información, todos los que tenemos que ver, todos los que trabajamos en salud, todo lo relacionado con los personajes que trabajan en la salud es fundamental, tanto en el área pública como en el área privada, porque a veces se nos asignan estas pegas a nosotros los públicos, pero muchas personas van al especialista o al profesional del área privada y es necesario que esto lo tengamos en cuenta porque se pierde un poco de vista. Tal vez no suena como tú lo estás nombrando, por el nombre “Autoestigma”, pero si uno lo ve por sentido común en el fondo existe, esto es como la teoría del etiquetaje, por ahí hay una serie de otras formas de decirlo, ¿No?, pero sí, me parece muy interesante creo que va en detrimento, claramente esto está desapareciendo, pero existe un número no menos importante de personas que aún tienden a tener estas conductas que yo creo que son muy destructivas.

ENTREVISTADORA: Muchas gracias...

11.3 Transcripción Entrevista Psicólogo 2

Primera Entrevista

ENTREVISTADORA: Primero que todo queremos revisar un concepto más amplio que es el Estigma en Salud Mental... ¿Qué opinas tú respecto de este fenómeno?

PSICÓLOGO 2: ¿Podemos conversar cierto?

ENTREVISTADORA: Esa es la idea.

PSICÓLOGO 2: Yo creo que... a mí me gustaría contar un poco porqué estamos acá... yo aquí hago una pega doble, hago la extensión horaria en el programa de Salud Mental, o sea atención de box, desde las 5 de la tarde hasta las 8 y en la mañana he estado trabajando en el tema comunitario, entonces aquí hay una doble dimensión, que es la perspectiva clínica por un lado desde el box, o sea escuchando al usuario de uno a uno y por otro lado está la experiencia en un territorio afectado por un incendio que destruyó nuestro recinto, el territorio de las casas y de las familias, en términos de destrucción del tejido emocional. Entonces quizás desde ahí poder pararme para responder las preguntas, no sé si les parece.

ENTREVISTADORA: Si... queremos revisar un concepto más amplio que es del Estigma en Salud Mental.

PSICÓLOGO 2: Ya...

ENTREVISTADORA: ¿Qué opinas respecto de este fenómeno?

PSICÓLOGO 2: Nos ha pasado en términos como de intervención que evidentemente después de un incendio surge una serie de síntomas y signos que están asociados a angustia, probablemente a trastorno de estrés postraumático, a todas las etiquetas que ustedes quieran asociar a esa sintomatología, y en un primer momento la población como que tiene o ha tenido en este territorio en particular, ha tenido como la intuición ciudadana de -“*Necesitamos psicólogo, necesitamos que alguien nos escuche, que alguien venga pero necesitamos que alguien venga para el otro no para mí*”, “*Ya... necesitamos que vengan a ver a los niños*”, uno se encuentra o yo me encuentro de

repente en esta lógica que los niños son como... de lo que ha pasado con los niños en la primera y segunda guerra mundial que son como el escudo humano -“*Pongamos a todos los cabros chicos acá porque estos son los que tienen el problema*”- pero al final es el mundo adulto que está sistematizando a los niños o con los niños y ahí pasa un fenómeno súper...que a mí me genera mucha rabia porque las personas te manifiestan por un lado esta necesidad de apoyo profesional, terapéutico, en el área de la Salud Mental mucho más amplio que lo psicológico... Pero por otro lado está este discurso muy instalado de -“*Yo no estoy loco, yo no estoy enfermo, no tengo por qué conversar con usted.*”- Y le encuentro toda la razón entendiendo las dinámicas que han sucedido acá...o sea hace 6 meses hubo un incendio y se llenó de monos con cuchilla que decían ser psicólogo...y no hubo ningún... no control pero desde la perspectiva desde el colegio de psicólogos que yo también soy miembro, instalamos esta lógica -“*Bueno si vai a ir a cooperar ¿Bajo qué prisma?*”- entonces por un lado nosotros teníamos súper consciente desde la academia y desde el colegio y desde la red de ayuda humanitaria y de toda la orgánica, que estábamos levantando que las intervenciones tenían un carácter comunitario en que eran los primeros auxilios psicológicos pero hay mucho colega que subió e indiscriminadamente etiquetó, diagnosticó, la gente de este cerro estaba en el albergue que se instaló en la escuela Grecia y un día en la madrugada llegó un equipo de Salud Mental de otra región y empezó a diagnosticar esquizofrenia y brotes psicóticos y entregar Aloperidol y neurolepticos a una población que estaba siendo afectada por una catástrofe, entonces claro existe este Autoestigma pero, desde mi perspectiva , está movilizadora por la irresponsabilidad de los colegas.

ENTREVISTADORA: Claro...

PSICÓLOGO 2: O sea nosotros en Chile tenemos un código de ética profesional que no puede ser letra muerta, porque el artículo del código de ética se funda en la carta de los derechos humanos, en la declaración de los derechos humanos, parte desde ahí nuestra profesión. Nuestra profesión, es una profesión que está al servicio de y a veces no se entiende desde ahí, se entiende desde el tema más bien y aquí yo soy súper crítico también de la academia, o sea hoy día estando en la calle, post-incendio, es un desafío porque en el fondo los modelos aquí no funcionan mucho, todo es relativo en función del territorio, de la experiencia familiar...la academia en el fondo está en la estratósfera y la población afectada por un incendio vive la realidad día a día en la que se levanta todos los días, y cuando tiene que ir al baño tiene que salir de su casa porque tiene una caseta afuera, y eso en situaciones de hacinamiento porque un tercio del cerro está viviendo en viviendas de emergencia y otro tercio del cerro se tuvo que ir, ¿Qué dice el psicólogo ahí?

ENTREVISTADORA: Mmmm

PSICÓLOGO 2: Y está esta otra lógica como desde la que yo entiendo que se para el colega o la colega, se paran desde una perspectiva de poder también pu... Entonces en población que es vulnerable, primero no te reconocen desde la perspectiva de un par o de alguien que va caminando, el terapeuta es el que acompaña, el que camina al lado...no... Es el terapeuta, es el doctor.

ENTREVISTADORA: Claro, es una postura médica.

PSICÓLOGO 2: Cachai, entonces desde esa perspectiva, claro hay un Autoestigma ¿Ese es el concepto no?

ENTREVISTADORA: Si, o Estigma internalizado.

PSICÓLOGO 2: Que está fuertemente sostenido por una práctica profesional del psicólogo profesional y anda a decirle algo a las vacas sagradas que se instalan desde ahí.

ENTREVISTADORA: Claro.

PSICÓLOGO 2: Claro, ustedes. Me preguntaron al principio -¿Y cuánto tiempo llevas trabajando en esta cosa?- ...ya 2 años, o sea, casi 3 y en esta dinámica estos 3 años han sido una perspectiva “clinitaria”.

ENTREVISTADORA: Mmm (risas) ya...si...

PSICÓLOGO 2: Y rescatando el término también...o sea...ha evolucionado esto como del psicólogo social a la psicología comunitaria y ahora estamos hablando de intervenciones “clinitarias” y eso está registrado, entonces de una u otra forma yo siento que lo que ustedes. Preguntan desde mi perspectiva y de lo que me ha tocado ver con esta gente ha sido un poco eso como el temor a la intervención en Salud Mental porque una persona...por lo que yo siento y aquí transparentando lo que sucede. Yo siento que llega una persona a consultar con...con...o a preguntar en realidad -“Sabí que me pasa esto, me siento mal, no puedo dormir, ¿Es normal?, ¿Después de

un incendio es normal?”- entonces ahí se viene esta otra atención porque trabajai con un sistema informático que te dice DIAGNÓSTICO entonces ¿Y dónde metí esa gente? ¿Trastorno ansioso?

ENTREVISTADORA: Post traumático...

PSICÓLOGO 2: Claro entonces ahí viene otra sensibilidad que tiene que ver con el nivel socio educacional de la población. Entonces, si tú a una persona que viene de un segmento social vulnerable, que llegó hasta Séptimo básico y que ha logrado sobrevivir de manera auto gestionada porque es artesano o es obrero de la construcción o tiene algún oficio y que hace las cosas tres mil veces mejor que tú, porque uno está sentado acá, recibe -“*Hola ¿Cómo te va?*”... Y ellos construyen lo cotidiano, entonces tú a esa persona, tú le decí: “*No lo que pasa es que yo psicólogo creo que usted. Tiene un trastorno ansioso*”, “*¡Ooooh el psicólogo dijo que estamos traumatados, trastornados!*” o Tiene rasgos esquizoides -“*¡Ooooh parece que estoy medio piteado!*”-, entonces los colegas fomentamos eso po...”*Cómo no voy a diagnosticar si tengo que hacerlo porque el sistema me lo está pidiendo*”, bueno y ahí entra uno en la tensión, que estás trabajando en el sistema público, y en el privado yo creo que es peor porque en el fondo también en algún momento en estos 3 años de profesión, he tenido espacios como terapeuta privado y ahí es peor el tema, desde mi perspectiva porque ahí te pagan, entonces como te pagan el otro dice: “*Ya, pero ¿Que tengo? Te estoy pagando plata y te estoy pagando harta plata, entonces dime, dime, ¿Qué es lo que yo tengo?*” entonces ahí el tema es como,- “ya pero entremos a dialogar porque hay que profundizar”, “*no pero es que ya po, saber técnico*”- Entonces el otro en este sentido, la otra mirada, te está exigiendo por favor dígame que tengo y ahí uno tiene que ser habilidoso, si es que le interesa el ser humano, en poder establecer un proceso terapéutico donde el otro en vez de saber lo que tiene te ponga en común lo que le está pasando , desde ahí también entiendo esta dinámica como de la narración. Porque tu vai narrándole al otro o junto con el otro, como vai resolviendo aquello que te llevó a consultar entendiendo que lo que te lleva a consultar generalmente es lo que está por arriba, encimita y cuando vai como en la tercera sesión te vai dando cuenta de que hay otras cosas que están ahí y eso ha sido interesante de poder ver en la perspectiva comunitaria de lo que hemos instalado nosotros como equipo de emergencia por desastre. Porque instalamos dispositivos de Salud Mental comunitaria, talleres de Salud Mental comunitaria y no quisimos renunciar al nombre, sabiendo que la población tenía como esta tensión de querer o no poder participar, entonces se abrió un espacio en los jardines infantiles que fueron los espacios que están sin quemar, porque todas las sedes sociales están todas quemadas, y desde ahí hemos estado haciendo una labor como despatologizadora por un lado, así como -“*ya, a ver lo que le pasa a usted le pasa a todo el mundo, me pasa a mí que no vivo acá pero que también trabajo aquí así que también estoy afectado*

por el incendio, le pasa a la vecina, le pasa a todo el mundo”-, entonces tu despatologizas con el otro, con la misma comunidad. E. Entonces la población con la que estamos trabajando, por un lado está siendo reticente al tema como de la Salud Mental porque no quiere que los traten de locos.

Y por otro lado hemos generado un espacio donde las mamás que son las que participan en estos talleres han tenido la posibilidad de descubrirse con otra en un espacio que no está patologizado, entonces nosotros vemos que se va transformando a lo mejor este Autoestigma, porque ellos participan de un taller de Salud Mental, no están participando en un grupo terapéutico. Ellas van porque lo están pasando mal después de un incendio, no lo están pasando mal porque tienen depresión. Ellas van porque se ha abierto un espacio para poder compartir con otras y no van porque estén “piteás” y eso nosotros pensamos que se puede irradiar, transmitir, instalar desde una perspectiva de psicología... o desde la perspectiva de la psicología comunitaria o de la intervención "clinitaria", instalar este concepto. Así como ustedes, están dialogando conceptos, instalar el concepto de Salud Mental comunitaria, en la lógica del bienestar, en la lógica del buen vivir como las comunidades originarias en América Latina todas coinciden con ese concepto del buen vivir, porque en el fondo igual estai recogiendo la sabiduría ancestral pa poder en algún momento instalar este concepto de ¿Qué es Salud Mental?, ¿Qué es Salud Mental comunitaria?, ¿Cómo en el fondo evitas que llegue la mamá acá súper angustiada porque no tienen manejo tampoco técnico? porque el conocimiento se ha ido como encriptando en las esferas del poder, esferas académicas, entonces cómo le vas a decir eso a esa señora, porque esa señora tiene cuarto básico, entonces no te va a entender. Y a mí, me da la sensación de que los que no están entendiendo son los colegas, que no recogen precisamente la sabiduría de la población si ellos son los expertos en sus hijos, ellos son los expertos de su territorio...Uno está aquí porque viene a ofrecer un servicio y no a instalar verdades, es mi visión no sé si respondí la pregunta.

ENTREVISTADORA: Si...se responde totalmente...ahora según lo que yo entiendo de lo que has dicho, esto del incendio marcó de algún modo también tu visión sobre el Estigma y Autoestigma, ¿Quisiera saber si esta opinión que tú tienes era previo a esto que ocurrió o efectivamente ahí evidenciaste que el paciente no quiere ser etiquetado con un diagnóstico o hay otra experiencia previa a este hecho que marcó tu manera de entender el Estigma y Autoestigma?

PSICÓLOGO 2: A ver...yo creo que lo que pasó aquí fue confirmar en una práctica profesional lo que nosotros veníamos elaborando, nosotros un grupo de psicólogos más amplio, desde la crítica y la reflexión teórica frente al ejercicio de la psicología. Yo sigo en términos como de , aquí es re

incomodo porque no somos una escuela, no somos la típica así como la iglesia psicoanalítica o la iglesia sistémica que se transforman en verdaderas iglesias con sus papas y sus obispos, y su cuento, su teología...hay una corriente en Latinoamérica que es la Psicología de Liberación que se fundamenta un poco en la experiencia de Martín Baró, yo hice mis últimas, mi última parte del pregrado enfocado en ese tema para poder encausar en una tesis de Psicología de la Liberación para rescatar un poco esto del conocimiento desde la población, para rescatar una psicología popular, para entenderse dentro de una perspectiva comunitaria entendiendo de que nosotros considerábamos leyendo a Martín Baró así como en la teoría de que había un manejo biopolítico en la psicología, tu tení que entender dónde están los psicólogos hoy día funcionando en términos de educación en los programas SEP, PIE, y son diagnosticadores po... del niño problema, son gendarmes de la...del poder educacional...Entonces cuando hay un cabro chico que es muy crítico tiene Déficit Atencional o cuando tení un niño que actúa como niño y no responde a la disciplina escolar tiene trastornos conductuales, entonces desde ahí viene mi primera mirada en torno a lo que significa y una experiencia personal también...O sea yo me hice psicólogo después de haber sido diagnosticado con una depresión, que no era depresión po... Entonces como al mes 8 tomando Amitreptilina, Fluoxetina y terapia, los mandé a la mierda, porque me estaban intoxicando, me estaban formateando y yo dije: *"No po, no quiero más esto"*. Y después de esa experiencia conocí a una terapeuta que era de estas terapeutas que caminan contigo y yo dije: *"No, sabí que parece que por aquí va el tema, esto es lo que a mí me gusta, esto es lo que hago bien,"*. Yo venía haciendo practica comunitaria desde antes de ser psicólogo, entonces claro hay una experiencia que te va marcando y la reafirma un poco la práctica, o sea, esto pasa por un filtro pero tú también te vai dando cuenta... O, sea, nosotros llegamos acá, entonces como en la perspectiva del incendio desde el día sábado que se decretó la emergencia estamos tratando de levantar una orgánica, no una institución, una orgánica que permita como coordinar esfuerzos, que entiendan que el psicólogo está al servicio de los más pobres y no al revés. Entonces tú te encontraí con un discurso académico de lo que hay que hacer , de lo que los estudios dicen, entonces claro hay un modelo *kokoronokeda* que es japonés que dice que la crisis dura 72 hrs, en Japón, que hay un incendio y en 72 hrs te levantan todas las casas, nosotros llevamos seis meses y todavía no se levanta ni una puta casa...Entonces ese modelo a la chilena que no es ni bueno ni malo, no es que nosotros seamos penca, esa es otra lectura de que todo lo chileno es penca, pero aquí hay que adaptarlo...entonces ahí hay un aprendizaje porque desde mi perspectiva la academia se queda corta, súper corta, frente a una realidad que es la vida cotidiana de la gente de un cerro, entonces tení una serie de inventos y de propuestas de gente que tiene magísteres, que tiene doctorados pero la verdad es que la realidad no se puede condensar en un par de textos o cien textos que los tipos hayan estudiado. Entonces llegan

con una , llegan a destiempo porque yo creo que la academia hoy en día no sé si en Chile, pero por lo menos en Valparaíso ha estado a destiempo, no le cachan lo que vive la población en este territorio, y tenía la universidad que se llama Universidad de Valparaíso y una universidad que se llama de Viña del mar, no estoy criticando a las universidades como instituciones, sino que a las escuelas de Psicología que no están dando el ancho entonces tenía chicos y chicas que al igual que tú y al igual que yo aman esta profesión, le encuentran sentido a lo que están haciendo desde la perspectiva de la humanidad pero que no están teniendo ninguna herramienta concreta a la hora de instalarse en una toma. Y la gente de la toma te etiqueta porque eres tú el psicólogo, entonces uno vive el proceso al revés y eso es súper interesante porque uno dice esto está pasando porque otro estúpido lo hizo al revés...perdón otro colega lo hizo al revés... y es interesante porque en el fondo decía: “*A ver ¿Por qué la población reacciona de esta forma?*”, porqué cuando uno va con una ONG y se instala en un cerro y dice: “*Nosotros somos una ONG Psicoambiental*” entonces dicen: “*Aaaa ya, es psicólogo*” y la población qué hace, eleva el carácter del psicólogo y no pesca las otras profesiones porque es una ONG transversal porqué entonces, o sea, cuando nosotros tratamos de explicarle a esa gente que lo que nosotros hacemos es un trabajo con los niños de forma comunitaria -“*Aaaaa es que usted. va a venir, va a aplicar el test y después usted nos va a decir lo...*”- No, no es eso, no, has estado 45 minutos hablando con esa persona y la persona te comprende desde los lentes de lo que el resto de la sociedad parece que quiere comprender de lo que es el rol nuestro, al servicio de la clasificación y el control de la población. Acá en este cerro, el alcalde le dijo a un poblador- “*¿Yo te invité a vivir acá?*”- Acá, en este cerro a la presidenta Bachelet le gritaron un montón de improperios, y no quieren venir. Yo no he visto ninguna autoridad, salvo el otro día que inauguraron el CESFAM y ahí está el psicólogo y somos varios y no necesariamente con la tenida psicológica, ni la capa blanca, ni con el test de Luscher debajo del brazo, respetando el trabajo que hacen los colegas. Pero hay que ubicarse también y yo me pregunto también en el fondo ¿Qué es lo que está sucediendo con la profesión? con el ejercicio profesional en la región, yo no puedo responder a nivel nacional, no puedo responder en otras experiencias, pero de lo que yo manejo aquí de la región es que hay particularidades que son particulares, valga la redundancia. Una región universitaria con 6 escuelas de Psicología, con un gran número de psicólogos que ahora para el incendio se armó una base de datos con 400 colegas y el colegio de psicólogos tiene una base de 250 y no coincidían los colegiados con los voluntarios entonces hay mucho más psicólogos que en el resto del país, bueno ni hablar de la región metropolitana, ahí se está entretejiendo una realidad con diferentes escuelas, diferentes maneras de intervenir, diferentes miradas, entonces si tú me preguntai desde donde surge este como visión crítica yo creo que un poco responde a eso a la experiencia, a la formación, a los encuentros, ¿Qué pasa cuando se juntan

los de la Psicología de la Liberación? ¿Porque que nadie habla de eso? Porque es más importante el Congreso de Psicología Clínica que se está levantando ahora y lo otro que se hizo en Santiago hace un año atrás, o se va a hacer ahora en noviembre en Cuzco, ¿Qué pasa con las visiones más críticas?, ¿Qué pasa con las visiones que tienen un nivel de lucidez desde lo poblacional?

O sea él o la colega que sale del aula universitaria no se va a instalar directamente a una clínica psicológica con un prestigio grande a atender al sector más pudiente de la población, parte pa la pobla, para el programa del Sename, a la OPD, está metido en la municipalidad, te llegan casos de abuso sexual, se ve mucha violencia intrafamiliar y ¿Qué pasa con el etiquetaje de eso? O sea a la señora que le sacan la cresta en la casa todos los martes va a terapia, entonces tenía que ser maltratada para ir al psicólogo o hay muchas mamás que no quieren ir al psicólogo porque el psicólogo puede dictar un recurso de protección y le quitan a los niños. Entonces Autoestigma, yo creo que el Autoestigma yo lo veo desde una perspectiva, también hay que entender la otra, pero creo que hay un fenómeno de nosotros mismos que hemos ido generando eso, es el fenómeno que hemos observado nosotros aquí. ya hubo un incendio, real , fuego y después hubo otros incendios, el social, entonces la población no entendía -“*No si vinieron los psicólogos de tal universidad*” y resulta que esa universidad no tenía escuela de Psicología, ¿Qué hicieron? ¿Por qué lo hicieron? ¿Con qué criterio? y en un mismo territorio donde hay dos o tres juntas de vecinos hay cuatro universidades, y cada uno con su modelo y repartámonos el campo clínico, repartamos esto, porque al final probablemente algún colega se le va a ocurrir hacer alguna publicación o hizo y va a ingresar una buena cantidad de papeles verdes a la universidad. Entonces el Autoestigma es culpa nuestra, ni siquiera es nuestra responsabilidad, yo voy directamente a culpabilizar, ni siquiera hacerse responsable si es tú culpa.

ENTREVISTADORA: Tú dijiste “las universidades no están dando el ancho, en algún momento de tu formación académica ¿Recibiste información sobre Autoestigma? ¿Cómo evitar el Estigma en el paciente? ¿Cómo evitar el Estigma internalizado? ¿O no? ¿Eso fue parte de tu búsqueda después?

PSICÓLOGO 2: A ver yo vengo de un experimento académico bastante interesante, intenso, y como buen experimento único, ya...Entonces ahí se encontraba gente como Domingo Asún que levantó la escuela, que resistió hasta el final independiente de lo que pasó después, el Fernando F. que es un psiquiatra con una perspectiva menos comercial, había gente también de la Valparaíso con otros enfoques, había gente de la Diego Portales, había una mirada como bien amplia desde los diferentes enfoques y la Psicología como saber o como conocimiento si es que podía entregar,

desarrollar. Lo que pasó con mi promoción es interesante porque hay gente que está en la trinchera comunitaria, hay gente que está trabajando en una minera, en el fondo había una mirada, había una forma de entender lo que es la psicología como conocimiento pero también como praxis, porque también nos expusieron desde primer año al calor de la comunidad, no sé si, no tengo así como este tema, como de con el mismo concepto que me lo estai diciendo, de cómo evitarlo... yo creo que en algún momento el carácter como de familia que tenía la escuela, por ser una escuela chiquitita, por estar instalada en un cerro, por tener también esta mirada muy amplia porque habían colegas, compañeros que venían de otras universidades con experiencia previa, gente que venía de otras regiones, nos permitió como discutir en la discusión de pasillo el tema de lo que veíamos nosotros de lo que estaba pasando con nuestra formación y de lo que estaba pasando con la práctica de la psicología a nivel regional...porque no solamente en Valparaíso o Viña es la región, también está San Antonio, Los Andes, Putaendo, donde hay otro hospital psiquiátrico; de hecho en Chile hay 5 hospitales psiquiátricos y hay 2 en la región, entonces desde esa visión había como una discusión que te permitía tener una mirada no sé si más realista, más real, pero menos del libro, desde el 2007 hasta el 2009 más o menos, yo diría de antes, pero esos fueron los años más intensos. Se generó el octavo congreso de Psicología Comunitaria que tuvo como varias sedes porque partieron en la ex cárcel y terminaron en un colegio y ahí eran iniciativas estudiantiles que se coordinaban con otros estudiantes con una perspectiva más crítica frente a lo que nos estaban transmitiendo.

