



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

**ESTIGMATIZACIÓN HACIA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PERSONAL DE SALUD MENTAL,
DESDE UNA PERSPECTIVA INTERACCIONAL.**

POR

ROMINA CONSTANZA JARA OGEDA

Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción
para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología de la Salud

Profesora guía: Pamela Grandón Fernández

Profesora co-guía: Daniela Leyton Legües

Investigación con apoyo del proyecto FONDECYT N°1171287

Enero 2019
Concepción, Chile

©2019 ROMINA JARA OGEDA.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por creer siempre en mis capacidades y brindar el apoyo y contención necesarios para afrontar este proceso de aprendizaje. Gracias por la tolerancia, el amor y la confianza.

A mis profesoras guía Pamela Grandón y co-guía Daniela Leyton, por compartir conmigo su conocimiento y por su disposición siempre oportuna para resolver dudas y orientarme cuando todo se veía confuso. Finalmente, agradezco la apertura y disposición de los equipos que participaron de esta investigación, quienes hicieron posible aportar con información local respecto del estigma hacia personas con diagnóstico de trastorno mental grave.

Tabla de contenido

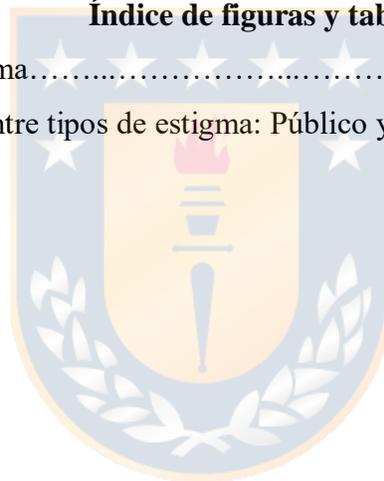
Índice de figuras y tablas.....	vi
Resumen.....	vii
I. Problema de investigación.....	1
II. Objetivos.....	5
Objetivo General:	5
Objetivos específicos:.....	5
III. Marco Teórico.....	6
1. Conceptualización de Trastorno Mental Grave.....	6
2. Conceptualización del estigma.....	9
2.1. Estigma desde la perspectiva de la psicología social.	9
2.2. Estigma desde la perspectiva sociológica.	12
2.3. Estigma desde la perspectiva antropológica.....	14
3. Tipos de estigma.....	15
4. Estigma hacia los TMG	19
4.1. Estudios sobre estigma público hacia los TMG.....	20
4.2. Estudios con las personas que sufren estigma.	22
4.3. Variables relacionadas con el estigma.	24
4.4. Intervenciones sobre el estigma hacia los TMG.....	25
5. Estigma como práctica social.....	27
6. Consecuencias del estigma	33
7. Consecuencias del estigma en salud.....	36
8. Estigma en funcionarios de salud.....	41
8.1. Mirada desde funcionarios.	42
8.2. Mirada desde usuarios.	47
9. Estigma en salud en Chile.....	49
IV. Método.....	54
1. Tipo de estudio y diseño de investigación.....	54
2. Participantes	54

3. Técnicas de recolección de información.....	54
4. Instrumentos.....	55
5. Procedimiento	56
6. Análisis de la información	59
7. Criterios de rigor	60
8. Consideraciones éticas.....	61
V. Resultados.....	64
1. Espacio físico y actores.....	65
2. Trayectorias de atención en Salud Mental.....	71
a) Ingreso al dispositivo.....	71
b) El rito del diagnóstico: “ <i>el ojo clínico</i> ” (3).....	80
c) Abordaje y tratamiento.....	88
c.1. Fármacos.....	89
c.2. Indicaciones de manejo conductual y legal	93
c.3. Talleres	97
c.4. Visitas domiciliarias.....	101
d) Evolución y alta: “ <i>Nosotros cronificamos a los pacientes</i> ”	103
3. Praxis.....	108
a) Experiencia de trabajo en Salud Mental.....	108
b) Enfoque Biomédico.....	110
c) Estigma	113
d) Abordaje de casos complejos.....	118
4. Salud Mental de los profesionales.....	120
a) Agotamiento cognitivo	120
b) Agotamiento Afectivo	122
c) Estrategias de afrontamiento.....	125
VI. Discusión.....	128
VII. Conclusiones.....	137
VIII. Referencias.....	139

IX. Anexos.....	159
1. Pauta de observación	159
2. Guion temático entrevista profesionales.....	160
3. Consentimiento informado Funcionarios y Usuarios	162
4. Carta de autorización observación en salas de espera	174
5. Aprobación proyecto por Comité Ético Científico Servicio de Salud Biobío	175

Índice de figuras y tablas

Figura 1 Ciclo del estigma.....	11
Tabla 1 Comparación entre tipos de estigma: Público y autoestigma.....	18



Resumen

Las personas que poseen un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) frecuentemente deben lidiar con dificultades derivadas de dos focos principales: una, por los problemas o síntomas propios de su condición de salud y otra, que se asocia a las repercusiones que la etiqueta gatilla en su entorno social, dentro de lo cual se incluye la discriminación y estigmatización (Cazzaniga & Suso, 2015).

El estigma produce efectos sobre distintas áreas del desarrollo humano (Jackson, 2015) y se presenta como un fenómeno de carácter social, que depende de una estructura de poder que lo sustente (Link & Phelan, 2001; Yang et al., 2007), presentándose en diversos contextos, incluidos los de atención en salud (Li, Li, Thornicroft & Huang, 2014).

Las investigaciones existentes en torno al tema presentan una carencia en cuanto al abordaje del carácter relacional del estigma (Hebl & Dovidio, 2005) y es por lo mismo que el presente estudio tiene como objetivo explorar y comprender cómo se manifiesta la estigmatización hacia personas con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) en la interacción en contextos formales e informales, entre profesionales de salud mental y entre profesionales y usuarios.

Para lograr dicho objetivo, se diseñó una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, donde los datos fueron recopilados por medio de la integración de las siguientes técnicas: observación participante, entrevistas de tipo etnográfica y semi-estructurada. Lo anterior fue efectuado al interior de dos COSAM y en el Hospital de Día, pertenecientes al centro de responsabilidad de salud mental de un Hospital de la Región del Biobío, correspondiente al Servicio de Salud Biobío, contemplando un tiempo de trabajo de campo de 3 meses. Posteriormente, el análisis de los datos se efectuó a través de análisis temático y de contenido.

El desarrollo del presente proyecto de investigación permitió ampliar la comprensión sobre cómo son percibidas las personas con diagnóstico de TMG en los contextos de atención en salud mental. Esto contribuye al diseño de intervenciones futuras que

busquen derribar el estigma en salud y adicionalmente, permitió promover un espacio de reflexión dentro de los dispositivos de salud participantes, en el sentido de que visualizó manifestaciones de estigma posiblemente naturalizadas dentro de los contextos de atención, generando así una oportunidad para optimizar la entrega de servicios de salud y fortalecer el respeto por los derechos de los usuarios (1).



1. En el presente proyecto se utilizará el lenguaje masculino de manera genérica para hacer alusión a ambos sexos. En ese sentido, cuando se mencione a “los usuarios”; “los profesionales” u otras palabras, se estará incluyendo tanto a hombres como mujeres. Tal decisión se basa en el hecho de que la forma generalmente empleada para no discriminar por género en el lenguaje, implica hacer uso de “o/a”, “los/as” u otras similares, lo que supone una saturación gráfica que puede dificultar la lectura y su comprensión.

I. Problema de investigación

Los trastornos mentales representan una parte sustantiva de la morbilidad y la carga de enfermedad, tanto en el mundo como en Chile, y su prevalencia entre quienes consultan en el caso particular de la atención primaria en salud alcanza niveles hasta del 50% (Ministerio de Salud, [MINSAL], 2016).

Los Trastornos Mentales Graves (TMG) por su parte, comprenden aquellos trastornos que presentan sintomatología con características psicóticas y/o prepsicóticas, disfunción severa del funcionamiento social que amerita de un abordaje complejo y una evolución del diagnóstico prolongada en el tiempo, con importantes necesidades de tener una atención continua y coordinada (Consejería de Salud, 2006). La prevalencia de trastornos psiquiátricos graves en Chile corresponde a una cifra de 3.3% de la población (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016) y quienes se ven afectados por este tipo de trastornos son altamente estigmatizados y discriminados por la sociedad (Díaz, 2007).

El concepto de estigma, según la conceptualización de Goffman (1963), es un atributo que posee un carácter profundamente desacreditador, y reduce a quien es estigmatizado desde una concepción de persona completa y común, a la de una persona que puede ser descalificada y disminuida, pasando a ser esta característica el aspecto central de su identidad. El estigma hacia los TMG se refiere a procesos de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación hacia una persona que presenta una característica evaluada como negativa por la comunidad (Link & Phelan, 2001). Se presenta como un fenómeno social, que involucra componentes cognitivos, afectivos y conductuales y que depende de una estructura de poder que lo sustente (Link & Phelan, 2001; Yang et al., 2007).

Es así como las personas con dichos diagnósticos se enfrentan a una doble dificultad, una derivada de los problemas o síntomas propios de su condición de salud, y otra asociada a las repercusiones sociales que esta etiqueta gatilla en su entorno, incluidas la estigmatización y discriminación (Cazzaniga & Suso, 2015).

Dentro de los TMG, la esquizofrenia es el trastorno que presenta una mayor estigmatización (López et al., 2004), lo que lleva a que las personas con tal diagnóstico

sean comúnmente descritas como incompetentes, en el sentido de ser consideradas dependientes e indefensas (Angermeyer & Matschinger, 2003), pero también existe la concepción de que son personas violentas, peligrosas e impredecibles (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989). El estereotipo de la peligrosidad, en particular, alienta la tendencia del público a huir de estos individuos y discriminarlos (Corrigan et al., 2002).

Las consecuencias del estigma repercuten sobre distintas áreas del desarrollo humano (Jackson, 2015), las cuales van desde una disminución de la calidad de vida, dificultades de acceso a la vivienda y al trabajo, sentimientos de auto-desprecio por la interiorización del estigma social percibido (auto-estigma), todo lo cual incluso puede llevar a suicidio (Campo-Arias & Herazo, 2015). Las actitudes estigmatizantes son persistentes y prevalentes para las personas con problemas de salud mental duraderos (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004) y son reproducidas en diversos contextos.

Dentro de las repercusiones del estigma hacia los TMG, es necesario destacar aquellas que se relacionan con la atención en salud e impactan directamente sobre su recuperación. Es así como resulta indispensable que se incluya a los sistemas de salud, ya que este fenómeno es una de las principales barreras para lograr un óptimo desarrollo de la salud mental global, puesto que disminuye el acceso a la salud, la búsqueda de ayuda, adherencia al tratamiento y dificulta la reinserción social (Corrigan, 2004; Vogel, Wade, & Haake, 2006).

Se ha estudiado que al interior de los servicios de salud, en ocasiones se reproduce el estigma social hacia las personas con trastornos psiquiátricos por parte de los propios profesionales, llegando incluso a niveles relativamente altos de prejuicios (Li, Li, Thornicroft & Huang, 2014), esto manifestado principalmente a través de actitudes paternalistas y/o excesivamente compasivas. También se ha documentado que se genera estigma hacia el sector geográfico en que se encuentran emplazados los establecimientos de salud (Cazzaniga & Suso, 2015).

Por tanto, al abordar el tema del estigma hacia personas con TMG resulta importante incluir a los funcionarios que se desempeñan en salud, puesto que se ha estudiado que a

menudo poseen actitudes negativas hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental (Nordt, Rössler & Lauber, 2006; Sartorius, 2002), presentando menos optimismo con respecto a los resultados que alcancen los usuarios y su eventual recuperación, lo cual repercute en los avances del tratamiento (Cárcamo et al., 2015; Horsfall, Cleary & Hunt, 2010).

El no considerar a los profesionales de la salud y la estigmatización que ejercen condicionará aspectos consecuentes como la adherencia y respuesta al tratamiento, evolución del cuadro y finalmente, impactos sobre la calidad de vida de la persona portadora del diagnóstico de trastorno mental y su entorno familiar (Correa, Silva, Belloc & Martínez, 2006).

El estigma ha sido estudiado fundamentalmente por medio de escalas que miden actitudes y prejuicios. También se ha abordado a través de técnicas cualitativas, principalmente entrevistas, tanto a personas que han sufrido estigma, como a aquellos que estigmatizan (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004). No obstante, dado que el estigma es un fenómeno interaccional (Goffman, 1963; Yang et al., 2007), estas formas de acercamiento poseen limitaciones, pues no permiten verlo de manera relacional, que es como se presenta. Relacionado con lo anterior, se ha estudiado que los proveedores de servicios de salud mental desempeñan un papel clave en la posibilidad de disminuir el estigma en la provisión de atención médica, debido a su interacción constante con las personas con TMG (Harangozo et al., 2014).

Dada la característica del estigma de ser reproducido y perpetuado a través de las interacciones sociales, es que la manera habitual de medir el fenómeno no permite abordarlo de forma exhaustiva, ya que no logra proporcionar toda la información requerida a la hora de intentar comprender el estigma social. Las metodologías habituales empleadas en los estudios de estigma no permiten profundizar en los tipos de comportamientos que pueden ocurrir durante el contacto o la interacción y la forma en que éstos se manifiestan (Hebl & Dovidio, 2005).

Es así como la eficacia de los esfuerzos diseñados para abordar el estigma hacia los TMG, dependerá de la capacidad para comprender los procesos que subyacen a él,

tomando en consideración los factores que producen y sostienen dichos procesos. Es por ello, que para tener una mirada más comprensiva del fenómeno, es fundamental ampliar la capacidad de observar y evidenciar los componentes esenciales de los procesos de estigma (Link et al., 2004).

Por lo anteriormente expuesto, es que la presente investigación surgió del interés por explorar de manera comprensiva el fenómeno del estigma, observando a través de una etnografía, aquellas actitudes estigmatizadoras que se presentasen en la interacción entre profesionales y entre profesionales y usuarios, dentro de contextos formales e informales en salud.

Se escogió la etnografía porque es un método que permite la observación y comprensión de un grupo social determinado, propiciando la descripción y análisis de ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas compartidas en el grupo (Patton, 2002, citado en Hernández, Fernández & Baptista, 2014). En palabras de Guber (2001), el enfoque etnográfico, es una concepción y forma de adquirir conocimiento que busca comprender un fenómeno social de interés, rescatando la propia perspectiva de los sujetos que pertenecen a un grupo, entendidos estos como actores o sujetos sociales.

Con ello se buscó aportar con información que aumentara la comprensión del fenómeno, incrementando el conocimiento con respecto al proceso de creación y reproducción del estigma y los factores relacionados con dicho proceso (López et al., 2004), para lo cual se buscó responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se manifiesta la estigmatización hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en la interacción entre profesionales de salud mental y entre profesionales y usuarios?.

Esta investigación permite ampliar la comprensión sobre cómo son percibidas las personas con diagnóstico de TMG específicamente en los contextos de atención en salud mental, lo cual podrá contribuir al diseño de intervenciones futuras que busquen reducir el estigma en salud. Adicionalmente, también permitió promover un espacio de reflexión dentro de los dispositivos de salud participantes, en el sentido de visualizar manifestaciones de estigma posiblemente naturalizadas dentro de dichos contextos de

atención, generando así una oportunidad para optimizar la entrega de servicios de salud y fortalecer el respeto por los derechos de los usuarios.

II. Objetivos

Objetivo General:

Comprender cómo se manifiesta la estigmatización hacia personas con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) en la interacción en contextos formales e informales, entre profesionales de salud mental y entre profesionales y usuarios de dos COSAM y Hospital de Día pertenecientes a un Hospital de la Región del Biobío.

Objetivos específicos:

- I.** Describir cómo se presenta la estigmatización hacia personas con un diagnóstico de TMG en las interacciones sociales verbales y no verbales en contextos formales e informales entre profesionales de la salud mental de dos COSAM y Hospital de Día pertenecientes a un Hospital de la Región del Biobío.
- II.** Describir cómo se presenta la estigmatización hacia personas con un diagnóstico de TMG en las interacciones sociales verbales y no verbales en contextos formales e informales entre profesionales y usuarios.
- III.** Analizar los significados que subyacen a los procesos de estigmatización hacia los usuarios con diagnóstico de TMG, en las interacciones entre profesionales y entre profesionales y usuarios.

III. Marco Teórico

1. Conceptualización de Trastorno Mental Grave

El concepto de Trastorno Mental Grave (TMG) generalmente suele referirse a los trastornos mentales de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social (Rodríguez, 2003). Sin embargo, es un término que históricamente ha presentado dificultades para poder operativizarlo y consensuar los criterios que permitirían agrupar a las personas que entran dentro de tal categoría (Torrecilla, 2015).

Desde su gran cantidad de significados, ha englobado una extensa y heterogénea gama de personas con características y necesidades muy diferentes. TMG es equivalente al término “trastorno mental severo”, ambos provenientes de los vocablos anglosajones “*Severe Mental Illness*” o del cada vez más utilizado “*Severe and Persistent Mental Illness*” (Torrecilla, 2015).

En el año 1987, un grupo de trabajo patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés), se reunió para formular un consenso sobre la definición de trastorno mental severo y persistente, y llevó a que se seleccionaran criterios que pudiesen ser usados para identificar a personas con tal diagnóstico. En base a ello, se propusieron iniciativas desde políticas nacionales de salud, implementando programas de Salud mental que aportaron a la elaboración de una definición de TMG, con la finalidad de estandarizar las intervenciones que se realizaban y sus resultados (Schinnar, Rothbard, Kanter & Jung, 1990).

Es así como TMG figura como un concepto que comprende tres dimensiones. La primera de ellas implica que el diagnóstico sea una psicosis de tipo no orgánico; la segunda es que haya habido un tratamiento de dos o más años de duración; y en tercer lugar, que se presente disfuncionalidad, la cual puede ser medida por la escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF, por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association, 1987, citado en Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi & Tansella, 2000). Sin embargo, existen datos de que en los años 90 aún había alrededor

de 17 definiciones para el concepto de trastorno mental severo y persistente, por lo que no existía consenso (Schinnar, Rothbard, Kanter & Jung, 1990).

Por otra parte, existe la concepción de que un usuario con TMG, es aquella persona que: 1. Presenta una sintomatología con características psicóticas y/o prepsicóticas que generan problemas de captación y comprensión de la realidad; distorsiona la relación con otros; supone riesgo para su vida; cuenta con repercusiones negativas en distintas áreas de funcionamiento personal, como vida cotidiana, educación, trabajo, relaciones sociales; 2. Requiere de un abordaje complejo, que incluya: atención sanitaria directa con intervenciones de carácter biológico, psicosocial y rehabilitación, intervenciones sobre su entorno social y apoyo a la familia, atención intersectorial social, laboral, educativa y judicial; 3. Presenta una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de tener una atención continua y coordinada (Consejería de Salud, 2006). Habitualmente son personas que presentan trastornos en el espectro de los trastornos psicóticos (principalmente la esquizofrenia y trastorno bipolar) pero también pueden incluirse ocasionalmente otros trastornos que podrían ser considerados como menores, pero que pueden provocar el mismo grado de limitaciones para la persona, como la depresión mayor o el trastorno obsesivo compulsivo (Muerer & cols., 2001, citado en Observatorio de la Discapacidad, 2003).

Se vuelve necesario mencionar que ha habido transformaciones producto de los cambios vividos a nivel de estructura de los dispositivos de salud mental, los cuales se relacionan con distintos factores políticos, sociales y profesionales y que han abierto las puertas hacia un enfoque comunitario en salud. Se pueden mencionar dos grandes transformaciones:

a) La modificación de la imagen social de las personas con problemas de Salud mental, la cual va pasando de manera progresiva (y aún no alcanzada del todo), desde la imagen del “loco” que hay que recluir, a la del enfermo que debe ser atendido en contextos sanitarios, y, más aún, a la del ciudadano que vivencia problemas, y que como tal debe ser apoyado para ejercer sus derechos.

b) Por otra parte, lo que refiere a los sistemas de atención, con paso igualmente progresivo y todavía incompleto, desde sistemas basados en grandes instituciones situadas en un lugar (Hospitales Psiquiátricos) a redes de servicios que se rigen por lo que se denomina Atención Comunitaria (Laviana, 2012).

Los cambios descritos, repercuten en cómo los TMG son comprendidos tanto por parte de los dispositivos de salud como por la sociedad.

Al incorporar un enfoque comunitario, la visión de los TMG se tensiona y algunas características se hacen relevantes: 1. Carácter múltiple y gravedad de los problemas, que afectan a importantes y variadas áreas del funcionamiento personal y social, incluida la capacidad para solicitar y/o colaborar en su propia atención; 2. Carácter crítico para ser atendido de manera comunitaria, dadas las repercusiones a nivel familiar y social que pueden llegar a ser graves en algunos casos, siendo utilizado esto en ocasiones, como supuesta justificación para mantener el sistema de intervención médica tradicional; 3. Existencia de intervenciones que mejoran de manera considerable los problemas y permiten en muchas ocasiones niveles muy elevados de ajuste, generando una modificación positiva en la tendencia a la cronificación del proceso (Laviana, 2012).

Un grupo de profesionales del ámbito de la salud mental de la red pública de servicios sanitarios españoles participaron de grupos focales y opinaron sobre las tres dimensiones planteadas en la literatura para definir un TMG, pudiendo desprenderse que: a) para el criterio diagnóstico, las opiniones varían desde la importancia y/o necesidad de incluir un diagnóstico para poder luego definir un TMG, hasta otorgar escaso valor a este criterio; b) la funcionalidad: en general, los profesionales coinciden en otorgar una gran relevancia al grado de autonomía e interferencia del trastorno en la vida cotidiana de los usuarios, como criterio imprescindible para considerar un TMG; y c) para duración del trastorno: algunos de los profesionales consideran que el tiempo de evolución de los usuarios no es un factor fundamental, mientras que para otros es necesario tenerlo en cuenta pero en relación también a otro tipo de criterios como la disfuncionalidad, para poder definir un TMG. Adicionalmente, también emergieron variables personales de los usuarios como la edad de comienzo del trastorno, la carencia

de *insight* y el nivel de formación o situación laboral, como relevantes para definir un TMG (Conejo-Serón, et al., 2014).

A modo de cierre, parece necesario mencionar que las características clínicas de las personas con TMG conducen a que con frecuencia sean usuarios con ingresos y reingresos frecuentes en los servicios de salud (Bernardo & Forchuk, 2001, citado en Observatorio de la discapacidad, 2003), lo cual se hace necesario desarrollar programas enfocados en evitar el llamado síndrome de la puerta giratoria, el cual se encuentra reforzado por una situación de dificultad de las personas con TMG para ser aceptadas como un colectivo social más (López et al., 2004).

En este sentido, el estigma que pesa sobre aquellos que padecen trastornos mentales y conductuales, refuerza tal dificultad. Es preciso destacar también que dentro de dichos trastornos, el grupo que plantea el mayor número de dificultades es el de las personas con diagnóstico de esquizofrenia (López, et al., 2004). Lo anterior permite añadir la urgente necesidad de evitar también la inadecuación existente de parte de los servicios sociales prestados para la satisfacción de las necesidades de este grupo de personas, en el sentido de que por lo general no se promueve de manera efectiva un fortalecimiento en temas como oportunidades de vivienda, trabajo, acceso a tratamiento en salud y participación en la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2001).

2. Conceptualización del estigma

Las raíces etimológicas del concepto estigma, derivan del griego *στίγμα* (stíigma), que hace referencia a una “marca hecha en la piel con un hierro candente” o “nota infamante” (Real Academia Española, 2014). Es así como en la antigua Grecia, la palabra estigma se refería a una marca que se grababa en el cuerpo de ciertas personas, a modo de castigo por delitos graves o bien como símbolo de esclavitud. En cualquiera de los casos, esta era una marca infamante (ofensiva, que causa deshonra) que indicaba que la persona que la poseía debía ser evitada (Molero, 2007).

2.1. Estigma desde la perspectiva de la psicología social.

Existen diferentes perspectivas que permiten entender el fenómeno del estigma. En la psicología social el concepto de estigma comienza a ser utilizado a partir de los años 80

para poder describir lo que ocurre con un gran número de personas que pertenecen a grupos minoritarios. Una parte sustancial de la investigación sobre el estigma proviene desde esta perspectiva. Para ello principalmente se han utilizado las ideas del enfoque cognitivo social para entender cómo las personas construyen categorías y las vinculan a creencias estereotipadas (Link & Phelan, 2001).

Según Crocker, Major y Steele (1998, citado en Molero, 2007) la estigmatización se produce cuando una persona posee, de forma real o según cómo le perciben los demás, algún atributo o característica que le otorga una identidad social de carácter negativo o de escaso o nulo valor en un determinado contexto. Tal como ocurre con el prejuicio, el estigma es de connotación grupal, ya que afecta a un conjunto de personas que poseen alguna característica determinada. Y es también compartido, puesto que, entre los miembros del grupo mayoritario, existe acuerdo a la hora de definir qué atributos son rechazables.

Siguiendo con la perspectiva de involucrar al contexto social, para Stafford y Scott (1998), estigma se define como una característica que resulta ser contraria a la norma establecida por la unidad social que rodea a una persona, donde norma se define como una creencia compartida, acerca de cómo debe comportarse una persona en un determinado momento. Desde una mirada similar, Jones et al. (1948, citado en Yang et al., 2007) describen el proceso de estigmatización principalmente como relacional, considerando también que es el entorno social el que define aquello que es desviado y proporciona el contexto en que se expresan las actitudes o devaluaciones. Sin embargo, también enfatizan lo individual ofreciendo el concepto de "absorción de impresiones", que figura como parte esencial del estigma y corresponde a un proceso psicológico localizado dentro del individuo, que capta y "absorbe" aquellas impresiones asociadas a la estigmatización.

Por otra parte, tomando en cuenta el caso concreto de las actitudes vinculadas al estigma social se pueden distinguir tres aspectos: 1) «Estereotipos», que son un conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la

percepción, recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros del grupo. 2) «Prejuicios», involucra predisposiciones emocionales, habitualmente de carácter negativo, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. 3) «Discriminación», que puede ser entendido como propensión a desarrollar acciones hacia el grupo estigmatizado, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada o rechazo hacia miembros del grupo, la cual sitúa a las personas en una situación de desventaja social (López, et al., 2008).

De manera aún más concreta respecto a las acciones efectuadas contra el estigma, la sección europea de la Organización Mundial de la Salud [OMS] enfatiza que aquello que se debe combatir es el denominado “ciclo del estigma” (OMS, 2008). Este ciclo, como se puede observar en la figura 1, genera discriminación que a su vez deriva en situaciones de exclusión social en que las personas son despojadas de ciertos derechos, como la participación plena en la vida social, lo que lleva a importantes repercusiones en su calidad de vida y al ejercicio de sus derechos de ciudadanía (Cazzaniga & Suso, 2015).