Había una preocupación que yo lo notaba mucho sobre todo en las compañeras mujeres, había una preocupación por el tema de infancia, muchas de ellas están trabajando en programas de infancia precisamente por experiencias y por miradas que no están de acuerdo y que no las compartíamos desde la academia. Ahora cuando uno se pone los pantalones largos y tení que poner la firma como psicólogo frente a un caso también se cambia un poco la perspectiva más voluntariosa del estudiante y ahí uno también vive esta tensión ética, o sea, ¿Qué hago?, ¿Qué hacemos, que pasa con esta perspectiva anti-psiquiátrica, anti-manicomianal, cuando teni un vecino descompensado que agarra a chuchás y apalea a toda la comunidad? ¿Lo internamos con la internación administrativa y violentamos en cierta parte sus derechos? Pa mí eso me eso es una tensión súper critica porque en el fondo claro ¿Qué hacemos po? Porque no es que yo lo vea desde la perspectiva de que él sea un peligro para la comunidad, de hecho creo que la comunidad es un peligro para él, ¿Cómo lo resolvemos? ¿Cómo resolvemos el tema cuando tení que cumplir metas? porque si no cumplís las metas no tení las lucas y el centro no tiene las lucas, te lo encierran y la población queda desprotegida, ¿Qué hacía? ¿Que haci cuando teni que tener cien casos de depresión en un año diagnosticados y controlados?

ENTREVISTADORA: En concreto cuando suceden estas cosas, ¿Cómo las resuelves? ¿Cuándo estás ahí en el dilema entre lo ético y el sistema finalmente?

PSICÓLOGO 2: Emmm... yo creo que en algunos casos uno se institucionaliza, como ya hay que hacerlo, en otros casos no se hace, uno se hace el huevón no más -"*No caché, no era necesario o no llegó tan descompensado*"-, porque en el fondo una de las ventajas de trabajar en salud pública es que el que hace el diagnóstico es el médico, claro yo llegué acá y no habían horas médicas y había que diagnosticar entonces la primera semana me dediqué a hacer ingresos y ahora como ya pasa piola no hago ingresos, por lo menos no desde la perspectiva del diagnóstico sino que pasa no más, seguramente cuando hagan el censo la jefa me va a preguntar por qué no he pasado a nadie y ahí va a venir el discurso, el debate y le voy a decir que yo no estoy de acuerdo, hay casos que necesitan evidentemente el refuerzo porque incluso con eso uno logra beneficios para la población, o sea si tenía un niño que está generando mucho ruido en el colegio y que viene por el famoso test de Connors, ya, tratémoslo desde la perspectiva del Déficit Atencional con Hiperactividad porque eso le va a abrir la puerta para que en el colegio lo ingresen al programa PIE porque va a tener una contra mirada, un profesional a cargo y por lo menos si la colega es sensata le va a generar condiciones de aprendizaje y a pesar de que va a estar etiquetado va a poder sobrevivir. Pero hay otros casos que tu veí que está la mamá detrás ahí- "*Por favor deme remedios que yo no sé*"-, ahí pasa por el otro tema de así como ya -"*Hagamos el siguiente trabajo más psicoeducativo, aunque sea más largo, aunque la vieja se enoje*" -que es una tensión que uno va viviendo pero no hay respuesta tipo, caso a caso uno lo va evaluando, eso es como más o menos, igual de repente me chorea la dinámica institucionalizada pero todavía creo en la utopía de poder levantar algún programa piloto en Salud Mental Comunitaria. La jornada de Salud Mental comunitaria en Chile fue, la jornada chilena de Salud Mental Comunitaria fue la semana pasada en la universidad de Chile y fue la ministra entonces como que el giro gubernamental hoy en día va por esa línea que es más como la promoción, como de salir un poco del box, de una u otra forma podemos ser muy críticos de los programas de Salud Mental pero en Chile han sido pioneros desde los 60, entonces yo creo que, yo le creo a los colegas que podemos levantar una institucionalidad de Salud Mental un poco más humana y menos Biomédica, de hecho los mismos médicos se están dando cuenta que no son capaces de poder comprender el fenómeno de la Salud Mental sin nosotros, no pueden, no, no, no siento que sean tan orgullosos como a seguir insistiendo en un modelo biomédico cuando la realidad los dejó chiquititos.

ENTREVISTADORA: Tú hace un rato dijiste: *"Los psicólogos no somos los responsables, somos los culpables"*, mucho más tajante. Para ti, entiendo entonces, el profesional psicólogo es súper importante para este tema de Estigma y Autoestigma, entonces ¿Cómo te haces cargo de esto en tu quehacer profesional?

PSICÓLOGO 2: Con esto... O sea ustedes me mandaron un correo y yo les respondí al tiro, teniendo otros más que hacer y otras cuestiones más que hacer, a mí me parece que es importante y ojo en algún momento todos me dicen: *"Aaa! vo querí ser profe"* No, a mí no me interesa la academia en términos de que me van a mandar a hacer una especialización en Oxford, a mí me interesa el espacio en la academia pa poder compartir la experiencia con el futuro colega, -*"Futuro colega mire esto es una realidad, futuro colega mire esto pasa cuando uno se va a meter a una población, esto pasa cuando uno dentro de la población tiene que meterse en la toma, esto pasa cuando uno dentro de la toma se encuentra con el narco, o te encontrái con la tensión político-institucional o te encontrái con otro ser humano que le están sacando la mierda en su casa porque vive con un hombre que es alcohólico y sufre violencia y maltrato infantil una vez cada ocho horas"*-. Eso hay que compartirlo, entonces desde esa perspectiva yo he tratado de irme haciendo cargo en términos como bien, adecuado a la realidad, o sea, aquí por el tema del incendio vienen hartos estudiantes, vienen de hartas universidades y la verdad que uno también va tomándole el pulso a los distintos tipos de formación, entonces llegan algunos chiquillos o chiquillas como ustedes que vienen con la grabadora a preguntar y en una lógica como de conocer y llegan otros que simplemente vienen con la motosierra y el bisturí a intervenir, así y no cachando ná. -*"Ya, ¿cuándo empiezan las sesiones?"*-. Entonces no es mi responsabilidad porque yo no soy supervisor, pero en el fondo también es como-*"Ya po colega, usted está en cuarto de universidad, no será bueno que module su ego, que observe lo que no vio en el librito y que en vez del happy hour del viernes te di una vuelta en el comunitario a esa misma hora, bájate del auto y ven en micro"*-, también hay una realidad ahí. También está el estudiante que llega así como- *"Ya, vengo a ayudar ¿Dónde limpio?"* - y llega el otro y dice -*"Ya en verdad filete, ponte así porque te voy a sacar la foto"*-

Entonces desde ahí yo trato como de, bueno tengo un blog donde voy levantando la información o reflexiones, voy donde me invitan a poder generar, ahora cada vez me están invitando menos de los espacios gubernamentales, parece que no soy muy pituco pero igual voy, instalando la, otra psicología, Hay un fenómeno súper bonito que se vio ahora para el incendio que tenía a todos los directores de escuela de Psicología de la región sentados sabiendo que los mall de las intervenciones e interpretaciones son todas súper diversas y ellos mismos en algún momento dijeron *"Oye si aquí nos vamos a poner a discutir cual es la mejor forma de intervenir vamos a*

terminar peleados, aquí lo que hay que hacer es un esfuerzo de cooperación" entonces yo creo que por ahí va el tema, desde lo comunitario, desde lo des-patologizante, porque a la larga cuando tomái esa postura, te odian y la Camila Moreno es como la pista que está detrás de lo que estai haciendo no más, las farmacéuticas ganan muchos millones con el sufrimiento de la gente más frágil que cree que es necesario tomarse el antidepresivo durante más de 6 meses ¿Ya? Porque te creo que en algunas ocasiones es como lógico si el sufrimiento ya es demasiado, activarle bioquímicamente pero por un ratito no más po, con prudencia, instalar esta lógica como de ya caminemos juntos en una psicoterapia, aunque no se pueda hacer mucho porque teni media hora.

ENTREVISTADORA: O cada un mes...

PSICÓLOGO 2: Cada un mes... entonces también hay un tema ahí de realidad, sobre todo las condiciones laborales de uno, ¡Cuánto psicólogo anda boleteando! Yo aquí trabajo once horas con contrato y 42 con boleta, entonces claro, a las 11 horas me puedo tirar cagao de la risa una licencia pero a las 44 no, entonces mejor no me enfermo y uno se desgasta po, ¿Quién paga el bloqueador solar que es una herramienta que teni que considerar si vai a estar trabajando con la comunidad post incendio donde no hay ningún árbol vivo que te pueda dar sombra? Entonces ahí, ahí está la tensión y eso es una tensión que yo siento que algunos colegas estudiantes la tienen como súper clara y ¿Por qué la tienen tan clara? porque son proleta y no se olvidan de donde vienen, y no se quieren olvidar y no quieren dejar los lugares donde están y ellos son los que instalan las discusiones y son discriminados y patologizados dentro de las mismas universidades -*"No si ese huevon es súper resentido, no si ese loco debe estar resolviendo un tema del ego no más, ese huevon no es psicólogo, está dando jugo"*- Si po, desde esa perspectiva está dando jugo pero resulta que los vecinos lo adoran y ¿Por qué lo adoran?, porque está ahí, ahí, ahí, porque estudia, trabaja, se hace cargo del cabro chico que le salió de chiripa y más encima es un aporte, está solo si, pero hay otro compa que lo apoya, otro que está haciendo lo mismo allá, yo creo que habría que mirar un poco lo que está pasando fuera de la sala de la universidad y ver un poco más lo que está pasando en la pobla, ¿Por qué está la Adriana Espinoza de la Universidad de Chile instalada acá en el comunitario de las cañas? Y lleva 6 meses dándole, y porqué está haciendo lo que está haciendo y porqué lo está haciendo de esa mirada, porque estamos, porque tenemos muchos tratando de sacar el DSM IV y el CIE 10 y guardarlo en un estante para poder empezar a encontrarse con los seres humanos que están ahí, si son mamá, son papá, son hijos, ¿Qué pasa con los adultos mayores? Y no todo es una curva estadística, aquí no si probablemente hayan curvas estadísticas, probablemente haya de todo lo que ustedes ven, pero la realidad, la misma gente de acá po, así como -*"Sabe que*

agradecemos su trabajo, lo valoramos pero no estamos ni ahí con salud mental po, necesitamos parar las casas entonces llévase el taller pa otro lado mejor” los pobladores del cerro, cuando empezamos a cachar que era si, si, si como todo si, pero en la práctica no entonces ya *“¿Por qué no transparentamos los temas? ¿Les interesa o no les interesa? no nos interesa porque hay que levantar las casas”,* pero igual tenemos gente de la unidad vecinal que yo creo que estarían, *“¿Ya ahí dónde están?” Aquí, ya, armamos un taller y ¿dónde lo armamos? En los jardines infantiles”* y tampoco van 20 o 30 personas por sesión, van 3 y eso es una multitud.

Entonces y en que llegue otro así como del gobierno y me diga y *“¿Por qué tienen 3 y los fondos y no sé qué? Bueno ven a hacer vo la pega”* O sea, a lo mejor uno se va poniendo rudo con el dolor acá en carne misma que estamos viviendo acá, pero es lo que hemos estado haciendo y pa que lleguen esas 3 señoras, bueno en otros talleres hay más, pero pa que lleguen esas 3 señoras el recorrido ha sido largo y el otro día, claro fue un proceso súper bonito, llega la usuaria a la psicóloga del CESFAM que también tiene un enfoque familiar pero tiene que cumplir la meta po, entonces -*“Oye llegó una señora que tiene depresión”* Y *“Mándamela al taller po”*. Entonces llega la señora allá arriba al taller súper asustada porque no es del jardín y cuando llega un extraño a un jardín infantil todos como que *“¿Esta de dónde salió?”* y hacerla integrar al taller, menos mal que había poca gente y como había poca gente pudo hablar y tu vai viendo el cambio en las facciones, esa facción como derrotada,, no me gusta mucho hablar de lo depresivo, pero es como una facción derrotada, depresiva, más que depresiva es como desesperanzada, y se encontró con un grupo que se quedó callado, que la miró, que le dio un abrazo, y esa persona no falta al taller po. Entonces ahora si eso cumple o no las metas del gobierno post-incendio, “500 atenciones” la verdad que a mí no me interesa mucho, no se puede tampoco, somos una dupla pa 4 sedes. O sea también, yo creo que lo que están haciendo ustedes es como romper un poco con la fantasía y entender que esto es una punta, yo me imagino que otro colega que estará en un lugar un poco más cómodo va a tener otra mirada, otra mirada que tiene que ver más con el individuo.

ENTREVISTADORA: O sea la mirada depende de la experiencia que ha tenido él.

PSICÓLOGO 2: Si po, yo con esto no quiero, yo sé que suena pesado, me lo han dicho hartito, pero es lo que yo pienso y no desvalorizo el trabajo de los demás colegas pero si como que la experiencia del incendio ha sido un gran aprendizaje. Como que había mucha gente que yo admiraba, mucho colega viejo y la verdad ahora estoy empezando a admirar más a los cabros jóvenes porque esos viejos llamaron a 3 días del incendio y *“Nuestras consultas están abiertas para que la gente venga a atenderse”* entonces tu deci psicólogo clínico, no cachando ná, o sea la señora no tiene el calzón y

el sostén pa vestirse y va a tener 300 pesos pa ir a su consulta, cero cachar po, cero cachar así como y como muy contento así como “*Nosotros disponemos nuestras clínicas para que se atiendan gratis*” y surge la sospecha po “*A ver ¿Qué quieren hacer estos locos? ¿Porqué de la noche a la mañana se les ocurrió atender gratis? ¿Qué quieren registrar?*” ¡Y te vai poniendo paranoide po!, Ayer estaba aquí una de estas universidades y también po “*planes, intervención, convenio*” ¿Dónde están? Puros ruidos no más, porque, y no es...puede que si haya una mala onda hacia la institución pero te vai dando cuenta que los colegas que los pusieron ahí, los pusieron solos, sin recursos económicos porque teni que movilizar a los cabros, teni que comprar agua, teni que buscar un lugar pa hacer una instalación digna pa la gente, entonces el marketing “*Nosotros estuvimos en el incendio*” y aparecen los estudiantes con la polera de la universidad y la cara manchada.

Y eso genera daño también porque la población no logra... el otro día me pasó una situación súper incomoda que no sé si lo resolví bien o lo resolví mal pero traté de... Fui con un grupo de estudiantes de una universidad, estudiantes de cuarto año todos muy arreglados y se acerca una señora y me dice “*¿Usted es el psicólogo?*” “*¡Sí! Le digo yo*”, “*Mire lo que pasa es que...*”... “*Pero no me cuente acá le digo yo*”, “*No es que ellos también son psicólogos*” y tu creí que los cabros tuvieron el ademán de decir “*Ya conversen ustedes*” sacaron un cigarro y se quedaron ahí, entonces no hay, no hay conciencia. Yo creo que no es mala voluntad, no hay conciencia, son como no sé de repente siento que están como muy pegados como en la lógica “*Estoy estudiando porque estoy aprendiendo conocimiento y porque voy a ganar lucas y me voy a comprar un auto y voy a poder irme a Brasil cosa que nunca yo he podido hacer porque resulta que en mi familia son todos proleta pero yo soy el primer universitario entonces quiero hacer eso*” y después de un rato como que empezai a hablar de que estai trabajando con seres humanos, es muy propio también desde mi perspectiva que la experiencia universitaria hoy en día tení procesos adolescentes un poco más largo que los que vivieron las generaciones anteriores, entonces también hay un rasgo ahí adolescente que uno ve que los cabros llegan a la hora del loli, no te informan cuando están, tu tratai de coordinar y como que se les olvida y uno lo entiende si también hicimos lo mismo pero en esta situación y en esta condición uno está trabajando con una población que es muy frágil, entonces si no está esa mirada es porque algo está fallando en la formación. “*Curso de ética*” y hablan de Kant, y hablan de Hegel, y hablan de Freud un montón de viejos que están más finaos que la cresta y no te hablan de “*¿Cómo actuar en caso de una denuncia de abuso sexual?*” ahí teni un tema, y nadie se quiere hacer cargo de eso porque se resuelve de diferentes maneras en todos lados, entonces claro si tu llegai en la mejor de las ondas así “*Yo psicóloga, yo psicólogo soy titulado, hay una niña que me está develando yo voy y le pongo la oreja y para mantener el vínculo*” “*¡Error!*” usted lo que tiene que hacer es evitar que la develación

llegue a sus manos porque si usted toma el primer relato en el tribunal eso va a ser utilizado en contra del niño porque usted está manipulando la versión del niño, *¿Te lo dicen? ¿Lo sabíai?*

ENTREVISTADORA: No...

PSICÓLOGO 2: Entonces ahí yo siento de que los colegas en la academia están al debe pero, no con la profesión solamente, sino con el estudiante que hoy día en Chile es un estudiante que es un consumidor entonces el producto está malo po!, está súper malo.

ENTREVISTADORA: Claro

PSICÓLOGO 2: Porque entiendo que, claro hay algunos que son más honestos, pero en general a mí me da la sensación de que los profesores de Psicología tampoco cachan, como que están demasiado en su volá académica se transforman en una especie como de Rasputín , no sé, predigitador o un ilusionista y claro venden una imagen, venden un producto y tu salí al mercado lamentablemente al servicio comunitario salí al mercado y ahí el que tiene la mejor adaptación casi en esta lógica de la supervivencia del más fuerte es el que tiene el puesto de trabajo, es el que logra sobrevivir, 30 mil psicólogos titulados en menos de 10 años es una imbecilidad. Entonces esa es mi visión.

ENTREVISTADORA: Gracias por el tiempo, nos quedó súper claro.

Ñ **Segunda Entrevista**

ENTREVISTADORA: En la entrevista anterior nos hablaste de dos perspectivas al momento de hacer terapia ¿Ya? El terapeuta que va desde una perspectiva más de poder y el terapeuta más de compañía, lo describes como el que camina al lado, no es el terapeuta...

PSICÓLOGO 2: No que el terapeuta sea como el doctor, que tiene el poder tiene el saber, como que el determina lo que te sucede, como el que en el fondo, aquí yo veo dos formas, o sea hay más, yo creo que hay más, pero las que más me identifican como para hacer una dialéctica también a la hora de definir la terapia o la mirada del terapeuta.

Hay una terapia o hay una figura de poder, de saber ¿Ya? Que está asociada a un modelo económico, que está asociada a una clase social, que está asociada a un estilo de hacer terapia, que está asociada un poco a estas vacas sagradas y reconocemos en cierta medida, desde la academia o

desde no la academia, pero de una u otra forma uno lo logra entender “*Oh viene tal persona y va a estar en la universidad no sé cuánto y la entrada cuesta 15 lucas*” y el estudiante va y hace el recorte de cerveza del mes y con esa plata paga, escucha a esta vaca sagrada, que generalmente, no digo que siempre, podría estar ubicada dentro de esta lógica como de -“*Yo sé lo que a ti te pasa, por lo tanto yo sé cómo se resuelve y si tú no me haces caso no se va a sanar*”-, lo que choca directamente con casi todas las escuelas de pensamiento en términos de lo que uno debiese hacer, pero al final en la práctica igual se transforma un poco en la dinámica de yo sé lo que a ti te pasa o yo sé lo que a los demás les pasa. Lo logramos captar desde este lugar, no hay que olvidarse de que estamos en un CESFAM que se quemó, en una precariedad social importante y donde la mayoría de los psicólogos, con la mejor de las buenas voluntades, a la hora de enfrentar esta situación de emergencia y desastre, incluso aquellos que tienen capacitación en emergencia y desastre, vienen con un formato predeterminado, -“*Entonces lo que hay que hacer aquí es un taller*”- y hay 6 universidades y las 6 universidades no es ninguna creativa porque todas te instalan un modelo taller y resulta que la misma población al final demuestra a los profesionales que son más... Los profesionales que son un poco más flexibles en esa perspectiva logran transitar desde la propuesta instalada del poder-saber-taller a la propuesta del compartir con la población en el fondo sin “*Mmmm... Estamos mal aquí,*” Yo creo que hay que re-articularse desde otra perspectiva que es el acompañamiento. Entonces, yo siento de que, por un lado están los discursos, el sistémico, el narrativo, el psicoanalítico, el psicodinámico que es discursivo, casi retorico diría yo, habla un poco del malestar que me ha generado un poco esta soberbia clínica a la que estamos enfrentados hoy día en Chile y en el fondo, al final se traduce en lo mismo que se critica. Entonces claro, para el estudiante- cliente hacemos una oferta vendible, acreditable donde, claro, se vende este producto donde no, nosotros somos súper sistémicos y como que la palabra del paciente-cliente-sistema consultante como que es súper importante, pero al final yo soy el que decide, el que estudio, el que tuvo una sed de conocimiento y tuvo una formación no sé a dónde, entonces mi hora clínica vale 60 lucas. Ahí hay una lógica de poder-saber economicista versus esta otra lógica que nosotros vemos también desde una perspectiva clínica, pero en otra trinchera.

Aquí, con nosotros trabaja la Adriana Espinoza de la Universidad de Chile, ella está a cargo de un equipo de investigadores de la Universidad de Chile en emergencias, ella es psicóloga, es una vieja chica súper movida, como muy sencilla ella desde su estética hasta su forma de trabajar y claro, si tú te metes a la página de la Universidad de Chile, de la escuela de Psicología, te encuentras con un curriculum súper extenso, con formación en diferentes universidades en el extranjero y todo lo que hoy día como que se vende, pero en la práctica clínica tú te encuentras con una persona que no hace clínica – clínica, o sea, no es que diga... pero si hay un aparataje, una instrumentalización del

saber que ella dispone al servicio de la comunidad. Y estamos hablando de una vieja que es vaca sagrada o podría caer en esa categoría que es una mujer que tiene un manejo enorme en términos de Psicología Aplicada en la Emergencia, porque estuvo en Chaitén, porque estuvo en Talcahuano, porque estuvo... está en Valparaíso después del incendio, ¿Me entendí? Una expresión donde hay una imagen o está el recurso técnico, profesional, universitario, clínico, pero es un recurso que pasa por el matiz de la ética yo creo.