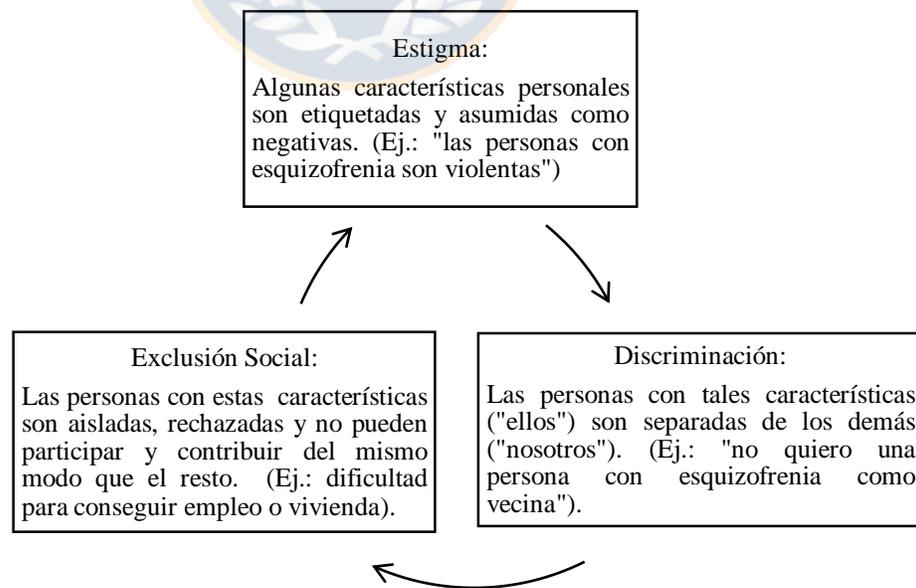


Figura 1. Ciclo del estigma (OMS, 2008, citado en Cazzaniga & Suso, 2015)

Estas definiciones de la psicología social coinciden principalmente en dos aspectos sobre el estigma: 1) que consiste en un atributo que señala a las personas como diferentes y lleva a la devaluación, y 2) que depende tanto de la relación como del contexto, es decir, que el estigma se construye socialmente (Major & O'Brien, 2005).

2.2. Estigma desde la perspectiva sociológica.

En la corriente sociológica uno de los autores más importantes es Goffman (1963), quien concibe el estigma como un atributo que posee un carácter profundamente desacreditador, que reduce a quien es estigmatizado desde una concepción de persona completa y común, a la de una persona que puede ser descalificada y disminuida. Todo esto producto de que el atributo que la estigmatiza pasa a ser el aspecto central de su identidad.

Adicional a lo anterior, algunos modelos han considerado al estigma desde una perspectiva interaccionista simbólica, como un fenómeno que opera principalmente en la esfera social. Scheff (1966, citado en Yang et al., 2007) propuso una “teoría del etiquetado” de los trastornos mentales donde la aplicación de etiquetas de “anormalidad” a los individuos, conducía a autopercepciones y oportunidades sociales cambiadas. De acuerdo con el autor, los estereotipos del trastorno mental son aprendidos durante la socialización y son reforzados a diario. Una vez totalmente inculcado el papel estereotipado de “paciente” puede luego emerger como un “estatus principal” debido a su naturaleza altamente desacreditadora (Markowitz, 2005). Las respuestas uniformes de otros (como la exclusión social) llevan a un bloqueo de los intentos de retornar a los roles sociales “normales”.

Los autores Link, Cullen, Struening, Shrout, y Dohrenwend (1989) por su parte, formularon la “teoría del etiquetamiento modificado” elaborada sobre la afirmación de Scheff en el sentido de que el proceso de etiquetamiento sería la causa principal de las conductas sintomáticas. Así, proponen que el etiquetamiento pone en riesgo a los individuos con trastorno mental a causa de las consecuencias negativas que acarrea y que pueden exacerbar dificultades psicológicas preexistentes. De acuerdo con Link et al.

(1989), las expectativas de devaluación se vuelven relevantes a nivel personal, una vez que sucede el etiquetamiento oficial durante el contacto con el diagnóstico y tratamiento. Las consecuencias psicosociales negativas pueden derivarse de las creencias de rechazo anticipado o de la respuesta individual al estigma, con lo que se ve aumentar la vulnerabilidad a una futura recaída psiquiátrica.

Tanto los modelos de Scheff y de Link et al., definen al estigma como algo que opera principalmente en la esfera social, esto porque desde la perspectiva del interaccionismo simbólico, se propone que los objetos en el mundo social (personas y acciones), obtienen su significado por medio de la interacción social (Mead, 1934, citado en Yang et al., 2007).

Pese a lo propuesto por los modelos mencionados, dentro de la perspectiva sociológica aún existía cierto énfasis sobre las variables individuales del sujeto, en lugar de otorgar peso a las fuerzas sociales que son las que van moldeando la exclusión de los individuos en la vida social (Parker & Aggleton, 2003). Esto llevó al surgimiento de críticas en torno a esa conceptualización del estigma y fue así como frente a tales críticas, Link y Phelan (2001) proponen una definición modificada del concepto. Tal definición, vincula cinco componentes que se encuentran interrelacionados: 1. Definición-etiquetado; 2. Estereotipo; 3. Separación cognitiva; 4. Reacciones emocionales y 5. Pérdida de estatus y discriminación (los que serán descritos más detenidamente en el apartado “estigma como práctica social”).

En esta conceptualización, se aplica el término estigma cuando elementos de etiquetado, estereotipia, separación, pérdida de estatus y discriminación, convergen en una situación de poder que les permite desplegarse. Es preciso mencionar que el principal aporte de los autores, radica en la visualización de que el proceso del estigma depende de cómo es utilizado el poder social, económico y político para inculcar y replicar aquello que ha de ser discriminado. Por lo tanto, la definición otorgada por los autores representa un paso crítico para considerar el estigma como procesual y creado por el poder estructural (Yang, et al., 2007).

2.3. Estigma desde la perspectiva antropológica.

Los enfoques antropológicos o etnográficos respecto al estigma, además de enfatizar su dimensión social, también impulsan a considerar de manera aún más profunda y consistente, cómo se incrusta el estigma en la vida moral de quienes lo sufren (Yang et al., 2007).

El punto central aquí es la experiencia social vivida, que refiere al flujo de compromisos percibidos en un contexto donde ocurre la vida diaria y existan interacciones sociales, lo cual es entendido como el mundo local. Lo que define a todos los mundos locales es el hecho de que existe algo que entra en juego, lo cual dota de importancia profunda a lo que ocurre en la vida cotidiana. Las personas tienen constantemente algo que ganar o perder, como por ejemplo estatus, dinero, oportunidades de vida, salud, un trabajo, relaciones, entre otras (Yang et al., 2007).

Lo mencionado puede considerarse como el “modo moral” de la experiencia cotidiana, que se entiende como aquel registro y compromiso práctico que define lo que es más importante para los hombres y mujeres comunes de un mundo local (Kleinman, 1997, 1999, 2006, citado en Yang et al., 2007).

En este sentido, desde la antropología se ha impulsado a concebir el estigma como un tema fundamentalmente moral, que surge cuando aquello que es realmente importante para las personas, como por ejemplo los valores que existen en el mundo local, se ve amenazado por algún aspecto particular (una característica, conducta, atributo, entre otros). Las personas, a modo de protección y resguardo de aquello que es valorado en dicho contexto, estigmatizan la amenaza. Es así como para el estigmatizado, el estigma agrava el sufrimiento puesto que se explicita que, para ese contexto particular, él posee algún aspecto que sale de lo moralmente establecido y para el estigmatizador, parece ser una respuesta efectiva y natural, que surge como un acto de auto-preservación o defensa psicológica, ante la experiencia existencial y moral de que uno mismo o algo que importa, está siendo amenazado. Es por ello que las respuestas no solo son determinadas por los imperativos, significados o valores culturales, sino que también refieren a un

mundo real de compromisos sociales prácticos y peligros interpersonales (Yang et al., 2007).

El enfoque sobre la experiencia moral contribuye al estudio del estigma al encuadrar este proceso como socio-somático. Esto quiere decir que las normas y emociones se encuentran vinculadas por procesos mediadores que ocurren simultáneamente por medio de formas morales-somáticas y morales-emocionales. El estigma no sería sólo un proceso discursivo o interpretativo, sino un proceso plenamente encarnado, físico y afectivo que ocurre en aspectos como la postura, el rango y la sociabilidad del que lo sufre y es este nexo entre los valores y las experiencias físicas el que se denomina moral-somático. Con los procesos morales-emocionales, los valores sociales quedan vinculados simultáneamente a una experiencia individual de emociones. Las formas simbólicas del estigma, como el lenguaje y las imágenes culturales, conectan al mundo social de valores con el mundo interior de los sentimientos (Yang et al., 2007).

Dado lo anteriormente expuesto, se puede decir que la antropología y la teoría moral, contribuyen al examen del estigma al articular dónde ejercen sus dañinos efectos los procesos de estigma críticos, los cuales es probable que estén interconectados entre compromisos prácticos y cotidianos, con formas comúnmente mantenidas de estatus o de poder en mundos locales, las cuales pueden ser de tipos distintos a los económicos o políticos (Yang et al., 2007).

3. Tipos de estigma

Desde la perspectiva de las ciencias sociales, Goffman (1963) agrupó los tipos de estigma en tres grandes categorías:

1. Estigmas tribales, que se asignan a los miembros de otro grupo o cultura.
2. Estigmas que se basan en deformidades o anormalidades corporales (por ejemplo, obesidad, discapacidad física).
3. Estigmas basados en los defectos del carácter, que son aquellos atribuidos, por ejemplo, a los delincuentes, alcohólicos o personas con trastornos mentales.

Actualmente y siguiendo la tipología de Goffman, se ha entendido que los estigmas se organizan, se distribuyen, y se ordenan, al menos en tres tipos de categorías: a) física, b) psicológica y c) sociocultural (Marichal & Quiles, 2000).

Por otra parte, Crocker et al. (1998, citado en Molero, 2007), proponen clasificar los estigmas a partir de dos dimensiones, que determinan tanto la forma en que es tratada la persona estigmatizada, como la experiencia subjetiva experimentada por dicha persona. Estas dimensiones son la visibilidad y la controlabilidad. El primer término refiere al grado en que el estigma se puede apreciar a simple vista por otros. Aquellos estigmas que se basan en aspectos exteriores, como anormalidades físicas o pertenencia a alguna raza en específico, cuentan con una alta visibilidad, pero en el otro extremo, se encuentra aquel estigma asociado a aspectos que no son apreciables de manera simple, como por ejemplo, la homosexualidad, grupo religioso de pertenencia o también algunos trastornos mentales. Frente a estos estigmas de menor visibilidad, pareciera que la reacción obvia deba ser la ocultación; sin embargo, tal acción implica renunciar a aspectos importantes de la propia identidad del estigmatizado y además, el tratar de ocultar una característica o creencia personal genera sentimientos de temor a ser descubierta, angustia e insatisfacción en las relaciones interpersonales (Crocker et al., 1998, citado en Molero, 2007).

La controlabilidad por su parte, tiene relación con la percepción que tiene el grupo estigmatizador sobre el grado de control y, por tanto de responsabilidad, que ejerce la persona o grupo estigmatizado sobre su condición, por ejemplo, el hecho de pensar que una persona con problemas de consumo de drogas podría dejar de tenerlos si se lo propusiera. La controlabilidad del estigma es una característica importante, ya que las personas con estigmas que son percibidos como controlables sufren mayor rechazo y son peor tratadas que los que tienen un estigma del cual se piensa que no tienen responsabilidad (Molero, 2007).

Otra forma en que se tipifica el estigma, es la que exponen Bos, Pryor, Reeder y Stutterheim (2013) donde se diferencia entre cuatro tipos de estigma. El primero de ellos corresponde al estigma público (*public stigma*), el segundo al auto-estigma (*self*

stigma/internalized stigma) el tercero corresponde al estigma asociativo y el cuarto es el estigma estructural (*structural stigma*).

Tal como se indica a continuación en la tabla 1, el estigma público se relaciona con comportamientos sociales negativos, reacciones y creencias dirigidas a personas estigmatizadas. Éste afecta al yo de tres maneras: a) a través del estigma declarado, que es el trato negativo recibido; b) a través de los sentimientos de estigma, que corresponde a la experiencia o anticipación de la estigmatización que se percibe; y c) a través del estigma internalizado, que es la reducción de la autoestima y la angustia psicológica experimentada por personas con una condición estigmatizada (Herek, 2007).

El auto-estigma por su parte, corresponde al prejuicio social e imágenes negativas transmitidas por el entorno social que son interiorizadas y aceptadas por las propias personas que padecen estigma (Corrigan & Kleinlein, 2005, citado en Kranke, Floersch, Kranke & Munson, 2011) (ver tabla 1). En palabras de Bos et al. (2013) incluye tanto la aprehensión de estar expuesto a la estigmatización, como la internalización potencial de las creencias y sentimientos negativos asociados con la condición estigmatizada. En el caso de las personas con algún diagnóstico de trastorno mental, la literatura sostiene que el auto-estigma disminuye su autoestima y reduce su confianza en el futuro (Corrigan, 1998).

En particular, el modelo de auto-estigma más reconocido menciona tres componentes. El primero de ellos es el estereotipo, en el que las personas con diagnóstico de trastorno mental están expuestas a creencias negativas sobre sí mismas. El segundo componente es el prejuicio, que implica que la persona estigmatizada está de acuerdo con el estereotipo (cognitivo) y emocionalmente lo internaliza como negativo. El tercer y último componente es la discriminación, que involucra la variable conductual y se refiere a la forma en que el individuo se comporta en respuesta al prejuicio (Corrigan & Watson, 2002a). Estos actos discriminatorios podrían llegar al aislamiento o la retirada social de la persona (Kranke, Floersch, Kranke & Munson, 2011).

Tabla 1

Comparación entre tipos de estigma: Público y auto-estigma

	Estigma Público	Auto-estigma
<i>Estereotipo</i>	Creencia negativa sobre un grupo (por ejemplo, peligrosidad, incompetencia, debilidad de carácter)	Creencia negativa sobre sí mismo (por ejemplo, debilidad de carácter, incompetencia)
<i>Prejuicio</i>	Acuerdo con la creencia y/o reacción emocional negativa (por ejemplo, enojo, miedo)	Acuerdo con la creencia, reacción emocional negativa (por ejemplo, baja autoestima, baja autoeficacia)
<i>Discriminación</i>	Comportamiento acorde a los prejuicios (por ejemplo, evitación, restricción de ofertas de empleo y oportunidades de vivienda, baja disposición de ayuda)	Comportamiento en respuesta a los prejuicios de otros (por ejemplo, no buscar trabajo u oportunidades de vivienda)

Nota: Elaboración propia, basada en Corrigan & Watson 2002b

Por otra parte, el estigma asociativo impacta en aquellas personas que se encuentran de alguna u otra manera vinculadas a una persona estigmatizada, como por ejemplo la familia, los amigos o los cuidadores, quienes se ven devaluado rutinariamente producto de su conexión con la persona. Este tipo de devaluación parece tener lugar no sólo cuando existe una relación significativa entre una persona no estigmatizada y una persona estigmatizada (por ejemplo, las relaciones familiares), sino también cuando la conexión es puramente arbitraria (por ejemplo, como resultado de la proximidad física) (Pryor, Reeder, & Monroe, 2012).

Este tipo de estigma también incluye (aunque en menor medida) a los profesionales que atienden a las personas con diagnóstico de trastorno mental, pues de cierto modo, son portadores del peso del estigma al mantener contacto con ellos (Cazzniga & Suso, 2015). En los profesionales de salud mental, este estigma se encuentra relacionado con

mayor despersonalización, más agotamiento emocional y menos satisfacción laboral, lo cual repercute en la calidad de la atención que perciben los usuarios (Verhaeghe & Bracke, 2012).

El último tipo de estigma considerado por los autores es el estructural, que es aquel producido por las restricciones que presenta la sociedad hacia un grupo determinado, tales como las leyes, reglamentos, la política de atención en salud y salud mental. Este tipo de estigma puede ser visibilizado en la manera en que se estructuran los servicios sociales y el sistema judicial, junto con observar de qué manera y en favor de qué grupos se asignan los recursos (Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005).

Adicional a los tipos de estigma ya mencionados, se encuentra el hecho de que las personas con alguna condición estigmatizada, como por ejemplo, contar con un diagnóstico de trastorno mental, no sienten confianza o comodidad para compartir su diagnóstico con otros, lo cual puede definirse como estigma anticipatorio, en el sentido de que se da por hecho que no va a haber una buena recepción hacia ellos y que van a ser despreciados por su diagnóstico. Esto lleva a anticipar vivencias de rechazo social que pueden limitar o impedir su interacción con otros (Link, Struening, Neese, Asmussen & Phelan, 2001).

4. Estigma hacia los TMG

La evaluación del estigma hacia los TMG ha sido abordada de diferentes maneras. Existen estudios donde esto se ha hecho por medio de consultas a personas que estigmatizan evaluando su nivel de estigma y las variables que se relacionan con él, incluyendo desde población general hasta grupos específicos como empleadores, funcionarios de salud y/o familiares. También se ha estudiado el estigma consultando a los propios afectados sobre su percepción del estigma. A continuación, se procederá a exponer la información que se encuentra sobre cada una de estas formas de evaluación del estigma.

4.1. Estudios sobre estigma público hacia los TMG.

En la década de 1950, científicos sociales comenzaron a preocuparse sobre cómo eran percibidas las personas con trastorno mental por el entorno público. Los primeros estudios realizados arrojaron que la orientación hacia los trastornos mentales estaba en gran parte influenciada por el pensamiento psiquiátrico de la época y que también las concepciones públicas estaban llenas de estereotipos negativos, temor y rechazo (Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000).

En un sentido más particular dentro de los TMG, el hecho de que sea la esquizofrenia el trastorno que presenta una mayor estigmatización se debe a que elicitaba las concepciones públicas más negativas y el mayor temor (López et al., 2004). Esto lleva a que las personas que poseen tal diagnóstico, sean comúnmente descritas como incompetentes, en el sentido de ser consideradas dependientes e indefensas (Angermeyer & Matschinger, 2003), y como violentas, considerándolas peligrosas e impredecibles (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Link et al., 1989). El estereotipo de la peligrosidad en particular, parece explicar la tendencia del público a huir de estos individuos (Corrigan et al., 2002).

Un estudio en Alemania con población general, indicó que la creencia principal sobre la etiología de la esquizofrenia era la influencia del estrés en la vida de las personas, seguido por explicaciones de origen de tipo biológico como lesiones cerebrales, prestando poca consideración a los factores genéticos. En tercer lugar, los entrevistados atribuían la causa de la esquizofrenia a factores intrapsíquicos como conflicto inconsciente, falta de fuerza de voluntad o más raramente, demasiada ambición personal. Las influencias de la socialización ocupaban el cuarto lugar; se consideraba que problemas en el hogar podrían ser etiológicamente relevantes, seguido por falta de afecto parental o padres sobreprotectores. Cabe mencionar que una parte minoritaria de la muestra, manifestó atribuir los trastornos a la influencia de poderes sobrenaturales como por ejemplo, voluntad de Dios, brujería, posesión por espíritus malignos (Angermeyer & Matschinger, 1994).

Gran parte del estigma, como se puede extraer de lo mencionado, deriva de un desconocimiento general, en el cual los estereotipos, que simplifican y reducen la realidad, cumplen perfectamente la función de describir una realidad supuestamente “verdadera”. La existencia de una raíz inmoral del trastorno mental y su unión con algo “malo” o “indebido” se acompaña de un silencio alrededor del mismo, volviéndolo un tema tabú, como algo de lo que no se habla en espacios públicos de forma no estigmatizada (Cazzniga & Suso, 2015).

Por otra parte, se ha estudiado si es que el aumento del conocimiento sobre los correlatos biológicos de los trastornos mentales, se traduce en una mejor comprensión pública de los mismos, una mayor disponibilidad para buscar atención de salud mental y una actitud más tolerante hacia las personas con diagnóstico. Los resultados arrojan que si bien se detectó que efectivamente hay mayor alfabetización en temas de salud mental, orientada hacia el modelo biológico de los trastornos mentales y hacia una mayor aceptación de la ayuda profesional para tratar los problemas de salud mental, no se observaron cambios en las actitudes hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental.

En base a lo anterior, se puede decir que el aumento de la alfabetización pública sobre salud mental y sobre los correlatos biológicos de los trastornos mentales, si bien produce ciertos beneficios, por sí solo no parece remediar la estigmatización y la discriminación hacia las personas con trastorno mental (Schomerus, et al., 2012).

Una dimensión de particular interés encontrada en la literatura, es el hecho de que el estigma hacia personas con trastorno mental se basa en una concepción social de peligro, y se ha evidenciado que cuanto más las personas creen que un trastorno mental está asociado con un comportamiento peligroso o agresivo, están más dispuestas a discriminar (Angermeyer & Matschinger, 1996; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak, & Penn, 2001). Desafortunadamente, según datos obtenidos entre 1950 y 1996 en población estadounidense, las personas con diagnóstico de trastorno mental eran percibidas cada vez más como violentas, pese a que durante esa época, habían surgido una serie de cambios tales como educación de carácter público sobre los trastornos

mentales, movimiento comunitario de salud mental, aumentos sustanciales en los niveles de educación formal de la población y reporte de aumento de tolerancia hacia otros grupos (Phelan & Link, 1998). Más recientemente, sin embargo, las percepciones de peligrosidad parecen haberse estabilizado. Entre 1996 y 2006 no se encontraron diferencias significativas en las percepciones del público sobre la peligrosidad de los adultos con trastornos como esquizofrenia o depresión (Pescosolido, et al., 2010).

Según resultados de una revisión sistemática de la literatura sobre el estigma público hacia los trastornos mentales en Estados Unidos, existe una alta preferencia de distancia social hacia las personas con diagnóstico. Lo anterior se puede manifestar por medio de la exclusión de los individuos en distintas situaciones sociales (por ejemplo, no estar dispuestos a trabajar de manera cercana con ellos, no querer tenerlos como vecino, no querer que alguien con diagnóstico de trastorno mental se case con algún familiar) (Parcesepe & Cabassa, 2013).

Por último, se ha encontrado también que existe una mayor disposición al rechazo social hacia los individuos con trastorno mental que son percibidos con altos niveles en los siguientes tres aspectos: responsabilidad personal por su situación actual, peligrosidad y “rareza” del diagnóstico (Feldman & Crandall, 2007).

Otro aspecto que resulta relevante es el hecho de que en población general, existen creencias estereotipadas alusivas a la vida sexual y reproductiva de las personas con un TMG, las cuales van desde considerar limitada su vida sexual, hasta considerarles como personas “asexuadas” y/o que no cuentan con la capacidad para tomar decisiones adecuadas en cuanto a su sexualidad (Östman & Björkman, 2013).

4.2. Estudios con las personas que sufren estigma.

Las personas con trastornos mentales se enfrentan a una doble dificultad en su vida cotidiana, ya que por un lado experimentan los síntomas propios de su trastorno, y por otro, deben hacer frente a los efectos del estigma social asociado al problema de salud mental, lo que generalmente lleva a la interiorización del mismo (auto-estigma). De forma paradójica, las dificultades derivadas del trastorno, por lo general son de carácter episódico y tratable a través de una atención sanitaria adecuada sumado a programas de

rehabilitación psicosocial, mientras que los conflictos que resultan del estigma social, son más permanentes y complejos, por lo que las intervenciones para erradicarlos son más complicadas (Cazzaniga & Suso, 2015).

Una de las formas de estudiar el estigma en las personas con un TMG involucra describir de manera exhaustiva las experiencias o creencias de estigmatización de los propios afectados. Wahl (1999) encontró que las experiencias de estigma más comunes referidas por las personas, eran el hecho de presenciar comentarios o descripciones estigmatizadoras acerca del trastorno mental y la fuente que más frecuentemente emitía actitudes de estigma, era la comunidad en general. En segundo lugar, sigue el entorno laboral, amigos, familia y los profesionales que tenían relación con su cuidado y atención.

En el caso de la esquizofrenia, las experiencias estigmatizadoras más usuales se relacionaban con las reacciones de otras personas frente a su diagnóstico, presentándose habitualmente falta de aceptación y comprensión del trastorno mental y concordante con los resultados obtenidos por Wahl (1999), la fuente principal de estigma provenía de las personas de la comunidad y luego, de los empleadores (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel & Parente, 2002).

El estudio de Angermeyer y Matschinger (1994) menciona que son los propios usuarios con diagnóstico de esquizofrenia quienes incorporan las creencias que tiene la sociedad sobre el trastorno a través de los procesos de socialización (auto-estigma); no obstante, éstas se podrían ir modificando a través del curso del trastorno debido a la propia experiencia personal, los esfuerzos por hacer frente al mismo y a la influencia de los conocimientos profesionales. Con lo anterior se esperaría contribuir en la disminución de la brecha entre las creencias de los usuarios y el punto de vista de los psiquiatras o profesionales de la salud mental.

Otro aspecto encontrado en la percepción de estigma en los afectados es el ocultamiento que ocurre en el ámbito social en cuanto a los diagnósticos y el poco espacio para hablar de manera naturalizada sobre los TMG, siendo este un factor que genera sentimientos de vergüenza en quien tiene el problema de salud mental, lo cual a

su vez favorece el desconocimiento en la población general, que en paralelo activa los estereotipos que generarán discriminación en el resto de la población (Cazzniga & Suso, 2015).

4.3. Variables relacionadas con el estigma.

Una de las líneas de investigación sobre el estigma ha abordado la posible relación entre este fenómeno y otras variables de interés (Muñoz, Pérez, Crespo & Guillén, 2009), encontrándose estudios que incluyen por ejemplo el nivel educativo, contacto con personas con TMG, género, edad, entre otras.

El contacto previo con personas con TMG ha mostrado ser una variable de interés asociada al estigma. Varios estudios han encontrado que el aumento del contacto social puede disminuir el deseo de distancia social hacia personas diagnosticadas (Chung, Chen & Liu, 2001; Corrigan et al., 2001; Read & Harre, 2001) y la intención de colocar restricciones sociales de la población general hacia las personas con TMG (Vezzoli et al., 2001). Posteriormente, se ha encontrado que el hecho de tener amistad con personas con TMG, genera menor deseo de distancia social y menores restricciones sociales hacia quienes son diagnosticados (Covarrubias & Han, 2011). Pese a lo anterior, la literatura en este tema ha tenido varios problemas metodológicos, y factores como la naturaleza del contacto rara vez se han considerado (Coutre & Penn, 2003).

El grado de conocimiento en cuanto a los TMG también es una variable que ha sido estudiada. Dijksterhuis, Bargh y Van Knippenberg (2000) descubrieron que existe un fuerte vínculo entre la memoria y los comportamientos estereotipados, por lo que se ha sugerido que la incapacidad de retener o recordar la información puede conducir a la formación de estereotipos. Por esa razón, la información que un individuo recibe sobre la salud mental puede tener un impacto en el estigma. Högberg, Magnusson, Lutzen y Ewalds-küst (2012) informaron que los individuos educados en temas de salud mental exhibían un mayor nivel de actitudes positivas hacia los trastornos mentales, por lo que poseían menos estigma, lo cual recientemente ha sido corroborado en un estudio realizado con estudiantes de psicología (Simmons, Jones & Bradley, 2017).

Por otra parte, respecto a las variables de género y nivel de estudio, Corrigan y Watson (2007) encontraron que era menos probable que las mujeres respaldaran el estigma en comparación a los hombres. También los participantes con educación superior fueron menos propensos a estigmatizar que los participantes con menos educación. No obstante, los hallazgos no han sido concordantes con otros estudios, pues por ejemplo respecto al género, se ha encontrado que las mujeres cuentan con más actitudes generales negativas hacia los trastornos mentales que los hombres (Wang, Huang, Jackson & Chen, 2012). También se han estudiado características personales de los funcionarios de salud, incluidas sexo, edad, profesión, experiencia, valores y personalidad. Sin embargo, la literatura no es concluyente sobre cómo estas influyen en las actitudes de estigma (Alem, Jacobsson, Lynoe, Kohn & Kullgren, 2002; Bowers, Alexander, Simpson, Ryan & Carr-Walker, 2004; Wynn, 2003, citado en Lossius, Haakon, Finset & Ruud, 2011).