Cuando tú me *hablablai* pucha hay que pulir la entrevista, hay que hacer la otra entrevista porque parece que hable mucho pero con poca narrativa, entonces rescatemos la narrativa y la narrativa yo creo que hay que rescatarla desde el prisma de lo ético, o sea ¿*Pa que soy psicólogo?* Y ahí bueno, yo también caigo en la misma lógica, lo mismo que les decía, uno cae en lo mismo que critica y no se trata de “*En este lado los puros y en este lado los impuros, aquí los clínicos, acá los no clínicos*”. Estamos todos inmersos como dentro de la misma lógica y en ese sentido yo siento que la propuesta, por lo menos lo que nosotros estamos tratando de hacer, que somos un grupo de profesionales, que estamos más en una lógica a la propuesta de Martín Baró, que tiene esta lógica como que el rol social del psicólogo es un rol social que está al servicio de la población vulnerable y cuando tu estai al servicio de la población vulnerable te dai cuenta que la gente que llega a tus manos, es gente que tiene un bajo nivel educacional, pero eso no los hace estúpidos, es gente que a veces no sabe leer ni escribir, pero que tienden a ser muy agudos en la lectura que hacen de la realidad que es una paradoja, porque no saben leer ni escribir, pero son muy buenos lectores de lo que viven y eso se traduce también, en que a la hora de enfrentar un proceso terapéutico tú te involucras con otro ser humano y ahí podríamos entrar ya en una lógica como más humanista si querí ponerle como una etiqueta, pero al involucrarse con otro ser humano te encontraí con historias, con emociones, con una forma de entender el mundo desde la precariedad y cuando uno se enfrenta desde la precariedad no logras llevarte a esa persona a una consulta sobre la cota mil, no te cuadra po y esa persona que viene de este segmento, en un cerro de Valparaíso, si lo logras instalar y aquí puede que esté prejuiciado, pero suele suceder, si logras instalar a ese niño o a esa niña o a ese adulto mayor o a esa señora que trabaja en la feria, que sufrió un incendio y lo instalas en una consulta en la cota mil va a tener todas estas etiquetas patológicas, patologizantes, porque no lo van a comprender como ser humano, lo van a comprender desde la ignorancia que significa para ese psicólogo clínico, que está a lo mejor muy capacitado en la lectura de libros, y ahí otra crítica, también que en el fondo muchas veces los colegas en la academia se transforman en máquinas que repiten libros -“*Oh lo dijo este, lo dijo este otro y esto es lo que dice no se quien*”- y en vez de hacer un ejercicio que sea grato y nutritivo pa nosotros así como -“*Ah que rico voy a escuchar a este loco que voy a aprender porque...*”- te terminan lateando porque en el fondo es como -“*Oh*

esto aquí, esto allá"- y como que aparece este florilugio o florilegio del ego así como -*"Yo leí todos estos libros, yo me leí todas estas cosas, yo estudie en todas estas partes y esto es lo que yo digo cuando debiese ser al revés, esta es la realidad que yo vivo, esta es la realidad que a mí me provoca, esta es una realidad que a mí me interpela y porque esa realidad me interpela, me provoca, yo leo"*- y yo investigo ¿Ah? Porque aquí la gente a uno como psicólogo, entendiendo que en APS no hacemos psicoterapia, sino que hacemos acompañamientos psicológicos, por un tema de tiempo, por un tema de espacios, por un tema de recursos y bueno esa es discusión para otra investigación, pero yo siento que aquí la población a uno lo provoca en términos clínicos ¿Y qué hago con este cabro chico que vive en una familia "disfuncional"? ¿Qué es lo que está sucediendo con él? Porque en el fondo, claro, el niño rebota en la casa, rebota en el colegio, rebota en todos lados, menos en la iglesia y en el club deportivo, raro po. Cambiemos el box y nos vamos todos a trabajar a los club deportivos, con los profes que entrenan futbol o nos vamos al catecismo el día sábado, no sé, ¿Cachai? Entonces hay una realidad que te va provocando en lo que significa eso pro-vocar, o sea, está antes de la llamada o en el fondo, está junto a la llamada ¿Cachai? Entonces, cómo nosotros entendemos o cómo este psicólogo entiende esa tensión? Es desde ahí, entendiendo también que hoy día en Chile estamos pasando por un conflicto en que tiene que ver con la acreditación clínica y que tiene que ver con la acreditación universitaria y que hoy día pareciera ser que el tema de ser mejor equivale a cuánta plata podis pagar y no tiene que ver con la capacidad que tenga de generar espacios terapéuticos sanos, que tenga la capacidad de ser creativo a la hora de traducir tu conocimiento profesional y técnico en bienestar para la población en general, qué pasa con esta lógica de aquellos que estamos, que no somos ni comunitarios al estilo clásico de la comunitaria asuniana, por decirlo de alguna forma, ni tampoco somos clínicos en el sentido más clásico también. Entonces ¿Qué pasa con los clinitarios por ejemplo? Ahí hay otra tensión también.

ENTREVISTADORA: Cuando tú hablas en términos de provocar en términos clínicos ¿Tienes algún ejemplo que nos puedas dar de eso? Algún paciente que te haya provocado, que te haya puesto esa tensión, como dices tú en términos clínicos.

PSICÓLOGO 2: Sí, hay un par de ejemplos sobre todo en el área infanto-juvenil, se me vienen como hartos rostros, estoy tratando de escoger uno. Me paso una vez con una niña, hace como dos años atrás, estaba recién empezando como el trabajo en APS, y llegó una mamá muy angustiada porque la niña se portaba muy mal, entonces tenía este conflicto de que en el colegio estaba condicional, que en la casa no había como manejarla, había un hermano chico ahí que era como el regalón del papá, entonces como que... y esta niñita era hija de otro papá y la mamá

venía muy conflictuada, muy conflictuada, muy conflictuada con ella. Yo estaba atendiendo a la señora antes de conocer a la niñita, entonces manejaba como la dinámica del conflicto matrimonial que había de fondo, que había ahí una infidelidad, entonces se estaba tensionando la relación de pareja y aparece esta niña de 10-11 años, con una mamá de 35, entonces recuerdo que en un momento, ella entra a la sesión y claro la dinámica corporal como un poco marcando el territorio así como -“*Yo soy el adulto, yo entro primero, yo hablo*” y a la niña en un espacio de -“*Tú cállate, tú te estai portando mal*” y bueno, viene como la queja-demanda-motivo de consulta, no sé cómo decirlo en esa lógica porque de ahí viene el conflicto de que no... Te confunde el depurar esto. Y cuando viene esta primera queja es como -“*Ella se porta mal, yo necesito que usted la arregle*”-, como si uno fuera mecánico de niños entonces uno va y le dice mire vaya a la farmacia compre estas tres piezas de repuesto, que le vamos a intercambiar como dos fusibles y el niño va a cambiar de actitud y se va a portar mejor. Y empieza a transitar en el fondo la sesión con una sesión de la mamá todo el rato empieza como a hacer mucho síntoma y hablaba y hablaba y hablaba todo lo que le pasaba, toda la angustia que le pasaba y la niña muy callada, entonces en un momento yo le digo: “*Ya ¿Me da un minuto?*” así como -“*¿Puede parar por favor?*” Y le pregunto a la señora -“*¿Qué es lo que usted espera de un acompañamiento terapéutico?*”- Y ella me dice -“*Bueno, yo espero que la niña se porte mejor*”- Entonces yo le pregunto a la chica qué es lo que espera del acompañamiento y la niña se sienta, mira a la mamá, me mira a mí, se pone las manos entre medio de las piernas y dice: “*Yo espero de este espacio tener una relación más sana con mi mamá*”. Entonces tu decíai ¿Cómo te provoca eso? Obvio que provoca, porque en el fondo el mundo adulto, pareciera ser que utiliza muchas veces a los niños como escudo, ese es un caso, otros casos yo creo que tiene que ver un poco en esta lógica del etiquetaje, cuando a ti te llega... En APS te llegan los etiquetajes hechos por el médico, por este modelo biomédico o la mala interpretación de lo biopsicosocial y no manejo de la Salud Mental en nivel primario, termina sobre etiquetando a los pacientes o a los usuarios de los programas. Entonces tú te vai dando cuenta como en la tercera sesión que la señora no tiene depresión, sino que está pasando por un duelo, pero por cumplir la meta tiene que tener la etiqueta de depresión y no se respeta el proceso de duelo y eso desde una dimensión súper simbólica porque la señora que está sufriendo porque perdió la mamá, perdió al marido, perdió a un nieto, perdió a un hijo, que son como los duelos que generan ese tipo de procesos, tiene derecho a que se le interprete en proceso de duelo y que no se le etiquete como depresiva, entonces ella ya... ahí viene otro proceso de etiquetaje, donde la persona va y consulta porque está depresiva y porque tiene que tomar pastillas, tiene que hacerse un tratamiento que dura mínimo 6 meses y que si no logras tu mágicamente en el proceso terapéutico, que no es terapia sino que acompañamiento psicológico, hacer que esta mujer supere este proceso, pasa a ser duelo

patológico. Ahí hay otra tensión porque estamos trabajando en este modelo con categorías médicas y no te permite tener, salvo acá, que aquí también yo y por eso estoy tan contento trabajando acá, entre otras cosas, porque hay un espacio de libertad de recibir a los pacientes que no pasan por la barrera médica y no pasan por barrera médica por un tema práctico de que no hay horas, no pasan por un tema de política pública que digamos ya, la Salud Mental va a estar en las manos de los psicólogos, cosa que también sería un arma de doble filo, considerando estas dos opciones dentro del mundo de la clínica. Entonces, al final el más frágil es el que viene a consultar, el que deposita toda su fragilidad y toda su confianza en un experto, entre comillas y el experto lo puede transformar en charqui o lo puede recuperar en cierta medida que se pueda reconocer desde otro paradigma al final de un proceso de acompañamiento terapéutico. Esos son como los casos que a mí me...bueno ahí más po.

ENTREVISTADORA: Pero esta señora, diagnosticada con depresión ¿Te paso verdad?

PSICÓLOGO 2: Muchas veces

ENTREVISTADORA: Ya ¿Y ahí como...?

PSICÓLOGO 2: ¿Cómo se resolvió?

ENTREVISTADORA: Claro ¿Cómo lo resuelves? Y cómo... claro porque ahí me imagino que la postura que tenía ella era como "*pucha el doctor me diagnosticó con depresión*", como que ya venía con la etiqueta.

PSICÓLOGO 2: Mira al principio y ahí viene como este tema de la tensión que le pasa a uno, es como cuando a uno se... claro, ahí cruzai la línea de lo profesional y lo involucras con lo personal, que yo no sé qué tan clara sea ¿Ya? Y en un primer momento en el fondo lo que haci es arreglarle el cagazo al médico, ya vamos a ver qué se puede hacer, y como que hacer la contención y muchas veces te das cuenta que es evidente que no hay depresión, pero viene con un cagazo anterior de otro colega y una vez que la persona establece un vínculo, que en el fondo, necesita ir a la terapia porque está depresiva, porque surge desde ahí también, uno en algunos casos puede trabajar en una lógica de concientizar a la persona y ahí yo creo que es otro tema súper importante como para trabajar con población vulnerable y con población en general en realidad, no sé si solo vulnerable, que es hacer un proceso de alfabetización en Salud Mental, así como hay que alfabetizar para que usen los

correos electrónicos o para que usen estos aparatos tecnológicos, también yo creo que hay que alfabetizar.

ENTREVISTADORA: ¿Y en una experiencia más concreta? Así como en un paciente X...

PSICÓLOGO 2: Es que con el mismo caso de esta señora que viene, que son varias señoras en realidad que vienen con esta etiqueta de la depresión, pero que tú sabes que es un duelo, entonces al final uno va transmitiéndole eso al ser humano que tienes al frente, entonces y, claro desde otra lógica, porque a ver, después de que te relatan y te relatan todo lo que les va pasando, te narran,- *“Ya, pero usted de verdad... ¿Usted sabe lo que es una depresión?”* y ahí cuando tu devuelves esa pregunta que es súper sencilla, tú te das cuenta que la gente no tiene idea de lo que es una depresión,- *“Es lo que dijo el doctor”, “Es que paso llorando”, “Es que no me quise levantar dos días de un mes”, “Ya, pero la depresión es una patología, la depresión podría tener un criterio clínico para definirlo como una enfermedad”,* y ahí en una primera, y muy de a poco en realidad, no puedes hacer todo en una sola sesión, aparte que las sesiones son de media hora que entre saludar y llenar la ficha y despedirse, quedan 25 minutos, 20 minutos, pero en esos 20 minutos la persona tiene cerebro, que está funcionando, la persona tiene recursos, habla tú mismo idioma, trabaja o no trabaja, o sea trabaja remuneradamente o no, pero trabaja, porque las dueñas de casa es una pega de 24/7, 365 días del año, que son las que más consultan por depresión. Entonces hay un proceso donde tú puedes ir acompañando y decir: *“Ya, nosotros entendemos esto por depresión ¿Usted entiende lo mismo?”*, *“Es que si no es depresión ¿Qué puede ser?”*, preguntas y respuestas que van surgiendo en el caminar con el otro, -*“Bueno si no es depresión puede ser un duelo y los duelos son súper normales porque nosotros nos involucramos emocionalmente con la gente que fallece y no necesariamente se tiene que morir, porque si a usted su pareja le pegó una patá en la raja también está pasando por un duelo”,* no le digo de esa forma, pero se entiende. Entonces, yo siento que de esa forma, en esa provocación y en esa tensión, hacemos un doble proceso que por un lado tú le vas, lo vas educando al otro en términos de alfabetizarlo en Salud Mental, a eso me refiero con alfabetizar, en el fondo decirle: *“Mire esto es lo que dicen los libros, esto es lo que dice la ciencia, esto es lo que dice la técnica, estas son las paltas que venden en la academia, por esto cobran tanto millones al año y esto es lo que dice usted, en su realidad”* y cuando uno hace ese ejercicio, el otro tiende lentamente a empoderarse- *“Ah, tiene razón ¿Entonces yo no estaba así porque estaba enferma, sino que estaba así porque tenía mucha pena y tenía mucha pena porque lo había pasado muy mal y lo había pasado muy mal porque había escogido mal la pareja”* - U otro casos, hablando de lo mismo, el gatillo de la depresión es muy fácil de apretar porque es una meta GES, por lo tanto

hay recursos económicos que están asociados al tratamiento de depresiones y eso es plata para el consultorio, plata para los hospitales, es plata para la consulta privada, todo es plata y se discapacita a un humano, a una persona humana. Entonces, ya llega por depresión y a las tres semanas tú tienes a la señora haciendo una demanda por pensión de alimentos y se le pasó la depresión, no es que... y la señora, que son cabras jóvenes, como ustedes, pero tienen como cuatro hijos, -*“No es que no era depresión po, porque este conchesumadre o este saco wea o este maricón, me tenía así, sumisa”*- y es súper interesante entender y escuchar el relato al final de un proceso de acompañamiento terapéutico, cuando la misma señora te dice -*“Me di cuenta de que me estaban poniendo la pata encima, no era depresión”*- puede que haya sido deprivación de algo, de dignidad, del objeto mujer instalado ahí en tu consulta y claro el médico ve depresión porque la chica, no sé po, tiene insomnio, llora mucho, lábil emocionalmente y todas esas etiquetas previas a la gran etiqueta de la depresión.

ENTREVISTADORA: Y comunicarse desde esta mirada del diagnóstico, ¿Cómo crees tú que puede influenciar sobre el tema que estamos tratando del Autoestigma?

PSICÓLOGO 2: Es que yo creo que es fundamental que... mira esto me está pasando a mí y me está pasando a mí como profesional, me está pasando a mí como psicólogo, me está pasando a mí como investigador porque si yo no estoy en la academia es por otra cosa, pero también investigo. Con lo que te decía yo con esta realidad que te provoca y tú vuelves a hacer el ejercicio como autodidacta de decir a ver quién está diciendo esto y en cierta medida pasa también por el proceso que ha significado como reconstruir emocionalmente o la pretensión de la reconstrucción emocional post incendio, entonces me parece que es fundamental según esa experiencia, tender a otra, a otro tipo de relación con la gente, o sea, sobre todo con gente sencilla o vulnerable como el término hoy día un poco eufemista para hablar de los pobres o de los empobrecidos, a los que se les ha arrebatado mucho, entonces cuando tú te planteas en un lógica-- *“A ver, a ver ¿Por qué viene?”* *“No, es que tengo mucho problemas”*- *“Ya, pero Bukowski no decía que los problemas a los hombres como la pulgas a los perros, ya y aparte de los problemas ¿Porque más viene?”* *“No, es que necesitaba conversar con alguien”* *“Ya y qué es lo que quiere conversar? O ¿Por qué necesita conversar con alguien? ¿Está muy sola, está muy solo?”*
Entonces, partes desde ahí y al final claro, como yo les planteaba denantes, o sea, hay gente que llega y dice “No, yo tengo depresión y necesito que me haga la terapia porque así no me dan las pastillas” corta, o sea vienen a cumplir, *“Véame, anote en la ficha y ponga ahí por favor que vine hoy día para que el médico me dé la pastilla”* No sé en realidad qué se podrá hacer en APS con ese

caso, porque está totalmente domesticado desde un modelo ¿Ya? Y no sé cuánto rato pueda durar yo en una pega con esta, con este enfoque, porque primero pasas información qué es Salud Mental, qué se entiende por Salud Mental, cuáles son las estructuras patológicas o no patológicas, cuáles son las patologías GES, cuáles no son las patologías GES y después de eso, se produce un proceso de empoderamiento entonces puedes tener personas súper críticas de los modelos de salud, no solamente en Salud Mental y eso no sé a quién le pueda molestar, pero de que alguien se va a molestar con eso van a ser varios.

ENTREVISTADORA: Y en términos generales ¿Qué opinas tú sobre la influencia que pueda tener el diagnóstico para la evolución de una Enfermedad Mental?

PSICÓLOGO 2: Yo creo que también está un poco, esta respuesta está marcada, está transitada por esta distinción con qué lugar de poder se pone quien diagnostica ¿Ya? En el fondo ese ejemplo que dicen, que Freud era súper obsesivo, entonces, que te insistía y te insistía en que *“Tú eras histérica – tú eras histérica”* y tú, *“No si no soy histérica – no soy histérica”*, *“No, si tú eres histérica”* *“¿ES QUE TE ESTOY DICIENDO QUE NO SOY HISTÉRICA!”*, *“Viste que eres histérica”*, entonces en el fondo el diagnóstico por un lado puede “tendenciar”... De hecho, yo creo que moviliza una serie de elementos que uno no está en condiciones como de manejar, porque tú en un espacio de 2x2 le dices al otro -*“Lo siento...tiene depresión”*- pero eso se replica en colegios, se replica en la pareja, se replica en tu entorno de amistades que te empiezan a ver deprimida -*“Oye fue al doctor porque nosotros no somos... fue al doctor y el doctor le dijo que era depresiva, no si yo ya <cachaba> hace rato que se le notaba”*- entonces por un lado se genera este proceso que ustedes están investigando del “autoetiquetaje o el “autoestigmatización” ¿Cómo es la palabra?

ENTREVISTADORA: Autoestigma

PSICÓLOGO 2: Autoestigma ¿Tiene que ver con los estigmas religiosos?

ENTREVISTADORA: O sea claro, el origen parte desde ahí, del tema de la “marca”.

PSICÓLOGO 2: Si... la marca “sagrada”... mira que buen tema... y por ahí yo siento que te puede... no sé si frenar pero en el fondo lo que hace es condicionar de alguna manera el “transito terapéutico” porque depende de los enfoques, que al final te terminan como diciendo: *“Clasifica... haciendo una clasificación de seres humanos en función de una etiqueta”*, por otro lado, en una

mirada diferente, en una mirada que más por la mirada “esquizo-analítica” así a lo Diles o Guattari donde uno como que desde la perspectiva clínica podría hasta hacer “cartografía analítica” por decirlo de alguna manera... es un punto de partida no más- *“Ya, a ver, según la perspectiva del médico usted estaría pasando por un cuadro depresivo no más... ya ¿Qué vamos a hacer con eso? ¿Cómo lo vamos a resolver? ¿De dónde viene esto? ¿De cuándo que se siente así?”*- Porque la gente te dice: *“Oiga vengo porque me duele el dedo, pero la verdad es que no es el dedo, sino que es todo un trozo de su cuerpo donde ahí hay una emocionalidad que viene cuando tenía 8 años”*, y que no la sabe resolver, o que si la saber resolver, pero que choca con un entorno que no es el más amigable, entonces tú estás ahí, caminando, o a veces no caminando, sino que diciendo: *“Ya, a ver, siéntate aquí un rato, tomémonos un mate, o tomémonos un jugo o fúmate algo, no se”* la experiencia de ir acompañando al otro, entendiendo que la etiqueta es “eso”, solo una etiqueta. Es como cuando uno se compra un pantalón y dice: *“Ah, esto lo tengo que lavar con cloro... no, no lo puedo lavar con cloro”*.- El problema, es que con lo colegas, están utilizando las etiquetas para ir poniéndolo en el lugar de la... de los libros sagrado... así como que se han puesto un poco evangélicos-pentecostales de la psicología y ya han hecho mucho daño, que era lo que yo decía en la primera entrevista. O sea, como trabajar con los pastores de la psicología no es muy agradable, porque no somos rebaño, somos colegas y tenemos mucho que decir y hacer, crear, aprender desde la población más vulnerable. ¿Cuántos colegas clínicos han estado dándose vueltas por el cerro incendiado? ¿Cuántos colegas clínicos se dan el trabajo, más allá de la caridad que puedan hacer, de bajar de sus templos e ir a visitar... no se... una población, un campamento, una toma y saber lo que se vive ahí? Sería interesante que otro grupo pudiera tomar una estadística de cuantos colegas desde la clínica hacen ese ejercicio, estamos hablando de profesionales que trabajan directamente con la Salud Mental de una población entera... y si no saben lo que sucede en los sectores más populares... desde mi perspectiva, están súper sesgados, porque esas personas son las “nanas” de los clientes que tienen en sus consultas y resuelven muchos conflictos que ellos también tienen que ver... entonces... aquí también tenemos un tema de clases, más allá del marxismo y las disputas del siglo XX, yo creo que hay un tema de clases entre dos formas de entender de psicología, dos formas de entender la clínica, que están en tensión y que eso es súper positivo porque permite hacer síntesis. Creo yo.

ENTREVISTADORA: Desde tú experiencia nos contaste la entrevista anterior que hay personas que son reticentes al tema de la Salud Mental porque no quieren que los traten de “locos”

PSICÓLOGO 2: Sí.

ENTREVISTADORA: Ya, ¿Cómo explicas tú que las personas no quieran “implicarse” con una persona “loca”? ¿De dónde crees que nace esto? ¿Qué consecuencias tiene? Y si ¿Has podido acceder al relato de un paciente que te haya hablado sobre esto?

PSICÓLOGO 2: A ver... yo siento... que... pucha, la pregunta es cómo bien extensa, porque si tú me preguntas de dónde viene... viene desde donde surgen los primeros manicomios, así como... ya partimos en el siglo 17, como esta lógica de la “escoria” de lo social, o más atrás, cuando a los leprosos los tenían que apartar del pueblo... Foucault tiene un trabajo bien interesante bajo esa lógica... son también las historias de la locura, pero en el fondo son cómo se va manifestando este control social sobre la peste, el modelo de peste, donde en el fondo lo que hacen, es encerrar a la gente en sus casas y pasaban todos los días en una ronda y si tú no salías o estabas “pal hoyo”... te llevaban. Entonces desde ese modelo, como de la peste, que evidentemente está asociado a una etiqueta y en términos de Salud Mental, particularmente en Chile también se ha hecho un abuso sistemático de la etiqueta de patología mental, o sea, el “dictador” salvó ileso de los crímenes de la humanidad por que tenía infartos cerebrales y el viejito se paró súper bien cuando se bajó del avión y hablaba cosas coherentes pero tenía la etiqueta de patología mental, entonces era “inimputable” entonces, que sucede con la cantidad... con los bloques de los que están instalados en gendarmería en los hospitales psiquiátricos, ahí tienes otra fijación, o qué sucede, por ejemplo, en una región como la nuestra, en Chile hay 5 hospitales psiquiátricos y en nuestra región hay 2 ¿Y qué sucede ahí? Porque la población que va a esos hospitales es población sencilla, vulnerable, entonces, hay una memoria de la patologización en la población, o sea, cuántos tíos, cuántas tías han pasado por... y estamos hablando de gente que no tiene más de 50 años, o sea, si tú tienes un tío de 50 años que vivió la experiencia psiquiátrica de los 60’, estamos hablando de electroshock, estamos hablando de masacres neuroeléctricas, donde al final te entregan una sombra de la persona que conociste, entonces es un proceso que es mucho más amplio que lo que nosotros podamos observar en una consulta de psicólogo en un box, sino que hay una lógica psico-social ahí asociada y yo siento es por un lado que tiene que ver con un poco los proceso de memoria... tiene que ver con que en Chile hay un programa que se llama PRAIS, donde se recupera la memoria de los detenidos y los torturados entonces, eso también es súper importante ponerlo en una mesa como para debatirlo, no como para dar... yo no estoy diciendo que esto sea la verdad... a mí me parece que es un espacio que hay que debatirlo desde estás expresiones, o congresos clínicos porque la familia y los niños y la educación ... y... ¿Por qué no hacerse cargo de una memoria en represión? Donde las mujeres que buscaban a sus detenidos desaparecidos eran “Todas locas” estaban todas

“pitiadas”, estaban todas enfermas y claro, después con el tiempo empezaron a tener espacio, los psiquiatras primero, los psicólogos entramos siempre después, donde los psiquiatras que empezaron a acompañar a estas mujeres, que empezaron a buscar a sus muertos y a sus desaparecidos empezaron a generar procesos terapéuticos donde decían: “*Viste que no estaban locas*” entonces... y se trabaja en una lógica donde el “loco” o el “enfermo mental” pierde credibilidad, pierde productividad, le vas aplicando el modelo de la peste pero de una forma muy silenciosa. Entonces ¿Quién ahí se va a querer identificar con una etiqueta que ha sido utilizada para “amordazar”, estás “amordazando” gente, los chiquillos mismo, no sé si ustedes tienen la experiencia como de trabajar o conocer los programas que se hacen en los establecimientos educacionales.