En cuanto a las personas que sufren la estigmatización, se ha visto que variables como el estado civil (estar casado), tener una buena calidad de vida y una alta autoestima, se asocian significativamente con la resistencia al estigma, entendida esta como la capacidad de las personas estigmatizadas para resistir, contrarrestar, o de otra manera no ser afectado por la estigmatización de los trastornos mentales (Wen et al., 2017).

4.4. Intervenciones sobre el estigma hacia los TMG.

Lo anteriormente expuesto permite poner en discusión el hecho de que, si se desea reducir el estigma hacia los trastornos mentales en nuestra sociedad y su respectivo impacto, se debiese comenzar por abordar las dimensiones particulares ya mencionadas existentes hacia las personas con diagnóstico de TMG, como las percepciones de responsabilidad personal por su situación actual, la peligrosidad y la percepción de “rareza” del diagnóstico. Esto debiese ser trabajado a través del entrenamiento clínico para un óptimo tratamiento psicoterapéutico respecto al tema e integrarlo además como tema a tratar en educación y políticas públicas, esto porque la comprensión de estas

dimensiones y los medios a través de los cuales desembocan en rechazo, pueden ayudar a incidir en la reducción del fenómeno (Feldman & Crandall, 2007).

Una forma de reducir el impacto que tiene el estigma sobre la vida de las personas, han sido los esfuerzos efectuados por servicios de promoción de salud, gobiernos y organizaciones comunitarias, quienes han buscado eliminar el estigma del discurso social por medio del reemplazo de los estereotipos negativos, otorgando visiones más precisas y esperanzadoras sobre los diagnósticos de trastorno mental. Dentro de las estrategias utilizadas, se encuentra la protesta, que busca suprimir actitudes estigmatizantes y comportamientos que las promueven, visibilizando la problemática (Corrigan & Penn, 1999).

Una estrategia adicional es la educación, que pretende reemplazar el estigma por concepciones cada vez más precisas sobre los trastornos, promoviendo el manejo de información con respecto al tema por parte de la población (Corrigan & Penn, 1999).

Finalmente, otra alternativa es la que incluye el contacto, que consiste en desafiar las actitudes que manifiesta el público acerca de los trastornos mentales a través de instancias en donde se promueva la interacción con personas que tienen trastornos mentales (Corrigan & Penn, 1999), donde lo ideal es promover el contacto con personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico de forma cooperativa, en igualdad de estatus y con apoyo de autoridades (Szeto & Dobson, 2010). Es esta estrategia en particular la que hasta el momento parece ser bastante eficaz para cambiar las actitudes individuales hacia las personas con TMG (Corrigan & Watson, 2002b).

A partir de lo anteriormente mencionado, se puede decir que el estigma que afecta a las personas con diagnóstico de TMG, se presenta como un fenómeno fundamentalmente social, aunque con importantes componentes individuales, en términos de causas y, sobretodo, de repercusiones. Esto implica que también sus posibles soluciones necesiten intervenciones tanto en niveles sociales como personales, algunas de ellas de carácter sanitario en general y, específicamente, clínico (López, et al., 2008).

5. Estigma como práctica social

El estigma es un fenómeno de carácter social, y es en dicho contexto donde se hace preciso analizar el proceso de cómo se origina y evoluciona, ya que éste varía según los periodos históricos y culturas específicas en donde se dé (Aretio, 2009). Según Goffman (1963), el estigma está inherentemente enraizado en las interacciones sociales. Es en el contexto de las relaciones, donde lo que es "anormal" o desviado, se diferencia de lo que es "normal" o esperado.

El estigma posee un carácter inter-subjetivo y surge en la comunicación interpersonal y los compromisos sociales vividos en un determinado contexto. Al ser un fenómeno que tiene lugar tanto dentro como fuera de una persona, el estigma es un proceso social y subjetivo que posee un carácter interpersonal o naturaleza relacional. Gran parte del estigma sucede en el espacio inter-subjetivo entre personas, por medio de la interacción con palabras, gestos, significados compartidos, sentimientos. Todo regido bajo los valores que sean importantes para los miembros según el contexto (Yang et al., 2007).

Es necesario explicar el proceso por medio del cual los sujetos interactúan y comparten los significados mencionados. Esto corresponde a la socialización, que implica un proceso estructural a través del cual se establecen categorías que permiten ubicar a las personas en distintas posiciones sociales, asignándoles atributos previamente establecidos. Tales atributos conforman su "identidad social" y es este mecanismo el que permite clasificar de manera rápida a las personas con las cuales interactuamos, encasillándolas dentro de una u otra categoría previamente establecida, a partir de lo cual podemos establecer la interacción sin mayores esfuerzos y de manera automática. En función de dichas categorías, es que sabemos qué expectativas podemos tener con respecto a una persona en concreto (Aretio, 2009).

De manera subsiguiente, surge una "identidad social virtual", que es distinta de la "identidad social real", la cual está constituida por atributos y rasgos de personalidad propios de cada persona en particular. En la "identidad social virtual", la concepción de otro se ve permeada por las impresiones iniciales. A medida que transcurre una interacción habitual, el proceso de conocimiento interpersonal permite transitar desde la

identidad social virtual hacia la real. No obstante, cuando la persona con que se interactúa porta algún tipo de estigma, el proceso de conocimiento se ve dificultado. Lo anterior ocurre porque los atributos desacreditadores asociados al estigma eclipsan otro tipo de atributos personales, pudiendo llegar incluso a acaparar la totalidad de su identidad, lo que vuelve menos “atractiva” a la persona para seguir conociéndola (Aretio, 2009).

Para poner en marcha el proceso de estigmatización, se ejercen distintas actitudes y conductas específicas de parte de las personas/instituciones que estigmatizan. Tal proceso está compuesto por los cinco componentes que se mencionaron previamente (Link & Phelan, 2001) y que se proceden a explicar a continuación:

- Componente 1. Definición-etiquetado:

La gran mayoría de las diferencias humanas no se consideran socialmente relevantes; no obstante, existen algunas de ellas, tales como color de piel, orientación sexual o contar con un diagnóstico de trastorno mental, que si han recibido y aún reciben una mayor notoriedad social. El peso de esta observación y distinción, es a menudo pasado por alto, debido a que una vez que las características son identificadas y etiquetadas, por lo general se asume que las cosas son así, por ejemplo “hay negros y blancos”. Es la naturalidad con que se efectúan estas designaciones, la que le asigna un gran peso a este componente, ya que estas son construidas socialmente y se transmiten o perpetúan a través de prácticas sociales, las cuales en muchas ocasiones están normalizadas en un contexto determinado.

Debido a que las diferencias humanas que serán relevantes para la sociedad son seleccionadas socialmente, se opta por usar la palabra "etiqueta" en lugar de otras como "atributo", "condición" o "marca", puesto que cada uno de estos últimos términos sitúa lo que está siendo referido en la persona estigmatizada y pasa a segundo plano el hecho de que su identificación y elección es el producto de procesos sociales. En contraste, una etiqueta es algo que se añade, se “pega” por lo que este término le quita validez a la designación realizada, dejándola más bien como una pregunta abierta, dando espacio al cuestionamiento de la misma.

Frente a lo descrito, se puede mencionar que tanto la selección de las características sobresalientes como la creación de etiquetas para ellas, son construidas en contextos sociales, por lo que esta construcción puede ser entendida como un componente esencial del estigma. Por tanto, la cuestión crítica es determinar cómo surgen las categorías culturalmente creadas y cómo se sustentan.

- Componente 2. Estereotipo:

En este componente la diferencia identificada-etiquetada está ligada a características socialmente indeseables, las cuales pueden existir tanto de manera real en la persona estigmatizada como en la percepción de quienes le rodean.

La forma en que el estereotipo influye sobre cómo será percibida la persona, se ha evidenciado en estudios donde se ha encontrado sustento empírico para respaldar la idea de que la asociación de la diferencia de la persona con rasgos socialmente poco atractivos, como por ejemplo trastorno mental con violencia, lleva a conductas de segregación o rechazo.

- Componente 3. Separación cognitiva:

Se refiere a la segregación que se realiza entre la supuesta existencia de un “nosotros” y un “ellos”, la cual se deriva de la asociación entre los rótulos y los atributos indeseados. Estos permiten crear una realidad en donde se naturaliza el hecho de considerar una división, separando entre un grupo que cumple con los estándares de normalidad y otro que se excluye de éste.

- Componente 4. Reacciones emocionales:

Las respuestas emocionales resultan críticas para entender el comportamiento tanto de quienes estigmatizan como de las personas que reciben las reacciones estigmatizantes.

Desde el punto de vista del “estigmatizador”, la identificación de diferencias, la vinculación de esas diferencias a atributos indeseables, y la separación de los identificados hacia un grupo aparte "ellos", es probable que se asocie con emociones tales como ira, irritación, ansiedad, compasión y/o miedo. En el caso de las personas

estigmatizadas, las reacciones emocionales producidas se relacionan principalmente con vergüenza, culpa y tristeza, las que llevan a un aislamiento y/o disminución del contacto social y la búsqueda de ayuda (Bharadwaj, Pai & Suziedeleyte, 2017).

- Componente 5. Pérdida de estatus y discriminación:

La mayoría de las definiciones de estigma no incorporan este componente, pero parece necesario destacar las repercusiones comportamentales y sociales posteriores al etiquetado. Lo anterior se va materializando desde diferencias en el lenguaje para referirse al grupo estigmatizado, la manera en que son percibidos y tratados e incluso excluidos, lo cual figura como discriminación y/o disminución de estatus social (Link & Phelan, 2001).

En el caso de quienes poseen un diagnóstico de trastorno mental, la persona puede pasar a ser por ejemplo, solo “una esquizofrénica”, con lo que se puede evidenciar que el estigma implica un bloqueo o menosprecio, que reduce la posibilidad de conocimiento de la identidad social real de la persona con quien se interactúa. El estigma también a su vez, conlleva una desacreditación, que supone cierto grado de deshumanización de la persona que lo porta. Lo anterior repercute en validar socialmente conductas discriminatorias hacia ella, ya que “no es igual que nosotros” (Aretio, 2009).

Cuando se ejerce la discriminación, dependiendo de la personalidad, el contexto y otros rasgos del estigmatizador (ideas, discursos, etc.), es probable que se sienta cierto grado de incomodidad por la discrepancia entre su actitud estigmatizadora y otras actitudes que posee. Con el fin de reducir la disonancia cognitiva resultante (Festinger, 1957, citado en Haghghat, 2001), es probable que la persona modere su actitud estigmatizante ya sea eliminando la conciencia de su prejuicio por medio de búsqueda de información que apoye su estereotipo o negando y/o trivializando su actitud, para poder encontrar consuelo en que “no estigmatiza a nadie” (Haghghat, 2001).

Por otra parte, el lenguaje es un elemento central en el proceso de estigmatización, ya que constituye la cristalización de dinámicas de poder, pues no figura nunca como un elemento neutro. Cuando una persona concreta es nombrada en función de un solo rasgo, que además posee un carácter desacreditador para la sociedad (por ejemplo, depresiva,

maníaca, esquizofrénica, inmigrante, prostituta, entre otras), lo que en el fondo se evidencia es el producto de la lucha social por el poder, como juego entre quienes ganan y quienes pierden en el sentido de decidir que se incluye y que se segrega (Aretio, 2009).

Probablemente, el fenómeno del estigma posee un carácter universal, que guarda relación con procesos de categorización social, que poseen bases tanto biológicas como psicológicas y sociales, que permite simplificar y sintetizar de manera básicamente eficiente mucha diversidad de información, con una función inicialmente defensiva para la sociedad y sus grupos sociales mayoritarios (Angermeyer & Matschinger, 2005), ya que permite fomentar la cohesión social. Sin embargo, este proceso cae en una simplificación excesiva de la sociedad y genera con ello complicaciones tanto a las personas afectadas dentro de las minorías (quienes ven menoscabados sus derechos y deteriorada su situación), como al conjunto de la sociedad, que se priva de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida (López, et al., 2008).

Otro aspecto “relacional” del estigma es que lo que se considera estigmatizado por un estigmatizador puede no ser visto como tal por otro par, en otro momento o en otro lugar, ya que es dependiente del contexto y las relaciones que se den allí (Jones et al. 1984). Por tanto, tal como ya se ha señalado, el estigma es construido en un vínculo contextualizado.

La comprensión de que la estigmatización ocurre simultáneamente en múltiples niveles y que solo es posible de ser efectuada por parte de un grupo poderoso (Link & Phelan, 2001) es útil para apreciar cómo se presenta el estigma en salud. Esto incluye aspectos estructurales (como inversión de recursos, estándares de calidad de atención, cultura organizacional), interpersonales (tales como interacciones entre el usuario y el funcionario/profesional, comportamientos discriminatorios, actitudes negativas) e intra-individuales (como auto-estigma, renuencia del usuario a buscar atención, resistencia de los propios profesionales/funcionarios a revelar algún malestar de carácter mental y/o buscar atención) (Corrigan, Druss & Perlick, 2014; Livingston, 2013).

Pese a que se reconoce el carácter social del estigma y que este se perpetúa a través de la práctica cotidiana, las investigaciones sobre las interacciones entre perceptores y

personas estigmatizadas en la vida real, en reemplazo de laboratorios, son poco comunes (Hebl & Dovidio, 2005). Dentro de las principales investigaciones sobre el tema, Link, Yang, Phelan y Collins (2004) mencionan que en 123 estudios analizados, un 60.1% de ellos utilizan metodología cuantitativa, específicamente encuestas; el 16.2% son de carácter experimental, donde los investigadores manipulan explícitamente una variable independiente y asignan aleatoriamente la variable manipulada a los grupos de estudio; 13.8% hacen uso de metodología cualitativa, dentro de la cual se incluyen principalmente entrevistas u observación participante; finalmente el 11.4% de los estudios utilizan revisión de literatura para investigar sobre el estigma. Cabe mencionar que los porcentajes no suman 100% debido a la existencia del uso de más de una metodología en algunos estudios.

Como se puede desprender de las cifras expuestas, la gran mayoría de las investigaciones sobre estigma adoptan un enfoque cuantitativo, generalmente levantando información a través de encuestas, dejando fuera la variable relacional y de interacción que posee el fenómeno. Ahora bien, es cierto que los estudios “no interactivos” han contribuido sustancialmente a la comprensión del estigma, aclarando en parte el contenido de las actitudes y los estereotipos y ciertos procesos que subyacen a estas orientaciones, sin embargo, sólo proporcionan una pieza del rompecabezas a la hora de intentar comprender el estigma social, ya que no abordan los tipos de comportamientos que pueden ocurrir durante el contacto o la interacción y la forma en que estos se manifiestan (Hebl & Dovidio, 2005).

Se sugiere utilizar metodologías de observación, o transaccionales, para captar con mayor plenitud los aspectos interpersonales del estigma. Tal enfoque contribuye a examinar de manera más profunda el modo en que funciona la discriminación estructural, ya que el estigma social a menudo se manifiesta en formas de interacción social cotidianas y sutiles (Yang et al., 2007).

6. Consecuencias del estigma

El estigma repercute en distintas áreas del desarrollo humano, afectando aspectos del ámbito social, económico, psicológico, de salud, educación, entre otros (Jackson, 2015). Para fines del presente apartado, se mencionarán las consecuencias en general, para posteriormente abordar las consecuencias específicas del estigma en salud.

La estigmatización lleva a la formación de contextos de vulnerabilidad, considerando los efectos de la existencia conjunta de una sociedad que estigmatiza, junto con sus leyes y otros elementos estructurales, lo cual incita hacia la interiorización de tal estigma por parte del grupo/persona afectado/a. Es así como en el caso particular de las personas con TMG, la combinación de los síntomas propios del trastorno con las vulnerabilidades personales y sociales, conducen a una disminución de las habilidades sociales y las redes de apoyo (Corrigan & Penn, 1998, citado en Corrigan, 1998).

Adicionalmente, se ha estudiado que el paso desde hospitales psiquiátricos a servicios de cuidado comunitario, promueve una mayor sensación de dominio personal en quienes cuentan con un diagnóstico de TMG; no obstante, éste ha generado a su vez más experiencias de rechazo social producto del estigma que se presenta hacia los TMG, lo que lleva a incrementar sentimientos de auto-desprecio (Wright, Gronfein & Owens, 2000).

Es así como aquellas personas que padecen TMG, experimentan dos grandes tipos de efectos al respecto: los que son producto de la discriminación personal y estructural que les afecta, y los derivados de su propia auto-estigmatización (López et al., 2008).

El estigma público tiene consecuencias negativas para los estigmatizados, tales como disminución de la calidad de vida y la salud mental, y también restringidas oportunidades de empleo, educación, vivienda, relaciones sociales y funciones comunitarias (Major & O'Brien, 2005; Steele, 1997).

El empleo por su parte, se liga de manera compleja con el estigma estructural, ya que se ha demostrado, por ejemplo, que las prácticas de contratación efectuadas por los empleadores, discriminarían por el hecho de dificultar contratar a personas con algún diagnóstico de trastorno mental (Bradford & Clark, 2010; Jackson, 2015). Esta

repercusión del estigma resulta ser muy relevante, ya que el empleo ha sido significativamente relacionado con la recuperación de las personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico. No sólo es una métrica para medir la reinserción social, sino que a menudo es vista como esencial para la recuperación, para que un sujeto se capacite y viva una vida más plena (Peckham & Muller, 1998).

Adicionalmente, las consecuencias en el empleo generan un impacto económico tanto para la propia persona, ya que se le impide o dificulta producir ingresos de manera autónoma, como para la sociedad en general, ya que se deben cubrir mayores cantidades de pagos por beneficios sociales (Sharac, Mccrone, Clement & Thornicroft, 2009).

Referido al acceso a vivienda, este es un aspecto que también se ve coartado en las personas con TMG, producto de las creencias sobre la falta de autonomía de las personas diagnosticadas, los prejuicios de peligrosidad que llevan a querer tomar mayor distancia social y rechazo a la proximidad con una persona con un TMG, junto con la mayor dificultad para poder contar con oportunidades de empleo y por ende, dinero para poder optar a conseguir y mantener un hogar digno (Corrigan, 1998).

Con respecto a educación y continuidad de estudios, ocurre algo similar, pues producto del estigma, las personas con diagnóstico también pueden ver limitadas sus oportunidades de poder explorar su faceta intelectual y/o académica (Dickerson et al., 2002).

En cuanto a la calidad de las redes sociales en las personas con un TMG, se ha encontrado que es un aspecto que se ve interferido y existe evidencia que documenta la disminución de las redes sociales (Jackson, 2015; Mascayano, Tapia, Castro, Mena & Machego, 2015). En general, las personas con un TMG y sus familias se encuentran más aisladas socialmente que el resto, y, a menudo cuentan con redes más pequeñas conformadas principalmente por miembros de la familia (Cresswell, Kuipers & Power, 1992; Palumbo, Volpe, Matanov, Priebe & Giacco, 2015). Además de la disminución del tamaño de la red social, la calidad de las conexiones interpersonales existentes, también parece verse afectada negativamente. Las personas con esquizofrenia tienden a

tener menos relaciones íntimas, menos miembros funcionales en sus redes y relaciones más desequilibradas en términos de reciprocidad (Jackson, 2015).

El estigma además de influir en las relaciones interpersonales, se ha documentado que también afecta la vida sexual y reproductiva. El estigma lleva tanto a la población general como a familiares, pero también a los equipos de salud, a asumir actitudes que se traducen en conductas como trato infantil y desestimación de sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual reproduce la estigmatización e influye en su autopercepción, pudiendo afectar la autoestima y las creencias sobre sí mismo, impidiendo la total expresión de su sexualidad. Con lo anterior, se aumentan las probabilidades de que se dificulte el establecimiento de relaciones íntimas (López et al., 2008).

Como se puede apreciar, la restricción de derechos de las personas con un TMG se produce de manera global. Sin embargo, una de las áreas donde resulta más llamativa, es la de los derechos sociales, implicando el acceso a recursos sociales, servicios públicos o la participación social (Aretio, 2009).

El auto-estigma por su parte, genera en la persona estigmatizada una baja autoestima y baja autoeficacia, lo cual se asocia con una desmoralización personal y debilitamiento de la confianza hacia el logro de objetivos propios. Lo anterior podría conducir a una conducta de auto-discriminación; la persona se ve incapaz de buscar trabajo, conseguir vivienda, lograr una vida independiente, establecer relaciones significativas u otras oportunidades sociales (Corrigan & Watson, 2002; Perlick et al., 2001; Rüsçh et al., 2005).

En una revisión sistemática de estudios sobre estigma internalizado, se encontraron correlaciones con bajos niveles de: autoestima, empoderamiento, auto-eficacia, calidad de vida, gravedad de los síntomas, adherencia al tratamiento y apoyo social en las personas estigmatizadas (Livingston & Boyd, 2010). Adicional a lo anterior, se ha encontrado que el estigma (experimentado y percibido) se asocia con vergüenza interna, malestar emocional y mala recuperación en la psicosis (Wood, Byrne, Burke, Enache & Morrison, 2017). Con respecto a las personas con diagnóstico de esquizofrenia, al estudiar la auto-percepción de estigma social se ha encontrado que el ser vistos por su

entorno como peligrosos, los sentimientos de culpa, la pérdida de roles sociales y el miedo al rechazo, son los aspectos que más les afligen (Ochoa, et al. 2011).

Otra preocupante repercusión del estigma es que incrementa el riesgo de comportamientos suicidas. Se ha evidenciado que las personas con estigma internalizado realizan más intentos de suicidio y que la tasa de suicidio es mayor en aquellos con mayor estigma percibido (Campo-Arias & Herazo, 2015). Se ha encontrado también que tanto el estigma percibido como el estigma experimentado se asocian significativamente con un aumento de los síntomas depresivos (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997).

En conclusión, las consecuencias del proceso de estigmatización son amplias y diversas, y afectan a la totalidad de las áreas de la persona con diagnóstico de trastorno mental y su entorno próximo (Aretio, 2009).

7. Consecuencias del estigma en salud

El hecho de ser receptor de estigma, a la vez que produce pérdida de actividades vocacionales y de ocio, puede afectar también el acceso a los servicios de salud y, por ende, puede reforzar los problemas de salud que ya existen (Sharac et al., 2009). El estigma hacia los trastornos mentales, ha sido identificado como una de las principales barreras para la recuperación y reinserción social de las personas con trastornos psiquiátricos graves y crónicos como por ejemplo, la esquizofrenia (Corrigan, 2004; Vogel, Wade, & Haake, 2006).

En distintas culturas se ha encontrado que el estigma es una barrera para buscar tratamiento y posteriormente para adherir al mismo, en gran parte debido a la vergüenza de acudir a clínicas de salud mental y estar recibiendo tratamiento de salud mental (Assefa, Shibre, Asher, & Fekadu, 2012; Rüsche, Angermeyer, & Corrigan, 2005).

El estigma que presentan las personas etiquetadas por otros como “enfermos mentales”, impacta en la búsqueda de ayuda, disminuyéndola en la medida que esta conduce a la evitación de la etiqueta. Las personas intentan evitar la pérdida injusta de oportunidades que viene ligada a las etiquetas de estigmatización, llevándoles a optar

por no ir en búsqueda de atención médica o psicológica, o evitando interactuar con proveedores de salud mental, con quienes está asociado el prejuicio (Corrigan, 2004). Ésta consecuencia se ha conocido alternativamente como “estigma de tratamiento”, que incluye el prejuicio dirigido hacia una persona que recibe servicios de salud mental (Vogel, Wade & Hackler, 2007; Zartaloudi & Madianos, 2010).

En general, existe concordancia sobre los efectos de la auto-exclusión y su condición de barrera a la atención en salud. Se sabe que posterga la búsqueda de atención y genera un patrón de demanda por servicios de emergencia u hospitalarios que conduce a un aumento del costo por sobre utilización de tales servicios. Adicionalmente, el estigma lleva en muchos casos a la deserción del tratamiento, con consecuentes agravaciones psicóticas y, en última instancia, como ya se ha indicado puede llevar también a suicidios (Acuña & Bolis, 2005).

Existen datos que avalan una asociación entre el estigma público percibido, como predictor del auto-estigma. Este último a su vez, predice las actitudes hacia la búsqueda de atención y la disposición a buscar consejería para hacer frente a las preocupaciones psicológicas e interpersonales. Si bien tal asociación se presentó para ambos sexos, la relación era más fuerte para los hombres que para las mujeres (Vogel et al., 2007). Esto puede deberse a que los roles de género tradicionales, llevan a la sociedad a considerar la búsqueda de ayuda como algo que no se supone que los hombres necesitan y, por lo tanto, los estigmatizan en mayor grado que las mujeres por efectuar tal acción, lo cual al ser interiorizado como un “fracaso” del rol masculino tradicional, repercute sobre la autoestima de los hombres (Vogel et al., 2006).

En el caso particular de las mujeres, suele ser anulada su salud sexual y reproductiva, principalmente a través de que son consideradas como incapaces de tener y/o cuidar hijos, lo que lleva en muchas ocasiones a que sean esterilizadas. Es así, como no se legitima su autonomía a la hora de hacer una planificación familiar (Gomes et al., 2009).

Relacionado con lo anterior, si bien se ha documentado que las personas con un TMG declaran mantener una vida sexual activa y/o mostrar interés con respecto al tema, desde su entorno se dificulta que expresen necesidad de información respecto a su desarrollo

sexual. Existe escaso acceso al conocimiento de métodos anticonceptivos, a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y a la disfunción sexual producida por el consumo de fármacos (Gomes, Ferreira & De Almeida, 2009).

Con respecto a efectos del auto-estigma que repercuten en aspectos de salud, Livingston y Boyd (2010) encontraron que los niveles más altos de estigma internalizado se asociaron con una peor adherencia al tratamiento y mayor gravedad de síntomas psiquiátricos, incluyendo depresión y ansiedad.

Debido a que los factores mencionados pueden obstruir los objetivos de recuperación y bienestar e inhibir a los individuos de buscar servicios y tratamientos adecuados, el estigma internalizado se considera un factor de riesgo individual en la esquizofrenia. Por lo tanto, la abundancia de correlatos psicosociales que reafirmen el estigma, se presenta como un complejo cuadro para quienes poseen un diagnóstico de trastorno mental y que tienen altos niveles de estigma internalizado (Park, 2014).

Adicionalmente, se ha investigado que las personas con diagnóstico de trastorno mental presentan también mayores deterioros en su salud física (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013) y frente a esto, una posible explicación puede ser que el estigma internalizado plantee un riesgo adicional de deterioro de la salud al dañar la autoeficacia para involucrarse en comportamientos que promueven la salud (Pearl, Puhl & Dovidio, 2015) y potencialmente actúe como un factor de estrés crónico que puede aumentar el riesgo por ejemplo, de enfermedades cardiovasculares (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013).

En este sentido, es preciso señalar una de las consecuencias más nefastas del estigma en salud y que implica a los funcionarios de salud, quienes suelen atribuir de manera excesiva los malestares físicos de los usuarios, a aspectos psicológicos y/o asociados al diagnóstico psiquiátrico. Lo anterior lleva a que se efectúen menos pruebas físicas, dado que no se les percibe como una persona completa, puesto que el trastorno mental suele cubrir o eclipsar otro tipo de diagnósticos. Esto también puede figurar como una posible explicación para las mayores tasas de morbi-mortalidad existentes en esta población específica (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013).