ENTREVISTADORA: ¿En los PIE?

PSICÓLOGO 2: En los PIE, o en los... aquellos que están financiados por la ley SEP, el niño claro, en la mente del tecnócrata que está sentado en un escritorio de roble, así como muy bonito, en el cuarto piso del ministerio de educación pensó que el psicólogo era una súper buena herramienta, así pasó probablemente, pero en la práctica eso significa, que el que va al psicólogo está “pitiado” - “*Ahí, ahí ta’ el pitiao, el que va toa la semana aonde la tía psicóloga*”- y los cabros se conocen al revés y al derecho el HTP, los test proyectivos “*Ya me va a mostrar los colores tío, a mí me gusta el azul*” Entonces desde ahí, desde que son niños ya se reconoce que el que va a Salud Mental ... no tienen Salud Mental ...”*ta pitiao*” Y claro, habla más rápido que el resto, tiene una mirada que no es la “normal”, y yo no sé cuál es la mirada “normal”, es una mirada que es diferente, hablan de cosas que son sin sentido pero, pónelo en radiodiferencia y te vas a dar cuenta que desde el “sin sentido” en el fondo se le está dando sentido a toda la existencia, la radiodiferencia yo creo que es la expresión... subversiva en términos de Salud Mental ¿La ubican cierto?

ENTREVISTADORA: No.

PSICÓLOGO 2: “Radiodiferencia”, es una experiencia que se está haciendo en El Salvador, en los usuarios del espectro esquizofrénico, ellos hablan

ENTREVISTADORA: ¿Hablan?

PSICÓLOGO 2: Si, y tienen su programa de radio, se expresan y esta la Valentín Letelier en un espacio, está la Teresita Pérez, han estado en el extranjero exponiendo su trabajo y ahí hay un

psicólogo también que es el que edita, que hay que editarlo también porque si no tendrías un programa como de 10 horas, entonces desde ahí...

La ley Berlusconi, ahí en Italia, lo que hizo fue encerrar a las personas con Enfermedad Mental porque afectaba el turismo, entonces no es negocio tener controles con psicólogos y menos con psiquiatras, no es negocio por ninguna parte, así como no es negocio ser niño en una población o niña, tampoco es negocio estar en controles más encima en el psiquiátrico... -*"No si no se tomó las pastillas, por eso anda así"*- , -*"Ya señora, si el tema de las pastillas es una cosa pero el manejo conductual es otro y el emocional es otro entonces yo siento que estamos..."* Todo lo que se pudo haber avanzado a lo mejor en términos de salud comunitaria o en términos de Psicología Comunitaria y yo creo que hoy en día la gran apuesta que tenemos los que estamos en estas trincheras y con estas inquietudes es levantar la temática de Salud Mental, de una salud comunitaria mental, pero en términos de SALUD, no patológicos.

ENTREVISTADORA: En tu experiencia como psicólogo ¿Has podido acceder a algún tipo de relato así, de algún paciente que te haya comentado esto?

PSICÓLOGO 2: A la gente de la radio diferencia, a los usuarios de la radio diferencia, a la gente que está hoy día asociada a la comisión regional de Salud Mental, por los derechos de las personas en situación de usuario de un programa de Salud Mental, la gente de la Breski, que también está como en esa lógica, la gente de la casa club que son... claro son pacientes psiquiátricos, son casos casi de libro, súper emblemáticos, pero también en la lógica de rescatar los relatos.

Cuando tu tení contacto por ejemplo con esa parte de la historia de Chile que no se quiere rescatar, el usuario PRAIS por ejemplo, porqué se reúnen todos los septiembres y van y le funan a la esmeralda, porqué mataron a un cura que se llamaba Miguel Burgos, porqué hay una agrupación de amigos que se reúnen cada cierto tiempo y ahí escuchai relatos ... relatos desde la resiliencia, a lo Barudy puro, de hecho Barudy saca sus estudios de resiliencia desde esas experiencias, ahí tení un espacio donde decís "vale la pena ser psicólogo, vale la pena tener una herramienta clínica aunque uno esté metido en la pobla, vale la pena hacer todas estas volás con pintura, con arte-terapia, con los artefactos, los juguetitos y que -*"Cierre los ojos, respire profundo"*- vale la pena porque en el fondo la gente no te reconoce a ti, sino que se reconoce a ella misma en la narrativa que ustedes están recuperando la gente se va reconociendo y va viendo otro y va integrando espacios que no lograba integrar hasta llegar a un espacio terapéutico, con este acompañamiento.

ENTREVISTADORA: También nos contabas que cuando estabas en pregrado tu tesis se fundó en la tesis de Martín Baró, en la Psicología de la Liberación ¿Crees que esta Psicología de la Liberación puede influir en procesos de destrucción del Estigma?

PSICÓLOGO 2: Yo creo que a Baró lo mataron hace 26 años, de hecho el 16 se cumple otro aniversario del asesinato y lo mataron por esto... y hay que ser bien honesto en este sentido y yo creo que Domingo Asún también estaría de acuerdo en ese análisis. A Martín Baró lo mataron porque en el fono cuando tu hacía una opción clínica o no clínica pero desde el mundo de la Psicología que es una herramienta de control potente, o sea, cuántos colegas nuestros están forrándose los bolsillos y no estoy diciendo que sea bueno ni malo, es una realidad, trabajando para empresas de publicidad, neuromarketing y aquellos que hacen selección de personal, aquellos que trabajan en un modelo de control social y son relativamente felices y se darán su vuelta pa Europa una vez al año, bien por ellos po, a mí no me interesa conocer Viena, pero me gustaría ir a conocer las Torres del Paine si fuera más accequible para el bolsillo chileno. Pero instalarse en una perspectiva desde la Psicología de la Liberación, tratando de comprender la liberación en un concepto mucho más amplio que la palabra o el recurso psicológico, yo creo que liberación tiene que ver o con una mirada desde la religión, desde un sistema religioso subversivo, o sea el concepto de liberación viene de la Teología de la Liberación que son comunidades cristianas que se revelan sobre sus propios líderes por una realidad que las golpea, entonces si yo llego a mi casa un día y me falta un hijo, y llego al otro día y me falta otro hijo y llego al trabajo y a mi colega le falta una pareja porque se los llevaron porque pensaban y porque hablaban, entender la liberación desde ahí, entender la liberación desde lo que tu hacía al interior de un box también es trabajo político, no para el partido, para la gente, entonces tu trabajo político en qué consiste , en decirle: *“Oiga, despierte, solo tiene pena, llore, si quiere venga aquí y llore pero sólo tiene pena, no se estupidice más con Ravotril porque eso tiene un costo y ese costo lo pagamos todos”* Entonces, si nosotros pudiéramos utilizar el fondo de antidepresivos en actividades de promoción de Salud Mental, creo que tendríamos una Salud Mental de excelencia en Chile, sólo con esos fondos. Si nosotros fuéramos vivitos e inteligentes y planificáramos una revolución a nivel de Salud Mental -*“Ya ok sigamos con el mismo modelo, pero pásennos la misma plata para hacer trabajos de prevención y educación y comparemos po, contrastemos después de 10 años, porque estos locos llevan más de 30 haciendo negocio con la farmacéutica”*-. Entonces claro este enfoque de la liberación apunta pa allá, es súper valido en ese sentido, no porque lo diga Martín Baró, sino a Martín Baró porque lo mataron, yo creo que no es lo que dijo sino es lo que dejó de decir porque lo asesinaron. O sea el psicólogo y ahí ya es como más la pasión, el psicólogo de verdad es un

compadre que trabaja con su cuerpo y en el caso de Martín Baró fue tan power que había que eliminarlo porque su cuerpo era muy peligroso. El académico trabaja en teoría con la cabeza, y lo veí con su libro, con su pensamiento, pero cuando rompes la barrera de la academia y empezai a ser tu propia herramienta de trabajo te transforma en un tipo o tipa por lo menos que incomoda, y cuando te transformai en alguien que incómoda parece que estamos haciendo bien la pega, pero no es fácil.

ENTREVISTADORA: La entrevista anterior nos contaste acerca de lo que viviste cuando fuiste diagnosticado erróneamente con depresión, después conociste a un terapeuta que describiste como *“esos terapeutas que caminan contigo”*, ¿Nos podrías hablar un poco acerca de esta experiencia con este nuevo terapeuta?”

PSICÓLOGO 2: Si... hasta el día de hoy mantengo contacto con esta persona, fue muy interesante porque ella en un momento cuando inicié la terapia estaba en primer año común donde tenía la posibilidad de escoger la carrera a fin de año, estaba en primer año común pero tomé todos los ramos de Sociología, que era lo que yo quería estudiar. Cuando terminó la terapia opté por Psicología, y cuando terminó la terapia yo le dije *“Mira sabes que, el próximo año voy a inscribirme en la carrera de Psicología”* y la psicóloga me dijo *“Ya cuando te titules ven a conversar conmigo”*, cuando yo me titulé fui a conversar con ella y estuve trabajando un año en su consulta, haciendo terapia infanto-juvenil y en cierta medida yo siento de que, claro, estamos hablando del año 2001, 2002, y claro en una primera entrada fue como: *“Ya vamos a aplicarte un MMPI, vamos a aplicarte un psicodiagnóstico más en profundidad y eso lo vamos a combinar con algunas terapias alternativas”*-, las que estaban recién siendo más validadas y ahí yo me encontré con una persona que utilizaba las herramientas de la academia en beneficio del usuario y ella creo que fue la primera persona que me educó en Salud Mental, porque como yo había pasado por varios procesos terapéuticos y ya cachaba los instrumentos, en un momento fue como: *“Ya pero y de nuevo el mismo gráfico? ¿Pa que me hacé ver el gráfico?”* así como con mucha rabia, *“Me han hecho eso tres veces y las tres veces nadie me ha dicho nada”* entonces ella amablemente dio vuelta la hoja de respuestas y me dijo: *“Mira, este es tu gráfico, y esto significa que este nivel es el nivel de depresión que está un poquito elevado pero no necesariamente... y esto pudiese ser, este es otro gráfico donde el nivel de depresión está más bajo”* Entonces pa mi eso fue súper transferencial por decirlo de alguna manera, donde dije *“Aaah está loca está cachando lo que a mí me está pasando”* porque yo necesitaba respuestas de lo que yo sentía que hacían conmigo los terapeutas, que era como sacar información y locura y hace como cálculo y dibujitos y después te dice: *“Ya,*

vamos a hacer esto” pero no había un dialogo que recuperara lo humano entre dos personas. Yo nunca quise ser amigo de mis terapeutas, de hecho me cargaba ir a terapia, ahora no, pero en ese tiempo era como: *“Que lata tener que ir, que lata tener que ir a donde me sentía como en una mesa de operaciones en que me diseccionaban y no me decían nada”*, y hasta el dentista que es súper traumático era mucho más humano y me decía -*“Ya ahora vamos a poner anestesia, ahora vas a sentir un tirón, ahora vas a sentir como que te estoy rompiendo la encía”*-, hasta esa experiencia que es súper de tortura tenía más delicadeza que el trabajo que estaban haciendo los terapeutas. Entonces me encontré con una persona que en el fondo fue como media mamá por un lado, media papá por otro lado, como hermana por otro lado, pero siempre manteniendo como la distancia que yo entiendo que es sana dentro de la terapia y la imagen practica podría ser que claro tu llegabai y no te ponían altiro en la mesa de disección sino que te contaban un cuento, te ponían unas luces y cuando estabai medio mareado te empezaban a cortar y después antes que terminara la sesión, te armaban, te cocían y te mandaban pa la casa un poquito más armado. Entonces esa experiencia yo creo que ayudó a que yo optara también por hacer lo mismo en la vida, acompañar a otro, sabiendo que no cacho mucho, que eso es súper importante yo creo, reconocer que uno tiene alguna idea, afina el ojo clínico, a veces como que va por ahí pero no necesariamente tiene que ser así, pero nunca tení tu como el control del usuario o de la persona que consulta, siempre el otro puede que te abrace con mucho amor y te diga: *“Oooh lo amo”* o puede que te abrace con mucho odio y te entierre un cuchillo y te mate, siempre está eso y toda la gama de expresiones que pueden haber entre uno y otro, entre que te entierran el cuchillo y te maten, entre que te digan que te quieren mucho porque eres un buen terapeuta, entonces la experiencia con esa persona me enseñó que los terapeutas no eran una manga de torturadores encubiertos en democracia.

ENTREVISTADORA: La vez pasada nos hablabas de un dilema ético y el sistema, verdad, que el sistema te pide metas, y también ahí nos hablabas de una desinstitucionalización de parte tuya, de que a veces te haces el loco, ¿Qué efectos crees tú que tiene para el paciente que su terapeuta se salga un poco de la institucionalización?

PSICÓLOGO 2: Mira, no sé... no sabría cómo dar una respuesta científica o por lo menos plausible para una narrativa, pero eso de hacerse el loco, claro tiene que ver mucho con uno, o conmigo, pero uno se hace el loco o yo me hago el loco cuando entiendo que al otro le puede hacer mucho daño el etiquetaje por mucho que vaya a la meta, o sea cuando viene la mamá y me pide un informe para el colegio, ahí sí que me tengo que hacer el loco, y no, y no, no sé.. me hago el enfermo de la guata, porque entiendo que el informe es ponerle una capsula de plutonio en el

estómago a un niño de 4 años, que se le va a caer el pelo y se va a morir en dos semanas, yo siento que los informes psicológicos son como papeles con radioactividad, entonces en ese espacio hacerse el loco y salirse de la institucionalización es un gesto de humanidad, que probablemente el otro no lo pueda entender, -“*Pucha el psicólogo como el hoyo no me quiso dar el informe y por eso cago la postulación y no sé qué*”- Yo prefiero eso a que el niño o la niña tenga que sufrir los últimos o los próximos doce años de su vida por una instrumentalización de un trabajo que hiciste tú. Lo que se contradice por ejemplo cuando me ha tocado detectar casos de abuso, ahí me institucionalizo al tiro y me institucionalizo no porque voy a perder la pega por denunciar, sino porque no sé si es lo más efectivo, pero por lo menos lo más amigable para la persona que sufrió el abuso, entendiendo todos los resguardos y las críticas que podamos tener del modelo y la gran discusión si hay que grabar o no la primera entrevista, bueno ese tema para los leguleyos, pero en ese caso la institucionalidad ahí sirve caleta, entonces no es que uno se desinstitucionalice por choreza, sino que son opciones éticas, que es preferible a veces el aborto terapéutico frente a otras situaciones, y aquí más o menos lo mismo, me lo planteo desde esa perspectiva.

ENTREVISTADORA: Sobre la alfabetización y psicoeducación que conversábamos recién, ¿Habría algún efecto concreto de la psicoeducación? ¿Has observado algún paciente en particular que se le ha psicoeducado y cómo le afecta eso a él, positiva o negativamente? Ojalá si te acordaras de un paciente en particular

PSICÓLOGO 2: Eso estoy pensando... a ver... una señora que pasó por box de psicóloga y la colega me dice: “*Sabes que, tengo una persona que está muuuy conflictuada, está sufriendo mucho, está con mucha angustia, está teniendo muchas dificultades con uno de sus hijos post-incendio*” entonces me dijo: “*¿Existe la posibilidad de que tú la recibas en los talleres grupales?*” Es un espacio que desde la técnica está diseñado desde el esquizoanálisis, entonces como generar un espacio para que la gente fluya no más, y ahí uno va cerrando en la medida de lo posible el tema de cómo cerrar las sesiones y esta señora llega a un grupo que ya estaba armado, como a la tercera sesión de taller, en una sesión donde nosotros lo que estábamos haciendo era recuperando los discursos desde la misma gente a través de artefactos, una técnica que la utilizan los compañeros de arte-terapia, poner varios objetos y hablar desde el objeto para encontrar elementos comunes y después de que la sesión transcurrió en eso, empezamos como, la dupla empezó a recoger lo narrado y a comparar o hacer comparaciones en función de las etapas de la emergencia y el desastre: hay una primera etapa que es de crisis, después la de post-crisis, después las otras dos que van asociadas

a la normalización. Y desde ahí se empezó a generar un dialogo donde la gente empezó a decir: *“Aaa entonces esto es normal”*, no nosotros sino que el mismo grupo en el fondo era como: *“Aaa entonces que los niñitos empiecen a hacerse pipi otra vez es normal dentro de esta etapa, y ¿Qué se puede hacer? O “Fíjese que mi sobrina se está separando de su pareja y eso lo vi yo también en una vecina que también se está separando”* y todos se estaban separando, entonces la señora que venía muy angustiada descubrió y después ella misma lo dice, en esa sesión y en las otras que siguieron que lo que le pasaba a ella en la intimidad, en el silencio y en la angustia de guardarse todo, lo estaba viviendo mucha gente. Entonces cuando ella toma conciencia y ahí el tema pasa precisamente por este tema de una cosa es alfabetizar, que aprendan a leer palabras y otra cosa es que se aprendan la gramática, que es súper distinto, porque una cosa es que la gente sepa leer y otra cosa es que entienda lo que lea. Nosotros estamos haciendo recién el primer proceso y en ese primer proceso estas personas se están reencontrando con otros en un espacio que es terapéutico y nosotros le pasamos como los mapas o las cartografías emocionales que pudiesen haber en el territorio, que es diferente a cualquier otro territorio en Valparaíso por todo lo que ha significado el incendio, el proceso de reconstrucción y todo eso, y desde esa apuesta cuando la señora tuvo control hace dos semanas atrás, la colega reconoció que el proceso de taller había significado una mejoría significativa, o sea hay un resultado. ¿Cómo se mantiene eso en el tiempo o cómo vamos a delimitar el proceso de acompañamiento terapéutico? Eso es ya otra pregunta, pero yo siento que en ese caso en particular se logra sintetizar aquello de alfabetización en Salud Mental pudiese significar un andamiaje para que la población tuviese una mejor condición o una mejor calidad de vida finalmente.

ENTREVISTADORA: En la primera entrevista nos decías que tú te estás posicionando desde esta catástrofe, desde el incendio, para poder responder nuestras preguntas. Pero también quisiéramos saber cómo ha sido tu experiencia fuera de esta catástrofe anteriormente, a lo mejor desde el box o la consulta clínica ¿Cómo has visto la presencia del Estigma en Salud Mental fuera de este contexto actual? A lo mejor algún caso en que hayas visto el Estigma internalizado de la persona

PSICÓLOGO 2: Siento que fuera de este contexto, estoy pensando más en el ejercicio particular, muchos de estos casos al haber internet y al socializarse el conocimiento la gente accede al conocimiento sin ningún criterio, lo que me parece súper sano en algún momento, pero me acuerdo de dos casos, en realidad me estoy acordando más de uno que otro, donde era una mamá muy preocupada de su hija donde evidentemente había un conflicto entre el vínculo de ellas y yo estaba trabajando terapéuticamente el tema del vínculo, que la mamá tenía la necesidad

de psiquiatrizar y patologizar a la hija, entonces: *“no, es que la psiquiatra me dijo que...la psiquiatra no sé qué”*, entonces hubo un momento que yo le dije: *“¿Cómo se llama tu psiquiatra? Yo trabajo con esta otra psiquiatra, qué te parece si probamos un cambio de terapia? Aunque eso significa un proceso de readaptación, y eso tiene conflictos biológicos, neuroquímicos, bueno la psiquiatra se hará cargo de eso”* y cambiamos a la chica de psiquiatra, se disminuyeron las dosis, la chica logró salvar el año que era lo que necesitábamos que hiciera, salió de cuarto medio, pero la mamá que leía mucho sobre psiquiatría en internet encontró unos papers donde salía que el diagnóstico, entonces el trabajo terapéutico tenía que ir en otra línea -*“Porque yo leo mucho”* - decía, y yo reforzaba en cierta medida la preocupación, pero siempre le decía de que cuál era el criterio o con qué lentes estaba leyendo lo que estaba leyendo, cuál era su criterio para poder determinar si un paper era de buena o mala calidad, de donde estaba sacando la información, porque eso a ella le impactaba de forma muy negativa, porque leía algo que le producía síntomas y llegaba la otra semana a la sesión como: *“Oye es que leí que no sé qué provocaba el fármaco que está tomando y ese fármaco anula la anticonceptiva, entonces yo ahora la tengo amenazada que si no usa condón”* entonces ya si está bien que la cabra use condón por protegerse no por lo otro, entonces ahí yo siento que esa experiencia fue muy difícil de trabajar, de hecho la mamá no llevó más a la niña a terapia y cuando yo hice un rescate telefónico fue como *“no estamos en otro lado, estamos con otro terapeuta y con otro psiquiatra”* porque necesitaba, esa es mi explicación como para no sentirme tan mal por haber perdido un paciente, pero yo siento que necesitaba como ese andamiaje, como que no le era cómodo esta despatologización que estábamos haciendo, despatologización sistemática porque en el fondo igual había un diagnóstico de psiquiatra que yo trato de no cuestionar tanto porque en el fondo igual está el conocimiento de lo otro y el trabajo de otro, entonces, salvo que ya sea como muy grosera la metida de patas yo no cuestiono mucho el diagnóstico de los psiquiatras, pero en ese caso particular habían hartas sospechas, entonces ese caso y otros casos que son la verdad más acompañamientos terapéuticos en otro centro, donde era como *“no es que yo soy muy loca”* o *“yo soy muy loco porque yo siempre soy así o yo siempre soy así”* y te vas dando cuenta que la persona era súper normal, dentro de los conceptos de normalidad que manejamos nosotros, y el ejercicio era como *“ya pero donde está lo extraño de esto?”*, -*“No es que en mi familia...”*, *“Aaa en tu familia eres el único pero no significa que seas el único en todo el planeta”* o *“Mis amigos me dicen que...”*- eso se da mucho, mucha gente como que consulta desde lo que le dicen otros o hay mucha fragilidad también dando vuelta, por lo tanto hay mucha gente que tiene cierta dependencia hacia lo que los demás dicen que busca, busca, busca, busca y como que todo el mundo te dice un montón de cosas y va donde el psicólogo para que te diga otra cosa más y llegan con los diagnósticos listos , así como: *“Yo vengo*

al psicólogo porque tengo esto...” y ahí sin reírme a carcajadas en su cara porque no corresponde, aunque a veces me dan ganas de reírme a carcajadas, *“Ya pero por qué cree usted que tiene depresión?”* o *“Por qué usted cree que es bipolar?”* o *“Por qué usted cree que...”* y llegan con esos diagnósticos que son por un lado muy psiquiátricos y por otro lado muy GES, como que saben que eso les va a significar...entonces ahí entra la sospecha de qué tan bueno sea manejar tanta información porque al final te puede resultar de forma iatrogénica porque tu informai como es una Enfermedad Mental y la gente podría decir: *“ya, yo voy a decir que tengo estos síntomas por lo tanto me van a ingresar con esta patología y voy a tener asegurado el tratamiento y los fármacos durante tres años de mi vida”*, también puede ser y también yo creo que es una herramienta del lado oscuro de la fuerza, como que no pueden decir: *“No po, aquí los que cortamos el queque somos nosotros, porque nosotros somos los acreditados, nosotros somos los bacanes y nosotros somos los estudiosos y nosotros decimos que lo que tú estás haciendo no es bueno para la población porque nosotros somos los papás de los psicólogos”* los clínicos tienden a ser como los papás nuestros o los gendarmes que es como, no todos en realidad es la minoría, pero a veces suena como si fueran todos.