Como la búsqueda de atención comienza cuando una persona experimenta un estado físico, emocional o interpersonal inquietante, que se percibe como problemático y que necesita de atención, las distintas formas de etiquetar el problema (como por ejemplo "estrés", "enfermedad psiquiátrica" o "desafío de salud mental") llevan a la persona a buscar atención en el amplio sistema de servicios de salud mental. Es por lo anterior que el etiquetado cumple un importante rol, ya que con éste se señala a través de palabras, el diagnóstico que se le asigna al usuario, lo cual será muy importante para promover o inhibir la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, un estudiante universitario que esté iniciando algún trastorno mental, puede postergar un tratamiento o asesoría por miedo a la etiqueta de "enfermedad psiquiátrica", pero puede estar dispuesto a buscar "consejo" para afrontar un "desafío de salud mental" (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). Otro aspecto a considerar es la divulgación del diagnóstico, ya que ha demostrado ser una de las principales preocupaciones para las personas que presentan algún problema de salud mental (Henderson et al., 2013).

La determinación de buscar atención también está influenciada por la percepción de los costos y beneficios de las opciones de tratamiento (Clement et al., 2015); para estas percepciones, el estigma influirá a través de sus diversas formas (Bathje & Pryor, 2011; Clement et al., 2015). Dentro de los costos, se incluye la estigmatización de las etiquetas que surgen por el tratamiento y que implican auto-estigma y pueden gatillar sentimientos de vergüenza. Es probable que las personas avancen en sus tratamientos, cuando los beneficios parezcan superar los costos, y es probable que el hecho de que exista una minimización del estigma hacia los trastornos mentales, opere en favor de tales avances (Corrigan et al., 2014).

El hecho de contar con una etiqueta de trastorno mental, gatilla efectos en el entorno, que repercuten en acciones de la persona con diagnóstico; dentro de ellas se encuentra el hecho de tener una actitud desfavorable hacia los medicamentos, ya que estos pueden producir efectos secundarios visibles (por ejemplo, signos extrapiramidales como postura, equilibrio), lo que "marcará" a la persona como portadora de un trastorno mental, incluso más de lo que lo harían los síntomas originales del trastorno por sí solos.

Los gobiernos en ocasiones apoyan el uso de tratamientos más económicos pese a que los efectos secundarios sean profundamente perturbadores o dolorosos. Sin embargo, los médicos aceptan estas políticas, aunque claramente está dentro de su deber luchar contra este tipo de regulaciones y asegurar que los usuarios reciban un tratamiento de buena calidad, lo que a menudo no es la opción más barata (Sartorius, 2002).

Por otra parte, se puede decir que es particularmente importante estudiar el estigma internalizado en un entorno hospitalario (hospitalización, hospitalización parcial o programa ambulatorio intensivo, en contraste con los programas ambulatorios que proporcionan un nivel de atención menos intensivo), ya que este escenario presenta riesgos y oportunidades únicas (Pearl, Forgeard, Rifkin, Beard & Björgvinsson, 2016). La participación en los programas que se ofrecen en los contextos hospitalarios típicamente ocurren cuando existen síntomas de alta agudeza, lo que puede aumentar la vulnerabilidad al pensamiento autocrítico o de auto-desprecio (Luyten et al., 2007). El hecho de ingresar a un programa hospitalario, también puede activar agudamente los estereotipos y creencias estigmatizantes sobre los trastornos mentales (por ejemplo creencias de debilidad al no poder sobrellevar de manera autónoma el problema) y por otro lado, la participación en programas hospitalarios podría ser útil para focalizar estrategias sobre el estigma internalizado entre los usuarios, debido a la práctica común de efectuar tratamientos en grupo (Houvenagle, 2015, citado en Pearl et al., 2016).

El estigma como barrera de acceso para servicios de salud mental, se materializa a través de la reducción de solicitud de atención de parte de las personas con trastornos mentales, la escasa cantidad de recursos asignados a salud mental y el proceso sistemático de debilitamiento de las personas que los padecen (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014).

Por un lado, las personas que cuentan con el diagnóstico, interiorizan culpa y vergüenza por los síntomas asociados y, por el otro, incluyendo las repercusiones derivadas del estigma estructural, carecen de poder político y, en consecuencia, no abogan por sus derechos, pues se encuentran excluidos de la agenda socio-política y con ello perciben como si no merecieran que se invierta en su bienestar. Como resultado de

ello, lo que se percibe es que la salud mental pública es un tópico de poca importancia y escaso interés para la inversión de recursos públicos y privados (Campo-Arias et al., 2014). Es así como el estigma en salud mental también se perpetra mediante el olvido y desinterés de los actores ejecutivos y legislativos que ignoran el componente mental en la mayoría de los programas, planes y sistemas de salud (Burns, 2009).

8. Estigma en funcionarios de salud

Tanto el público en general como los profesionales de la salud tienen a menudo actitudes negativas hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental (Nordt, Rössler & Lauber, 2006; Sartorius, 2002) y, por ende, una vez que se conoce que una persona tiene un diagnóstico, su comportamiento tenderá a ir hacia ellos acorde a sus actitudes (Sartorius, 2002). Los proveedores de servicios de salud mental desempeñan un papel clave en la disminución del estigma en la provisión de atención médica (Harangozo et al., 2014) y en los resultados que alcancen los usuarios (Horsfall, Cleary & Hunt, 2010).

Entre los profesionales de la salud mental, las creencias estereotipadas acerca de las personas diagnosticadas con un TMG, pueden invocar sentimientos de frustración, desamparo o desesperanza, los cuales son inútiles y potencialmente incapacitantes o angustiantes tanto para ellos como funcionarios de salud, como para los propios usuarios (Emrich, Thompson & Moore, 2003).

Es así como al interior de los servicios de salud se reproduce el estigma por parte de los propios profesionales, llegando en ocasiones incluso a niveles relativamente altos (Li, Li, Thornicroft & Huang, 2014), principalmente a través de actitudes paternalistas y/o excesivamente compasivas; al mismo tiempo que también se ha documentado que se genera estigma hacia el sector geográfico en que se encuentran los establecimientos de salud (Cazzaniga & Suso, 2015).

Se ha visto que intervenciones coercitivas, es decir que reprimen los derechos de los usuarios y que pueden manifestarse a través de ingresos hospitalarios involuntarios o hacer uso de tratamientos sin que el usuario se le informe de buena manera al respecto

(Horfal, 2002), pueden ser entendidas como una expresión de paternalismo en el campo de la salud mental (Szmukler & Appelbaum, 2008). Lo anterior, se basa en que para ejecutar acciones de coerción deben existir los siguientes estereotipos hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico, los cuales ha sido sintetizados en las siguientes tres premisas: 1. Incompetencia: que alude a la creencia de que los usuarios de salud mental, dada la naturaleza de su diagnóstico, carecen de la capacidad de tomar acuerdos y decisiones sobre su tratamiento, por lo que serían incapaces de elegir lo que es beneficioso para ellos y requerirían de que otros decidan por ellos; 2. Peligrosidad: que implica la creencia de que las personas con TMG son potencialmente peligrosas, y por ello deben ser intervenidas de manera coercitiva, como una forma de proteger de eventuales daños tanto al propio sujeto como a su entorno; 3. Deterioro: premisa que lleva a creer que el diagnóstico de los usuarios deteriora a tal punto sus funciones psicosociales, que no les sería posible tomar decisiones realistas sobre sí mismos, por lo que la intervención coercitiva sería necesaria para proporcionarles un óptimo tratamiento (Seo, Hyun & Rhee, 2011).

Por otra parte, se ha visto también que existen profesionales de salud que sugieren una legislación separada para las personas con diagnóstico de trastorno mental, lo que se recomienda a modo de protección para algunos; sin embargo, no se toma conciencia sobre los efectos que tal acción podría tener en todos los demás usuarios. Lo anterior lleva a recalcar la necesidad de que el foco legislativo esté puesto en abogar por la noción de que los derechos y deberes de las personas con diagnóstico de trastorno mental no sean ejercidos solo por la etiqueta, sino que se ejerzan según su comportamiento y capacidades, tal como es con la población en general (Sartorius, 2002).

8.1. Mirada desde funcionarios.

Resulta importante exponer el estigma presente desde los funcionarios que trabajan en salud mental, pues se sabe que pueden ser menos optimistas acerca de los resultados que se alcancen con las personas con problemas de salud mental a largo plazo y se

conoce también que la forma en que ellos trabajan con los usuarios, puede tener un efecto importante en su recuperación (Cárcamo et al., 2015; Horsfall, Cleary & Hunt, 2010). Una explicación al pesimismo de algunos proveedores de salud hacia la recuperación de los usuarios se asocia con un sentimiento de impotencia que los lleva a creer que "lo que hacen no importa" (Knaak & Patten, 2016).

El hecho de tender a tener expectativas bajas hacia los usuarios con trastornos mentales severos y sus oportunidades en el mercado de trabajo, también es algo que ocurre dentro de los contextos de salud. Esto se presentó a través de tres temas principales extraídos en base al análisis de datos de grupos focales realizados entre profesionales de salud mental, ellos fueron: 1. Ver a los usuarios de servicios de Salud Mental como vulnerables y no preparados para el empleo, con el descubrimiento de la propia falta de creencias sobre el potencial vocacional de los usuarios como una barrera latente; 2. Colocar "escalones" en actividades de la vida cotidiana, de forma que los usuarios pueden ser trasladados a la comunidad asumiendo nuevas responsabilidades, pero por medio de la asistencia constante del profesional, lo cual no promueve el empoderamiento; y 3. Mostrar escepticismo hacia la competencia de los funcionarios en programas de rehabilitación vocacional (Kinn, Holgersen, Borg & Davidson, 2016).

La estigmatización desde los proveedores de salud se encuentra, al menos en parte, relacionada con la tendencia a "ver el diagnóstico por delante de la persona", lo que puede contribuir a las acciones de no usar lenguaje en primera persona y/o una tendencia a involucrarse en comportamientos que pueden ser experimentados por los usuarios como despectivos o degradantes (Hamilton et al., 2016).

Se ha estudiado también como es que la participación de los usuarios es entendida por los profesionales de salud mental que interactúan con ellos, encontrándose que, en general, el papel pasivo tradicional de "paciente" se mantiene y continúa de cierto modo marginándolos, pese a que en la actualidad se hacen esfuerzos por lograr que la actitud del personal de salud esté orientada a favor de los usuarios y su recuperación. No obstante, lo anterior no debe ser considerado como falta de voluntad por parte de los profesionales, sino más bien como una manifestación de una lógica en la cual la

participación de los usuarios en contextos de atención en salud mental es principalmente entendida como el hecho de hacerse parte de las actividades terapéuticas u otras actividades de tratamiento previamente establecidas en los dispositivos de salud (asistir a terapia y talleres, tomar la medicación, entre otras), en desmedro de la participación de los usuarios en la toma de decisiones sobre su tratamiento y recuperación, la cual es desplazada a un segundo plano, lo que refuerza una visión que coarta la autonomía de las personas con algún diagnóstico psiquiátrico y por ende, dificulta su recuperación (Mathisen, Fagerheim, Obstfelder & Måseide, 2016).

En cuanto al estigma en profesionales de salud mental, en general, los resultados de los estudios sugieren que los profesionales médicos ejercen una serie de actitudes hacia los individuos con un diagnóstico psiquiátrico similares a las que tienen el público en general. Los estudiantes de medicina, en comparación a profesionales como médicos o enfermeros, son quienes presentan el nivel más alto de actitudes estigmatizantes, tales como suposiciones de peligrosidad e impredecibilidad y deseo de distancia social. Adicionalmente, existen datos acerca de que los estudiantes de medicina y médicos concuerdan en que los usuarios con trastornos psiquiátricos “no son fáciles”, pero se sabe también que mientras más aprenden sobre el tema menos estigmatizan (Fabrega, 1995, citado en Gray, 2002).

Los enfermeros por su parte, son quienes muestran la menor cantidad de deseo de distancia social, lo cual se podría explicar debido a que en el ejercicio de la enfermería, el contacto y cercanía física con los usuarios suele ser más común que en otras profesiones (Serafini et al., 2011).

La estigmatización desde enfermeros hacia usuarios es diferente según el contexto en el que trabajan; los que se desenvuelven en el área comunitaria presentan una menor estigmatización que quienes lo hacen en contextos de hospitalización. Estos últimos presentarían actitudes socialmente más restrictivas, que indican sentimientos acerca de que los individuos con diagnóstico de esquizofrenia son peligrosos y deberían ser evitados (Linden & Kavanagh, 2012).

Psiquiatras por su parte, junto a otros profesionales de la salud mental, también estigmatizan a los usuarios de otras maneras, por ejemplo, solicitando vacaciones más prolongadas y un salario más elevado que otros médicos por el hecho de tener que trabajar con personas peligrosas, a la vez que se argumenta que un trastorno mental no difiere de enfermedades de tipo físico (Sartorius, 2002).

Con respecto a las actitudes de psiquiatras, en Brasil se realizó un estudio con 1.414 profesionales de área, que buscaba establecer perfiles con respecto al estigma hacia la esquizofrenia, identificándose tres perfiles. El primero de ellos incluye a los sujetos "no estigmatizadores" (23.8%) que fueron caracterizados como los individuos que percibían la esquizofrenia de una manera más positiva, discrepaban con las restricciones hacia los usuarios y mostraron un bajo nivel de distancia social. El segundo perfil estaba conformado por los sujetos con "estigma discreto" (33.3%), quienes fueron significativamente más jóvenes que el grupo anterior y mostraron un nivel más bajo de distancia social, aunque la mayoría de ellos estuvo de acuerdo con la internación involuntaria y demostraron un alto nivel de prejuicios percibidos. El perfil número tres "gran estigma" (42.8%) estereotiparon negativamente a los individuos con esquizofrenia, concordaron con las restricciones hacia usuarios y obtuvieron el puntaje más alto en las dimensiones de prejuicio y distancia social. En comparación con los dos primeros perfiles, este último comprendía un número significativamente mayor de individuos, dentro del cual se incluían psiquiatras que tenían contacto frecuente con algún familiar que sufría un trastorno mental, como aquellos que no tenían un miembro con esas características en su familia (Loch et al., 2013)

Por otra parte, se ha comparado a profesionales de la salud con comunidad general y los resultados indican que las actitudes estigmatizantes fueron comparables en cuanto a distancia social y a los estereotipos de "peligrosos/impredecibles". Adicionalmente, hubo variables que se asociaron con puntuaciones más altas en estigma entre los profesionales de la salud; tales fueron: el sexo (ser mujer), la edad (mayores dentro de la muestra) y el ser médico general (Reavley, Mackinnon, Morgan & Jorm, 2014).

Otro aspecto que figura como repercusión del estigma en salud es la estigmatización hacia los propios trastornos mentales que se percibe entre los profesionales. En el caso de la profesión médica, esta se promueve y mantiene con acciones como no fomentar que se priorice la propia salud del profesional. Lo anterior puede llevar a negar la existencia de problemas de salud personales, a mantener ensimismadas sus preocupaciones de salud mental o compartirlas exclusivamente entre colegas, y a tratarlas por su propia cuenta. Además, los sistemas de atención de salud, y el entorno en general, suelen responder a un trastorno mental de algún profesional de manera punitiva, caricaturizándolo o induciéndole a no tomar tratamiento (Wallace, 2010).

Con respecto a este tema, Wallace (2010) lo ejemplifica de la siguiente manera:

Si mis colegas supieran que yo soy bipolar, temo que nunca más me tomarían en serio, que sería visto como el "médico dañado" que, al manifestar una muestra de pasión o emoción, sería visto como un episodio. Mi credibilidad duramente ganada se perdería. Mi derecho a expresar incluso la ira normal o irritabilidad, la felicidad o mi sentido del humor efervescente se sospecharía como patológico. Perdería el derecho, incluso, a tener un mal día. (p.3)

Para concluir, es preciso reflexionar con respecto a la necesidad de la existencia de una cultura organizacional que promueva la salud y el bienestar del personal, junto con comprometerse a combatir el estigma presente en la atención hacia los usuarios, ya que es probable que tenga un impacto positivo tanto sobre la seguridad e integridad del personal y los usuarios, así como también en aspectos económicos. El hecho de abordar el problema de la estigmatización desde una perspectiva de cultura organizacional y una perspectiva de calidad de la atención (desarrollando e implementando mediciones y metas relevantes de reducción del estigma en salud y mejorando estándares de acreditación), sería una manera efectiva de enfocarse en los componentes personales e interpersonales del estigma descritos anteriormente y también permitiría comenzar a abordar los aspectos estructurales del estigma incorporados en el sistema de salud (Knaak, Mantler, & Szeto, 2017).

8.2. Mirada desde usuarios.

En una revisión de la literatura asociada con estigma, aquel relacionado con la atención en salud mental representó casi un cuarto (22,3%) de todas las experiencias de estigma reportadas (Schulze, 2007). Las personas que vivencian un diagnóstico de trastorno mental, suelen mencionar el hecho de sentirse devaluadas, rechazadas y deshumanizadas por muchos de los profesionales de la salud con quienes entran en contacto. Las principales repercusiones de tales hechos incluyen el sentirse excluidos de las decisiones que se toman sobre su salud, recibir amenazas de tipo sutil o manifiestas sobre tratamiento coercitivo, esperar demasiado a los profesionales cuando buscan ayuda, recibir información insuficiente sobre la condición que les aqueja o las opciones de tratamiento, ser tratados de manera paternalista o humillante, recibir información de que nunca se pondrá bien, y presenciar a profesionales usando un lenguaje estigmatizante (Hamilton et al., 2016).

Los usuarios describen de manera similar tanto la falta de apoyo del sistema de salud mental general, como de los individuos que trabajan dentro de él. Se han mencionado aspectos que llevan a no poder acceder a un tratamiento apropiado y oportuno, tales como la falta de servicios fuera de horarios de trabajo, el desempeño inapropiado de servicios especializados y los largos tiempos de espera para acceder a terapia. A menudo esto es reconocido como producto de las presiones financieras ejercidas sobre los servicios de salud, reflejando una distinción entre la discriminación que se basa en el sistema (estructural) y el estigma interpersonal (Hamilton et al., 2016).

La "sobrepotección" por su parte, es una forma distinta de comportamiento discriminatorio en la que los profesionales de la salud mental buscan tomar decisiones por sobre el individuo, en el sentido de ir más allá que brindar apoyo y asesoramiento para la toma de decisiones, generando sentimientos de intrusión en los usuarios (Hamilton et al., 2016).

Si bien también existen buenas experiencias de usuarios de servicios de salud mental, la omnipresencia con la que se informan interacciones negativas sugiere que el problema no está aislado en unos pocos proveedores insensibles, sino que es de naturaleza más

sistémica, en el sentido de que es un problema con respecto a cómo la cultura de la salud prioriza y percibe a las personas con trastorno mental (Abbeyet al., 2011; Schulze, 2007). Dada la ya mencionada naturaleza sistémica del fenómeno, también existe un estigma que pesa sobre los profesionales de salud mental. En aquellas unidades en las que se reporta una mayor percepción de estigma hacia ellos, existen también repercusiones sobre los usuarios, quienes reportan experimentar a su vez, más auto-estigma y menos satisfacción con los servicios recibidos (Verhaeghe & Bracke, 2012).

En una revisión de literatura se encontró que en cuanto a su relación con los profesionales de la salud mental, los usuarios reportan sentirse estigmatizados por la falta de interés en su persona y por la historia de su problema de salud mental. Expresando la sensación general de que perciben como si sólo existiese un tratamiento psiquiátrico estándar aplicado a todos, el cual consiste principalmente en experimentar con el tipo y dosis de fármacos; se criticó también que un diagnóstico psiquiátrico se da a menudo con un pronóstico negativo, dando énfasis en la cronicidad (“estarás enfermo por el resto de tu vida”). Estas declaraciones fueron percibidas por los usuarios como desalentadoras y como una forma de ser reducidos exclusivamente a los síntomas que se asocian a su diagnóstico. Además, los familiares señalan que durante tratamientos en el hospital los usuarios no recibían la atención personal que necesitaban, y que existía un anhelo por recibir contactos personales con alguien más que no fuesen solo sus compañeros (usuarios), mientras que la percepción sobre los médicos y enfermeras es que estaban más bien enfocados en trabajar por mantener el control y el dominio (Schulze, 2007).

Parece haber un cambio en un período de 10 años (1997 a 2007/2008) según los informes sobre las actitudes percibidas de parte de los profesionales. Han disminuido los abusos abiertos registrados en 1997 en comparación a 2007/2008, pero las vulneraciones han cambiado hacia actitudes más implícitas, como ser despectivo con los usuarios y descuidar sus necesidades de manera pasiva (Lyons, Hopley & Horrocks, 2009).

En contextos residenciales, los usuarios consideran que su dignidad y respeto se ven comprometidos por: 1. No ser "escuchados" o tomados en consideración por los

miembros del personal de salud; 2. La falta de participación en la toma de decisiones sobre su cuidado; 3. La falta de información sobre sus planes de tratamiento y la falta de acceso a más terapias de conversación y exclusión de compromiso terapéutico; y 4. Condiciones desfavorables del ambiente físico, junto la falta de actividades diarias para aliviar el aburrimiento (Chambers, Gallagher, Borschmann, Gillard, Turner & Kantaris, 2014).

9. Estigma en salud en Chile

En Chile, hasta hace un par de décadas, los trastornos mentales graves prácticamente obligaban a las personas que los padecían a pasar sus vidas encerradas o escondidas de la sociedad y a un tratamiento indudablemente hospitalario (Vicente, Kohn, Saldivia & Rioseco, 2005). Si bien ese paradigma ha ido evolucionando, quienes se ven afectados por este tipo de trastornos continúan siendo altamente estigmatizados y discriminados por la sociedad, incluidos los contextos de salud (Díaz, 2007).

Con respecto a la percepción de cuidado otorgado por parte de los profesionales y servicios de salud, los cuidadores de las personas con trastorno mental suelen quejarse del rechazo recibido desde atención primaria, el trato poco personalizado y el lenguaje demasiado técnico de los especialistas en salud mental, el rechazo de parte de los servicios de urgencias y la falta de provisión de medicación gratuita y/o de servicios comunitarios otorgados por parte del gobierno. Otro mecanismo gubernamental que presenta falencias, según los cuidadores, es la escasez de información y educación acerca de los trastornos mentales, tanto a nivel de población general como con respecto a cómo abordar temas específicos en los usuarios, por ejemplo, aquellos relacionados con la sexualidad (Wagner, Runte, Torres-González & King, 2011).

En relación al tema de derechos sexuales y reproductivos (DD.SS.RR.), la legislación actual no es suficiente para asegurar su pleno ejercicio, sobre todo cuando se habla de personas con algún tipo de diagnóstico de trastorno mental. No obstante, un avance en este aspecto es la Ley 20.422 que establece que el Estado deberá tomar las medidas necesarias que aseguren a las mujeres con discapacidad y personas con “discapacidad

mental” (psíquica o intelectual) el goce y ejercicio pleno de sus derechos en igualdad con respecto a los demás, con énfasis en lo que respecta a la dignidad, derecho a formar o ser parte de una familia, su sexualidad y su salud reproductiva (Ley N°20.422, 2010).

Una investigación sobre el tema en Chile, ha evidenciado la existencia de dos discursos dominantes en nuestra cultura: el biomédico y el patriarcal. Ambos reproducen relaciones de opresión hacia las usuarias, replicando una visión estigmatizadora de ellas que se asocia al riesgo-vulnerabilidad-dependencia bajo la etiqueta diagnóstica y su género. Lo anterior permea distintos ámbitos, como los marcos jurídicos, las instituciones en salud mental y sus diferentes actores, permitiendo así a la institución médica el poder coartar el libre e íntegro desarrollo sexual y reproductivo de las usuarias (Cárdenas et al., 2017).

Por otra parte, relacionada con una de las quejas mencionadas por los cuidadores, en Chile suele darse un patrón en relación a los TMG en atención primaria en salud. Un diagnóstico psiquiátrico, en este contexto, opera como una etiqueta para profesionales médicos generales y la mayoría de las veces suele culminar en ser traducida de manera casi automática a una derivación al nivel especializado, en muchas ocasiones sin siquiera intentar un tratamiento en el nivel primario (MINSAL, 2016).

En servicios de Salud Mental del sistema público se estudió la asociación entre las variables: calidad de la atención, respeto de los derechos de los usuarios y adherencia a los tratamientos, utilizando grupos focales entre usuarios con diagnóstico de esquizofrenia que asumieron el rol de evaluador de las variables ya mencionadas. Lo anterior, permitió denotar aspectos ligados a estigma y prejuicio por parte de diferentes actores involucrados en el proceso de atención en salud.

Es así como se da una pugna entre el rol de “paciente” y el de ser partícipe de la investigación como evaluador, la que se debe a la mirada de algunos de los profesionales que discursivamente expresan prejuicios y estereotipos, muchos de los cuales también son manifestados por el propio usuario-evaluador (Minoletti, s/f).

Es necesario considerar que el sentido significativo del proceso mencionado es la posición de sujeto inserto en la trama social y relacional, la cual no es fija ni estática,

pero al estar tan arraigado el rol de usuario-paciente, esta nueva posición genera ansiedad, ambigüedad y en cierta medida confusión. Lo descrito tiende a resolverse positivamente en la relación que se estableció al interior del propio equipo de investigación, con los usuarios y familiares entrevistados y con algunos miembros de los equipos de los centros evaluados. Lo que está en juego aquí es la disolución de la posición de enfermo por una posición de persona y de ciudadano competente (Minoletti, s/f).

Al estudiar la percepción que tienen las personas con diagnóstico de TMG en cuanto a la atención en salud que reciben, se ha encontrado que se viven distintas experiencias de estigma y discriminación tanto dentro de los dispositivos de salud como fuera de estos, lo cual, sumado a experiencias de buen trato, son variables que influyen significativamente como obstaculizadores y facilitadores en el proceso de recuperación de los usuarios. De igual manera, la atención que brindan los dispositivos, el tipo de tratamiento entregado y los distintos profesionales que les atienden y de qué manera estos lo hacen, impactan tanto positiva como negativamente en el proceso de recuperación (Cárcamo et al., 2015).

Con respecto a los servicios de psiquiatría ambulatoria en Chile, las principales debilidades se concentran mayoritariamente en el tema del derecho a vivir de manera independiente y a ser incluido en la comunidad. Los aspectos más deficitarios se relacionan con la práctica habitual de los servicios de psiquiatría de entregar prestaciones “clínicas”, biomédicas y psicológicas, como sustituto de las prestaciones “comunitarias”, pese a que son éstas las que contribuyen a apoyar a las personas con diagnóstico de TMG en sus necesidades cotidianas dentro de la comunidad, como son el tener un lugar donde vivir, contar con acceso a educación y empleo, y participar en diferentes actividades (Minoletti et al., 2015).

Se ha estudiado también como se presenta el estigma en los servicios residenciales en Chile a través de la medición de la restrictividad que estos poseen hacia los usuarios, encontrándose principalmente que en estos dispositivos la variable estudiada cuenta con un nivel que limita la capacidad de los usuarios para tomar decisiones en aspectos de su

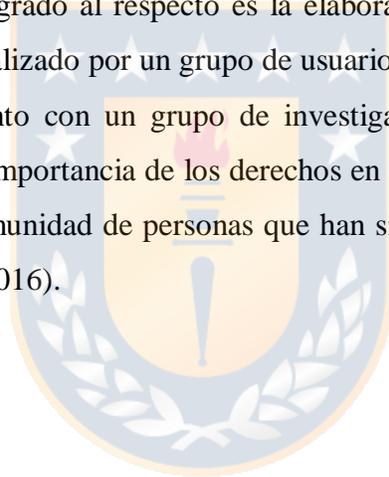
vida (por ejemplo, acciones como el manejo de los fármacos y del dinero), lo cual resulta ser un obstaculizador del empoderamiento y la participación de las personas en la comunidad. Lo anterior deja entrever el estigma aún existente basado en los estereotipos que se asocian a un diagnóstico de TMG, lo que impide considerar a quienes lo poseen, como personas capaces de autorregularse y decidir respecto a su propia vida (Grandón, Bustos, Cova & Tapia, 2015).

En cuanto al estigma estructural en Chile, éste se puede apreciar a través de las bajas cifras del presupuesto público destinado a salud mental, el cual en el año 2012 fue de 2,16%, cifra que es muy similar a la que se destinaba en el año 2004 (2,14%). No obstante, el porcentaje del presupuesto asignado a salud podría estimarse solamente en 1,71% si se tiene en consideración que existe un porcentaje destinado al tratamiento específico de problemas de alcohol y drogas, el cual es aportado directamente a los Servicios de Salud y a aquellos prestadores privados supervisados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el cual es dependiente del Ministerio del Interior (MINSAL, 2014).

Por otra parte, debido a la existencia de estigma hacia los TMG y sus ya mencionadas consecuencias, en Concepción se ha llevado a cabo un trabajo asociativo entre profesionales de la salud mental y diferentes actores locales, con el fin de organizar anualmente las Jornadas “anti-estigma” junto al centro de rehabilitación diurno “Luz de Luna”, donde el objetivo fue generar un espacio de reflexión, debate y de compartir experiencias sobre cómo combatir el estigma y resguardar los derechos de las personas en salud mental. Los efectos producidos por estas instancias incluyen principalmente tres ejes: 1. Generación de documentos para combatir la discriminación y el estigma y promover los derechos en salud mental; 2. Generación de nuevas instancias de promoción de derechos en salud mental; 3. Generación de alianzas estratégicas con redes de organizaciones locales a favor de la disminución del estigma y defensa de los derechos de las personas en salud mental (Grandón, Dresdner, Sanhueza & Vaccari, 2016).

Otro aspecto importante a considerar en el país es que, producto de la existencia de vulneraciones históricas a los derechos de las personas con trastornos mentales, en la actualidad se ha levantado un movimiento social que abre la posibilidad de comenzar un proceso de crítica sostenida hacia el sistema de salud mental en Chile. Es así como, en este contexto, surgen las instancias de marcha por el “orgullo loco”, las cuales buscan reivindicar el concepto de locura, dotándolo de una visión menos estigmatizante. Tales instancias ya han sido efectuadas durante los años 2015, 2016 y 2017, convocadas por los colectivos “Autogestión Libre-Mente” y “Locos por Nuestros Derechos” (Cea, 2016).

Un hito relevante logrado al respecto es la elaboración del Manual de Derechos en Salud Mental (2016) realizado por un grupo de usuarios y ex usuarios de los servicios de salud mental en conjunto con un grupo de investigadores. Este material integra una mirada global sobre la importancia de los derechos en el campo de la salud mental desde la perspectiva de la comunidad de personas que han sido receptores de atención en este ámbito en Chile (Cea, 2016).



IV. Método

1. Tipo de estudio y diseño de investigación

La presente investigación se situó desde el paradigma construccionista, pues ello permitió considerar las realidades como construidas y co-construidas de manera local y específica, junto con poder entender la relación entre investigador-investigado con un carácter transaccional/subjetivista, donde los hallazgos fueron co-creados (Guba & Lincoln, 1994). Se escogió este paradigma, ya que permitió explorar y comprender cómo se manifiesta el fenómeno del estigma en el contexto de salud mental considerando los distintos factores presentes en la interacción social.

El estudio fue transversal, descriptivo e interpretativo y tuvo un diseño de investigación cualitativa con enfoque etnográfico. Tal enfoque propició la descripción y análisis de ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas compartidas en un grupo particular (Patton, 2002, citado en Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Esta perspectiva también se utilizó porque facilita la comprensión de los fenómenos sociales desde la mirada de los propios sujetos, miembros del grupo de estudio (Guber, 2001).

2. Participantes

Los participantes del estudio fueron profesionales de salud que desempeñan funciones en salud mental, específicamente dentro de los equipos multidisciplinarios de dos COSAM y un Hospital de Día, pertenecientes a un Hospital de la Octava Región del Biobío. Como criterio de inclusión, se tuvo en consideración que todo participante ejerciera algún rol dentro de los equipos, sin considerar la antigüedad que estos llevasen trabajando. Es así como se incluyó a todos quienes trabajan en salud mental dentro de los tres dispositivos ya mencionados, lo que comprende las siguientes ocupaciones: Técnicos en Enfermería de Nivel Superior, Médico y Médicos psiquiatras, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Asistentes Sociales, personal administrativo y de seguridad.

3. Técnicas de recolección de información

Las técnicas empleadas para la recolección de información incluyeron los métodos no directivos propios de la etnografía, como la observación participante y las entrevistas de

tipo etnográfica o casual. Adicionalmente, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a cinco de los participantes.

La observación participante consiste principalmente en dos actividades: observar de manera sistemática todo lo que acontece en torno al investigador, y participar en una o varias actividades del contexto investigado (Guber, 2001). Para fines de esta investigación, la técnica mencionada se efectuó durante instancias de interacción tanto formales (por ejemplo, reuniones clínicas de cada equipo, instancias de ingreso en hospital de día, talleres y visitas domiciliarias) como situaciones cotidianas de tipo informal (por ejemplo, conversaciones casuales entre integrantes de un equipo, participar en horario de colación), dentro de cada dispositivo de salud y durante un tiempo de 3 meses, desde el 11 de Junio al 11 de Septiembre del 2018. Por otra parte, para poder percibir las dinámicas de interacción entre profesionales y usuarios, también se efectuó observación en contexto de salas de espera y dentro de Hospital de Día esto se llevó a cabo en espacios comunes de interacción, como salas de estar o salas en las cuales se llevaban a cabo talleres para usuarios.

La entrevista etnográfica, por su parte es una técnica fundamental en el trabajo de campo, donde el diálogo y la conversación generadas en torno a distintas temáticas se dan en un espacio determinado y bajo una dinámica contextual que es central (Leyton, 2016). Guber (2001) menciona que ésta se entiende como una instancia que busca y promueve la conversación con los sujetos, pero que de igual manera se orienta hacia los propios fines de la investigación.

En este estudio, la técnica mencionada junto con las entrevistas semi-estructuradas, fueron empleadas cuando se requirió de una mayor exploración sobre temas que resultaron ser relevantes para los objetivos de la investigación y que habían sido previamente observados en las interacciones sociales dadas al interior de los dispositivos de Salud Mental.

4. Instrumentos

Los instrumentos requeridos para el desarrollo de la investigación fueron tres. En primer lugar, se encuentran las pautas de observación (anexo 1), las cuales permitieron

orientar el foco hacia aquellos aspectos que pretendían ser observados en las dinámicas de interacción. Dicho instrumento, contempla la observación a nivel global del espacio físico, el lenguaje utilizado para referirse a los usuarios, jerarquías entre profesionales, tono afectivo que permeaba las interacciones, entre otros elementos observables.

En segundo lugar, el diario de campo, que fue un cuaderno de uso exclusivo por parte de la investigadora responsable y que figuró como el principal instrumento para respaldar y sustentar la observación participante, ya que permitió el registro de toda información que fuese relevante. En tercer lugar, se utilizaron guiones temáticos para las entrevistas semi-estructuradas efectuadas a los profesionales (anexo 2), los que permitieron profundizar ciertas temáticas previamente observadas. Se elaboraron dos tipos de pautas, una dirigida a un profesional de hospital de día y otra orientada a 4 profesionales de los COSAM, lo que se sustenta en el hecho de que estos dos dispositivos difieren entre sí en cuanto a su funcionamiento e infraestructura.

5. Procedimiento

Para dar respuesta a la pregunta de investigación, se estableció un procedimiento compuesto por cinco fases:

Primera fase: Contacto con dispositivos de salud mental.

El primer paso consistió en contactar vía telefónica al Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Biobío, a fin de solicitar orientación con respecto a los pasos a seguir requeridos para investigar en algún dispositivo de salud del Hospital. Posterior a recibir sus indicaciones, se procedió a contactar a la supervisora de los profesionales no médicos, con el fin de conocer de qué manera se podía acceder a presentar el proyecto a los profesionales de los distintos dispositivos (COSAM y Hospital de Día). Ante esto, el paso a seguir fue elaborar una carta dirigida a los equipos de salud y posterior a ello, asistir a una reunión ampliada donde se efectuó la presentación del proyecto.

Segunda fase: Presentación del proyecto en reunión ampliada y posterior contacto con Comité Ético Científico (CEC).

En esta fase se presentó el proyecto a los equipos de salud mental que se esperaba participasen de la investigación, dando énfasis a los objetivos de la investigación y su

metodología, brindando un espacio para la resolución de dudas que pudiesen surgir por parte de los profesionales. Posterior a la autorización desde jefatura de los dispositivos de salud, se procedió a establecer contacto con el director del Hospital por medio de carta en oficina de partes y se le solicitó que aprobara e ingresara el proyecto al CEC. Finalmente, se siguieron las indicaciones solicitadas por el comité para que el proyecto pudiese ser analizado, aprobado y luego de ello, efectuado.

Tercera fase: Inmersión en el lugar de estudio y producción de datos.

Una vez aprobado el proyecto, se re-estableció contacto con los dispositivos dispuestos a participar del estudio, concretando una reunión con los coordinadores de cada equipo y la jefatura de salud mental, en la cual se estableció que la fecha de inicio fuese el día 11 de junio de 2018. Se acordó participar como observadora en reuniones clínicas de cada equipo, talleres para usuarios, visitas domiciliarias, salas de espera y también participar de instancias de tipo informal como los horarios de colación. El tiempo destinado para el trabajo de campo por parte de la investigadora responsable, correspondió a 22 horas semanales durante 3 meses. Se distribuyeron las horas entre los tres dispositivos participantes, según los días y horarios en que era más provechoso para los objetivos de la investigación y que además fuesen instancias posibles de ser observadas de forma participativa. Inicialmente, se buscó lograr una descripción densa y minuciosa del ambiente de cada dispositivo de salud, intentando también obtener una visión más global sobre el funcionamiento general de salud mental dentro del contexto hospitalario. Lo anterior permitió la familiarización inicial con el lugar en el cual se estudió el fenómeno.

Por otra parte, dentro de esta fase de recolección de datos, se llevó metódicamente un registro de lo observado, por medio de anotaciones en el diario de campo que respaldasen cada acontecimiento que resultaba relevante para los objetivos de investigación. Esto pudo ser realizado de dos maneras: 1. De forma inmediata cuando el contexto así lo permitía, sin interferir con el normal funcionamiento de la interacción social; 2. O bien, posterior a la observación participante en sí, registrando al finalizar la jornada diaria, todos aquellos aspectos que permitían explorar el fenómeno en estudio.

Mientras transcurrió la observación participante, fue preciso acudir a la aplicación de entrevistas etnográficas y semi-estructuradas, para explorar de manera más exhaustiva ciertos temas que se asociaban al objetivo de la investigación. En esta investigación, se aplicó entrevista semi-estructurada a cinco profesionales: Una Asistente Social, un Terapeuta Ocupacional, una Psicóloga, una Técnico en Enfermería de Nivel Superior y un Psiquiatra.

La elección de estos profesionales, se basa en el interés por contar con una entrevista de al menos un representante de cada profesión que forma parte de los equipos multidisciplinares y se procuró también contar con heterogeneidad en cuanto a la antigüedad del profesional en el dispositivo.

Cuarta fase: Análisis de datos y redacción de los resultados obtenidos.

Para esta fase, se recurrió a metodología de análisis cualitativo de la información, específicamente análisis temático y de contenido. En paralelo fue necesario dar respuesta a los criterios de rigor que guían la presente investigación (credibilidad, auditabilidad y transferibilidad), para lo cual se requirió de la participación de otros profesionales que supervisen el análisis e interpretación de los datos obtenidos en el trabajo de campo.

A partir de los datos ingresados al software NVIVO, se establecieron categorías y sub-categorías de análisis, las cuales permitieron orientar la estructuración de los resultados, éstas se vincularon a aspectos teóricos que le dieran sustento a la discusión asociada.

Posteriormente y para finalizar esta fase, se procedió a redactar de manera formal aquello que se encontró durante la implementación de la investigación, para presentarlo en formato de tesis.

Quinta fase: Devolución de la información.

En este último paso del proyecto, se entregará a los dispositivos de salud partícipes del estudio, una devolución escrita y oral de la información. La devolución oral contemplará la realización de un seminario donde se compartan aquellos hallazgos relevantes obtenidos en el estudio y la participación de los asistentes será certificada por

la Universidad en el marco del proyecto Fondecyt regular N° 1171287. La devolución escrita por su parte, corresponderá a un informe en el que también se expondrán los aspectos centrales de la investigación en dos copias: una dirigida a los dispositivos de Salud participantes y otra al Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío.

6. Análisis de la información

Para analizar la información, se acudió al análisis temático o también llamado análisis de contenido cualitativo, el cual consiste en identificar de manera sistemática temas de significado en común que puedan ser agrupados en categorías y luego en temas de orden superior (Willigs, 2013). Este tipo de análisis permite reconocer y organizar patrones de significado que contienen los datos cualitativos producidos. El enfoque que se utilizó para efectuar este análisis, fue la combinación entre deductivo e inductivo, puesto que, si bien la investigación partió desde un marco conceptual que permitía hacerse una idea sobre los aspectos involucrados en el fenómeno de estigma, también existió la apertura para permitir que nuevos temas surgieran del propio análisis de los datos.

Para poder efectuar este análisis se hizo necesario construir un marco de codificación (Brown & Clarke, 2006; Willigs, 2013), que contemplara todos los aspectos que posteriormente figuraron en la descripción e interpretación del material recopilado. Se separó en: 1. Categoría principal, que consistía en los aspectos del material sobre los cuales se deseaba obtener mayor información. En otras palabras, es el tema central que se buscó explorar y 2. Sub-categorías, las cuales especificaban lo que se dice en el material con respecto a las categorías principales. Para realizar el análisis se utilizó el software cualitativo NVIVO versión 10.

Para producir las categorías de análisis, se acudió a la estrategia de triangulación de la información, lo cual se llevó a cabo a través de reuniones de frecuencia quincenal con las docentes guía y co-guía del estudio. En la misma línea, el uso de distintas técnicas de investigación, también apuntó a ampliar el alcance del estudio, existiendo recursos derivados de observación, entrevistas etnográficas y entrevistas semi-estructuradas.

7. Criterios de rigor

Es preciso mencionar que en el presente estudio se resguardaron los tres criterios de rigor para evaluar la calidad científica en investigación cualitativa propuestos por Guba y Lincoln (1981, citado en Cornejo & Salas, 2011) y que se exponen a continuación:

1. Credibilidad: Implica la recolección de información que promueve la producción de hallazgos que pueden ser reconocidos por los informantes. Esto se logró a través de la escucha activa a los participantes del estudio, reflexión sobre el proceso investigativo y establecimiento de una relación de empatía con los sujetos de investigación. Este criterio fue cubierto además por la posibilidad de confirmar ciertos datos durante la investigación, específicamente los recogidos a través de entrevistas, para lo cual estuvo la opción de volver a acudir a los propios participantes para corroborar información, donde los datos pudiesen ser reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Para resguardar los efectos de la presencia de quien investiga sobre la naturaleza de la información recogida, se realizaron notas de campo de manera constante, se discutió el propio comportamiento como investigadora y las experiencias personales con los informantes, a través de reuniones con frecuencia quincenal con las profesoras guía y co-guía del estudio.

2. Auditabilidad o Confirmabilidad: El segundo criterio, se refiere a la posibilidad de que otro investigador pueda seguir la pista de aquello que se hará en la presente investigación. Para ello, el registro de las estrategias y decisiones metodológicas que se tomaron a lo largo del estudio fue un aspecto que apoyó este criterio, así como también el describir de manera detallada los principales pasos llevados a cabo.

3. Transferibilidad: Finalmente, este criterio apunta a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Si bien este no resulta ser el foco principal del estudio, fue igualmente resguardado por medio de la descripción densa de cada lugar a estudiar, con el fin de que tal conocimiento permita, en lo posible, transferir las conclusiones a otros contextos con características similares.

8. Consideraciones éticas

Se proceden a describir las previsiones que se tomaron en el presente estudio, para respetar los derechos de los participantes. En primera instancia, se facilitó a cada participante un consentimiento informado (anexo 3) que debió ser firmado previo al inicio de la investigación, por quien/es acceda/n a participar. Dicho consentimiento contempló lo expuesto en el artículo 11 de la ley 20.120 (2006), que apunta principalmente a que se deben dar a conocer de manera clara los aspectos esenciales de la investigación, especialmente su finalidad, los beneficios, riesgos y los procedimientos alternativos, junto al deber de manifestar expresamente todas y cada una de las implicancias de la participación en el estudio. Se hizo especial mención sobre el derecho que tenía cada persona para no participar de la investigación o derogar su consentimiento cuando así lo desee, en cualquier momento y a través de cualquier medio, sin que ello le perjudique de alguna manera. Con tal acción se resguardó el principio de autonomía, que indica que la participación en estudios deber ser siempre libre y voluntaria.

Por otra parte, dado que el estudio fue con profesionales insertos dentro de un contexto laboral, el consentimiento no fue compartido con alguna persona externa a la investigación bajo ninguna circunstancia, ya que con ello eventualmente pudiese haberse visto amenazado el trabajo del profesional, en caso de que se diera a conocer su identidad, asociada a cierto tipo de comentarios o acciones observadas a lo largo del estudio. Con lo anterior, se resguardó el principio de no maleficencia, que indica que la participación en una investigación no debe provocar daño alguno.

Siguiendo la misma línea y como se puede desprender de lo anterior, una de las garantías que ofreció y respetó este estudio, fue el resguardo del anonimato de cada profesional que participó del estudio, lo cual fue posible gracias al uso de códigos que permitan a quien efectuó la investigación, registrar en su diario de campo lo dicho y/o hecho por algún profesional, identificándolo por medio de un código de conocimiento exclusivo de la investigadora responsable (ejemplos de código: Terapeuta ocupacional= TO 1, TO 2; Psicólogo= PSI 1, PSI 2, etc.), quien es la única persona que puede asociar

el código con el profesional al que se refiere. Para el caso particular del Hospital de Día, dado que existen profesiones en que solo se desempeña un funcionario y el uso del código expuesto igualmente le identificaba, se les representó a través de números asignados al azar, los cuales fueron también de conocimiento exclusivo de parte de quien investigó. Igualmente, se resguardó el nombre específico del Hospital en el cual se efectuó el estudio, identificándolo solo como un recinto de salud perteneciente a la región del Biobío.

En el caso de la información recopilada (datos) esta fue confidencial y custodiada de manera exclusiva por parte de la investigadora responsable y las profesoras guía y co-guía del estudio, por lo que los datos fueron manejados con fines exclusivos de investigación.

Con respecto a la metodología del estudio, para poder observar interacciones entre profesionales y usuarios en contextos como por ejemplo salas de espera, fue necesario que previo a su realización, se solicitase una única autorización por escrito del/la jefe o jefa del dispositivo al que pertenecen los profesionales que figuraban como sujetos de investigación (anexo 4), lo que permitió emplear la técnica durante todo el transcurso de la recolección de datos. Cabe destacar que, para observar tal situación no se solicitó consentimiento o autorización a los usuarios de los dispositivos de salud, puesto que tal acción podía alterar el contexto natural de interacción profesional-usuario, que es lo que se pretendía mantener lo más intacto posible. La decisión mencionada se respaldó y fundamentó en el hecho de que quienes figuran como foco principal del estudio son los profesionales, pues ellos son quienes participan como sujetos de investigación, no así los usuarios.

En el caso particular del Hospital de Día, dado que el contexto es diferente y no existe una sala de espera como tal, la autorización fue igualmente solicitada al jefe de los profesionales que allí trabajan y contempló la solicitud de inmersión en contextos en donde profesional/es y usuario/s interactuasen de alguna u otra manera, por ejemplo, salas de estar, y se excluyeron todas aquellas instancias de interacción situadas dentro de

contextos de atención en box de algún profesional, puesto que se debe resguardar la confidencialidad del proceso de intervención individual del usuario.

Es preciso mencionar que al ser una investigación que buscó explorar el estigma principalmente a través de la observación participante en contextos de interacción entre profesionales, y profesionales y usuarios, en el caso de que alguno/s de ellos hubiese negado su participación en el estudio o derogase el consentimiento, resultaba difícil excluirle de los procesos de interacción que se observaban; no obstante, la información que podría haberse recabado en base a sus intervenciones, gestos y/o diálogos, hubiese quedado excluida de los resultados finales que arroja la investigación. Si algún profesional no participaba, debía registrarse en el diario de campo manejado por quien efectuaba la investigación, a modo de declarar que el análisis que se desprende de la observación no involucra todo lo ocurrido en ese instante, con lo que se promovía el resguardo del criterio de auditabilidad. No obstante, dicha situación no ocurrió durante el proceso de producción de datos de este estudio.

Con respecto al principio de beneficencia, este fue traducido principalmente en otorgar a los profesionales de cada equipo y al equipo en sí, la oportunidad de reflexionar sobre su rol y la posible reproducción de conductas o actitudes estigmatizantes que puedan estar naturalizadas dentro del contexto. Lo anterior se llevará a cabo mediante la devolución de los resultados de la investigación, permitiendo con ello dar paso a una mejora en la calidad del servicio otorgado a los usuarios.

Es así como su participación en el estudio, permitirá contribuir con datos contextualizados para nuestro país en materia de reproducción del estigma, lo que tributa a que la mayor comprensión de éste fenómeno, sea un motor que impulse la creación de estrategias que sean realmente efectivas para erradicar el estigma hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en contextos de atención en salud. Finalmente, el presente estudio fue sometido a un proceso de revisión de parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, el cual con fecha 24 de mayo de 2018 emitió su respuesta N°44.2 (anexo 5) en donde expresa la aprobación del protocolo de investigación.

V. Resultados

A continuación, se procederán a exponer las principales categorías de análisis que permiten comprender el fenómeno de la estigmatización hacia personas con diagnóstico de TMG al interior de contextos de atención en salud mental. Es preciso indicar que se desglosa desde lo más global y estructural, hasta la praxis y sus repercusiones tanto en los profesionales (2) como en las dinámicas con los usuarios.



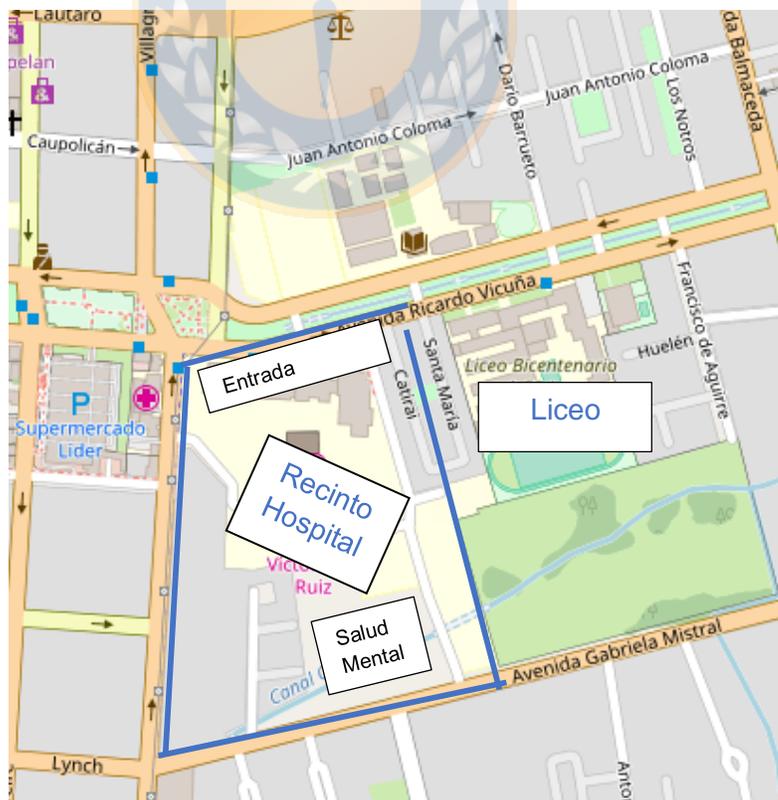
2. Para presentar elementos extraídos desde la propia observación y/o entrevistas, se acudirá a los signos “”, junto con la siguiente simbología para hacer referencia a los profesionales: PSQ=Psiquiatra; PS=Psicólogo/a; TO=Terapeuta Ocupacional; TENS=Técnico en Enfermería de Nivel Superior; AS=Asistente Social, EU=Enfermera.

1. Espacio físico y actores

El presente apartado describe el entorno físico y contextual en el que se llevó a cabo la investigación. Busca dar a conocer elementos que permitan al lector una aproximación al ambiente en el que se ejecutó el estudio, para así aumentar la comprensión de los resultados que se irán describiendo.

El hospital en que se llevó a cabo el presente estudio, se encuentra ubicado en el sector centro de la ciudad y ocupa un gran espacio, abarcando una cuadra completa a lo largo y casi media cuadra a lo ancho. Está emplazado entre dos avenidas de la ciudad que son paralelas, por lo que el recinto cuenta con una buena conectividad y buena locomoción para llegar desde y hasta distintos lugares.

Posee un espacio destinado a la atención en salud mental, que está situado geográficamente en la parte trasera del recinto hospitalario y figura como un centro de responsabilidad con dependencias y jefatura propias.



Salud mental cuenta con dependencias que fueron habitadas por los profesionales el año 2010, que fueron pensadas para ser usadas como Centros Comunitarios de Salud Mental [COSAM] destinados a atención ambulatoria y también como Hospitales Diurnos. Las construcciones se conservan en muy buenas condiciones, poseen un estilo moderno y dan la sensación de que se está en una clínica privada de atención médica. La componen los siguientes dispositivos: tres COSAM para atención de adultos, un Hospital de Día Infante-Adolescente y un Hospital de Día [HDD] para adultos, una Unidad de Adicciones y una Unidad de psiquiatría infantil ambulatoria. Adicionalmente es preciso mencionar que salud mental cuenta con farmacia propia dentro del mismo centro de responsabilidad y también con salas de espera y oficinas para secretarías de cada dispositivo.

Los dispositivos participantes del estudio fueron tres: dos COSAM más el HDD de adultos. En dichos lugares, en general el ambiente es de quietud, existe bastante silencio tanto en las salas de espera como en los pasillos que se encuentran entre los box donde atienden los profesionales. Entre los meses de septiembre y octubre de 2018, se instalaron televisores en las salas de espera, lo cual fue solicitado hace mucho tiempo y gestionado principalmente por un grupo de familiares de usuarios de salud mental. Dicha incorporación produce mayor ruido en el contexto de espera y otorga la posibilidad de mirar algo mientras se está ahí, lo cual es recibido de buena manera por las personas que allí transitan, pues así lo han reportado espontáneamente.

Los equipos de trabajo son de carácter multidisciplinario, con distintos profesionales, técnicos y administrativos, cada uno con funciones bien delimitadas y jerárquicas. Cabe destacar que es muy frecuente que los dispositivos reciban a estudiantes en práctica de distintas carreras como psicología, terapia ocupacional y trabajo social, quienes cumplen igualmente funciones dentro de los dispositivos, participando de reuniones clínicas, talleres y/o visitas domiciliarias y también realizando intervenciones supervisadas en box.

Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)

Un COSAM es un dispositivo público de salud mental de tipo ambulatorio, destinado a personas que estén presentando problemas y trastornos mentales de moderada a alta complejidad. En el caso de los dispositivos participantes, ambos COSAM están compuestos por equipos multidisciplinarios y funcionan en modalidad de atención diurna en jornada de 8:00 a 17:00 hrs. (lunes a jueves) y de 8:00 a 16:00 hrs. los viernes, contando todos los días con una hora de colación entre las 13:00 y 14:00 hrs.