ENTREVISTADORA: ¿Qué conductas tu puedes ver en personas que tienen este Estigma internalizado?, ¿Cómo tú te logras dar cuenta que la persona se siente estigmatizada y se estigmatiza a sí misma respecto de su diagnóstico?

PSICÓLOGO 2: Bueno, no sé si sea como descubrir nada nuevo, pero yo siento que están todas dentro del paragua como de las obsesiones, son personas como muy obsesivas en términos de saber, saber, saber, saber, investigar, investigar, investigar... sufren mucho porque no se logran adaptar, también hay un proceso como de dificultades adaptativas, no difieren mucho en realidad al perfil del que consulta en general, si alguien consulta es porque no lo está pasando bien, pero en estas personas se va notando yo diría, arriesgo echar por la borda todo lo que he dicho, que estarían dentro de lo que algunos colegas llaman como los trastornos de personalidad, dentro de este paragua como de personas que no logran como manejarse dentro del contexto social, no te voy a decir trastorno de personalidad cluster b, cluster c, cluster a, da lo mismo, ese como perfil y por otro lado cuando tu abres su ficha clínica tiendes a encontrarte con pacientes poli consultantes que no sólo en Salud Mental es donde ya tienen el diagnóstico hecho, sino que tienen el diagnóstico hecho en morbilidad, tienen el diagnóstico hecho son crónicos probablemente, tienen diabetes o tienen otra patología crónica, entonces están muy acostumbrados al lenguaje técnico, muy acostumbrados a la dinámica dentro de un centro de salud que ahí hay otro fenómeno muy interesante, cómo dentro de

los CESFAM o de los hospitales o incluso en consultorio privado, hay personas que viven su vida cotidiana en torno a estos lugares entonces un día viene el médico, otro día vienen a la nutricionista, otro día vienen al kinesiólogo, y de pasadita piden hora con el psicólogo, entonces yo, yo diría eso, desde lo que a mí me ha tocado observar como que estas personas están dentro de una ideología biomédica, por eso que dependen mucho de mantener estos niveles como de patologización en su vida y necesitan en el fondo como adquieren un lenguaje técnico. Como adquieren lenguaje técnico, de una u otra forma se posicionan por sobre el resto de la población, entonces cuando llegan al psicólogo, llegan a mi box, es como “bueno doctor o señor psicólogo, la verdad que yo consulto porque tengo los siguientes síntomas” entonces te hablan de síntomas y tu decí: “Aaa ya” , “¿ Y desde cuándo?”, “No de hace tiempo, yo ya tuve un tratamiento anterior”, entonces son resistentes a las altas, como que buscan el espacio para poder seguir en terapia. Muchas veces a mí me ha tocado mujeres que dicen: “Los psicólogos son adictivos”, porque más o menos responden a... no es que seamos adictivos, sino que yo creo que hay personalidades que son adictivas, entonces por ahí yo creo que transita tu inquietud.

ENTREVISTADORA: Esas serían entonces las preguntas, muchas gracias...

11.4 Transcripción Entrevista Psicóloga 3

- **Primera Entrevista**

ENTREVISTADORA: Como ya antes le había mencionado, el trabajo de nuestra tesis comprende el tema del Autoestigma o Estigma Internalizado, relacionado a la Salud Mental. En este sentido nos interesa recabar la experiencia que ha tenido usted trabajando en APS y como se fue interiorizando en este tema, quizás a través de su formación profesional o tal vez no hubo esta formación y se encontró con este fenómeno en el ejercicio de la profesión.

Me gustaría partir con un tema más general, que es el Estigma en Salud Mental ¿Qué opina al respecto de este fenómeno?

PSICÓLOGA 3: Ya, creo que en nuestra sociedad el tema de la Salud Mental todavía está estigmatizado. Ya, todavía tenemos bastante discriminación al respecto. Y todavía hay un prejuicio en relación a las personas que tienen alguna problemática en la esfera de la Salud Mental. Emmmm por ejemplo aún hay personas que dicen: “Yo no voy al psicólogo porque no estoy loco” o personas que dicen: “No, no me deriven al Hospital Salvador porque allá van solo los locos” ya, entonces

creo que todavía hay una estigmatización y un estereotipo en el área de la Salud Mental. Emmmm creo que como sociedad, o por ejemplo acá mismo dentro del CESFAM, cuando hay una persona en la fila haciendo mucho boche o metiendo mucha bulla o reclama muy fuerte dicen: “*No... ella es de Salud Mental*” Siempre está asociado a una connotación negativa el tener algún problema en esta área.

ENTREVISTADORA: ¿Me podría contar algo que haya influido en este pensamiento? Alguna vivencia tal vez.

PSICÓLOGA 3: Bueno el mismo ejemplo que te daba de lo que pasa acá fuera, hay pacientes que son conocidos con nombre y apellido, que sabemos que llegan reclamando, porque se les atiende muy tarde, porque no se les da la hora, o porque no se les entregó el tratamiento que ellos pensaban que necesitaban y no fue así el criterio del médico, y terminan poniendo algún tipo de reclamo pero este siempre vociferando, dentro del box, fuera del box, en el pasillo y en el CESFAM se les conoce a esas personas: “*Juanito de tal, ahhhh pero él es de Salud Mental*”. Y se les tiene estigmatizados, ya sabemos que cuando viene Juanito de tal, va a haber un problema. Ya se predispone el equipo a que va a ver un problema, y lo sabe la persona de SOME, el paramédico que lo prepara, el médico que lo va a atender, en farmacia cuando va a buscar el medicamento, y todos están predisuestos al conflicto porque viene a control Juanito de tal...

ENTREVISTADORA: ¿Cómo le influye esto a usted? Es decir cuando sabe que vendrá Juanito de tal ¿También hay una predisposición?

PSICÓLOGA 3: Eeeeeh mira no puedo decir que soy absolutamente neutra al respecto, porque no es así, a veces si tengo como una predisposición, digo por ejemplo no con ese Juanito de tal, pero si un paciente que ya está dentro de mi atención, eeeeeh que tiene ya un diagnóstico que también lleva un cierto Estigma cierto, y sé que es una persona más densa, más complicada y sé que voy a tener que estar mucho más atenta, mucho más siendo delicada, o siendo mucho más sutil en las intervenciones, es porque sé cómo es esa persona, porque la conozco desde antes y sé que me tengo que predisponer a estar como te decía, más atenta o reflexionando mucho más en las intervenciones.

ENTREVISTADORA: Ya pero esa preparación diferente ¿Obedece a la experiencia previa con ese paciente o al diagnóstico?

PSICÓLOGA 3: A la experiencia previa, por ejemplo cuando viene un paciente nuevo con un diagnóstico porque ya lo vio el médico o la asistente social, lo tomo como un antecedente, como para conocer en algo a esa persona que viene, pero siempre estoy abierta, aunque diga algo en la ficha, por ejemplo: “paciente complicado” por decir algo, eeeehhh yo estoy abierta, siempre voy a ver si es tan complicado, o a qué le llaman ellos complicado. Si es alguien que no conozco, siempre estoy abierta a ver con quien me encuentre en sesión, más allá de guiarme por ese diagnóstico o rótulo que le hayan puesto a esa persona.

ENTREVISTADORA: Bien acotando un poco más el tema al fenómeno del Autoestigma o Estigma Internalizado. ¿Qué opinión tiene al respecto? ¿Se da habitualmente en los pacientes?

PSICÓLOGA 3: Yo creo que sí, desde mi experiencia, yo he visto bastantes personas que tienen un Autoestigma. No, esto de decir: “*Yo soy depresiva*” yo veo muchas personas que dicen así como: “*Yo toda la vida he sido depresiva*” Es decir me están como diciendo - “*Yo vengo acá pero como siempre he sido así, es difícil que cambie*”-. Entonces yo veo en esas personas que ya tienen interiorizado ese rótulo, ese cartel, dicen “*Yo soy depresiva y por algo me comporto de esa manera*”.

ENTREVISTADORA: ¿Qué factores cree que influyen en este fenómeno?

PSICÓLOGA 3: Cuando llegan personas que me dicen –“*Yo soy de esa manera*”- son justamente personas que desde su niñez han tenido problemáticas relacionadas a la Salud Mental, que han tenido historias de vida bastante sufridas, con muchas carencias, con muchos inconvenientes, emmm personas que desde pequeños lo han llevado al psicólogo, psiquiatra, antiguamente al neurólogo, entonces ya vienen con una historia de diagnóstico, de intervenciones médicas, intervenciones psiquiátricas, psicológicas, también en algunos casos, donde su personalidad ha sido cargada, nutrida de estos antecedentes, de estas estigmatizaciones, de estos estereotipos también. Finalmente ellos terminan parándose en el mundo diciendo: “*Yo soy una persona depresiva por lo tanto me tengo que comportar depresivamente*”.

ENTREVISTADORA: ¿Recuerda la última experiencia que tuvo acerca de esto?

PSICÓLOGA 3: Mira me acuerdo de otro caso, no específicamente con depresión, sino con un joven que estaba diagnosticado con un trastorno de personalidad. En la última sesión que tuvimos

me decía: *“Es que yo soy emocionalmente inestable, entonces por eso yo cambio constantemente de ánimo, entonces si me pasa algo que me enoja yo me enojo, pero después me puede pasar algo que me ponga alegre y me pongo alegre. Entonces yo soy emocionalmente inestable porque así soy yo. Ese es mi diagnóstico”* Emmmm entonces yo le digo: *“Bueno, tú tienes un diagnóstico que habla de que algunos de tus rasgos son así, pero te hago la pregunta: Si una persona cualquiera, no tú, le pasa algo difícil en el día con un compañero de trabajo ¿Cómo crees que se sentirá?”, “Molesto, enojado”, “Ya y si esa misma persona en la tarde salió y se encontró con un amigo y se acordaron de cosas lindas, ¿Cómo crees que se sentirá”, “Bien”, “ ¿Y esa persona es emocionalmente inestable?”, “No, en realidad no”* me decía. *“Ya po, entonces si te pasan cosas que te hacen sentir de una manera o te pasan otras que te hacen sentir de otra manera, ¿Eso es ser emocionalmente inestable o es reaccionar emocionalmente a las cosas?”* Allí logro normalizar esa inestabilidad en su ánimo.

ENTREVISTADORA: Ya, desde su opinión entonces ¿Cuál es el rol del psicólogo cuando llega una persona con Autoestigma?

PSICÓLOGA 3: ¿Cómo lo hago yo? Bueno por un lado trato de normalizar algunas conductas, por otro lado trato de hacer psicoeducación ya, por ejemplo el tema de: *“No me mande al psiquiatra porque yo no estoy loco”* o cuando me dicen: *“Yo no quería venir con usted porque yo no estoy loca”*, ahí trato de hacer psicoeducación en el rol del psicólogo, en el rol del psiquiatra, en las funciones que cumple el Hospital Salvador, en las funciones que cumplimos nosotros como CESFAM, y ahí trato de hacer una educación más general. Y cuando me dicen: *“Yo soy depresiva”* ahí trato de hacer una psicoeducación en lo que es el trastorno depresivo, en que es una enfermedad como cualquier otra, trato como de darle educación al respecto para que vean que es un estado depresivo, y no que va a estar toda así toda la vida.

ENTREVISTADORA: Que no es una característica.

PSICÓLOGA 3: Que no es una característica de su personalidad, exactamente. Y en otros casos también trato de reforzar otros aspectos, como el caso que de este joven que te señalaba, emmmmmm normalizar por un lado y ver otras características que tiene él, no solo que se centre en sus características más rígidas, sino también en sus aspectos más flexibles.

ENTREVISTADORA: Bueno al principio de la entrevista usted me decía que uno de los factores que influyen en que una persona se Estigmatice es que haya tenido un historial de atenciones médicas, con psicólogos, neurólogos, etc. En ese sentido ¿Cree usted que el profesional juega un rol importante como estigmatizador? Sin quererlo evidentemente.

PSICÓLOGA 3: Por cierto que todos cumplimos un rol, por ejemplo los médicos y los psiquiatras, su rol es hacer un diagnóstico para poder intervenir, el diagnóstico también da ciertos límites de tratamiento o da una guía para el tratamiento. Y en el modelo que tenemos el diagnóstico es valorado, o sea si yo como usuario, voy al médico y yo salgo de ahí y el médico no me dice que tengo, yo digo que el médico es malo, que no sabe lo que a mí me pasa, ya. En cambio si yo voy al médico y me dice: *“Usted tiene esto y esto otro, y tiene que seguir tal o cual tratamiento”*, pensamos *“Oh que bueno el médico, porque me pudo comprender lo que a mí me pasa”*, entonces en ese sentido el profesional o el médico también cumplimos un rol que es estigmatizador, pero también es algo que está dentro de lo necesario, de lo que se pide, o lo que se espera. También yo no estoy en contra de los diagnósticos, por lo que te decía antes, creo que también son válidos porque nos dan un parámetro para enfocar ciertas intervenciones. Pero tampoco creo que es positivo estar en cada control o en cada sesión recordando el diagnóstico, estar diciendo: *“Acuérdate que tú eres así, por eso funcionas así”*, no al contrario: *“Tú eres una persona y funcionas con una sensibilidad X y no necesariamente porque tienes este diagnóstico toda tu vida tiene que funcionar en torno a ese diagnóstico”* entonces como volviendo a tu pregunta yo creo que los profesionales si cumplimos un rol dentro de la estigmatización, ya sea porque el sistema lo exige o porque algunos profesionales sí tienen mucho más marcado que es importante el diagnóstico sobre la persona, o muchas veces es el mismo usuario que exige que se le diga lo que tiene, o como lo veo yo: *“Dígame como me ve”* o *“Qué es lo que cree que yo tengo”*. O sea eso también está dentro del rol, es una responsabilidad compartida que se da.

ENTREVISTADORA: Es decir que hay una demanda del paciente también, de irse con una respuesta sobre lo que tiene.

PSICÓLOGA 3: Claro.

ENTREVISTADORA: Pero en ese sentido ¿El diagnostico debe ir acompañado de una psicoeducación cree usted?

PSICÓLOGA 3: De todas maneras, o sea yo no le puedo decir “*Tú tienes depresión así que tienes que venir a un taller o tienes que seguir en una a terapia*” y punto. O sea se le debe explicar: “*Mira o sea tú, esto que te está pasando que tienes tales y cuales características, se puede describir como una depresión, y para la depresión existen tales y tales tratamientos, la depresión es tal cosa, que... de la cual te está ocurriendo..., lo importante es que con un tratamiento adecuado tú vas a poder salir adelante, te vas a mejorar, vas a poder recuperar tu vida con la mayor normalidad posible, vas a poder estar bien...*”. Entonces yo creo que siempre debe ir con una psicoeducación, y tener la disposición también de explicarle al paciente, todas sus dudas para que se vaya con una visión más amplia de lo que le pasa y no solo con una etiqueta con la que se va a quedar como pegado y no salga adelante.

ENTREVISTADORA: Ya entiendo lo de la psicoeducación al dar el diagnóstico. Pero qué pasa con aquel paciente que ya viene a consulta auto-etiquetándose, ¿Qué le pasa a usted como profesional? ¿Piensa tal vez que el trabajo va a ser más dificultoso con esa persona?

PSICÓLOGA 3: Mmmmmmm a ver... estoy pensando cómo me posiciono yo cuando esta persona llega así... mmmm en general como que lo dejo de lado el tema. Bueno emmmm... trato de dar como esa psicoeducación que te decía en un primer momento, y luego no lo tomo directamente, sino que vamos a las otras cosas que a la persona le están afectando ya, y cuando surge nuevamente el Autoestigma, nuevamente trato de como de o normalizar o psicoeducar, pero no lo hago como tema central de la terapia no digo: “*Ya a esta persona le vamos a dar las 3 primeras sesiones para trabajar el Autoestigma*”, sino que más bien vemos sus otras áreas, qué le está pasando más allá de su diagnóstico y nos vamos enfocando en aquello que la está afectando, aquello que es más relevante en su momento, lo que la tiene más sintomática en este momentos.

ENTREVISTADORA: Bien, usted mencionó la importancia de la formación profesional, diciendo que para algunos profesionales el diagnóstico es más importante debido a su formación. En su caso ¿Se trabajaron estos temas en la Universidad?

PSICÓLOGA 3: Emmmm es que fue hace muchos años (ríe) cuesta recordarlo, pero sí se mencionó ya. No fue que tuviéramos un ramo de Autoestigma pero sí, teníamos lo de Epistemología creo que era, pero revisábamos todo lo que es lo de la objetividad, eso te va abriendo el mundo y puedes ver esto del Estigma, Estereotipos. También Psicología Social, ahí desde lo más

teórico y amplio hasta... bueno... no me acuerdo (ríe) pero se revisaba todos los fenómenos de la realidad y la psicoterapia en la formación del psicólogo.

ENTREVISTADORA: Bien, para ir cerrando, me gustaría saber ¿Cuál es el significado que usted le otorga al fenómeno? O ¿Cómo lo describiría usted con sus palabras?

PSICÓLOGA 3: Para mí el Autoestigma es como la internalización de un mito asociado, de las creencias y la construcción social que se tiene de las personas con alguna problemática en el área de la Salud Mental.

ENTREVISTADORA: En lo que hemos recabado de lo que hemos conversado hoy, yo puedo ver que de alguna manera usted sí integra esto del Autoestigma en su quehacer profesional, entiendo que no se dedica sesiones a trabajar esto, pero sí es algo que trata de evitar, que se psicoeduca, que trata de ir más allá del diagnóstico y esa es una forma de abordar el tema. ¿Hay algo más que quisiera mencionar que no sé ha abordado en el transcurso de esta entrevista?

PSICÓLOGA 3: Mmmmm creo que hace falta un poco más educación masiva en relación a lo que Salud Mental. Se hacen intentos locales, por ejemplo cuando celebramos el día mundial de la Salud Mental, también se trabaja en dar a conocer a la población como trabajamos, dentro del programa de Salud Mental que lo hacemos acá a nivel local ya. Creo que falta como más difusión a niveles más amplios, campañas televisivas que hablen de estos temas, de la estigmatización, de las personas con problemas de Salud Mental, que abarca un rango bastante amplio desde personas que sienten mal por algún problema puntual en su vida, hasta los que tienen trastornos más severos como una esquizofrenia tal vez. Entonces hacer campañas masivas de lo que es esto, nos ayudaría como sociedad a disminuir los estereotipos sociales que vamos creando como sociedad, ver a estas personas como a cualquier otra, creo que por ahí podría faltar algo mayor. También a nivel secundario, de la integración de personas con trastornos psiquiátricos severos, sacarlos de la institución para integrarlos en hogares donde ellos puedan convivir en sociedad, que los vecinos los puedan ver como otro vecino más y no como “el loquito del barrio”, o como la persona que va a hacer el escándalo. Creo que por ahí nos falta un poco en hacer algo más masivo, para que podamos ver a estas personas como normales, como quien alguien que tiene un refriado, que no te preocupe más que te estornude encima.

ENTREVISTADORA: Es cierto que aunque estamos en medio de todas estas políticas anti-discriminación con los extranjeros, los homosexuales, etc., el tema de la Salud Mental no es tema digamos.

PSICÓLOGA 3: No, no ha salido a flote, está bien oculto, todavía parece que hay que mantenerlo a raya “*no saquemos al loquito al baile*” porque puede hacer un show, está bastante estigmatizado por lo tanto.

ENTREVISTADORA: Sí, así es. Gracias por su participación.

- **Segunda Entrevista**

ENTREVISTADORA: En primer lugar, muchas gracias por recibirnos por segunda vez, ahora le pediremos profundizar en algunos aspectos de la entrevista anterior.

PSICÓLOGA 3: OK

ENTREVISTADORA: La ocasión anterior usted nos comentó que respecto de todo este tema del Autoestigma o Estigma Internalizado es que llegan personas acá con el discurso de: *“Yo no voy al psicólogo porque no estoy loco”* o personas que dicen: *“No me deriven al hospital salvador porque allá van sólo los locos”* entonces todavía hay una estigmatización y estereotipo en el área de la Salud Mental. Usted menciona puntualmente una situación de por ejemplo cuando hay una persona en la fila metiendo mucho boche o reclama muy fuerte y dicen *“Ella es de Salud Mental”* nos gustaría profundizar un poco en esas experiencias, como ustedes detectan a esas personas, si se empiezan a llamar, etc.

PSICÓLOGA 3: Esas personas , bueno como acá nosotros trabajamos por sector, tenemos 4 sectores entonces las personas que viven en un área geográfica perteneciente a nuestra jurisdicción se atiende solo en ese sector, entonces tenemos una población que ya mas o menos la conocemos, y dentro de esa población obviamente hay personas que tienen trastornos de Salud Mental, y como tanto la persona del SOME como los profesionales siempre trabajamos con esa población, los conocemos, sabemos quiénes son y cuando vienen estas personas que se les estigmatiza diciendo: *“No si ella es de salud mental”* es porque efectivamente tienen un diagnóstico de Salud Mental y la persona que da la hora en el SOME sabe que viene por Salud Mental porque en la agenda está separado un control de crónico o un control de Salud Mental entonces son personas que son conocidas y que sabe el equipo del sector que efectivamente tiene un trastorno de Salud Mental y a la vez esa persona viene en un mal día , en un mal momento o efectivamente ocurren circunstancias en el CESFAM que gatille que ellas se sientan mal, se sientan alteradas y ellas reaccionan de esa manera y las personas que están o dando la hora o en el box de preparación ya saben -*“Aaa yo conozco a esta persona, sé que es una persona de Salud Mental y por eso ella hace este ruido, este reclamo así como a viva voz”*- no lo justifican por las condiciones que están pasando en el momento, que la persona ha esperado media hora que le den la atención, o que cuando le van a dar la atención no hay hora para el profesional que está pidiendo, entonces justifican o se explican ese comportamiento sólo desde, entre comillas, el diagnóstico de la persona.

ENTREVISTADORA: Y en esas ocasiones ¿Le avisan si está ocurriendo una situación problemática?

PSICÓLOGA 3: No, no es que se llame no sé al sector, al médico que la va a atender o al profesional que la va a atender- *“Mira viene tal persona y anda complicada”*-, no, no se da como una alarma general. Lo que sí ha pasado que hay personas que efectivamente cada vez que vienen independiente de las condiciones del lugar siempre generan algún tipo de problema, ya... muy exigente, muy demandante y además esa exigencia y esa demanda la hacen de forma agresiva y en una voz muy alta, gritando, y esas personas no son muchas, o sea, conocemos a esas personas en el CESFAM que son 2 o 3, que se sabe que ellos son así, y que cada vez que vienen tienen el mismo comportamiento y no tiene relación o no tiene directa relación con las condiciones que se están dando en el momento porque cada vez que vienen tienen la misma conducta y ahí como que se corre un poco más la voz, viene al SOME y dicen *“Aaa ya, llegó Juanito de tal”*, después va a preparación y dicen *“Aaa ya, llegó Juanito del tal”* entonces ya se pone una predisposición, El profesional que lo atiende ve en su agenda y dice *“Aaa es Juanito de tal”* entonces ponen otra actitud ante ese usuario porque saben que sea como sea el trato que se le dé, va a tener una reacción negativa o una conducta agresiva o una conducta demandante, pero esos casos son 2 o 3 que están bien identificados y ante ningún caso se hace como un sistema de alarma de avisándonos sino que cada vez que llega al lugar en que se tiene que atender el que lo recibe ya sabe quién es y como es y cómo se comporta.