Estos COSAM comparten la sala de espera, que cuenta con aproximadamente cuarenta sillas distribuidas en diferentes posiciones, pero todas orientadas hacia la puerta en que se ingresa al dispositivo. Al entrar, los usuarios entregan su carnet de atención a la secretaria ubicada en una ventanilla a mano derecha, próxima a la puerta de ingreso.

En la sala de espera existen distintos afiches de actividades y talleres que se ofrecen, pero el afiche más grande es una especie de “lienzo” que muestra por escrito los derechos y deberes de los usuarios en salud, el cual posee el logo del hospital. Hay un plano de ubicación y un plano de evacuación y cuenta también con algunas pequeñas mesas de centro, en una de las cuales hay revistas antiguas de farándula, a disposición de las personas que están allí.

En la puerta de ingreso hay permanentemente un guardia de seguridad, uno en jornada AM y otro en jornada PM, al que se le consultan cosas como *¿Dónde está la farmacia? ¿Dónde están los baños?* Igualmente él tiene el poder de intervenir preguntando *¿hacia dónde va? O ¿a quién busca?*, lo cual frecuentemente se hace en un tono cordial. Por lo general, hay usuarios que ingresan sin pasar primero por la ventanilla e indican directamente al guardia que van por su inyección y/o a retirar fármacos y él les deja pasar, no obstante, hay otros que en primer lugar acuden a la ventanilla de las secretarías para indicar que tienen una hora, solicitar una nueva y/o resolver alguna duda. La actitud de las secretarías suele ser amable y de bastante disposición para atender a las personas que se acercan a ellas.

El ambiente de espera aquí también es bastante silencioso, generalmente las conversaciones son en voz baja entre quienes vienen acompañados. Entre desconocidos

no suele haber diálogo y mientras se espera varias personas usan su celular, en tanto otras miran hacia el suelo o a su alrededor en silencio.

COSAM “1”

Está compuesto por un equipo de 11 personas. Tres psiquiatras, uno 33 hrs. semanales, otro 12 hrs y el último 4 hrs., cuatro psicólogos: dos mujeres (44 y 22 hrs.) y dos hombres (44 y 22 hrs.), una trabajadora social, una terapeuta ocupacional, una Técnico en Enfermería de Nivel Superior [TENS] y una secretaria, quien principalmente se encarga del registro de los usuarios y otras labores de tipo administrativas, todos ellos tienen jornada de 44 hrs. semanales.

En cuanto a infraestructura, este dispositivo cuenta con 10 box de atención individual, solo un box es compartido por TO y AS. Hay una sala para reuniones, otra destinada a talleres grupales y un espacio relativamente amplio que puede ser usado en la hora de colación, el cual se comparte con los demás equipos. No obstante, la función principal de este espacio es ser el lugar que ocupa la secretaria de salud mental, quien lo utiliza para realizar tareas administrativas y, en general, se encuentra con la puerta semi-abierta, debido a que acuden distintos funcionarios a conversar con ella por temas administrativos y/o personales, o a solicitar hojas, formulario u otros elementos de oficina.

COSAM “2”

En este dispositivo, igualmente se cuenta con un equipo conformado por 11 personas, distribuido de la siguiente manera, cuatro médicos: tres psiquiatras (dos con 10 hrs y uno con 8 hrs.) y médico general 22 hrs; hay tres psicólogos: dos mujeres (una 44 hrs. y otra 22 hrs.) y un hombre: 44 hrs., quien actualmente está siendo reemplazado por una mujer; una trabajadora social, un terapeuta ocupacional, una TENS y la secretaria del dispositivo, todos con 44 hrs. semanales.

La infraestructura del COSAM 2 es similar a la del anterior, no difieren mayormente ni en su distribución ni en cantidad de salas. Ambos siguen esta estructura de “pasillo”

que cuenta con box de atención que se encuentran frente a frente y también cuentan con dos espacios con baños: uno exclusivo para profesionales y funcionarios, y otro destinado exclusivamente para usuarios y acompañantes (todos los baños son diferenciados por sexo).

Hospital de Día (HDD)

Es el recinto que está físicamente al inicio de las instalaciones que pertenecen a salud mental. Está compuesto por un equipo de 8 personas: Un psiquiatra (7hrs.), una enfermera (16hrs.) un trabajador social, una terapeuta ocupacional, una psicóloga, dos TENS, un auxiliar y un conductor, todos ellos con jornada completa de 44 hrs. semanales. El conductor actualmente no cuenta con una función claramente definida, puesto que no hay un vehículo fijo para poder hacer las visitas domiciliarias ni otras actividades que requieran transporte, lo cual no se ha podido gestionar, por falta de recursos económicos. Frente a esto, deben hacer uso de los autos que facilita el hospital, los cuales se comparten con todo el resto de los dispositivos de salud y todos ya cuentan con su propio chofer. Pese a lo anterior, el funcionario que figura como conductor en HDD, se suma a las funciones del auxiliar y se integra a distintas actividades de colaboración y apoyo a algunos profesionales como por ejemplo, acompañamiento en talleres, traslado de material, etc.

A la entrada del HDD hay una sala de espera que posee dos hileras de aproximadamente cinco asientos cada una. Una de ellas bordea la pared izquierda que colinda con un jardín y la otra, se encuentra en la parte posterior del espacio entre los dos baños destinados para los usuarios y acompañantes (uno de uso exclusivo para hombres y otro para mujeres). A mano derecha, existe una ventanilla en la que generalmente se encuentra una o ambas TENS y es un espacio en el que en ocasiones confluyen algunos profesionales que interactúan. Allí se dirigen los usuarios que llegan, ya sea a validar su hora de atención y/o a agendar una nueva. Al lado izquierdo de dicha ventanilla, existe una puerta de vidrio que da a un pasillo en el cual existen distintas

puertas que tienen puestos los nombres y profesión de cada persona que trabaja y atiende ahí.

Siguiendo este pasillo al interior del dispositivo, hay una sala destinada a reuniones y otra con estantes en que están las fichas clínicas de los usuarios. Existe un espacio de uso común donde hay una mesa de ping pong y sillones y también existe una cocina-comedor amplia, que es compartida entre usuarios y profesionales a la hora de desayuno (9:00 hrs.) y almuerzo (13:00 hrs.). Hay una sala de taller mediana que cuenta con mesas, sillas y estantes donde se guardan los materiales. Al interior del dispositivo hay baños destinados exclusivamente para los profesionales y funcionarios. La sala de reuniones del HDD tiene varios sillones de 3 cuerpos y pese a que generalmente está destinada a las reuniones de ingreso, reuniones clínicas y otros encuentros de coordinación entre profesionales, los usuarios pueden hacer uso de ella en ocasiones para dormir o para ver películas que se proyectan en data show hacia la pared.

Los usuarios pueden usar las dependencias de manera relativamente libre, a excepción de momentos en que los profesionales estén haciendo uso de este espacio común para ver temas administrativos u organizacionales. HDD funciona con modalidad de puertas abiertas, lo cual implica que los usuarios podrían retirarse del dispositivo si así lo desean.

2. Trayectorias de atención en Salud Mental

En este apartado, se expondrán las distintas fases por las que pasan los usuarios en su proceso de atención en los dispositivos de salud mental que forman parte del estudio. En primer lugar, se abordará el ingreso al dispositivo, para luego dar paso a la manera en que se interviene en los casos, junto con el tratamiento ofrecido. Para finalizar, se expondrá como es entendido el proceso de evolución de los usuarios y el alta del dispositivo.

a) Ingreso al dispositivo

En el caso de los COSAM, uno de los requisitos principales para ingresar desde el sector público, es que la persona haya sido previamente intervenida en su Centro de Salud Familiar de procedencia (CESFAM, dispositivo correspondiente a la red de Atención Primaria en Salud [APS]) y que allí se haya pesquisado la necesidad de recibir intervenciones de mayor especialización y complejidad.

Estos usuarios son derivados a atención secundaria por medio de un informe que recibe el nombre de “Inter Consulta” [IC], que es una solicitud de derivación emitida por algún otro centro de salud de la zona (ciudad, región o país) en la cual se debe: exponer el diagnóstico o sospecha diagnóstica del usuario, reportar aquellos ámbitos abordados en APS o en la red privada de atención en salud y expresar las necesidades de que éste sea recibido por el COSAM. Es requerimiento que quien vaya a ingresar cuente con red de apoyo y una persona mayor de edad que acompañe el tratamiento.

En HDD por su parte, la derivación para ingreso requiere que el dispositivo que lo solicita, complete una ficha con formato similar a la IC pero más breve. Quienes pueden hacer una derivación son los equipos de corta estadía, COSAM, Comunidad Terapéutica, entre otros y una vez que la ficha es leída por el equipo y se considera pertinente el ingreso del usuario, los profesionales entrevistan a las personas que han sido derivadas.

Es frecuente que los usuarios no sean aceptados, porque han sido derivados para que se aborden terapéuticamente y el HDD funciona para intervenciones en crisis. En palabras de una profesional registradas en diario de campo: *“HDD es solo para crisis, no para terapia, por eso hay que dar de alta cada vez que se vea mejoría en el paciente, para derivar a COSAM, que es el lugar optimo donde sí van a trabajar terapéuticamente”* (reunión clínica. 17 de junio, 2018). Sumado a esto, se tiene el siguiente relato tomado de una conversación con una profesional en relación a la escasez de usuarios que hubo en un momento en HDD:

Cuando le consulto a que cree que se atribuyen tan pocas derivaciones, dice no saber, pero señala que a veces les derivan mal los casos, *“mandan usuarios con consumo (de sustancias) por ejemplo, o para que uno trabaje en conciencia de enfermedad y nosotros no somos para terapia”* (20 de agosto, 2018).

En HDD, en el contexto de entrevista de ingreso a los usuarios, las preguntas principalmente son acerca de las motivaciones que tienen para ingresar y se les solicita que cuenten cómo y por qué los derivaron. Posterior a ello, se les presentan las condiciones de HDD que son:

- El ingreso es desde las 9:00 hrs. hasta las 15:00 hrs. y su estancia allí incluye el desayuno que es a las 9:00 y almuerzo a las 13:00 hrs. diariamente. No obstante, se hacen ajustes según necesidad del usuario y el nivel de tolerancia que tenga a las condiciones del dispositivo. Es frecuente que varios asistan solo algunos días de la semana en jornada completa, o algunos días un par de horas y otros que solo asistan a alguno de los talleres que se imparten.
- Es requisito intransable que los usuarios deban ser llevados e idos a buscar por su “apoderado” al menos las primeras semanas.
- Se ofrecen talleres de distinta índole dentro del HDD y fuera de éste, en “centro diurno” también llamada “casa club”. A estos últimos los usuarios pueden asistir en caso de que hayan sido evaluados positivamente por el equipo, respecto a su adecuación a las normas y su comportamiento dentro del dispositivo, pero siempre irán acompañados por algún profesional.

- Pueden hacer uso de las instalaciones del lugar como la mesa de ping pong, sillones, cocina, cuidando mantener el lugar en buenas condiciones.
- Se les administra la medicación que es indicada para cada uno, lo cual es realizado por las TENS, quienes también les arman el “pastillero” para cada día.

Una vez expuesto esto de forma verbal, se procede a que los usuarios firmen el consentimiento informado, donde indican que están de acuerdo con las condiciones y con seguir el tratamiento que incluye intervenciones breves de tipo psicológico, socio-ocupacional y prescripción de fármacos.

Desde los profesionales se hace bastante hincapié en el hecho de que la modalidad de funcionamiento es de “puertas abiertas” lo que quiere decir que ellos pueden retirarse en cualquier momento y que, en ese caso el deber de los profesionales de HDD, es dar aviso a quien figura como apoderado de tratamiento, pero no pueden impedir que se vayan ni obligar a que permanezcan.

Como se puede desprender de lo anterior, en ambas modalidades de intervención (COSAM y HDD), un requisito fundamental para poder ingresar, es que el usuario cuente con red de apoyo o al menos con una persona mayor de 18 años, que pueda figurar como “apoderada” de tratamiento. Dicha persona es quien interactúa con el equipo en el ingreso y también en algunas sesiones posteriores con los profesionales y/o en algún taller en el que le inviten a participar. Uno de sus roles principales, es encargarse de que el usuario tome adecuadamente los fármacos y ocuparse de que la persona asista a los controles/sesiones.

Si bien lo anterior es un requisito, existen ocasiones en que se realizan excepciones, puesto que hay personas que no cuentan con una red de apoyo que el equipo considere adecuada. En estos casos, la persona recibe igualmente atención, pero la intervención carece de una continuidad en la vida cotidiana del usuario, puesto que no existe una persona que pueda monitorear la correcta toma de los fármacos ni que siga las indicaciones de manejo conductual que emiten los profesionales.

En base a la existencia de ese tipo de casos, a nivel regional se ha implementado un programa de acompañamiento impulsado por el servicio de salud, que capacita a

“agentes comunitarios” que son personas que apoyan el proceso de tratamiento de aquellos usuarios que no cuentan con red familiar/social que les acompañe. Durante la observación participante, se presencié el caso de una mujer que el equipo consideró requería de un agente comunitario, puesto que argumentaban que en realidad no recibía gran apoyo y que se encontraba sola la mayor parte del tiempo.

COSAM y HDD cuentan con una instancia de **reunión clínica**, que consiste en un encuentro semanal entre todos los profesionales del equipo, que tiene una duración de 8:00 hrs. a 13:00 hrs. Aquí se abordan temas organizacionales propios del equipo en una sección administrativa, luego se realiza revisión y análisis de Inter Consultas [IC]/fichas de derivación para ingresos o reingresos de usuarios y finalmente, se destina la mayor parte del tiempo a la entrevista de usuarios que previamente han sido citados. En base a la observación, se ha podido identificar que la reunión clínica y en específico la entrevista a los usuarios, puede tener distintos fines:

1) Hacer el ingreso formal del usuario al dispositivo y poder diseñar el plan de intervención en base a opiniones consensuadas entre los profesionales del equipo, en relación al usuario. Al respecto uno de los profesionales menciona en entrevista:

“Bueno, es una actividad bastante asistencial; o sea está enmarcada dentro de lo que son las actividades que a nosotros el servicio nos pide que otorguemos. Por lo tanto, es una actividad bastante de rol asistencial; es decir, es recibir pacientes que son derivados de la atención primaria; que se considera que son o que ameritan un tratamiento por tener algún cuadro de salud mental un poco más complejo” (23 de octubre, 2018).

Lo anterior implica que la citación a entrevista es vista por algunos profesionales como un requisito administrativo a cumplir, puesto que es parte de lo que se debe hacer para que un usuario pueda ingresar a recibir tratamiento en atención secundaria. Requiere que los profesionales evalúen y prioricen según urgencia de intervención, la pertinencia de la incorporación del usuario a este nivel de atención.

Por otra parte, para algunos profesionales la entrevista de ingreso es vista como un espacio de gran utilidad para el equipo, en el sentido de que sirve para que todos

conozcan el caso del usuario y en base a ello puedan establecer claramente un diagnóstico y comenzar a definir el tipo de intervención. En relación a esto, una profesional en entrevista menciona:

“Nos sirve como equipo para que todos conozcamos el caso, así podemos armar una buena hipótesis diagnóstica y poder diseñar mejor el tratamiento. Nos podemos coordinar como equipo y tener también la mirada de los demás” (23 de agosto, 2018).

2) Ver al usuario en equipo. Esto se realiza cuando el caso es evaluado como con mayor complejidad y por ende consideran que necesitan contar con una mirada multidisciplinaria.

La reunión clínica es un espacio en el que los profesionales pueden coordinarse para abordar situaciones más complejas con los usuarios, resaltan el hecho de que como equipo puedan diseñar una intervención especializada para el caso particular. En palabras de un profesional en entrevista, menciona lo siguiente:

“la idea de la reunión clínica es presentar los casos complejos, los que no han tenido prestaciones con sus tratantes, o los ingresos a la atención secundaria. Ahí la idea es poder como conocer la historia clínica, la historia familiar, bueno los antecedentes en si concretos del usuario, para así poder ver entre todo el equipo y generar una instancia en que se pueda generar un proceso de intervención bien especializado para cada uno de ellos” (7 de septiembre, 2018).

En relación a lo anterior, lo esencial parece ser que los profesionales rescatan el aporte que pueden brindar las distintas miradas disciplinarias. En ese sentido, consideran que en el espacio de reunión clínica se nutren mutuamente y pueden ampliar el alcance de sus análisis clínicos. Este es valorado como una buena instancia de aprendizaje profesional, ya que cada uno desde su especialidad, interpreta el caso y sugiere posibles estrategias de intervención y manejo.

“A pesar de que constantemente nos estamos consultando, comentando de pacientes, en el pasillo, qué sé yo, unos a otros. Por lo tanto, es una muy buena alternativa para poder interactuar como equipo, como te digo, aprender, tiene un objetivo docente,

reírnos juntos un poco y, y poder, de repente, ir como unificando criterios” (profesional en entrevista. 23 de octubre, 2018).

La reunión clínica es percibida por los profesionales también como un espacio de interacción amena entre colegas. Allí en momentos se puede conversar de otras cosas y aprovechar la instancia para dar pie al humor.

Igualmente, ver los casos complejos en reunión clínica se percibe como una situación en la que se pone a prueba la capacidad de ajuste del equipo, puesto que se van complementando respecto al tipo de preguntas que hacen, las temáticas a abordar y la manera en que se orienta la entrevista, lo cual da una sensación de apoyo y colaboración entre profesionales. Al respecto, un profesional en entrevista comenta:

“En ese sentido ayuda el equipo. Porque si de repente uno se queda callado y ya no sabes qué seguir preguntando, digamos, o una pregunta del paciente te dejó, así como “¿ah?”; bueno, se mete el otro y te saca, te ayuda” (23 de octubre, 2018).

3) Finalmente “*Encuadrar*” sería otra finalidad de citar usuarios a reunión clínica. Esto consiste en exponer las condiciones que debe seguir el usuario para continuar recibiendo prestaciones de salud mental e informar cuales son los protocolos que se deben cumplir.

En palabras coloquiales, el “*encuadre*” es interpretado por los profesionales como un “rayado de cancha” respecto de lo que el usuario debe o no hacer para pertenecer a COSAM y HDD. Una de las condiciones que se presenta a los usuarios que no han asistido de forma regular a sus sesiones, es que si faltan una vez se les llamará por teléfono, si no contestan, procede hacer una visita al domicilio y finalmente si hay una tercera inasistencia consecutiva, se da el alta desde el centro.

Volviendo a la descripción general de la instancia de ingreso, los profesionales suelen percibir que los usuarios asisten con una actitud favorable, ya que hay rapidez entre la derivación, solicitar la hora y su asignación, lo que generalmente bordea un tiempo de un mes aproximadamente; consideran que los usuarios se quedan con la sensación de que su caso es importante, que se realizó una “*junta médica*” por ellos. No obstante, igualmente se reconoce el hecho de que es una instancia en la que, al haber varios

profesionales, puede impactar/incomodar al usuario y/o acompañante, al respecto profesional en entrevista dice lo siguiente:

“Yo creo que es muy invasivo, somos muchas personas, frente a uno, igual creo que ahí también en el COSAM o en salud mental en general, como que está mal implementado lo que es el COSAM, porque acá es súper clínico y en otros lados es muy comunitario, están insertos en una casa, en la comunidad, pero acá es bastante clínico, el hecho de que hay una mesa, separados del usuario todo un equipo a un lado y el usuario en frente, sentado en una silla, es súper invasivo y yo creo que igual incómodo (...) quizás las reuniones clínicas podrían, o sea, creo que es súper importante pero no sé... podría ser como en una mesa redonda, no tan como estructurado, que no marque tanto la diferencia” (7 de septiembre, 2018).

Los profesionales en general concuerdan en lo invasiva que pueda llegar a ser la instancia, pero aluden a que el clima de confianza que logran generar como equipo, permite que los usuarios puedan exponer su situación sin mayor dificultad. No obstante, indican que es favorable que, previamente, los usuarios sepan que irán a una entrevista con varios profesionales. Al respecto un profesional en entrevista menciona:

“Yo te diría que si hay algún problema con los pacientes, lo que puede llegar a impactarles un poco más es eso, de repente llegar y encontrarse -si es que no lo han analizado a priori- con diez personas, un auditorio de personas en donde ellos están solos ahí, o a lo más con un acompañante, en que van a tener que exponer su caso, y su persona, en el fondo, a un equipo de diez (...) Perote diría que bien trabajado, a los cinco-diez minutos, los pacientes yo creo que se han olvidado ya que están con este tremendo auditorio, y si se les da un ambiente de confianza y de acogida, eh, lo pueden hacer bastante bien” (23 de octubre, 2018).

A los usuarios por su parte en general se les percibe algo tensos al comenzar y hay quienes lo hacen saber de manera más explícita, por ejemplo, las siguientes situaciones registradas en diario de campo lo muestran: Al pedirle a usuaria universitaria que se describa y ella menciona que suele ser extrovertida pero que en esta situación está cohibida porque son muchas personas y mientras dice esto mira hacia el suelo (reunión

clínica, 18 de junio, 2018). Otro usuario, de un nivel socioeconómico medio-alto, maneja la instancia de la siguiente manera:

PSQ es quien guía la entrevista. Usuario tiene una actitud mucho más empoderada en relación a estar frente al equipo de profesionales, los saluda a todos dándoles la mano y manifiesta: *“no esperaba ver a tantas personas”*, luego de que PSQ le solicita que comente sobre sus síntomas y cómo fue que llegó a corta estadía él dice: *“¿se los digo aquí a todos ustedes...?”* y PSQ le dice que sí con un tono amable, luego él indaga sobre cómo fue la crisis, cuando empezó, que cosas hizo, como las ve ahora, etc. (reunión clínica, 4 de septiembre, 2018).

Otra situación similar, registrada en diario de campo derivada de observación participante, es cuando acude a entrevista una asistente social del hospital, quien se enfrenta a la instancia como se presenta a continuación:

PS1 es quien guía la entrevista y comienza preguntando *“¿que la trae por acá?”* a lo que usuaria dice en seguida: *“en primer lugar me gustaría saber con quién estoy hablando y frente a quienes estoy”*. PS1 le indica amablemente que allí está el equipo del COSAM y que hay psicólogos, asistente social, terapeuta ocupacional, médico y psiquiatras (lo cual en general es algo que si se hace). Luego de ello usuaria menciona que es muy difícil estar ahí en esa situación, que es incómodo hablar cosas personales frente a tantas personas (reunión clínica, 10 de julio, 2018).

En base a lo expuesto, se puede apreciar que los usuarios que toman esta actitud de dar a conocer su incomodidad o que exigen más información, comparten una característica en común y es que, de alguna u otra manera, sea por nivel educacional, rango laboral o nivel socioeconómico, son jerárquicamente menos distantes a los profesionales. Esto puede entenderse como que mientras menos desigual o inferior les haga sentir la interacción con el equipo, mayor es la posibilidad de hacer valer sus derechos y expresar lo que piensan y/o sienten.

Por el contrario, se pudo observar durante el periodo que duró la etnografía, que en los casos en que la brecha jerárquica y de poder entre los profesionales y usuarios es más evidente, estos últimos suelen tomar una actitud más pasiva, por ejemplo, al no

preguntar más allá en cuanto a su tratamiento o frente a quiénes están, explayarse menos respecto de su sintomatología o vivencias, no exigir explicaciones respecto de atraso en la hora de citación, etc. Cabe destacar que el perfil general de las personas que acuden como usuarios a salud mental, calza más con esta segunda descripción que con la primera.

A los usuarios en la reunión clínica, en general se les pregunta directamente que esperan lograr con el tratamiento: “¿Qué espera conseguir con venir acá?”, “¿en qué le gustaría recibir ayuda?” ante lo cual responden recurrentemente con frases de esperanza hacia una recuperación, tales como: “quiero volver a ser normal, que no me caiga mal toda la gente” (usuaria en entrevista de reunión clínica en COSAM 1, 3 de septiembre, 2018); “que me ayuden a salir de este hoyo, sentirme más aliviada” (usuaria en entrevista de reunión clínica en COSAM 2, 7 de agosto, 2018).

Tales preguntas buscan conocer las expectativas que el usuario tiene del tratamiento y son interpretadas desde el ajuste o desajuste de éstas con lo que ellos pueden ofrecer, que en general apunta a “compensar la patología de base”, es decir, a disminuir la sintomatología asociada al diagnóstico. Tal alcance, está condicionado por la aceptación y cumplimiento por parte del usuario, de las indicaciones de tratamiento que vaya asignando el equipo, ya sea en lo farmacológico, conductual y/o psicoterapéutico.

Lo anterior, es comunicado de forma recurrente a los usuarios y/o a sus acompañantes, a quienes se les dicen frases como: “con un buen tratamiento puede andar bien, pero tiene que seguir muy bien el tratamiento”. En contexto de observación participante, un ejemplo de ello es la siguiente situación:

Se le explica a hermana de usuaria que sin el tratamiento (fármacos) la usuaria se descompensa y que sería muy importante que se le puede inyectar, a lo que PS pregunta si cree que ella quiere venir a ponerse la inyección y hermana responde que cree que es difícil. Luego el equipo conversa y PS dice que “falta la mirada integral como equipo, en el sentido de poder chequear entre todos en cada sesión no solo como va conmigo, sino que también ver cómo va con AS, si vino o no a PSQ, los remedios”. Luego de eso, se decide que igualmente se le asignará hora para inyección

a la usuaria y PSQ dice “y ahí veamos cómo anda” (reunión clínica, 10 de julio, 2018).

En la situación expuesta, se puede apreciar también como el equipo decide alinearse en favor de que haya un monitoreo activo y coordinado sobre el cumplimiento fiel de las indicaciones que ellos prescriben. Se percibe también como PSQ decide realizar ajustes farmacológicos e ir probando cómo funciona la usuaria con ello y cómo también no se toma en consideración la percepción que algún familiar pueda tener respecto de los cambios.

En cuanto a los usuarios, es frecuente la emisión de frases que denotan una búsqueda de comprensión y contar con mayor información respecto del cuadro que les han dicho que poseen y de sí mismos: “quiero ayuda para poder entenderme mejor y comprender lo que me pasa y por qué me pasa” (usuaria en reunión clínica, 4 de septiembre, 2018). Esto es recepcionado por el equipo como una inquietud válida, pero que es abordada siempre desde la sintomatología que ellos han pesquisado en el usuario, dando énfasis al hecho de que la patología diagnosticada se manifiesta en los “desajustes” que ellos ya han narrado y/o mostrado. Ejemplo de ello es la siguiente situación registrada en el diario de campo de reunión clínica:

PS le consulta a usuaria “¿usted sabe que diagnóstico tiene?” a lo que ella contesta: “me dijeron que es trastorno bipolar, pero no creo eso, porque mi ánimo no cambia tan brusco, yo no lo veo así como tan extremo”, en ese momento interviene PSQ y le dice: “en el fondo existe un desconocimiento hacia el cuadro, pues no es tan brusco como se cree, hay sutilezas dentro del espectro” y que el hecho de que ella no pueda reconocer bien de donde provienen sus emociones, en este caso sobre todo la irritabilidad o las ganas de morir, son indicios de la enfermedad (30 de julio, 2018).

b) El rito del diagnóstico: “el ojo clínico” (3)

El diagnosticar la vivencia de la persona que llega a salud mental, cumple un rol central para su ingreso y permanencia en este nivel de atención. Ingresar como usuario, requiere de un diagnóstico claramente definido que denote la necesidad de recibir

atención especializada. Para cumplir dicho requisito los profesionales cuentan con dos alternativas:

1. El usuario ha sido derivado con confirmación diagnóstica ya realizada, la cual puede haberse dado en instancia de consultoría. Ésta consiste en un espacio de coordinación entre APS y salud mental (atención secundaria), con la finalidad de articular la referencia y contra referencia de personas entre un nivel y otro y con ello aumentar la resolutiveidad de los casos complejos en APS. Para que la consultoría se lleve a cabo, generalmente son dos representantes de atención secundaria, obligatoriamente uno debe ser PSQ, que asisten a reunirse con el equipo de un CESFAM (APS).