ENTREVISTADORA: En la oportunidad anterior nos comenta que llegan personas que le dicen: *“Yo soy de esta manera, son justamente personas que desde su niñez han tenido problemáticas relacionadas a la salud mental, que han tenido historias de vida bastante sufridas con muchas carencias, con muchos inconvenientes, personas que desde pequeños los han llevado al psicólogo, psiquiatra, antiguamente al neurólogo entonces ya vienen con una historia de diagnóstico, de intervenciones médicas”* Puntualmente menciona el caso de este chico con un trastorno de la personalidad, este caso nos llamó mucho la atención y por lo mismo nos gustaría saber si usted podría profundizar un poco respecto de este caso en particular, me refiero a cómo fue cuando él llegó a consultar, motivo de consulta que trajo, etc.

PSICÓLOGA 3: A él yo ya lo atiendo hace varios meses como desde Marzo, Abril, él llegó diciendo que se sentía muy muy mal porque le había pasado una situación a nivel familiar que lo había , no sé si dar como tanto detalle, pero a ver... le había pasado algo particular que él se sentía

profundamente como maltratado por esa situación particular que le había ocurrido, que había vivido y sentía como que todo su entorno no lo apoyaba o no estaba o estaba en su contra y que no lo comprendían ni nada de eso porque él decía que lo que había ocurrido, había ocurrido muy de repente así como de un día para otro, después indagando un poco más en realidad esa situación venía dándose de varios meses atrás y él sabía que en esa fecha iba a ocurrir esa situación que él decía que había sido inesperada. Entonces el primer trabajo fue eso, como mostrar un poco más cómo se daban las cosas, entre comillas, en la realidad, y cómo él la estaba viviendo, cómo él las percibía y cómo él se sentía con eso, entonces eso también tenía relación con como él se percibía a sí mismo, o se percibe todavía en parte: como víctima, que todo lo malo le pasaba a él, que nadie lo comprendía, que nadie lo apoyaba, con un autoestima bien deteriorada también, con una sensación de tener pocos recursos personales, pocas fortalezas personales, entonces al inicio de la terapia empezamos a trabajar en eso, o sea como él se veía a sí mismo, cómo se sentía consigo mismo, con cómo percibía las situaciones de su entorno, por ejemplo este mismo joven tiene claro su diagnóstico en relación a que se lo han dado, se lo han dicho, se lo han repetido en varias ocasiones porque tiene toda esta historia que te señalaba de su niñez entonces él se define a sí mismo como desde ahí, como que se para desde ese rotulo y se va definiendo de acuerdo a eso. Entonces el trabajo con él ha sido como sacarlo de esa posición y que él se vea en otras posiciones, que se vea desde otros rasgos, desde otras habilidades, que reconozca sus fortalezas, y que se saque un poco los rótulos y los estereotipos que el mismo se está creando o que se está internalizando de acuerdo a lo que el entorno también le refleja o le muestra. Por ejemplo, él estaba buscando pensionarse por tener un diagnóstico de trastorno de la personalidad, siendo que es un hombre joven, que puede trabajar, entonces también se ha trabajado ese aspecto, o sea las habilidades, las fortalezas que él tiene como para buscar un trabajo y no necesariamente depender de su familia económicamente o depender de una pensión para poder subsistir, entonces el trabajo con él ha sido bien minucioso en poder fortalecer su Autoestima, fortalecer sus habilidades, fortalecer sus recursos y sacarlo un poco de su propio Autoestigma y de su propia etiqueta que la ha aceptado como propia y desde ahí se para en el mundo, como tratar de desmarcarlo de esa etiqueta.

ENTREVISTADORA: Entonces, esta sensación de víctima que me comenta, el autoestima disminuido, etc. ¿Estaría directamente ligado con el tema del diagnóstico en este caso?

PSICÓLOGA 3: No sé si directamente así como por el diagnóstico él es así, pero yo creo que el diagnóstico ha tenido un peso muy importante en como él se desenvuelve, como él se mira a sí mismo y porque como les señalaba no es una persona que ha tenido sólo una atención profesional

con un psiquiatra que le ha dicho que él es así, sino que durante su historia, desde la niñez, que ha sido atendido por diferentes psicólogos, psiquiatras, neurólogos y que se le ha ido etiquetando constantemente y además también presenta rasgos dependientes entonces para él la atención psicológica es, bueno la atención de Salud Mental en general, es una necesidad.

ENTREVISTADORA: ¿Nos podría contar acerca de cómo ha evolucionado este caso?

PSICÓLOGA 3: Eemm... siento que ha ido avanzando, me parece que ha logrado reconocer en él aspectos que no reconocía, aspectos más positivos, cualidades, fortalezas, ha logrado salirse de algunas definiciones de sí mismo que en realidad eran un cuadro no más, un encasillamiento, ha logrado salirse de ahí, por ejemplo, decía: *“-Yo soy muy tímido, yo soy una persona extremadamente tímida, pero extremadamente tímida, me cuesta mucho mucho conversar con alguien”* y yo le digo *“Ya pero por ejemplo conmigo tú me hablas todas las sesiones, desde la primera sesión yo apenas hago 2 preguntas y tú me hablas mucho, mucho, mucho, para mí eso no es una persona tímida”* y me responde *“Aaa si po, es que cuando estoy en confianza hablo más o puedo entablar una conversación”, “Ya entonces no eres extremadamente tímido, tal vez en algunas situaciones te sientes más tímido o te cuesta más entablar alguna conversación”, “Aaa si po”,* entonces logra el también salirse de esos estereotipos o de esas etiquetas, de esos rasgos como tan rígidos que él dice tener, logra flexibilizar la percepción de sí mismo, ya... otro logro también es que su ánimo se ha mantenido estable todos estos meses, bueno también está con tratamiento médico farmacológico pero no ha presentado ninguna recaída ni baja importante en el ánimo, ya... entonces también se ha mantenido estable que también es un logro, ha podido relacionarse directamente con su familia, ha podido decir cosas que antes no se atrevía a decir y como te digo también ha flexibilizado la mirada que tiene de sí mismo y ha logrado reconocer en él características que antes no reconocía.

ENTREVISTADORA: ¿Qué otras actitudes concretas Ud. vio en él que están relacionadas con su propio Autoestigma?

PSICÓLOGA 3: Por ejemplo lo que te decía, esto de buscar una pensión porque él dice que no puede trabajar porque le cuestan las relaciones interpersonales entonces dice que no puede, entonces se ha trabajado en ese aspecto también. O que no logra estar un horario completo en un lugar de trabajo, entonces se le muestra que existen otras alternativas como media jornada, otro tipo de actividades. Otra queja suya dentro de esa misma definición de sí mismo de que era

extremadamente tímido era que le costaba establecer relaciones tanto afectivas, relaciones de pareja como relaciones con amistades y eso, entonces eso también lo limitaba en el tema laboral. Entonces le muestro como un trabajo para él, podría ayudar en muchos aspectos desde el sustento económico, desde el sentirse mejor consigo mismo, desde el entablar relaciones con otras personas, conocer personas, entonces hemos trabajado también esa área, como que él se pueda incorporar a una vida laboral y no necesariamente tenga que vivir de una pensión, que eso finalmente lo va a aislar más que potenciar una inclusión social.

ENTREVISTADORA: Pasando a otro tema, en la entrevista anterior nos comentó que su rol activo cuando recibe a alguien que tiene Autoestigma consiste en dos cosas, primero normaliza y también psicoeduca, me gustaría que pudiera profundizar en estos aspectos.

PSICÓLOGA 3: A ver, por ejemplo cuando la persona viene ya con un diagnóstico de depresión y efectivamente tiene una depresión, dice por ejemplo -*“No es que yo soy depresivo y por eso yo me siento triste o no me dan ganas de hacer las cosas, no me dan ganas de arreglarme”*- entonces ahí hay como dos, se aplican los 2 conceptos: la normalización, diciéndole -*“Bueno las personas que están con cuadro depresivo efectivamente se sienten así y dentro de todo es normal que usted se sienta así ya que está recién iniciando un tratamiento entonces todavía no se ven resultados, poco a poco vamos a ir avanzando”* Entonces se normaliza su emoción, además generalmente las depresiones vienen gatilladas por situaciones contextuales difíciles que han vivido las personas en un tiempo cercano entonces también se les explica que dentro de todo es normal que se sienta así dado lo que ella está viviendo, de lo que le ha pasado en el último tiempo entonces se trata de decir *“Es válido lo que tú sientes”*. Por otro lado se psicoeduca en el sentido de que -*“La depresión es un trastorno que es algo que ocurre en un periodo de tiempo, algo que puede durar unos meses, que tiene tratamiento, que en un tiempo lo más probable que si sigues el tratamiento, pones de tu parte, haces ciertas cosas, te vas a sentir mejor, entonces en ese sentido también se psicoeduca en relación a lo que es el trastorno en sí mismo y que ese trastorno tiene un tratamiento y por lo tanto puedes salir de él”*---- Entonces se hacen ahí las dos cosas y eso es generalmente al inicio de la terapia y a veces cuando es necesario reforzarlo también se hace durante el proceso.

ENTREVISTADORA: ¿Cómo reaccionan los pacientes cuando Ud. les hace esta normalización y psicoeducación?

PSICÓLOGA 3: En general , como que algunos dicen *“Ooooh no sabía”, así como “Ooooh no sabía que esto era algo como pasajero”* o dicen *“Aaaah no sabía que el tratamiento duraba tanto tiempo”*, cuando se le explica el tiempo que dura el tratamiento, algunos dicen *“Aaay que fome tomar tanto tiempo medicamentos”* ,otros dicen que ahora entienden que lo que a ellos les pasa es una enfermedad, un trastorno del ánimo, y que ellos van a poner todo de su parte para poder salir de eso lo antes posible. Entonces en general reaccionan con una actitud más positiva y como yo siento que se calman, que se tranquilizan al saber que esto es algo así y que no es algo que los va a determinar para toda la vida.

ENTREVISTADORA: Entonces ¿Se podría decir que hay algún cambio respecto de la manera de mirar su conducta?

PSICÓLOGA 3: Sí, yo creo que sí, que si hay cambios, como te digo en como poder darse cuenta que esto es algo pasajero entre comillas y que no es algo que van a padecer toda la vida, yo creo que eso les ayuda a estar incluso de mejor ánimo. O sea, dentro de su cuadro depresivo, se sienten ya mejor sólo por ese hecho de saber que esto va a pasar, como que los consuela también.

ENTREVISTADORA: Respecto de esto mismo, como Ud. podría notar que una persona está abandonando este Estigma Internalizado?

PSICÓLOGA 3: Mmmm.... A ver... por ejemplo acá con las personas con depresión trabajamos en taller, entonces una de las primeras sesiones del taller es Psicoeducativa, de qué es la depresión, cuáles son sus características, diagnóstico, tratamiento, causas, y todo eso, entonces ellos después al final del taller que dura entre 6 a 10 sesiones dependiendo del grupo, dependiendo del taller, las personas y todo, al final del proceso la mayoría ya se sienten mejor y dicen *-“Bueno yo acá me di cuenta que la depresión era una enfermedad, que tiene un tiempo de duración, que con el tratamiento yo me puedo recuperar y que si me cuido y pongo en práctica las herramientas es poco probable que recaiga”*- Entonces ya no se miran a sí mismas como la persona depresiva, sino como una persona que en un momento de su vida tuvo un cuadro depresivo. Yo creo que ahí se nota algún tipo de cambio.

ENTREVISTADORA: ¿Y en personas que tienen otro diagnostico?

PSICÓLOGA 3: Por ejemplo las personas que tienen crisis de pánico, ellas como que mantienen más el Autoestigma de -“*Yo soy una persona con crisis de pánico*” -o sea como que ellas siempre quedan con el temor de que en algún momento les va a volver, ellas como que por la experiencia veo que es más difícil sacar esa etiqueta, tal vez por lo mismo, por el tipo de cuadro, son personas que tienen rasgos más ansiosos, más temerosos, entonces yo creo que en ellas como que cuesta más. Hay otros, por ejemplo las personas que tienen problemas de dependencia al alcohol, que es al revés, o sea dicen “*Nooo, yo no tengo el problema*”, entonces hay una negación, o un problema de dependencia de drogas “*Nooo si yo lo dejo cuando quiero, yo lo controlo*” entonces eso es como al revés y ellos tienden como a abandonar el tratamiento también por lo mismo, porque ven que están en abstinencia un mes, dos meses, y después dejan los tratamientos, entonces no hay como un seguimiento de ellos y ahí creo que como que no se logran visualizar a sí mismos, o sea, no problematizan el consumo, entonces ahí no hay como una evolución en ese sentido. Y otros trastornos, bueno las personas que tienen el diagnóstico de trastorno de la personalidad ya es mucho más difícil que se lo saquen, es como... sobre todo cuando se lo han como recalcado que lo presentan, como el caso de este chico que pasó por tantos profesionales, ahí es como más difícil, si se pueden trabajar algunos aspectos, flexibilizar algunas áreas, pero con ellos es más difícil sacar el -Estigma Internalizado... ellos no dicen “*Yo tengo un trastorno*”, dicen “*Yo soy así*”.

ENTREVISTADORA: Acerca del tema de la psicoeducación que conversábamos recién, ¿Cuáles son los efectos que usted observa en pacientes a quienes no se les ha psicoeducado?

PSICÓLOGA 3: En general acá los médicos si les explican, en general les dicen que su diagnóstico es una depresión, que tiene un tratamiento que dura mínimo seis meses, que el tratamiento es complementario con la atención psicológica, que los síntomas que ellos presentan son acordes al trastorno, eemm... y eso, no es como muy profundo, pero se le da como lo principal. Y las personas en general llegan diciendo que nadie les dijo nada, no que no le dijeron que duraba tanto tiempo el tratamiento, entonces generalmente se les hace un reforzamiento en esa parte en cuanto al tratamiento, de la importancia del tratamiento integral y por lo menos como salen de esa sesión o cuando lo hacemos en el taller como que dicen “*Aaa ya, ahora me queda claro como es, cuanto tiempo dura, porqué me tengo que tomar los medicamentos a diario*” como que se sienten más empoderados de su cuadro que anteriormente, como que les pasaba, pero no sabían mucho que hacer con eso que les pasaba. El saber de qué se trata, como es, cuanto tiempo dura aproximadamente, se sienten como con este empoderamiento de lo que a ellos les ocurre y con un poco más de fortaleza para poder enfrentar lo que están viviendo.

ENTREVISTADORA: En la entrevista anterior nos comentó que desde su punto de vista hace falta una educación más masiva respecto de tema de Salud Mental, Me gustaría saber cómo divulgan aquí en el consultorio el tema de la Salud Mental.

PSICÓLOGA 3: A ver... tenemos pocos medios de difusión, no es algo que acá realicemos como de forma constante, permanente ni masiva, hay momentos en el año que se hacen actividades de difusión, por ejemplo hicimos una en como en Abril o Mayo donde nos pusimos afuera de donde está la sala de espera de farmacia con un pendón de Salud Mental y entregamos folletos de lo que es Salud Mental y difundiendo las actividades grupales que tenemos en el CESFAM y las personas que se acercaban les explicábamos de qué trataba el programa, a qué personas atendíamos y cuáles eran nuestras atenciones, nuestras prestaciones. Eso, y la otra actividad de difusión que se hace programada es para el día mundial de la Salud Mental que fue hace poco, esa se hizo no acá sino que en el CECOF y eso también el objetivo era poder difundir el programa, las prestaciones, los profesionales que atendemos ahí, un poco que la gente nos conozca y que nos pierda un poco el temor que tienen de los psicólogos o del médico de Salud Mental. Y lo otro que también hacemos son ferias de la salud, donde este año se programó hacerla una por sector y nosotros íbamos a la comunidad, y ahí hay un stand de Salud Mental liderado por el psicólogo del sector donde también hace difusión del programa, de qué se trata, de las prestaciones, de todo lo que implica la Salud Mental y también las personas se acercan, preguntan, consultan y uno le va aclarando ciertas cosas. Eso es como lo más formal que tenemos de difusión.

ENTREVISTADORA: ¿Quisiera agregar algún comentario final?

PSICÓLOGA 3: Me parece interesante el tema de su tesis y espero que les vaya muy bien.

ENTREVISTADORA: Muchas gracias.

11.5 Transcripción Entrevista Psicóloga 4

- **Primera Entrevista**

ENTREVISTADORA: Como le decíamos anteriormente lo que nos interesa estudiar en nuestra tesis son las experiencias que tienen los psicólogos que trabajan en APS en el tema del Estigma y Autoestigma; entendiendo el Estigma relacionado en Salud Mental como que la Enfermedad Mental es un atributo desacreditador de la persona, nuestra sociedad lo entiende así o lo ha manifestado así. Queríamos ver la experiencia que usted ha tenido, si en su formación como profesional se estudiaron estos temas o simplemente es una realidad que uno se encuentra ya en el quehacer profesional.

Para comenzar ya desde un concepto más amplio, nos gustaría saber cuál es su opinión personal en cuanto al Estigma en Salud Mental.

PSICÓLOGA 4: Mira con respecto al Estigma yo no lo comparto, primero que todo no comparto mucho el Modelo Médico, entonces para mí es difícil rotular a alguien, estigmatizar a alguien, desde si hay algún persona que tiene una descompensación, por decirlo así, yo creo que necesita un fármaco, tratar de compensarlo de alguna manera porque neuroquímicamente, bioquímicamente algo está mal, pero desde ahí lo veo yo... Con respecto a su persona yo creo que hay que potenciar todos sus recursos personales, sus habilidades entonces para mí nunca se va a presentar un esquizofrénico, un bipolar de acuerdo al Modelo Biomédico, para nada. Yo siempre trato de rescatar a las personas sus recursos, creo que las personas que vienen a terapia viene porque algo les causa un dolor y desean ser felices y desde ahí rescatar sus experiencias de vida, tratar de re-significarles, darles una nueva mirada... Muchas veces sufren por lo que se han narrado, lo que se han contado entonces es como volver a re-narrar tu historia con la finalidad de disfrutar el presente y el futuro que les viene.

ENTREVISTADORA: Usted dice yo no comparto el Modelo Médico, ¿Le parece a usted que el Modelo Médico es estigmatizante?

PSICÓLOGA 4: Sí, sí.

ENTREVISTADORA: ¿Le ha tocado verlo en su trabajo?

PSICÓLOGA 4: Si, siento que rotula y limita, limita al entorno, a la persona en su entorno porque

lo tratan como personas que estuvieran carentes de posibilidades, de recursos personales, es como si se asignaran y se calificara de determinada manera a las personas entonces como que el bipolar o el esquizofrénico hay cosas que no pueden realizar o habilidades como que nunca va a poder, como que no las tuviera no las pudiese desarrollar, yo creo que están como dormidas pero si pueden, todo se puede potenciar, tu si puedes desarrollar... entonces no lo comparto, claramente no lo comparto.

ENTREVISTADORA: El aparato público funciona con un Modelo Médico, ¿Usted recuerda o me puede ejemplificar alguna ocasión en que haya pasado esto que se menosprecien las capacidades del paciente? Que lo haya visto, no necesariamente usted ya que sabemos que su postura es diferente.

PSICÓLOGA 4: Sabes dónde lo veo, lo veo en los chicos que vienen por el Chile Crece, muchas mamás vienen a atenderse porque son gestantes pero que vienen acompañadas muchas veces de sus hijos y sus hijos vienen como el chico que esta con déficit atencional, con trastorno con déficit atencional entonces están ingiriendo una cantidad de fármacos espectaculares para que se quede tranquilo en la clase porque es lo que los profesores esperan de él. Yo creo que con respecto a eso los chicos están sobrediagnosticados, muchas veces hay niños que tienen problemas que si son graves, si se han vulnerado sus derechos y una forma de expresarlo es a través de esta inquietud que es permanente y sin embargo son medicados y quieren decir otra cosa, a través de su conducta quieren decir otra cosa. Hay chicos que si realmente tienen déficit atencional, pero yo creo que se abusa, no se buscan otras posibilidades, no se trata de potenciar, no se trata de rescatar al chico en su inquietud señalándole que asista a talleres de futbol, que vaya a correr a la playa, ir al jardín botánico en el fondo en vez de que este chico sea inquieto tratar que pueda ser un explorador, no el niño inquieto sino el niño explorador con habilidades, con una tremenda capacidad de ver un mundo rico y distinto, entonces te quedas como muy limitado con respecto a un contexto, es el niño inquieto que se porta mal en la casa o en el colegio, como que eso, ese Estigma que se le puede colocar a ese niño inquieto en todo un mundo y que sin embargo ese niño inquieto tú lo trasladas, por ejemplo a un lugar o un espacio abierto que pueda descubrir, no lo sé la flora y la fauna, se transforma en un niño explorador, ya no pasa a ser el niño inquieto. Esa falta de posibilidades encuentro que falta y sí creo que le modelo médico limita completamente.

ENTREVISTADORA: Usted que es una persona crítica respecto al modelo, sin embargo trabaja en el aparato público, ¿Cómo se hace cargo de este problema? ¿Cómo lo maneja usted cuando ve que los chicos llegan estigmatizados? ¿Cómo dirige usted el trabajo?

PSICÓLOGA 4: ¿Cómo lo dirijo con los padres? O sea claramente yo trato de conversar con los padres y de hacerles ver que hay otros contextos y otras posibilidades, que ese chico no es que tenga un problema, en ese contexto determinado él por distintas razones está sufriendo lo está pasando mal y no está siendo no sé si adecuado, sino que, no está siendo comprendido y la alternativa es buscar otro colegio y créeme que todos los chicos que se han cambiado de colegio están felices... mi sugerencia es siempre cambiarlo de colegio, -"No siga sufriendo ahí, porque usted sufre, su hijo sufre y el contexto en general la familia está sufriendo"- Todos los chicos que se han cambiado y han seguido la sugerencia y en compartir, en reflexionar, en tratar de ver realmente y lo han sacado, muchas veces hay temor, ese temor- "*Pero va a ser lo mismo en otro espacio*"- y no, hay espacios que son distintos, hay espacios que son respetuosos, que son acogedores y los niños si se sienten felices y se sienten comprendidos; hay más mundo, desde ahí me hago cargo y desde ahí trato de orientar un poco a los padres y hacer ver al chico, que los padres vean a su hijo de manera distinta, los padres sufren mucho a veces con el modelo médico, como son estigmatizados, los padres exigen a sus hijos ciertas conductas y esperan que el fármaco de ciertos resultados y como quedas limitado y no se cumple todo lo que se supone que se espera, no se cumplen estas expectativas la familia empieza a sufrir y lo pasan muy mal los padres y los niños y sin embargo creo que el resultado podría ser totalmente distinto, con una mirada distinta todo cambia, es ampliar la mirada, es buscar nuevas posibilidades, siempre hay más posibilidades, que a nosotros nos formaron de repente en modelos medios tradicionales eso es otra cosa, o convencional, no sé, desde ahí.

ENTREVISTADORA: Desde su opinión ¿Es el profesional de la salud, por ejemplo el psicólogo, un factor importante a la hora de estigmatizar, o de que el paciente se pueda autoestigmatizar a sí mismo?

PSICÓLOGA 4: Yo creo que sí influye... si influye... porque uno si se hace parte de un modelo, como a la ideología que adhieres. Si, influye... porque si yo me adhiero a un modelo médico tomo ciertas directrices y tomo ciertas resoluciones con respecto a ciertas situaciones y que le van a afectar a la persona, no sé si negativamente o positivamente, pero de algún manera le van a afectar... si, si influye. La ideología que uno, la idea que uno tenga respecto a la experiencia de la vida si influye.