Allí, el equipo de salud primaria asume el rol de “Consultante” y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria, el rol de “Consultor” (he ahí el nombre de la instancia), en relación al abordaje de los casos de mayor complejidad.

2. La otra alternativa consiste en diagnosticar las vivencias del usuario en la instancia de reunión clínica, donde es todo el equipo el que observa la conducta de los usuarios en base a una entrevista. Allí, se indaga en aspectos conductuales, afectivos y cognitivos, a modo de poder clarificar la categoría diagnóstica del CIE-10 en que el usuario con su sintomatología, queda mejor representado.

Presentar esta instancia interpretada como un rito, se basa en el hecho de que es un espacio en que la persona que ingresa a la reunión en un rol de entrevistada, se somete a un contexto en el que un equipo con jerarquía superior a él (profesionales), le notifica sobre un cambio en su identidad.

La persona ingresa con vivencias que comparte con el equipo y se retira con un diagnóstico, una etiqueta que le dice lo que ahora es y cómo debe comportarse en consecuencia. Tal notificación es el punto culmine de la instancia y el inicio del rol de “paciente” de salud mental. En el fondo, el rito marca un antes y un después para la persona.

3. La expresión “*ojo clínico*” corresponde a lenguaje propio de los profesionales de salud mental.

En este ritual diagnóstico, entre los profesionales que emiten y consensuan la etiqueta existe una jerarquía establecida, siendo en primer lugar los psiquiatras y luego los psicólogos, quienes suelen dominar con mayor validez el acto diagnóstico. Esto es visto como consecuencia de que son dichos profesionales los que poseen mayor formación en relación a diagnósticos psiquiátricos. En palabras de un terapeuta ocupacional en entrevista, esto se entiende así:

“En las reuniones clínicas cuando es un caso nuevo, siento que es más función de un psicólogo o psiquiatra, porque ellos manejan mucho más los diagnósticos clínicos, para ver que cuál es el diagnóstico con el que va a ingresar o que es lo que se puede hacer desde lo psicoterapéutico y ahí dependiendo de lo que vaya entregando la entrevista también ahí poder ir rescatando cosas desde mi profesión, también ahí ir aportando información” (...) *“Creo que bueno, el PSQ es el que da en sí el diagnóstico, pero el PS también le puede ayudar en eso, aunque quizás el equipo completo también debería manejar la información sobre diagnósticos, mayor información tiene el psicólogo y el psiquiatra”* (7 de septiembre, 2018).

Para llegar a consenso en la reunión clínica con respecto al diagnóstico, en primer lugar, se abre la opción a que cada profesional voluntariamente escoja hacer preguntas, ya sea al usuario y/o a su “apoderado de tratamiento”. Dichas preguntas apuntan a aspectos como ánimo, vida social, emociones, apetito y sueño principalmente. Según las respuestas que entregue el usuario, ya sea verbal o conductualmente, se irá confirmando o rechazando la impresión inicial que cada uno tiene respecto a algún diagnóstico concordante con la sintomatología descrita u observada en el usuario.

En segundo lugar, una vez que al usuario se le solicita que salga de la sala de reuniones y se dirija a la sala de espera un momento, el equipo tiene la posibilidad de debatir las distintas impresiones que les dejaron tanto las respuestas, como las actitudes y conductas del usuario.

Es así como frecuentemente algún PSQ o PS dirige este espacio. Se puede decir que figuran como “maestros de ceremonia” -en esta analogía con un rito- y son ellos quienes entregan, en seguida, algún diagnóstico que les parezca apropiado según lo observado,

luego esta etiqueta es discutida por el equipo. Ejemplos de cómo esto es llevado a cabo son las siguientes frases registradas en diario de campo, todas emitidas en contexto de análisis de lo observado en la entrevista a usuario:

PS: *“es perso (personalidad) en realidad más que ánimo, es bien límite”* (20 de agosto, 2018).

PSQ: *“¿Qué les pareció? Estaba sin trabajo de rehabilitación, es una EQZ (Esquizofrenia) residual sí, ya no hay síntomas, no hay voces”* (27 de agosto, 2018).

PS: *“impresiona desde lo depresivo”* y añade que en el fondo el embarazo de la hija le afecta, junto con su problema laboral y lo económico *“ella se conecta con las pérdidas”*. Luego PSQ pregunta: *¿le dejamos el diagnóstico 32.2? (episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos)* y los demás profesionales dicen que sí (27 de agosto, 2018).

PSQ luego de que usuaria sale pregunta: *¿la vemos acá o no? ¿les parece que es de estructura limítrofe?* Y el equipo asiente. PSQ dice que hará ajuste farmacológico e indicará bupropion, pues le quedo la sensación de Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) (27 de agosto, 2018).

Analizando un caso, PSQ señala que es un caso de Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) e indica: *“eso va en el eje 2”*, y en el eje 1 con respecto al Trastorno Afectivo Bipolar, el cree que sería algo mas como ciclotimia, pero dice: *“tenemos 3 elementos que nos dan para pensar en que si sea TAB: 1. los cambios de ánimo y reconoce que cicla; 2. que no ha respondido de buena manera a los antidepresivos y 3. que puede distinguir un estado normal”*. En base a esto, entre los profesionales deciden atenderla en COSAM y al hacer la devolución a la usuaria, PSQ le dice que sospechan de trastorno del ánimo, por lo cual le darán litio para ver cómo anda con eso.

Esta fase de pesquisa de síntomas que permite poner un diagnóstico a las vivencias de la persona, se respalda en la observación y estudio de casos, junto a la experiencia que han tenido los profesionales con usuarios. Lo anterior, dentro de la jerga en salud se

conoce como “*ojo clínico*” y es una de las competencias más utilizadas y apreciadas por los profesionales de la salud mental:

Luego de que sale usuaria con diagnóstico de esquizofrenia, PSQ comenta que ha habido varios usuarios con características de catatonía similares y dice a PS: “*la semana pasada cuando ingresó ella (usuaria), estaba la PS que te reemplazó y sabes que cuando la vio al tiro dijo “mmh... tenemos otra paciente EQZ” y eso que es jovencita*” (19 de junio, 2018).

El comentario emitido por el PSQ, es realizado de manera entusiasta, con un poco de asombro, con ello da a entender que la profesional reemplazante tenía ese tan valorado “ojo clínico”, pese a su edad y poca experiencia.

El “*ojo clínico*” es la guía que orienta este rito, es esta especie de habilidad para pesquisar de manera acertada y argumentada los diagnósticos psiquiátricos y es fundamental para el óptimo desenvolvimiento como profesional dentro de estos dispositivos de especialidad. Esta destreza, se expresa a la hora de analizar las vivencias de los usuarios, es frecuente que se hable de lo que les ocurre y cómo actúan, desde una lectura que encasilla todo dentro de un determinado cuadro clínico que ya previamente se encuentra descrito en el manual CIE-10.

Dicho manual cumple la función de otorgar a los profesionales un lenguaje común para referirse a los casos analizados, incluyendo los códigos dentro de los cuales se engloban los distintos diagnósticos. Ejemplo de ello son situaciones en reunión clínica como la que se expone a continuación: PSQ dice: “*yo le dejaría un F60.0 y un F41.1 ¿qué creen ustedes?*” y los profesionales dicen estar de acuerdo (3 de septiembre, 2018).

Lo anterior se expresa de esa manera, solo nombrando el código alfanumérico, pues se entiende que todos manejan dicha información, lo cual en este caso correspondía a un trastorno paranoide de la personalidad y a trastorno de ansiedad generalizada, respectivamente. Si bien son psiquiatras los que más dominan estos códigos, todo el equipo habla este lenguaje psiquiátrico y se percibe un interés por ampliar cada vez más ese bagaje conceptual asociado a la mirada clínica y psicopatológica.

Tal interés se plasma en acciones que funcionarios de otras profesiones distintas a la psiquiatría realizan. Ejemplo de ello es la manifestación de un rol en cierto modo “docente” que la psiquiatría ha ganado en este contexto, que se puede apreciar en las siguientes situaciones registradas en diario de campo:

Situación 1. Mientras se analiza la situación de un usuario, PSQ le dice al resto de los profesionales *“en este tipo de pacientes es mucho mayor el riesgo de suicidio, cuando disminuyen los síntomas y va aumentando la conciencia sobre la destrucción del yo, en el sentido de que su plan vital previo se ha ido deteriorando y es probable que no vuelva a ser como era antes. Este chico estaba estudiando su carrera y de repente consumió marihuana y al poco tiempo se desató el brote de esquizofrenia, ahora es triste ver que eso la mamá lo percibe, percibe el cambio en su hijo”* mientras PSQ menciona esto, enfermera e interna de medicina familiar toman nota y hacen preguntas sobre ciertos términos que él ha utilizado (reunión clínica. 28 de agosto, 2018).

Situación 2. Sale el usuario que estaba en entrevista y PSQ comenta *“bueno acá ya no hay dudas del diagnóstico ¿verdad? Es una esquizofrenia y eso que él dice de las voces, él está teniendo de tipo egodistónico, porque tenemos dos tipos: egosintónico, que es lo que dice él, que son esas alucinaciones auditivas que no interfieren, y están las egodistónicas, que si molestan a quien las posee.* Explicación ante la cual enfermera y TO le piden que repita los términos para anotarlos (reunión clínica. 31 de julio, 2018).

Es así como los profesionales interactúan constantemente haciendo uso de la nueva información que van adquiriendo, lo cual nutre el “ojo clínico” que cada uno tiene. Son los psiquiatras quienes captan de manera más sostenida la atención del resto del equipo cuando emiten análisis respecto a los usuarios.

En el caso de los psicólogos, cuando ellos analizan y se enfocan mayormente en lo emocional, es decir, en los sentimientos que se presentan unidos a la sintomatología psicopatológica de los usuarios y a la variable afectiva en general, se percibe cierto desinterés de parte de médicos psiquiatras y neutralidad de parte de los otros

profesionales del equipo, lo que se manifiesta a través del uso de celulares, hacer pocos o nulos comentarios y preguntas, postura corporal más distante y/o desviar la mirada. Tal actitud, da a entender que en el espacio de reunión clínica tiene más peso lo biomédico que lo psicosocial, puesto que lo relevante y primordial, resulta ser emitir el diagnóstico. En el fondo, la reunión clínica se entiende como un encuentro práctico, lo cual sería concordante con la comprensión de este espacio como asistencial y funcional a los requerimientos de la institución.

Por otra parte, la fase en que los profesionales llegan a un consenso respecto al diagnóstico que le asignarán a la persona, se puede apreciar como dominada mayormente por los psiquiatras y en general los demás profesionales concuerdan con lo dicho por ellos. Así, el “consenso” no es derivado de un proceso de debate, puesto que las posturas suelen ser muy similares y la actitud de los equipos es de acatar lo planteado según el criterio de algún PSQ.

Dicha fase de la reunión, culmina con la devolución del diagnóstico al usuario. Momento en el cual las reacciones son variadas e incluyen en ocasiones llanto, cuestionamiento/rechazo de la etiqueta asignada o recepción pasiva de ésta. Generalmente, los usuarios o acompañantes no suelen hacer muchas preguntas al respecto y ocurre que cuando lo hacen, se percibe la dificultad que esto les genera: Cuando ya se está cerrando la entrevista, hijo de usuaria dice *“me queda una duda, tengo una consulta sobre el... delirio... si es que eso... puede irse”* titubea y se nota que no le es fácil preguntar, parece ser que es incómoda la instancia y no es sencillo consultar y romper con el rol de “entrevistado” que fuertemente se impone dado el contexto (reunión clínica, 6 de agosto, 2018).

En este caso, es un hombre mayor de edad, con estudios superiores y, aun así, no fluye de manera segura la consulta sobre el tratamiento indicado y los posibles efectos o mejorías. En casos donde es aún mayor la brecha de educación entre profesionales y usuario y/o su acompañante, los entrevistados suelen tener un rol pasivo y acatar todo lo que se dice en reunión, más que profundizar o cuestionar las decisiones que se toman con respecto a la situación particular del sujeto.

Por otra parte, aunque con menos frecuencia, se viven situaciones de tensión cuando los usuarios cuestionan el diagnóstico y/o piden contar con otra opinión. Suelen haber preguntas sobre la recuperación y posibilidad de cura del trastorno que les han diagnosticado. Lo anterior, puede verse plasmado en las siguientes situaciones registradas en el diario de campo, derivadas de observación en instancias de reunión clínica:

Situación 1. Se encuentra el equipo completo de COSAM 2 posterior a haber entrevistado a una usuaria con sintomatología etiquetada como psicótica, quien venía acompañada por su marido. PSQ2 que se integró después y no estuvo en la entrevista inicialmente dice que él cree que es EQZ. Luego de ello hacen pasar a la usuaria junto con su marido nuevamente y médico es quien hace la devolución: *“mire conversamos con el equipo y nosotros creemos que es esquizofrenia”* dicho esto, usuaria se pone de pie y se dirige hacia la puerta llorando, frente a lo cual su marido se para al instante detrás de ella y la toma del brazo conteniéndola y le dice *“no hagas esto más difícil, hay cosas peores”* y la consuela dándole pañuelos y un abrazo, dirigiéndola nuevamente a la silla donde estaban sentados frente a los profesionales, quienes, en su mayoría, permanecen en silencio durante ese tiempo, aunque algunos también suspiran con expresión de tristeza en su rostro (21 de agosto, 2018).

Situación 2. Una usuaria que ha sido entrevistada por el equipo de COSAM 1, finalizando la instancia solicita poder contar con una segunda opinión de parte de algún PSQ que le confirme su diagnóstico. En este momento PS 3 interviene y le consulta *¿qué es lo que le gustaría consultar?* y usuaria indica que le gustaría que le dijeran si efectivamente lo que tiene es lo que le han dicho, a lo que PS le pregunta *¿Qué le han dicho?* Y ella responde *“que tengo un trastorno, tengo esquizofrenia”* y PS 3 dice: *¿y qué sabe usted de eso?* Usuaria: *“que tener esquizofrenia es estar loca, entonces por eso quiero saber si otro PSQ opina lo mismo”* PS 3: *usted tiene un trastorno esquizo-afectivo.* Usuaria: *¿y qué es eso?* PS 3: *en el fondo es como que sus pensamientos y sus afectos a veces se desajustan”* y existe silencio de parte del resto del equipo, no ahondan en mayores explicaciones (23 de julio, 2018).

Dentro de este contexto, en el que el foco principal suele ser lograr hacer calzar en una clasificación diagnóstica las impresiones que las conductas del usuario dejaron en los profesionales, suele suceder que cuando se ha logrado rotular a la persona, todo lo que surge posteriormente es interpretado desde la etiqueta asignada. Lo anterior también engloba las conductas de los familiares o acompañantes del usuario, lo cual se puede apreciar en la siguiente situación presenciada en observación participante:

Frente al ingreso del hijo de tres años de una usuaria al espacio de reunión, el comportamiento risueño y observador del niño, generó los siguientes comentarios una vez ellos salieron: PSQ: *“ya sabemos ya el humor basal del niño”* y hay risas en el equipo, PS añade: *“sacó el temperamento de los padres”* y frente a esto becada de medicina familiar comenta en tono de broma *“lo vemos a los 14 años de nuevo”* (al hijo) a lo que PS le responde: *“a los 14? ¡Que eres optimista! Antes...”* (9 de julio, 2018).

Para finalizar y a modo de síntesis, se puede decir que el proceso diagnóstico tiene significados distintos para profesionales y usuarios. Para los primeros, posee un carácter administrativo y orienta el abordaje clínico (generalmente farmacológico) que se le asignará al usuario, mientras que para los segundos responde a una necesidad de comprensión sobre lo que les sucede y de tener conocimiento respecto del curso de su estado. Es de suma importancia para ellos, conocer la cronicidad o posibilidad de cura.

Respecto a la comprensión de dicho espacio como rito, puede decirse que los profesionales actúan desde su mayor jerarquía, otorgando una etiqueta diagnóstica a los usuarios, mientras que éstos la comienzan a incorporar como su nueva realidad, a medida que van recibiendo el tratamiento consecuente y adoptan las conductas esperadas dentro de este nuevo contexto de atención. Hecho esto, se da inicio oficial a su trayectoria como “paciente” de salud mental.

c) Abordaje y tratamiento

Este apartado muestra el proceso de intervención que es ofrecido desde los dispositivos de salud mental, el cual posee un bagaje de opciones para tratamiento de

cierta manera estándar. Dichas alternativas son: prescripción de fármacos según la sintomatología del usuario; intervenciones/rescates en el hogar de los usuarios; sesiones de intervención individual en box con los profesionales e intervenciones que apuntan a recuperar y/o promover algunas ocupaciones que involucren interacción con otros, principalmente talleres.

En relación a este tema, se desprende de las conversaciones y entrevistas con profesionales, que existe una brecha entre aquello que se exige ministerialmente y lo que se hace en la práctica. El trabajo en salud mental actualmente debe contar con una mirada comunitaria, por ello se han implementado dispositivos como los COSAM Y HDD, no obstante, al interior del contexto observado, se da una tensión entre lo solicitado y predicado y lo practicado.

Lo anterior, específicamente apunta a que los COSAM no funcionan como dispositivos con enfoque comunitario y que si bien se intenta incluir abordajes que involucren al menos a las familias, la modalidad de atención suele ser bastante centrada en la persona y en el tratamiento individual, generalmente psicofarmacológico y con poca o nula vinculación con redes comunitarias externas al hospital.

Es así como dicha discordancia entre lo que debería ser y lo que es, permea distintas aristas del tratamiento y la vinculación que los equipos establecen con los usuarios de salud mental, lo cual impacta directamente en el alcance que puedan tener las intervenciones en favor de la recuperación.

c.1. Fármacos.

Esta parte del tratamiento tiene un papel preponderante, lo que puede ser deducido en base a la gran cantidad de prescripciones farmacológicas que se emiten en salud mental. En palabras de un profesional en entrevista se percibe así:

“Nosotros tenemos una pequeña (entre comillas) desventaja en psiquiatría, que la polifarmacia es como la regla, es muy raro que un paciente esté con un solo medicamento; y eso no es porque queramos resolverlo todo con medicamentos, sino que porque la especialidad es así no más(...)pero ese es un mal, llamémoslo así, o

una característica propia de la especialidad; que yo diría que la polifarmacia es casi la regla y la mono-farmacia es la excepción, o sea un paciente que está con un solo fármaco es la excepción” (23 de octubre, 2018).

Otro aspecto que hace pensar que lo farmacológico posee gran peso dentro de la intervención, es el hecho de que tres profesiones dentro de los equipos, se encargan de monitorear de manera conjunta la toma de fármacos por parte de los usuarios: en primer lugar los psiquiatras, que se encargan de indicar el esquema farmacológico que recibirá el usuario e ir ajustándolo de acuerdo a como va reaccionando el consultante; también están las TENS, que son quienes atienden a la persona que viene a retirar sus recetas y/o a recibir su tratamiento inyectable; y por otra parte, los terapeutas ocupacionales que tienen dentro de sus funciones el monitorear la correcta toma de las dosis, para lo cual utilizan la estrategia del “pastillero”, recipiente en el cual se depositan según día y hora los distintos fármacos que debe consumir el usuario, lo que se trabaja en sesión para que la persona comprenda como debe ser la óptima toma de los medicamentos.

Por tanto, se coloca gran atención a que los usuarios sigan las indicaciones médicas y se hace mucho hincapié en que los fármacos sean tomados en la dosis y hora en que fueron prescritos. Esto se corrobora en gran medida con el “apoderado” de tratamiento, quien suele ser además para el equipo, la persona que figura como responsable de que esto se cumpla.

Situación registrada en diario de campo. Ingresan el marido junto a ella (usuaria) y su hijo. PSQ le pregunta a él: *¿Cómo la ve? ¿Se toma los remedios? ¿Usted confía en que ella realmente se los toma?* Y luego PS pregunta *¿Cómo es ella?* Y marido responde *“así como la vieron hoy, así es ella”* PSQ se dirige al equipo y pregunta *¿alguien más quiere preguntar?* Y luego dice: *“nos tenemos que asegurar de que alguien le de los remedios y se va a tomar exámenes”* (9 de julio, 2018).

Situaciones como la mencionada son muy frecuentes en el contexto de reunión clínica, pues el equipo le otorga gran importancia a la adherencia farmacológica, en ocasiones se pasa por sobre el usuario para confiar en el relato verificador del

“apoderado”. Cuando se consulta al usuario se legitima su respuesta en base a como ellos le perciben conductualmente y, habitualmente, se corrobora con el familiar.

En base a lo que se pudo apreciar en observación y entrevistas, los psicofármacos se prescriben de manera muy frecuente, pero no se suelen exponer sus efectos secundarios, los usuarios, en realidad, acceden a tomarlos sin consultar mayormente.

Si bien existe una intención hacia la atención integral y un abordaje interdisciplinario, lo que se expresa en el discurso, desde la práctica a los usuarios se les refuerza de manera constante el hecho de que las horas que más hay que cuidar de no perder son las de PSQ y que el retiro y toma de fármacos o recepción de tratamiento inyectable, es algo que les hace bien, tal como se describe en la siguiente situación registrada en reunión clínica:

Usuaría se resiste a recibir inyección, no con una convicción firme, sino que reitera varias veces: *“déjenme con mis remedios solamente”*. Distintos profesionales comienzan a persuadir a la usuaria y le dicen que la inyección le hará bien, que le ayudará con su memoria (que ella percibe dañada), con su dolor físico, entre otros beneficios. Solicitan el ingreso de la TENS para que ella la lleve a inyectarse, ante lo cual finalmente la usuaria cede. TO dice: *“al final le dijimos que la inyección le sirve para todo”* y los profesionales se ríen, a lo que PS2 agrega: *“faltó decirle nomás que se va a poner hasta más bonita”* (7 de agosto, 2018).

De lo anterior se desprende que los profesionales se alinean de manera firme en una postura de persuasión, respecto del tratamiento farmacológico; como la jerarquía del grupo profesional es superior, la indicación termina convirtiéndose casi en un imperativo a acatar, pese a que pueda haber resistencias en los usuarios. Esto devela que desde la visión de los profesionales es difícil concebir que un usuario libremente escoja no consumir/recibir un fármaco/inyección debido a las molestias que pueda causarle. La negativa se entiende como una falta de comprensión en relación a lo beneficioso que, supuestamente, debe ser siempre dicha opción y, por ende, se esmeran en convencerlos de ello, utilizando argumentos más o menos elaborados según el nivel intelectual o educacional de la persona a la que se intenta persuadir.

En relación a las dudas que mencionan los usuarios sobre los efectos de algunos fármacos, ocurre algo similar, son significadas por el personal de salud como incompreensión o desconocimiento sobre los beneficios del medicamento. Finalmente, si pese a los intentos de persuasión el usuario rechaza rotundamente el fármaco, debe dejarlo por escrito y firmado.

Situación en reunión clínica. Usuaría consulta sobre la posibilidad de que la ansiedad que está sintiendo sea efecto de un medicamento y PSQ le menciona: *“la medicación te está ayudando, no perjudicando”*. Luego de consultarle sobre sus hijos y si se siente capacitada para cuidarlos, se cierra la entrevista agradeciendo que haya venido y él le indica *“hagamos caso”*, la cual es una frase que en ese contexto alude al hecho de la toma de fármacos (reunión clínica, 19 de junio, 2018).

Entrevista TENS. *“En cuanto a las dudas de los fármacos en cuanto a para qué sirven, se les recomienda consultar al médico tratante y ante el rechazo de tratamiento, bueno se trata de convencer al paciente que no abandone... pero al agotarse los medios, se le pide que deje por escrito en ficha clínica, el rechazo a tratamiento o atenciones en salud mental”* (11 de septiembre, 2018).

Lo expuesto denota un mensaje implícito: el usuario debería delegar su capacidad de decisión en el equipo sin mayores cuestionamientos, pues son ellos los que tienen mayor conocimiento. En relación a lo mismo, otra forma de responder a las inquietudes, es acudir a la visión de los demás profesionales, perdiendo prioridad el validar las apreciaciones que tienen los usuarios respecto de su tratamiento, lo que viene a reforzar el mensaje: el equipo de profesionales es el que posee la formación y por ende una mayor legitimidad para decidir respecto del tratamiento. Ejemplo de ello es la siguiente situación registrada en diario de campo:

Usuaría comenta que con inyección se siente *“tiesa”* ante lo cual PSQ le consulta al resto del equipo: *¿cómo la ven ustedes?* Y todos concuerdan en que ella se ve bien y dicen *“yo te veo mucho mejor”*; *“te está haciendo bien”*, sin embargo, ella insiste y comenta: *“yo no me quiero seguir inyectando”* y PSQ responde *“eso tienes que hablarlo con la familia, pero nosotros te vemos bien, es mientras tu cuerpo se adapta*

a la inyección” a lo que usuaria consulta: *¿esto debería ir bajando doctor? Y él le responde con un “Sí”* (3 de julio, 2018).

Por otra parte, se le suele asignar un valor preponderante al impacto que el/los fármacos tienen sobre la mejoría de los usuarios, lo que se puede apreciar en la siguiente situación derivada de una reunión clínica:

Cuando ingreso a la sala de reunión, comentan entre estudiante en práctica de TO, EU y PS que: *“la señora x está bien”* estudiante en práctica menciona: *“me saludó y me dijo ¿cómo está?, Se ve mejor!”* a lo que PS comenta: *“si, es que se le subió la Olanzapina”* hay risas y PS dice riendo *“pero si eso es”* (17 de junio, 2018).

En este contexto, lo que causa risas parece ser lo reduccionista de la interpretación sobre la mejoría en la usuaria, puesto que se le atribuye un gran poder a lo farmacológico y esto deja un poco pasmado al equipo, pues ese tipo de respuestas no son lo “políticamente correcto” desde la mirada de trabajo en salud mental comunitaria.

c.2. Indicaciones de manejo conductual y legal

Es frecuente también que junto a las indicaciones farmacológicas que reciben los usuarios, los equipos de salud entreguen indicaciones al “apoderado” sobre cómo actuar frente a ciertos síntomas. Lo anterior en ocasiones es solicitado por el acompañante o es emitido como sugerencia por el equipo frente a reportes de los acompañantes en relación al comportamiento del usuario.

Con varias de estas indicaciones se busca que la familia entienda que la persona posee un diagnóstico que lo hace actuar de determinada manera, no obstante, no suele darse espacio a explicaciones más profundas sobre aspectos psicológicos o emocionales que estén gatillando el síntoma.

El síntoma se expone como un justificativo de la etiqueta que la persona posee y no se explora más allá la significación que éste pueda tener para el usuario. Por ejemplo, en el contexto de la reunión clínica: Frente a comentarios de cuñada de usuaria sobre conductas repetitivas en ella, PSQ le dice que *“es que por el diagnóstico tiene pseudo*

obsesiones” y le explica que ella vive así, esa es su realidad, “*no hay que contradecirla*” (19 de junio, 2018).