ENTREVISTADORA: A veces también sucede, muchos psicólogos así lo han manifestado, que efectivamente el paciente llega demandando un diagnóstico, tal vez el paciente está acostumbrado a este modelo médico y le exige un poco al psicólogo que de un diagnóstico, lo viene a buscar, ¿De

qué manera cree usted podemos diagnosticar y no estigmatizar? ¿De qué manera debo entregar ese diagnóstico para que el paciente no empiece a autoestigmatizarse?

PSICÓLOGA 4: Yo creo que hay que ser cuidadoso con los diagnósticos, generalmente estos diagnósticos que son bien... algunos como medios lapidarios generalmente lo dan los psiquiatras... si, hay que reconocer que si hay pacientes que necesitan fármacos, si están alterado su juicio de realidad, si estamos claros en eso, pero en complemento al fármaco hay que tratar de que el paciente tenga otra experiencia en su vida, eso es lo distinto... puede ir un paciente por la vida bipolar... si, pero con un mundo distinto por el que sea integral, que disfrute de su quehacer diario, que se quiera a sí mismo... el respeto a la diversidad es algo sumamente importante, todos somos distintos uno es cojo, uno es rubio, uno es bipolar, otro esquizofrénico y nos tenemos que aceptar en la diversidad... que la diferencia muchas veces es la que complica yo creo que pasa por el respeto a la diversidad, entonces ahí se hace natural, si yo respeto a la diversidad todo se vuelve muy natural y sin mayor complicación.

ENTREVISTADORA: ¿Esta manera de enfrentarse al trabajo terapéutico, esta manera de abordar el tema del Estigma y el Autoestigma proviene desde la formación en la Universidad o cree que es una opinión que usted ha ido gestando a lo largo del trabajo como psicóloga?

PSICÓLOGA 4: Yo creo que se suma la experiencia de la vida, la formación como psicóloga, el entender por qué estudiaste psicología, el encontrarte con personas muy exquisitas en el ámbito académico que te hacen muchas veces ver distinta la vida... es como el conjunto de todo eso.

ENTREVISTADORA: ¿Usted recibió formación sobre estos temas en la universidad?

PSICÓLOGA 4: Si.

ENTREVISTADORA: ¿Se hablaba de Estigma? Autoestigma es un poco más nuevo

PSICÓLOGA 4: Estigma sí, pero nunca tuve profesores que rotularan tanto... yo creo que desde ahí, desde esa formación tuve profesores muy generosos con la diversidad. Después cuando hice el magister en la Valparaíso yo creo que una profesora si marcó así una experiencia, fue Ana María Zlachevsky, yo creo que ella marca la forma de cómo ves la vida, la diversidad, la experiencia, de entenderte a ti mismo, de respetar tus ritmos, de entender que has llegado en la vida hasta dónde has

llegado por los recursos que has tenido pero siempre hay nuevas posibilidades, que eso lo entiendes para ti primero que todo y luego lo comprendes para los otros y desde ahí el respeto a la diversidad, créeme que de los profesores que he tenido creo que es una mujer maravillosa, fue muy grato para mi haberla tenido como profesora. Yo recuerdo que una vez la vi en un seminario y pensé ojala que ella algún día sea mi profesora, pero esas cosas que uno dice en la vida, pasaron los años y cuando ya en el magister había que hacer qué profesor decidías para quedarte de supervisor, y cuando veo que ella está, quedar en el grupo de ella, sin conocerla, después ella empieza a supervisar... la forma que tiene de ver la vida... sientes, con ella tu sientes que todo lo puedes lograr y todo lo puedes hacer, es impresionante esa mujer... no hay límites, siempre hay posibilidades, siempre hay recursos, todo es validado, es impresionante porque tú te sientes que todo está bien, que todo es validado, todo siempre está muy bien.

ENTREVISTADORA: ¿Eso es algo que usted trata de transmitir a los pacientes?

PSICÓLOGA 4: Siempre, Siempre. Yo creo que si alguien marcó así en mí formación es ella y eso se lo trato de transmitir, siempre validó, siempre... y eso me quedo muy grabado: *"Tú has llegado hasta dónde has llegado por los recursos que has tenido pero siempre hay más"* y eso créeme que se lo hago sentir a los pacientes, siempre hay más y siempre hay posibilidad... esa sensación de aceptación, de quererte y de querer conocer más, de respetar la vida y de querer tu historia empieza a ser maravilloso, de todas maneras.

ENTREVISTADORA: En esta nueva forma de tratar a los pacientes, de entregarles este conocimiento que entregó esta profesora ¿Ve que los pacientes tienen un cambio más rápido o más profundo en comparación a los pacientes de antes que no le decían estas cosas?

PSICÓLOGA 4: Me pasa que los pacientes me dicen: *"Nunca había visto mi vida de esta manera"*, empiezan a rescatar todo lo positivo que tiene su experiencia, a veces son experiencias crudas pero ellos le dan otra lectura distinta, rescatan lo bueno de experiencias, a veces aunque son un poco adversas rescatan el lado bueno de lo que vivieron y se empiezan a relatar unas historias distintas, se sienten distintos y se movilizan distinto... y no sé, después se integran al grupo, personas que han buscado trabajo que incluso tenían ese sentir como de limitado, de no haber tenido posibilidad y sin embargo se dan cuenta que han tenido una serie de posibilidades que le han permitido llegar a ser la personas que son hoy en día y eso les cambia completamente la vida, la percepción de sí mismo.

ENTREVISTADORA: ¿Recuerda algún caso en particular que nos pueda relatar sobre esto?

PSICÓLOGA 4: Tuve una paciente que llegó una vez muy complicada acá, tenía 65 años en esa fecha y me dijo: *“Yo tengo que decir algo pero no sé si decirlo porque es muy malo”*... no sé a lo que se refería con malo... no me lo dijo en la primera sesión y yo la respeté porque no era el momento en el que ella sentía la confianza para decirlo, hablamos de su vida, de su historia, de su experiencia, hasta que un día me dijo que se sentía muy cómoda... yo le pregunté a que se refería con cómoda, a que yo la escuchaba, le respetaba su historia, no la criticaba y ahí me señala que ella fue lesbiana, que ella ha sido lesbiana toda la vida, por eso no se casó, pero ese es el sufrimiento que ha tenido toda la vida porque toda su familia la vio así como la tía solterona y recuerdo que conversamos respecto a su sentir, a sus historias de vida, a todo lo que había logrado en la vida. Recuerdo que le contó a una amiga, ella en una ocasión le dijo que era lesbiana y dijo: *“Para mí eso fue un tremendo paso”*, en sus 65 años guardándose esto toda la vida, lo contó y después me decía: *“Y me da lo mismo si sabe el resto, porque... porque me quiero así... pienso... porque no me fijó en eso, pienso en lo que he hecho, en todas las otras cosas que he hecho, sufría por eso y no me había dado cuenta de todas las otras cosas que había hecho, para mis sobrinos, para mí, en lo que había trabajado”*, estaba muy fijada en ese tema como una negación de sí misma y sufriendo permanentemente por eso, a través de los años, imagínate 65 años y sufrir por ese tema, se sintió liberada, se sintió muy liberada. Y otros pacientes que reconocen que... las lolitas, lo que te contaba el otro día que ahora la población más actuales son chicas que les faltan oportunidades, que se desarrollan en contextos vulnerables, súper vulnerables, de mucho tráfico y hay droga, mamás que están sumidas en la droga entonces no hay un referente, no hay una persona que te cuide, que te proteja, que se ocupe de tus tareas, de tu quehacer diario, entonces la calle se vuelve el espacio en donde te acogen, esas son las chicas, digamos las mamás que hoy día en la actualidad atienden y ellas tampoco ven sus recursos personales, de hecho cuando tú se los señalas ellas lloran y es súper fuerte porque te dicen: *“Nadie me había visto así, nunca nadie me había dicho esto, nunca nadie ha pensado que yo he podido llegar más lejos”*, entonces tú le hablas de la universidad, de la posibilidad de salir adelante, no sé... de la carrera que quieren lograr, lo pueden lograr... - *“De que me está hablando”*- y sin embargo hay muchas posibilidades, es muy lindo cuando dentro de sus discursos está después integrado el hecho de ir a la universidad, dicen: *“Tía ya lo tengo pensado voy a hacer el dos por uno y después tengo dos años, entonces claro primero, segundo, tercero y cuarto y ahí pienso cuando vaya a la universidad que carrera quiero estudiar”*, y ellas lo integran a su discurso y cuando destacan cosas positivas es como si se descubrieran. Pacientes específicos no me

acuerdo, hubo un tiempo que si tuve así pero no me acuerdo en detalle. Tengo una paciente que me dijo que tenía esquizofrenia, una paciente que tenía hace poco, es del Chile Crece, está embarazada, pero no es tema, como para mí no es tema para ella tampoco era tema en qué sentido... bueno me dijo: *"Tengo Esquizofrenia y tengo que tomar unos fármacos", "perfecto", "con la psiquiatra tanto", "ah ya"...* y ella es dirigente de un gremio, trabaja en servicio público y se desenvuelve muy bien, no es un tema.

ENTREVISTADORA: Claro, ella no se Estigmatiza a sí misma, se integra a pesar del diagnóstico.

PSICÓLOGA 4: Si... y hay un contexto que también la potencia, potencia todos sus recursos.

ENTREVISTADORA: Claro ahí vemos que el diagnóstico o el hecho de tener una enfermedad no es un limitante mayor.

PSICÓLOGA 4: No para nada, ella tiene claro que tiene que tomarlo para no descompensarse, así lo dice, nada más... no y pasa por alto eso, no es un tema, empezamos a hablar de otras cosas porque para mí tampoco es tema, entonces no se hizo... lo que sí es que se tiene que cuidar por el tema de la gestación y el embarazo, pero me dijo que estaba todo bien, estaba todo bien regulado el tema de los fármacos con respecto a su gestación, entonces no era tema.

ENTREVISTADORA: Bueno lo que hemos recabado de la entrevista es que usted tiene una mirada un poco más crítica del modelo médico, usted dice no existe la Estigmatización, o sea, en realidad usted no toma parte de la Estigmatización ¿Cierto?, y claro entiendo que en su quehacer busca justamente lo contrario, empoderar al paciente, destacar sus recursos... ¿Hay algo más que a usted le gustaría agregar?

PSICÓLOGA 4: Es que siento que es maravilloso cuando te encuentras con una persona en la vida que lo ha hecho contigo y esa fue la Ana María Zlachevsky... entonces si lo sentí para mí créeme, creo quizás desde mi experiencia que debe ser maravilloso que un paciente lo sienta.

ENTREVISTADORA: Hay que devolver un poco.

PSICÓLOGA 4: De todas maneras, de todas maneras... si tienen la posibilidad de tomar un curso o un seminario con ella vayan.... De hecho yo la nombro porque creo que es de esas personas que

marcan tu quehacer a nivel profesional y más, traspasa tu vida, es tu vida, la experiencia con ella es una de las más maravillosas que he tenido... una tiene que ser agradecida con todas las experiencias que ha tenido porque uno aprende de todos, pero a ella la definiría desde la ternura, desde el amor, desde la comprensión, desde el potenciar recursos, validar, sentir que puedes, que siempre puedes más entonces eso yo se lo traspaso a todos mis pacientes.

ENTREVISTADORA: ¿Hay algo más que quisiera agregar?

PSICÓLOGA 4: Que yo creo que los pacientes cuando vienen siempre vienen por algún dolor, por alguna pena, pero en el fondo ellos quieren sentirse empoderados de su vida... es su vida, el tesoro más preciado y solo tienen que validarse... hay gente que sufre por la vida que han tenido y sin embargo no se han dado cuenta todo lo bueno que ha tenido en su vida y las historias de la vida tienen matices, y desde ahí la entiendo porque mi historia tuvo matices de repente más negros de repente buenos, pero es tu historia y es única y particular.

ENTREVISTADORA: ¿Tú crees que este validar su propia vida puede ser quizás uno de los ejes principales para romper proceso de Estigmatización o esta autoestigmatización que pudieran traer quizás previamente los pacientes?

PSICÓLOGA 4: Si porque validas todos... te validas, validas la experiencia y entiendes que uno también puede ser distinto y uno se hace cargo de esta historia y si hay cosas que son, que quieres que sean distintas tienes la capacidad para lograrlo y realizar acciones para lograrlo... situaciones o experiencias distintas.

ENTREVISTADORA: Entonces esto promueve el cambio del paciente.

PSICÓLOGA 4: Por supuesto, de todas maneras... completamente... lo veo así. Yo antes pensaba: *"uno no se puede salir del modelo médico"*, ahora yo entiendo que uno puede estar dentro del modelo médico haciendo cosas muy distintas, porque antes yo pensaba: *"no se puede trabajar en consultorios porque tiene el modelo médico"*... mentira, uno puede estar perfectamente dentro del modelo médico y hacer cosas distintas, depende de cada uno.

ENTREVISTADORA: No habría nada más que agregar por ahora, muchas gracias por su tiempo y la entrevista.

Segunda Entrevista

ENTREVISTADORA: En la entrevista anterior nosotras recopilamos su visión del modelo médico, la validación a los pacientes, de ampliar la experiencia de los pacientes y desde eso mismo queremos ahondar algunas cosas que se nos vienen a la mente después de leer su transcripción. Bueno, la primera pregunta va enfocada más bien al modelo médico, usted nos decía que el modelo médico influye en el tema de la estigmatización... cuando comenzó a trabajar en APS ¿Cómo fue para usted enfrentar este modelo médico?

PSICÓLOGA 4: Fue complejo, si fue complejo, para mí fue difícil.

ENTREVISTADORA: ¿Qué dificultades tuvo?

PSICÓLOGA 4: Ehh... personalmente sentía que no encajaba en el sistema, es como esa necesidad, ese sentir de desertar del sistema, salirte del sistema. Me costaba rotular a la persona porque yo lo veía desde ahí, ósea me hacía parte de este modelo para tratar de entender pero esa contradicción interna de que me resistía, me resistía. Entonces para mí era muy complejo, era difícil, después con el tiempo comencé a entender que no, que uno puede ir abriendo miradas, si bien uno es parte de este sistema pero puedes complementarlo... en qué sentido, hay pacientes que si necesitan fármacos pero no necesariamente tienes que rotularlos, no necesariamente los estigmatizas o le colocas todas estas características personales de acuerdo a los trastornos... Entonces no era necesario, era una persona con una experiencia de vida que necesitaba un fármaco, nada más, para compensar por otra cosa, nada más... desde ese proceso empecé, ahí me empezó a hacer sentido a mí, desde ahí yo lo pude vivir bien y trabajar bien con los pacientes.

ENTREVISTADORA: Pero hasta el día de hoy el modelo le exige tener el diagnóstico del paciente ¿Cómo lo hace en ese sentido?

PSICÓLOGA 4: Créeme que yo no diagnostico... No, hay pacientes que tienen ciertas características y yo siempre trabajo en sus recursos personales, en las oportunidades que le entrega la vida, en los sueños que tienen... si reconozco que hay paciente que necesitan algunas veces compensarse, si porque hay situaciones que lo están afectando o ciertos trastornos si hay descompensaciones pero es no rotularlos con el nombre, eso se lo da, digamos el fármaco se lo da el médico pero después trabajando con el paciente lo pasamos por alto, eso es un fármaco que tu

tomas para compensarte pero nada más, es como si tuvieras que tomar aspirinas para el dolor de cabeza o algún medicamento para la garganta... es eso, se transforma en eso.

ENTREVISTADORA: Claro, el restarle importancia al fármaco

PSICÓLOGA 4: Justamente, justamente.

ENTREVISTADORA: Como estábamos hablando del modelo médico como un factor estigmatizante ¿Usted siente que los pacientes absorben e internalizan este estigma que presenta el modelo médico

PSICÓLOGA 4: Si

ENTREVISTADORA: ¿Y cómo lo ves reflejado en ellos?

PSICÓLOGA 4: Porque ellos se presentan con un rótulo, -"Yo soy un esquizofrénico, soy un bipolar, soy un depresivo"-, entonces a ellos se le adhiere una serie de características y sintomatología, características casi de personalidad y ellos desde ahí se movilizan. Pero cuando tu empiezas a conversar con ellos de su vida, su experiencia y vas ampliando incluso su visión de las cosas en esta comunicación, se desprenden de estas ideas que tienen sobre ellos mismos, sobre esta identidad que se han formado día a día a través de los años, porque junto a ello piensa que es el médico junto con la familia... no es sólo la persona... por eso es importante trabajar con la familia también y yo si hago participe a la familia, si siempre para mi es importante algún referente, no sé su madre, su papá, la pareja, alguien que sea significativo y que pueda participar... porque ahí, son dos personas, ya es el paciente más su... no sé, su amigo, quien sea, quien esté acá presente para ampliar esta mirada en la familia... y les cambia la visión a la familia... se liberan, las familias se liberan...

ENTREVISTADORA: ¿Usted recuerda a algún paciente que haya observado que ha llegado muy rotulado y que haya cambiado a través de las sesiones? Nos puedas contar alguna experiencia más concreta.

PSICÓLOGA 4: Haber, de repente los pacientes alcohólicos, mira tuve un paciente que él se definía como "alcohólico", él era alcohólico, ni siquiera pasaba su nombre... desapercibido, -"Yo soy alcohólico" - él decía... Entonces empezamos a trabajar incluso desde su nombre, quién le puso

su nombre, dónde se crio, de su experiencia desde la infancia, de sus sueños desde la infancia, es impresionante como a través de ti es como que vas escarbando a través de su historia y en este presente y proyectándose para el futuro como dejó de verse como el alcohólico, ya era el, el Héctor, el Héctor que tenía sueños, el Héctor que deseaba cambiar algunas cosas, pero ya no era el alcoholismo sino, él me decía: *"Superar algunos dolores de la vida que me causaron daño y quizás por eso consumo"*, pero ya no era el tema del alcohol.

ENTREVISTADORA: Claro, lo saco de ese foco

PSICÓLOGA 4: Si... eso, totalmente... entonces él hablaba desde sus sueños, desde lo que él quería construir a futuro, como quería volver a reconquistar a la familia, a su pareja, a su hijita de 5 años. Entonces empezó a verse distinto, a sentirse distinto desde ahí... él es el cómo más cercano que tengo... si desde ahí... es que cuando comienzas a tomar las experiencias de su vida, de sus sueños, de sus oportunidades y de lo que desean hacer y cómo viven la vida creo que se despojan de estos rótulos.

ENTREVISTADORA: Claro, el ver sus sueños y sus metas...

PSICÓLOGA 4: Si, se ven distintos, se sienten distintos, se movilizan distinto.

ENTREVISTADORA: Nos hablaba en la entrevista anterior de los chicos con déficit atencional, nos decía que si bien había niños que estaban con problemas pero que se abusaba del diagnóstico y que no se buscaba otras posibilidades para esos niños, ¿Qué es lo que le pasa a usted como profesional cuando ve que existe este sobrediagnóstico en el sistema médico?

PSICÓLOGA 4: Siento que es maltratar a un menor... si... es debilitarlo, carenciarlo y no ver sus posibilidades. Justamente ayer tenía un chico aquí pseudodiagnosticado, entonces ponte tú hablas de sus posibilidades, de sus inquietudes, claro, esta inquietud que tiene de forma permanente pero tú lo relacionas a que: *"Mira podrías ser un buen deportista, tu eres sumamente inquieto"*, rápidamente el chico dice: *"Yo podría ser un buen basquetbolista porque eso es lo que me gusta tía y yo puedo tirar la pelota muy lejos"* y tú lo empiezas a escuchar a él, empieza a elaborar así como una historia de sí mismo súper positiva... deja de ser el chico inquieto, deja de ser el chico que está en forma negativa, y estaba la tía que lo cuida y la tía lo empieza a ver completamente distinto... me dice: *"En realidad señorita el deporte realmente sería muy bueno para él porque él realmente tiene"*

habilidades para el deporte", entonces la persona que está, que lo cuida, que lo protege lo ve en forma positiva, lo valida desde otra manera... entonces no sé, yo creo que este asunto es nefasto, te debilita, completamente te limita y lo más terrible es que en estas limitaciones después el adulto te empieza a mirar así, si no tienes otra mirada.

ENTREVISTADORA: ¿Y este trabajo lo trata de hacer con todos los niños que vienen acá, el buscar los recursos, el expandirlo a sus familiares y cuidadores?

PSICÓLOGA 4: Con ambos... Para mi ver sus recursos, sus oportunidades y sus sueños y todas las posibilidades que te entregan la vida y tratar de redefinir o re-contarte o re-narrarte la historia de forma distinta para mi es vital.

ENTREVISTADORA: Y cuándo hay niños que ya están autoestigmatizados, que han tenido experiencias de terapias previas en donde los Estigmatizaron mucho ¿Qué actitudes concretas observas en ellos cuando llegan a la terapia?

PSICÓLOGA 4: Retraídos, bajan la mirada, muy ansiosos con las manos, hay poca comunicación, no quieren hablar, temen equivocarse... yo creo que es eso, es como que lo que fueran a decir yo creo ellos piensan que todo es error, evitan hablar... es triste, es triste ver a un chico de 5 años que entra casi como derrotado, porque desde ellos creo que esta el temor a equivocarse porque se lo han dicho tantas veces que ya no quieres hablar.

ENTREVISTADORA: ¿Y cómo observa que la opinión de la familia y la expectativa de la misma familia en este niño puede influir en el proceso de autoestigmatización?

PSICÓLOGA 4: Ehh... Si... pero aquí hay un componente que es bien fuerte que es el colegio

ENTREVISTADORA: ¿O sea no solo la familia sino que el contexto más amplio?

PSICÓLOGA 4: No, yo creo que el contexto, el ámbito escolar es un ámbito que ejerce harta presión en las familias, muchas veces los familiares están afligidos porque el contexto escolar, los profesores presionan a estas familias que los chicos entre comillas sean normales y sea como todos los niños deben ser a cierta edad... entre comillas... entonces la familias se angustian por que los niños no llevan los procesos y los ritmos de acuerdo a como señalan los profesores que ese debe ser

a las edades, no respetan los ritmos, porque todos los chicos tienen ritmos distintos, se movilizan distinto, piensan distinto, sienten distinto, por lo tanto su aprendizaje es distinto y como incorporas la experiencia también es distinta, no todos nos vamos a desarrollar de la misma manera o vamos a adquirir estas habilidades en los mismos periodos y los padres se angustian enormemente, entonces desde ahí empiezan a presionar al hijo y desde ahí lo pasan muy mal los chicos y créeme que los padres también... pero cuando tu conversando le haces ver que sus hijos tienen ritmos distintos, se van a desarrollar distinto, son más inquietos, algunos aprenderán a comprender después, que su desarrollo va a ser, porque hay chicos que son más lentos... si tú los apoyas en esto y bien, ellos se sienten libres... muchas veces la opción es cambiarlos de colegio, créeme que esa opción es muy buena... si el sistema no es adecuado para ti sale, te sales del sistema tan simple como eso y te ubicas en otro colegio... yo creo que hay muchos mundos así que no te puedes quedar restringido en uno o sufriendo en uno, no te adhieres a eso no más y punto, buscas algo que te acomode y siempre hay variedad.

ENTREVISTADORA: ¿Usted cómo observa en los niños y en los familiares que comienzan a abandonar este Autoestigma o este Estigma que tienen presentes en ellos? Me decía que empiezan a hablar distinto, a hablar de sus sueños, ¿Observa alguna otra característica?

PSICÓLOGA 4: Si, los niños andan más felices, los niños andan alegres y andan contentos y créeme que los papas también... porque valoran todo lo que el chico está haciendo de acuerdo a sus ritmos ya no sufres por lo que los otros te imponen, porque ese es el sufrimiento cuando otros te imponen cosas... y se sienten alegres, andan contentos.

ENTREVISTADORA: Entonces ¿Este abandonar la imposición de la sociedad, del colegio, del resto es lo que los va liberando de este Autoestigma?

PSICÓLOGA 4: Yo siento que sí, yo siento que sí... y te ubicas en un contexto que sea grato y cómodo para ti, hay colegios que son más rígidos, más competitivos, hay otros que no, que son más libres, que respetan los ritmos y hay chicos que los cambian y créeme que estos cambios son maravillosos... y se sienten liberados... la presión social si tú te adhieres y te sumas claro que es fuerte... y si te sales también.

ENTREVISTADORA: Usted nos mencionaba el tema de los fármacos en la primera entrevista, que hay paciente que efectivamente llegan descompensados pero que hay que tratar de que el paciente tenga otra experiencia ¿Nos puede dar alguna idea o algún ejemplo de un paciente?

PSICÓLOGA 4: Por ejemplo, hay pacientes que necesitan fármacos y creen que su mundo está absolutamente limitado, pero siempre los invito a integrarse a grupos. Te juro que yo creo que aquí lo que más hago es establecer redes para que los pacientes participen en musicoterapia, en zumba, en actividades manuales, que busquen una actividad que se sientan cómodos con un grupo que sea recreativo, que sea lúdico, entretenido, entonces tú tienes posibilidades de compartir con otro, de sentirte distinto, disfrutar de distintas experiencias que siempre son gratas, porque son grupos gratos, entretenidos, alegres y ahí cambia su dinámica de vida, de ser un paciente muy rotulado, muy restringido en su visión, cuanto tú te incorporas a nuevas redes cambia tu vida y sobretodo grupos que sean muy lúdicos, muy entretenidos... yo los invito a participar a todos, y les busco lugares y converso con la señora para que lo acoja súper bien y lo acogen bien, si...

ENTREVISTADORA: También usted nos menciona en el tema de la formación como psicólogo, que era importante el entender por qué estudió Psicología ¿Por qué cree que esto influye en el tema del abordaje del Autoestigma o del Estigma que existe?

PSICÓLOGA 4: Es que... en este caso que uno trabaja en este consultorio bajo el modelo médico influye si te adhieres o no... y entiendes el porqué de muchas situaciones y porqué deseamos el bienestar de otro y que simplemente no pasa por un fármaco, va más allá... somos individuos bio-psico-sociales y con espíritus

ENTREVISTADORA: También nos mencionabas el tema de la validación, de validar al paciente. Cuándo te encuentras con un paciente que ya está con un Autoestigma ¿Cómo es el proceso de validación hacia ese paciente?

PSICÓLOGA 4: Es que sabes lo que pasa, yo empiezo a ver y yo creo que funciono así como... haber siempre empiezo a hablar desde lo positivo del paciente, desde el positivo, desde su historia, su experiencia, trato de llevar la conversación siempre a que me cuente desde sus sueños, de lo que desea en esta vida, del presente... que elabore relatos nuevos de sí mismo porque he entendido que hasta ese momento han estado sumamente limitados, entonces que tengan la oportunidad de re-

crearse, re-construirse, todo lo que quiera hacer y como quiera hacerlo, total esa es la posibilidad que él tiene... y desde ahí, desde ahí empiezo.

ENTREVISTADORA: ¿Recuerdas algún paciente que nos pueda contar que se haya validado a través de su relato o a través de esta nueva mirada de su propia vida?

PSICÓLOGA 4: Yo te puedo decir que muchos pacientes que se han sentido abandonados en la vida, porque así como me pasa con muchos pacientes que en realidad tiene relatos de que: *"Me han abandonado mi madre, mi padre, fui un niño solo y abandonado por la vida"* cuando empezamos a relatar desde su experiencia, *"Con quién te criaste, quién te formó, quién te ayudó, quien te permitió llegar a este sillón, porque por algo llegaste a la vida y nos encontramos en este momento de la vida"* y tu empiezas como a recordar y a ver todos los pasajes con todos los matices que tiene la vida, empiezas a rescatar también muchas cosas positivas que habías pasado por alto, y empiezas a comprender que la historia no es tan negra, tiene matices no más y te das cuenta, de hecho muchos pacientes me han dicho: *"Oye mira de lo que me salvé"*, *"Nunca lo había visto"*, claro por ejemplo casos de pacientes que han sido abandonados pero los otros hermanos que terminaron con la familia digamos, con los padres, la familia de origen han terminado mal, mal digamos en la calle y él, esta persona, me acuerdo de una persona que otra familia lo adoptó pero en el fondo se salvó, entonces no es él el abandonado, o sea, la vida te dio esta posibilidad que justo esta tía lo pudieron cuidar y darte otra posibilidad... entonces empiezas a ver las posibilidades que tuviste en todo este caminar desde una mirada más positiva, un relato más positivo y te sientes muy distinto, totalmente distinto... que las personas rescaten su relato de este tesoro maravilloso que tenemos cada uno... podríamos hacer un libro y nunca va a ser igual al otro por eso es tan maravilloso... y contártelo con los matices de la vida y rescatar lo bueno y lo positivo y lo alegre claro que te hace sentir más feliz.

ENTREVISTADORA: ¿Has encontrado en el proceso terapéutico personas que se resistan a ver este lado bueno de su vida o que les cueste un poco más?

PSICÓLOGA 4: Si...

ENTREVISTADORA: ¿Y por qué crees que se debe esta resistencia al cambio de visión?

PSICÓLOGA 4: Generalmente son personas que están más solitarias, muchas veces en condición de calle... porque esta visión tu igual si bien la trabajas con el paciente la idea es muchas veces incluso desde ellos mismos invitar a alguien, si puede venir a sesión una amiga, la mamá, alguien a compartir estas nuevas experiencias o a contarte la historia de manera distinta y yo lo hago participe en su deseo, pero hay pacientes que están en condiciones de calle, que están en contextos muy adversos... yo creo que desde ahí se hace más complejo porque después llegan a una realidad que, como por ejemplo... como se llama este hospedaje... el ejército de salvación, entonces donde hay historias similares de abandono, como de desesperanza, entonces desde ahí tú ves, yo creo que se hace más complejo, faltan ahí redes... historias que han sido también muy dolorosas... se resisten, yo creo que se resisten de la... hay mucha desesperanza

ENTREVISTADORA: Y esta desesperanza tiene que ver con esta falta de redes ¿Es importante esto?

PSICÓLOGA 4: Yo creo que las redes son muy importantes...si, si...

ENTREVISTADORA: ¿Sobre todo para salir de este Estigma que existe?

PSICÓLOGA 4: Si... las redes si... los espacios que son acogedores, que son protectores, hay espacios que son muy acogedores y que te protegen, que te cuidan, que te validan, que te acogen como eres... yo creo que si permite un cambio, es muy positivo... porque se complementan, al final esta es una instancia de cuánto 40 minutos pero tú lo complementas con la experiencia... Si, si sirven, ayudan en todo este proceso.

ENTREVISTADORA: Nos mencionó también en la entrevista anterior una paciente que estaba embarazada y tenía esquizofrenia, me decía que para ella no era un tema y para usted tampoco era un tema y nos hablaba del contexto protector y que ella no tomaba esta estigmatización del medio ¿Qué factores ve usted en ella que permiten que ella no tome esta estigmatización?

PSICÓLOGA 4: Yo digo que su contexto familiar, la familia... era muy empoderada, era una persona empoderada, ella me hablaba de su embarazo, bueno de todo su quehaceres pero yo creo que el contexto familiar influye, el ámbito laboral también... yo creo que ella viene desde el familiar porque se movilizaba muy bien en el ámbito laboral, no tenía ningún problema, llegar acá fue un tema netamente del embarazo, así que el resto no, de hecho me hablo con mucha naturalidad

de que asistía a la psiquiatra y los fármacos que tenía que tomar y nada más pero eso pasaba a segundo plano rápidamente... yo creo que el contexto familiar, desde ahí... fue empoderada desde otra manera, de todos sus recursos personales, esa habilidad que tenía para expresarse, para llevar la bandera de lucha más o menos por los, si, si era sindicalista...

ENTREVISTADORA: ¿Entonces el tema de la estigmatización estaría ligado con la identidad de la persona previa a este diagnóstico que pueda tener?

PSICÓLOGA 4: Eh... más que eso yo creo que quizás en un momento los familiares nadie llega a eso, quizás ellos buscaron los recursos personales de su hija y la validaron desde ahí, no se hicieron parte y era simplemente un fármaco el que tenía que tomar... tú te adhieres a como empiezas a mirar también... una mirada distinta nada más, te fijas en que tenías muchas posibilidades en esta vida y claro que sí y así se movilizan.

ENTREVISTADORA: Lo otro que nos mencionaste el tema de estas lolitas que tienen un contexto más vulnerables, porque esa es una estigmatización pero más bien social por el contexto y la falta de recursos ¿Crees que existe una diferencia en la Estigmatización hacia la Enfermedad Mental o el Estigma existente a otros factores, por ejemplo los económicos; es muy distinta esta estigmatización?

PSICÓLOGA 4: Yo creo que no... la sociedad es dura y te estigmatizan, son personas que han tenido faltas de oportunidades en la vida y si son crueles... la sociedad es cruel con los jóvenes y por falta de oportunidades los tratan de futuros delincuentes, chicos que no quieren estudiar, que están robando, que están fugándose pero nadie le da una lectura distinta a la vida... no son generosos, la mirada con ellos.

ENTREVISTADORA: ¿Pero crees que esta mirada puede ser más dura hacia ellos o hacía una persona que tenga un diagnóstico de una Enfermedad Mental o crees que se da por igual?

PSICÓLOGA 4: Yo creo que se da por igual... sí, es muy dura la mirada que se da a un chico que ha sido, que está en contextos muy vulnerables, de hecho socialmente los tratan de futuros delincuentes o esta chica que posibilidades tiene si ella tiene marcado su destino, cuando tu escuchas frases así créeme que me da una rabia... me da una rabia porque no concibo que se determine así a un chico de 16 años, creo que tienen la vida, estos son pasajes y momentos de la

vida que fueron un poquito más adversos pero tienes todo para cambiar si la sociedad les da la oportunidad porque a veces no se la dan.

ENTREVISTADORA: Después de haber hecho esta revisión en estas dos entrevistas ¿Cómo nos podría definir el concepto de Autoestigma?

PSICÓLOGA 4: Para mí son rótulos, rótulos que son limitantes, carentes de posibilidades, con falta de... yo diría que hay un trasfondo de falta de amor y compromiso con otro... creo que es eso... creo que puede ser totalmente distinto, creo que desde el modelo médico es más fácil rotular, es más rápido, todo el proceso se hace más rápido... desde el modelo médico si tú te adhieres a él es más fácil rotular porque tú das un fármaco y desde ahí entiendes que el otro nunca más va a tener una posibilidad y que lo más probable es que no lo veas nunca más... desde el otro lado el trabajo es un poco más arduo también pero es más entretenido, más creativo, es más generoso, también muchas veces mucho más lúdico, si es más lúdico... y se hace con más amor, hay más amor ahí.

ENTREVISTADORA: Para finalizar ¿Por qué cree que las personas toman este Estigma existente y lo internalizan?

PSICÓLOGA 4: Es que hay todo un aparato, todos operan ahí, si no es solamente la persona, tú tienes que pensar que están los familiares en el caso del chico, está el colegio, está el mundo completo, en el caso de un niño está su mundo completo, es el colegio, los padres que estos padres traspasan la información a otros familiares y el niño queda ahí.

ENTREVISTADORA: Para usted no sería entonces un tema personal, sino que más bien todo el contexto lo que influye que la persona llegue a autoestigmatizarse.

PSICÓLOGA 4: En el caso de un niño sí, yo creo que cuando eres niño quisieras a veces cambiar pero dependes de otros, cuando eres adulto puedes luchar distinto, tienes más posibilidades... y cuando eres adulto puedes comprender, si conoces a alguien distinto en tu vida entiendes que hay más posibilidades, que puedes empezar a buscar a estas otras personas distintas, porque tiene miradas diferentes, más positivas, te movilizas con ellos desde otra manera, te sientes distinto, desde ahí.

ENTREVISTADORA: Para finalizar, ¿Hay algo más que le gustaría agregar?

PSICÓLOGA 4: Creo que no... que hay que tener una mirada generosa con las personas, creo que buscar las posibilidades y las oportunidades y los recursos personales y los sueños... cuando yo pregunto los sueños, entre los sueños que tenías cuando tenías 3 años o 4 años a el sueño que tienes ahora créeme que no ha cambiado mucho... y que cambia tu vida completamente, pero ojalá que siempre existan alguien que te lo haga ver, o que tengas la posibilidad de que te muestre eso porque a veces estas tan colapsado, estas colapsado en un sistema o estas tan enfrascado en situaciones que no puedes ver distinto, es como me dijo una vez una paciente *“Nunca lo había pensado así y tampoco se me había ocurrido”* y ahí entiendes que había un mundo...

ENTREVISTADORA: Estamos terminando la entrevista así que le damos las gracias por el tiempo y la participación.

11. REFERENCIAS

- Almirón, L. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 14(4), 56-65. Disponible en:
http://alcmeon.com.ar/14/56/08_almiron.pdf
- Andrade, L. (2002) *Construcción social e individual de significados: aportes para su comprensión*. Estudios Sociológicos, vol. XX, núm. 1, enero-abril, 2002, pp. 199-230, El Colegio de México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/598/59805808.pdf>
- Aráoz, R. (2012) *Orígenes, historia y desarrollo de la investigación narrativa*. Disponible en:
http://www.iicc.ucb.edu.bo/articulos/2012/Alejandro_Araoz_origenes_historia_y_desarrollo.pdf
- Arnaíz, A. y Uriarte, J (2006) *Estigma y enfermedad mental*. Revista Norte de Salud Mental, N° 26.
- Barnett, W. (1994) *Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad*. Disponible en: <http://fba.unlp.edu.ar/medios/textos/BARNETT-PEARCE-NUEVOS-MODELOS-Y-METAFORAS-COMUNICACIONALES.pdf>
- Bauer, R., Koedijk, K. y Otten, R. (2005) *International Evidence on Ethical Mutual Fund Performance and Investment Style*. Journal of Banking & Finance 29, 1751–1767.
- Becker, H. (2009) *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires; México: Siglo XXI, 2009. 241 p. ISBN 9789876290838
- Bergalli, R. (1980) *Origen de las teorías de la reacción social (Un aporte al análisis y crítica del labelling approach)*. Papers: Revista de Sociología 13. Universidad de Barcelona. Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/23671/1/32568.pdf>
- Builes, M. y Bedoya, M. (2006) *La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental*. Revista Colombiana de

Psiquiatría, vol. XXXV, núm. 4, 2006, pp. 463-475. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635403.pdf>

Corrigan, P. (2004) *How Stigma Interferes With Mental Health Care*. Disponible en: <http://und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf>

Corrigan, P., Roe, D. y Tsang, H. (2011) *Challenging the Stigma of Mental Illness Lessons for Therapists and Advocates*. Wiley-Blackwell, UK.

De la Lengua Española, D. (2001) Real Academia Española. Vigésima, 1.

Fresán, A., Robles-García, R., de Benito, L., Saracco, R y Escamilla, R (2010) *Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia*. Actas españolas de psiquiatría, Vol. 38, Nº. 6, 2010 , págs. 340-344.

Gergen, K. y Warhus, L. (1999) *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias*. Disponible en: http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf

Giménez, G. (1997) *Materiales para una teoría de las identidades sociales*. Frontera norte, 9(18), 9-28. Disponible en: http://docentes2.uacj.mx/museodigital/cursos_2008/maru/teoria_identidad_gimenez.pdf

Goffman, E. (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

Hsin Yang, L., Kleinman, A., Link, B., C. Phelan, J., Lee, S y Good, B. (2007) *Cultura y estigma: la experiencia moral*. Reimpreso de Social Science and Medicine, vol. 64, núm. 7. Traducción: Ana García Bergua. Disponible en: http://estepais.com/inicio/historicos/195/1_propuesta_cultura_hsin.pdf

Jiménez, A. y Radiszcz, E. (2012) *Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social*. Centro de Investigación Periodística. Disponible en: <http://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social>

- Jiménez, S., Huici, C., Moya, M., Pérez, J., Valencia, J., Larrañaga, E., y Fernández, T. (1996) *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*. Vol. 29, Univ de Castilla La Mancha.
- Krause, M. (1995) *La Investigación Cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Revista temas de Educación nº 7, año 1995, pp. 19-39.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C. y Rössler, W. (2006) *Do mental health professionals stigmatize their patients?* Acta Psychiatr Scand 2006; 113 (Suppl. 429): 51–59. Disponible en:
http://www.test5.rm.dk/files/Hospital/AUH%20Risskov/Afdelinger/Psykiatrisk%20Videnscenter/Psykiatrisk%20Forskningsbibliotek/Psykiatrisk%20sygeplejersker/lauber_stigma.pdf
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shroud P. y Dohrenwend. B. (1989) *A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment*. Disponible en:
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2095613?uid=371595921&uid=3737784&uid=2&uid=3&uid=67&uid=62&uid=371052071&sid=21104435644293>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez A y Aparicio, A. (2007) *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en a información disponible*. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf?origin=publication_detail
- López-Silva, P. (2013) *Realidades, Construcciones y Dilemas. Una revisión filosófica al construccionismo social*. Cinta de moebio, (46), 9-25. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2013000100002&lng=es&tlng=en.10.4067/S0717-554X2013000100002.
- Magallares, A. (2011) *El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social*. Quaderns de Psicologia 2011, Vol. 13, No 2, 7-17 Disponible en:
<http://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/816/811>

- Marichal, F. y Quiles, M. (2000). *La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman*. *Psicothema*, 12(3), 458-465. Disponible en:
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7618/7482>
- Martínez-Salgado, C. (2012) *El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. Disponible en:
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a06>
- McLeod, J. (2000) *A method for qualitative narrative analysis of psychotherapy transcripts*.
- McLeod, J. (2010) *Qualitative research in counselling and psychotherapy*” Sage Publications.
- Mella, O. (1998) *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la Investigación Cualitativa*.
Disponible en:
http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/disenos/metodo_cualitativo/invescualitativa_aristidesvara.pdf
- Ministerio de Salud (s.d.) *Situación de salud mental en Chile*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España (2013) *Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental*. Dossier del Tercer Sector, Número 26. Disponible en:
http://www.tercersector.cat/sites/www.tercersector.cat/files/dossier_estrategias_de_lucha_contra_el_estigma_en_salud_mental.pdf
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005) *Plan de Nacional de Salud Mental en Chile: 10 Años de Experiencia*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (4-5), 346-358. Disponible en:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1020-49892005000900015yIng=es&tIng=es.10.1590/S1020-49892005000900015
- Miri , M. (2003). *Estigma y discriminación: vinculación y demarcación*. Disponible en:
http://copresida.gob.do/estigma/recursos/M.Miric_Estigma_disciminacion.pdf

- Miric, M. (2003) *Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de Estigma*. Paradigmas, Año I, No.1. Disponible en:
http://soft2.uasd.edu.do/IPSU/Documentos%20y%20PDF/M%5b1%5d.Miric__F_Aproximaciones_Estigma.pdf
- Mishler, E. (1986). *Research Interviewing: Context and Narrative*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Morales, D. (2005) *La construcción social del "otro". Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida*. *Gazeta de antropología*, 21. Disponible en:
http://www.ugr.es/~pwlac/G21_25Daniel_Rengel_Morales.html
- Mora-Rios, J., Ortega-Ortega, M., Natera, G. y Bautista-Aguilar, N. 2013 (2013) *Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales*. Disponible en:
<http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/2544/1/Acta%20Psiqui%C3%A1tr%20Psicol%20m%20Lat%202059-3%20MORA-RIOS%20et%20al.pdf>
- Navarro, V. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. *Salud Pública*, 49-54. Disponible en:
<http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>
- Paganizzi, L. (2009) *Sobre la recuperación de personas con trastorno mental*. I Congreso peruano y VIII Congreso latinoamericano. Disponible en:
http://www.espaciotovenezuela.com/pdf_to/libros_de_to.pdf
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C. y Flores, P. (2010) *El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol 30, No 105.
- Prado, M. y Krause, M. (2004) *Representaciones sociales de los chilenos acerca del 11 de Septiembre de 1973 y su relación con la convivencia cotidiana y con la identidad chilena*. *Psykhé* (Santiago), 13(2), 57-72. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200005

- Riessman, C. (2004) *Narrative analysis. Encyclopaedia of social science research methods*. London: Sage. Disponible en: <http://www2.bc.edu/~riessman/pdf/Narrative.pdf>
- Riessman, C. (2008). *Narrative Methods for Human Sciences*. Sage Publications. USA.
- Sandoval, J. (2010) *Construccionismo, conocimiento y realidad: una lectura crítica desde la Psicología Social*. Rev. Mad. N° 23, Septiembre de 2010. pp. 31-37. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224771005>
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (1997) *Metodología de la Investigación*. 2da Edición, McGraw Hill, México.
- Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010) *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición, McGraw Hill, México.
- Scharager, J. (2001). “*Muestreo No-Probabilístico*”. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Psicología. Disponible en: https://www.academia.edu/4230919/Metodologia_de_la_Investigacion_Escuela_de_PsicologiaAutor_Judith_Scharager_Asistente_Pablo_Reyes_MUESTREO_NO_PROBABILISTICO_Que_es_el_Muestreo_No_Probabilistico
- Scheff, T. (1993) *Being Mentally ill: A sociological theory*. Tercera edición.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
- Slade, M. (2009) *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press. Disponible en: http://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=_kMnaUMiJXUC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Personal+recovery+and+mental+illness:+a+guide+for+mental+health+professionals.&ots=zaF-mrwdR4&sig=EIaOV5cXn50c3dEbKIhW02gUm_Y#v=onepage&q=Personal%20recovery

%20and%20mental%20illness%3A%20a%20guide%20for%20mental%20health%20professionals.&f=false

Sparkes, A. y Devís, J. (s.f.) *Investigación narrativa y sus formas de análisis: Una visión desde la educación física y el deporte*. Disponible en:

http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/cuerpo_ciudad/investigacion_narrativa.pdf

Suriá, R. (2010) *Tema 5: Estereotipos y prejuicios*. Psicología Social (Sociología). Disponible en:

<http://193.145.233.67/dspace/bitstream/10045/14289/1/TEMA%205.%20ESTEREOTIPOS%20Y%20PREJUICIOS..pdf>

Trahar, S. (2010) *La atracción del relato: El uso de la investigación narrativa para estudios multiculturales en la educación superior*. Revista de currículum y formación del profesorado, vol. 14, n° 3. Disponible en: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev143ART3.pdf>

Valdés, C. y Errázuriz, P. (2012) *Salud Mental en Chile: El Paciente Pobre del Sistema de Salud*. Número 11. Instituto de Políticas Públicas Facultad de Economía y Empresa Universidad Diego Portales

Vicente, A y Berdullas, S. (s.d) *Mitos y realidades sobre el modelo biomédico en salud mental*. Infocop. Disponible en: <http://www.cop.es/infocop/pdf/2373.pdf>

1. Vicente P, Benjamín, Rioseco S, Pedro, Saldivia B, Sandra, Kohn, Robert, & Torres P, Silverio. (2002). *Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP)*. *Revista médica de Chile*. Rev. Méd. Chile v.130 n.5. Santiago Mayo 2002. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007

White, M. y Epston D. (2002) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós, España.

Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I y Sanhueza, J. (1989) *Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad en el proceso terapéutico: Una sistematización*. Revista terapia psicológica, año VIII, N° 11, (34 a 40) 1989. Disponible en:

<http://www.ignaciofernandez.cl/sitio2/index.php/publicaciones/en-revistas-issn/98-winkler-caceres-fernandez-a-sanhueza-1989-factores-inespecificos-de-la-psicoterapia-y-efectividad-del-proceso-terapeutico-una-sistematizacion-revista-terapia-psicologica-no-11-34-40>

Zlachevsky, A. (2012) *Constructividad y razón narrativa: bases para un operar en terapia narrativa*. Revista de Psicología, Vol. 21, N° 2, diciembre 2012. Disponible en: www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/.../25845/27172