Lo mencionado da a entender que en general para quienes integran los equipos de salud, las conductas que tengan los usuarios y que sean disruptivas para su entorno, se pueden explicar en base a la etiqueta, lo que devela la tautología del diagnóstico, es decir tengo estos síntomas porque poseo este diagnóstico y estos síntomas, a su vez, se explican por el diagnóstico que tengo.

Por otra parte, una opción que, a veces se sugiere, es que los familiares inicien la interdicción, que consiste en un trámite legal con el que se determina que una persona no cuenta con las capacidades para administrar sus bienes (ChileAtiende, 2011). Para recomendar esto, se basan en la protección del usuario, se resguarda que no tenga problemas con la ley al tomar decisiones que le puedan poner en riesgo, puesto que existe la visión de que la persona ya no está en condiciones de tomar decisiones respecto de su vida como adulto responsable.

Otra alternativa es derivar a hogares protegidos, sobre todo en aquellos casos en que no existe una red de apoyo adecuada. No obstante, esta opción también se baraja cuando se han presentado problemas de convivencia familiar y dificultades de manejo en la casa, ante lo cual se refuerza la idea de que el usuario funciona de buena manera estando en contexto de cuidados restrictivos, con un menor grado de libertad.

Para apuntar al manejo de los usuarios y su cuadro también se utiliza la internación administrativa, que consiste en hacer uso de un recurso legal que autorice hospitalizar al usuario sin su consentimiento para estabilizarlo ya que su condición actual representa algún tipo de riesgo para sí mismo o para terceros (Gobierno de Chile, s/f). Esta medida no es frecuente y se ha llevado a cabo cuando los usuarios han presentado desregulaciones conductuales narradas por los familiares, presenciadas por vecinos o pesquisadas por los propios profesionales en visita domiciliaria. Un ejemplo de ello, es la siguiente situación vivida por TO en visita domiciliaria y narrada en contexto de entrevista:

“La usuaria estaba muy descompensada nosotros fuimos con la AS y bueno fue un día viernes y ella igual estaba con riesgo de hacerse daño, porque había un cuchillo a la entrada de la casa, había una gallina muerta y nosotros pensamos que, si la dejábamos sola un fin de semana podría haberse hecho daño ella o a los vecinos, entonces ahí nosotros tratamos de hacer como una internación administrativa, hicimos hasta lo que no pudimos y la trajimos a urgencias. Habían dicho que no lo hiciéramos, pero nosotros por nuestra ética, nuestro criterio, dijimos “tenemos que hacerlo”, no podemos dejar que esta señora se mate el fin de semana (...) nosotros hicimos todo por medio de carabineros, porque era la única forma también de poder traerla... aparte ella no tenía red de apoyo o su red de apoyo era súper baja... y teníamos que hacer algo, no podíamos dejar que ella se quedara en su casa, ni por ella ni por sus vecinos (7 de septiembre, 2018).

Como se desprende del relato, la internación administrativa es una acción que pueden impulsar los profesionales con apoyo de carabineros. Dicha decisión se fundamenta en el riesgo de auto y hetero lesión percibido.

Finalmente, la Terapia Electro Convulsiva [TEC] es un tipo de intervención que, si bien ya no se utiliza en los dispositivos participantes, se comenta por parte de algunos psiquiatras como que sería una buena posibilidad para alcanzar objetivos en el tratamiento. Esto puede ser visto en las siguientes situaciones extraídas del diario de campo:

Situación 1. Terminados los controles de cada usuario, desde PSQ surge el tema de la TEC quien dice que se hace en algunos lugares y que en el hospital se realizó: *“los pacientes con la TEC evolucionan... las primeras dos o tres intervenciones como que empeoran, pero después mejoran, acá no aguantaron eso, faltó capacitación”* (hacia psiquiatras que la aplicaron). Posteriormente PSQ se despide cordialmente, se retira y se da por finalizada la reunión (3 de Julio, 2018)

Situación 2. PSQ vuelve a insistir en lo de ingresar el caso al comité de ética y menciona: *“es que no ha recibido TEC ni Clozapina, y es un usuario que está con catatonía desde el 2007, no puede ser eso”*. Ante este comentario PS dice: *“tienes*

toda la razón, estoy de acuerdo". La decisión final es que el caso sea presentado al comité de ética para recibir orientación y PSQ indica que se le asigne una visita domiciliaria (31 de Julio, 2018).

Situación 3. Cuando familiares de usuario salen de la sala, PS dice: *"tremenda ambivalencia entre ellas, yo le encontré toda la razón a la hija"*. PSQ dice que *"en este caso no queda mucho que hacer, se podría haber intentado con TEC, pero ya no se hace acá"* a lo que otra profesional pregunta por qué razón se dejó de hacer y PS le contesta: *"es que quedó una paciente con incontinencia..."* (28 de agosto, 2018).

De lo anterior, se desprende que, si bien se reconoce que el método puede dejar consecuencias irreversibles en la salud de los usuarios, también se le ve como una opción válida en aquellos casos de usuarios en los que se han agotado todos los recursos de intervención. En relación a este mismo tema, en instancia grupal un profesional comenta sobre experiencia en TEC durante su formación:

PSQ con PS comienzan a hablar de un caso visto anteriormente y tocan el tema de la TEC. Médico pregunta *¿cómo se hace para poder implementarla?* y PSQ le dice que *"hay que gestionarlo directamente nomás con anestesia, si no es más complejo"* PS añade: *"pero parece que no han tenido buena experiencia"* y PSQ cuenta que él en su primera semana de beca le tocó hacer TEC, ríe y dice *"después de eso te pones sanguinario"* en tono de broma (7 de agosto, 2018).

Lo expuesto muestra la manera en que este tipo de intervenciones aún generan curiosidad entre profesionales y cómo se considera un tema complejo, que presenta detractores y defensores. Al parecer el ponerse "sanguinario" luego de la experiencia, denota el impacto emocional y conductual que tiene para el profesional; se requiere de cierta frialdad o crueldad por parte de quien la aplica.

A modo de síntesis, se puede decir que los profesionales al dar las indicaciones mencionadas, ofrecen un marco comprensivo e interpretativo de la situación del usuario dentro de un contexto particular y en base a ello educan a las familias, creando con ello una subjetividad.

c.3. Talleres

Otra forma de intervención ofrecida en los COSAM y HDD son los talleres, que son instancias en las que algún profesional o un monitor externo enseña a los usuarios sobre algún tema u oficio. Tienen una determinada duración y frecuencia. En el caso de los dispositivos observados, se imparten talleres desde COSAM, HDD y centro diurno-también llamado “casa club”, que, como ya se señaló anteriormente, es un espacio ubicado geográficamente fuera del recinto del hospital, pero cercano al mismo y que figura como una casa con profesionales que reciben a usuarios de salud mental para intervenir con foco en lo ocupacional y recreativo.

Ambos COSAM imparten de manera fija los siguientes talleres: 1. Taller de corte y confección; 2. Taller de cine; 3. Canto; 4. Guitarra. Éstos en su mayoría son dictados por monitores externos, a excepción del taller de cine que está a cargo de una PS de COSAM 2.

Los talleres mencionados funcionan vinculados a la agrupación de familiares de usuarios con diagnóstico psiquiátrico “Alianza”, quienes se sustentan gracias la autogestión, vendiendo ropa usada (“baratillos”) de vez en cuando y/o vendiendo las creaciones de sus talleres.

Por otra parte, AS junto con TO de COSAM 2, asesoran un taller de alfabetización e imparten un taller de autoayuda, en el que los usuarios y/o sus familiares se reúnen a hacer manualidades, donde se da una dinámica en que los usuarios pueden compartir experiencias.

Hospital de día funciona distinto y ofrece talleres que se van elaborando semanalmente en base a las necesidades que se vayan detectando en los usuarios, por ende, en general son diseñados con un número bajo de sesiones, frecuentemente solo una, puesto que semana a semana van ingresando y egresando personas en el dispositivo. De manera más fija, se lleva a cabo una sesión de psico-educación dirigida a los familiares y/o acompañantes de los usuarios, en la cual PS otorga información sobre el diagnóstico y entrega estrategias de manejo. En entrevista etnográfica PS relata lo siguiente:

Comenta que la modalidad de la sesión varía según las familias, si ve que no son tan participativos les hace escribir sus dudas en una hoja, pero si son personas más activas se hace conversando. Menciona que suele utilizar instrumentos (cuestionarios) donde se hacen preguntas sobre síntomas de la enfermedad, como por ejemplo el PANSS para esquizofrenia (The Positive and Negative Syndrome Scale). En esta ocasión había citados familiares de dos usuarios, sin embargo, nadie llegó. Conversamos sobre la situación y me comenta que es frecuente que ocurra esto, que es en estas instancias donde se ve el compromiso de las familias por la recuperación. Señala que no llama por teléfono porque no quiere ser insistente, pues piensa que el interés debe partir desde los usuarios y sus seres queridos (28 de junio, 2018).

Los talleres en este dispositivo se financian por medio de un fondo fijo que otorga el hospital, el cual es utilizado para comprar materiales y pagar a los monitores. En instancia de observación TO me muestra algunos jarrones hechos por los usuarios y otras manualidades elaboradas por ellos, éstos son propiedad de los usuarios, quienes escogen si se los quedan para sí, los regalan o los venden.

Tanto en HDD como en COSAM, los TO son los que pueden derivar a los usuarios al centro diurno para que se integren a los talleres ofrecidos. El TO de casa club hace una evaluación para ver la funcionalidad del usuario y aplica algún instrumento que levante información respecto de su adecuación para participar de talleres.

Los talleres son vistos principalmente como un espacio de estimulación social para los usuarios, en que ellos interactúan entre sí y también aprenden alguna destreza práctica. En palabras de AS en entrevista:

“En estos talleres la gente viene a compartir, aprenden de la temática del taller, pero en el fondo es más bien como un grupo de autoayuda, acá conversan, se distraen, de hecho, algunos vienen y definitivamente no tienen muchas habilidades para lo que se hace dentro del taller, pero igual vienen y comparten y comen, se ríen. Hay una señora que está en el curso de moda y no ve casi nada, por ejemplo, pero igual le gusta venir” (23 de agosto, 2018).

Los talleres son vistos como una instancia que favorece el proceso de intervención de los usuarios, lo cual queda plasmado en la siguiente situación desprendida de anotación en diario de campo:

Durante la reunión, en base al relato de la madre de un usuario con diagnóstico de EQZ (diagnosticado hace aproximadamente 4 años), se extrae que el taller de fútbol en que participa ha impulsado cambios positivos en su hijo. Los profesionales por su parte, en el análisis del caso mencionan que los talleres que ofrece centro diurno han “levantado” a muchas personas con diagnóstico (12 de junio, 2018).

La oferta de los talleres y su convocatoria es realizada por los profesionales, quienes mencionan que se ajustan a las competencias observadas en los usuarios y a los intereses que cada uno tenga. TO y AS en entrevista respectivamente mencionan:

“yo al menos me enfoco mucho en lo que son los intereses, trato de no yo decirle tu metete a este taller, si no que le ofrezco todos los talleres que tenemos y en base a sus intereses que se incorpore a uno” (7 de septiembre, 2018).

“Mira cada profesional puede ofrecer a los pacientes participar de taller, en general es la TO, pero todos podemos y ahí tú ves, ósea a alguien que sabes tiene problemas con la tolerancia a la frustración, no lo vas a mandar a un taller donde hay competencia... pero puedes sugerirle otro” (23 de agosto, 2018).

Por tanto, la opción de integrarse a un taller está mediada por la apreciación de la conducta del usuario que tengan los profesionales, ya sea a través de evaluaciones con instrumentos o de percepciones. Es así como se dan situaciones en que usuarios que presentan conductas que resultan ser disruptivas al contexto, van viendo limitado su acceso a ciertos talleres o derechamente van quedando fuera de las instancias.

PSQ indica: *“no hay ningún síntoma que podamos medicar, yo la haría que fuese a taller, pero no uno con mucha relación porque va a intentar llevar la batuta todo el rato”* y AS dice: *“Noo, el taller grupal de nosotros no, nos va a alborotar todo el gallinero... es hincha igual”* (10 de julio, 2018).

TO indica: *“igual es una paciente difícil de manejar porque altera a su entorno, el otro día la X (otra usuaria) estuvo callada todo el rato mientras estaba ella, se quedó*

de brazos cruzados en un rincón, costó mucho reintegrarla" a lo que PS responde *"bueno que la X nunca ha sido la reina de la simpatía que digamos..."* y otra profesional dice *"si, si es demandante, ahora está ahí en el taller de acondicionamiento físico y ella está ahí sentada dando las órdenes a los demás jajá"*(28 de agosto, 2018).

En base a ciertos comentarios se puede desprender que existe la percepción de que algunos usuarios no gustan de participar en talleres por el hecho de interactuar con otras personas que tienen algún tipo de diagnóstico. Esto puede verse en el siguiente comentario emitido por un profesional en contexto de reunión clínica, posterior a entrevista de usuario pintor al cual piensan ofrecerle que se integre a talleres: *"no creo que él tenga problema de participar en talleres, como él tiene este pensamiento artístico, no creo que diga que va a estar con gente enferma"* y el equipo concuerda.

Algunos usuarios señalan que los talleres no les motivan mucho, puesto que perciben cierta monotonía en su ejecución. En el espacio de entrevista en reunión clínica, se ha pesquisado lo siguiente:

En la entrevista se indaga sobre su experiencia en HDD, a lo que comenta que se sentía cómoda, pero que algunos talleres no le agradaban, se le invita a que en la modalidad de COSAM continúe con talleres que sean acorde a sus gustos, ante lo cual ella responde que se aburría y que había cosas que *"no se le daban"*, en ese momento TO interviene para comentar que hay distintas opciones y otro profesional indica que si bien los talleres no son obligación, son algo que le haría bien (18 de junio, 2018).

Posterior a que usuaria narra que se ha aislado bastante de su entorno, con la excusa de que no tiene temas sobre los cuales compartir con otros, PSQ le consulta si participa de algún taller y ella responde que asiste a dos del centro diurno, pero que con uno solamente se siente más conforme y entretenida, pues el otro indica que *"hacemos siempre lo mismo"* (30 de julio, 2018).

c.4. Visitas domiciliarias

Otra manera de abordar los casos son las visitas domiciliarias, que consisten en salidas del dispositivo por parte de una dupla de profesionales, obligatoriamente uno de ellos es un AS, y el destino es el domicilio de los usuarios.

La finalidad de realizar visitas es, principalmente, poder monitorear a aquellos usuarios que no han asistido a sus atenciones con profesionales (hacer “*rescate*”); ver los casos en que exista alguna persona que no pueda salir de su hogar debido a que tenga algún tipo de discapacidad física más severa y realizar las intervenciones en el hogar para que los usuarios no pierdan sus atenciones. En ocasiones también se va a observar como es la dinámica familiar, ver las condiciones del hogar en que está viviendo la persona y acudir a “encuadrar” situaciones que no se ajusten a los requisitos del dispositivo.

Los profesionales (principalmente AS) van seleccionando a los usuarios que requieren de visita en base a alguno de los objetivos mencionados. Las visitas en general tienen una duración de 15 a 30 minutos cada una, las entrevistas se dan al interior de los hogares y los usuarios en general muestran una buena disposición a responder las preguntas que emiten los profesionales. También se les percibe activos en el sentido de que hacen varias consultas y piden orientaciones sobre algunos temas.

En teoría, los dispositivos de salud mental deben contar con un vehículo para la realización de visitas, no obstante, esto aún no ocurre en la práctica. Lo anterior, se ha presentado como una dificultad para los profesionales, quienes producto de esta situación han disminuido mucho el número de visitas realizadas, sobre todo aquellas que son en contexto rural.

Los vehículos del hospital y su respectivo conductor, se solicitan para determinado día y hora, pero como éstos son compartidos con todo el recinto hospitalario, en ocasiones pasa que se han debido posponer las visitas porque el vehículo no se alcanza a desocupar de una actividad anterior que se extendió y no llega en el horario solicitado por los equipos. Lo anterior, se ve plasmado en la siguiente situación:

31 de julio, 2018. Me sumo a la instancia en que TO y AS irán a visitar a las 14:00 hrs. a un usuario que vive a 40 minutos de distancia. La idea es ver la posibilidad de activar alguna red de apoyo, la cual desde la perspectiva de los profesionales es nula, pues solo vive con su madre que en palabras de ellos *“es más psicótica que el hijo”*. Junto con ello, se busca poder asignar tareas desde la terapia ocupacional, para que usuario que ya está dado de alta de una hospitalización, haga más actividades porque *“la mamá solo lo sienta a que vea tele”*. Son las 14:30 y el vehículo aun no llega, AS llama por teléfono para preguntar y le dicen que el vehículo está en otro lugar (a una hora de distancia), en una actividad en la que está el Presidente de la República, por lo que no alcanza a volver dentro del horario laboral de los profesionales y se pospone la visita.

Lo anterior lleva a que los profesionales deban reorganizarse y reajustar las tareas para esa tarde que habían destinado a la visita. Esto genera distintas reacciones, que varían según la motivación que tenían hacia la visita, puesto que, en algunos casos, ya sea por las características del usuario o de algún familiar, existe cierto desgano por acudir al domicilio. En la situación presentada ocurrió esto, ya que la madre genera una especie de rechazo o rabia en los profesionales debido a que no han logrado volverla una aliada para el tratamiento de su hijo. También hay resistencia a ir cuando las condiciones de higiene de la casa son deficientes.

En relación a los resguardos que los profesionales consideran deben tener al realizar visitas y los riesgos a los que en ocasiones se exponen, mencionan las siguientes situaciones en mencionadas en entrevista:

“A veces con las descompensaciones es complicado, una vez por ejemplo yo estaba embarazada y tuvimos que salir rápido de la casa de un paciente porque se había puesto agresivo, estaba sin adherir a tratamiento durante un tiempo” (23 de agosto, 2018).

“Yo creo que es súper... complejo a veces hacer una visita, porque por lo general nosotros vamos a sectores rurales e igual en esos sectores las casas están muy alejadas entre si... y hay que tener mucho cuidado en la cercanía de repente con los

usuarios, porque como experiencia personal a mí una vez me pasó que fui a una visita domiciliaria y una usuaria me agredió... pero no había un protocolo, ahora se está generando uno de visita domiciliaria para ver hasta qué punto podemos llegar nosotros con la intervención, la idea es poder tener cuidado ya sea a nivel de la cercanía, porque también a los usuarios hay que respetarles su privacidad, porque si ellos no quieren que ingresemos a su vivienda, es su casa, no podemos llegar y meternos por la puerta si vemos una puerta abierta, y también el tema como del respeto por la situación en la que se encuentra, quizás hay casas de usuarios que están en malas condiciones, los olores muchas veces no son los más ricos y la idea es tampoco poner caras, para que el usuario no se vaya a sentir mal tampoco (7 de septiembre, 2018).

Parece ser que la cautela, es una característica que se debe tener para asistir a los domicilios, los profesionales reconocen la posición de dueños de casa en que se encuentran los usuarios y eso es algo que delimita su actuar, que debe ser siempre respetuoso con los espacios. También es interesante ver como se hizo necesario proceder a elaborar un protocolo que regule las instancias de visita, puesto los profesionales en ocasiones han puesto en peligro su integridad física. Lo anterior, se sustenta en el temor presente en los equipos, respecto de la posibilidad de ser agredidos, lo cual fácilmente lleva a generalizar dicha situación.

d) Evolución y alta: *“Nosotros cronificamos a los pacientes”*

Para finalizar este apartado, se expone el proceso de evolución de los usuarios que ingresan a salud mental, cómo los profesionales van percibiendo sus progresos y cuáles son las condiciones para que estos sean dados de alta.

Los profesionales en general perciben que la evolución de los usuarios es variable y a un ritmo menor del que les gustaría. Esto se explica por las dificultades para tener una frecuencia regular de atenciones individuales, sobre todo en los COSAM. En el HDD está la opción de intervenir diariamente y ello repercute en un progreso más rápido.

También la evolución se da más rápido cuando los usuarios son percibidos por el equipo como “compensados de su patología de base”, lo que desde relato de TO en entrevista, es así: *“dependiendo también del diagnóstico, porque cuando hay diagnósticos que son como más bien complejos, es mucho más lento, pero ya cuando alguien está como bien compensado, se notan más los cambios”* (7 de septiembre, 2018).

Los casos son conceptualizados como difíciles y eso impacta en el tiempo y alcance de la evolución, puesto que, si bien los profesionales reconocen avances, estos no son tan rápidos como ellos quisieran y poseen expectativas desfavorables hacia la evolución, lo que puede ser respaldado por el hecho de que los cuadros son percibidos como crónicos. AS en entrevista presenta la posibilidad de recuperación como que *“puede haber episodios de mejoría”* lo que se entiende como momentos en que al usuario ya no se le percibe como en crisis, pero esto no deja de ser un interpretado como un “episodio” de mejoría.

Por otra parte, el pronóstico se cree que puede ser favorable siempre y cuando haya también compromiso hacia el tratamiento, ambas partes tienen que involucrarse (profesionales y usuario), pero el compromiso por parte de los usuarios se entiende como la actitud de aceptar y seguir las indicaciones que el equipo sugiera.

Desde HDD a la mayoría de los usuarios dados de alta por cumplimiento de objetivos, se les deriva a que continúen con atención en COSAM. Al comentar el caso de una usuaria PSQ dice: *“es muy dependiente, ese es un rasgo a largo plazo, ¿viste la cara que puso cuando se le dijo que no más HDD?”* PS y médico asienten. Es recurrente este tipo de reacciones de parte de los usuarios, por lo que en una oportunidad tras indicación de alta en HDD, profesional menciona que sería mejor no hablar directamente del término “alta” con los usuarios, sino que decir que continuarán con controles, pero con menor frecuencia. Así sería menos chocante el cambio y generaría menos sensación de angustia en los usuarios.

En relación a lo mismo, PSQ de COSAM en contexto de reunión clínica menciona que cree que podrían dejar una fecha exclusiva dentro de la instancia para dar de alta,

pues alude a que hacerlo solo es más difícil, porque en general las personas no quieren quedar sin atención y opina que en equipo sería más sencillo comunicar la noticia.

En ocasiones el alta es dada con indicaciones de seguir en tratamiento con algún otro profesional, pero no siempre esto es llevado a la práctica de una manera coordinada, lo cual impacta en la conformidad de los usuarios:

Usuario tuvo un tratamiento hace un tiempo en salud mental y había sido atendido por PS más PSQ. PS lo había dado de alta a principios de este año y le indicó a PSQ que por favor le hiciera seguimiento durante al menos 6 meses, no obstante, él le dio el alta al día siguiente del alta psicológica. Tal decisión generó mucha molestia en usuario y la entrevista se basa mayormente en indagar sobre ese hecho y luego reasignarle nueva hora de reingreso con su PS tratante (reunión clínica, 23 de julio, 2018).

En el fondo, parece ser que los usuarios significan el alta como abandono, lo que ha llevado a los profesionales a replantearse la manera en que se comunicará la discontinuación de tratamiento. Junto con ello, se puede decir que esta significación por parte de los usuarios, se desprende de lo que han entendido como tratamiento en salud mental, que suele implicar periodos prolongados de atención, con controles relativamente seguidos entre sí y donde su rol es en mayor medida de dependencia hacia las decisiones de los equipos.

Ello es también reconocido por algunos profesionales, quienes perciben con mirada crítica esta especie de cronificación respecto del tratamiento otorgado por el sistema. Existe la percepción de que los usuarios permanecen más tiempo del que sería óptimo para la recuperación. En palabras de PS en reunión clínica, esto es visto así:

En análisis posterior a entrevista de usuaria con sintomatología depresiva, dice: *“yo la tendría dos o tres meses nomás, porque pasa que acá cronificamos a los pacientes, habría que ver cómo anda con los fármacos que le dejo el doctor ahora y trabajar en psicoterapia, ordenarla un poco”* haciendo referencia a la manera en que la usuaria afronta los sucesos dolorosos de su vida, pues al parecer suele evadir bastante las emociones (21 de agosto, 2018).

En la misma línea, profesional en entrevista analiza la situación de la siguiente manera:

“Si tú revisas bien acá, en realidad aquí, por ejemplo, hay un 50% de personas que deberían ser atendidas en atención primaria, porque son crónicos que podrían ser vistos una vez al año, una vez cada seis meses por un psiquiatra, ¿me entiendes? Pero están siendo vistos mensualmente y eso tiene taponeado el sistema poh; ahora no ingresan los nuevos que requerirían una atención pronta, ¿me entendís?, para una mejor resolución de su caso, no tienen entrada; porque está taponeado por gente que se ha atendido año tras año, tras año, tras año, tras año, tras año, ¡y que no ha habido ningún cambio!, porque no lo va a haber, porque cuando hay un deterioro importante ya no hay un cambio y se mantiene en tratamiento y eventualmente debe ser visto por un psiquiatra, obviamente” (7 de septiembre, 2018)

Lo anterior da cuenta de cómo ambas profesionales advierten de una práctica que parece ser lo habitual, en el sentido de que, si se decide que la persona ingrese, iniciará una larga trayectoria que se extiende por meses o incluso años, lo que denota falta de confianza en el poder de la intervención en favor de la recuperación.

Por otra parte, ocurre que cuando algunos usuarios discontinúan su tratamiento porque se sienten bien, solicitan de manera voluntaria el alta, lo que genera dudas en algunos profesionales del equipo, mientras que otros emiten comentarios respecto a que las crisis en los usuarios reaparecerán y en esa ocasión reingresarán.

Usuaría que por faltar a sus controles se acercó a solicitar una hora para reunión clínica con secretaria, ingresa al espacio de entrevista y PS2 le pregunta cómo ha estado y que espera viniendo aquí. Ella responde que está muy bien, que se siente distinta, que puede dedicarse a sus hijos y ahora a su sobrina y que se siente estable. Al escuchar eso, PS 2 le consulta porqué ella vino en esta ocasión y ella dice *“porque me llamaron y me dijeron que me acercara en cuanto pudiera y en realidad como yo ya estoy bien, sería bueno que el cupo quede para alguien que realmente lo necesita”* el equipo asiente, le piden que salga a la sala de espera y luego se le indica que ya estaría de alta. Cuando sale usuaria, PS pregunta ¿entonces no era TAB? (Trastorno

Afectivo Bipolar) y PSQ dice que ahora está compensada, pero que él cree que va recaer, y “*cuando recaiga va a volver*” (reunión clínica, 6 de agosto, 2018).

El hecho de poner en duda que el diagnóstico fuese correcto debido a que usuaria reportaba estar bien, permite inferir que no hay una convicción firme respecto de la recuperación de los usuarios con diagnóstico psiquiátrico y, por tanto, debiesen estar vinculados al dispositivo de una forma más prolongada y frecuente.

Lo anterior, denota una contradicción al interior de los equipos respecto del alta. Por una parte, es algo que los profesionales desean y buscan, pero por otra, de manera implícita se conceptualiza a los cuadros como crónicos y con escasa posibilidad de rehabilitación total, lo cual hace ver el alta como algo difícil de alcanzar. Esta contradicción es transmitida a los usuarios de manera indirecta, quienes entonces la perciben como una amenaza y se resisten a ella.

Lo descrito, se da de manera cíclico, en el sentido de que: Primero. Los profesionales no creen firmemente en la recuperación; Segundo. Ese mensaje se transmite de distintas maneras a los usuarios; Tercero. Los usuarios desde su desventaja jerárquica, creen los mensajes desmoralizantes emitidos por los profesionales; Cuarto. Se dificulta la recuperación real y este resultado lo perciben los profesionales, lo cual nutre la creencia expuesta en el primer punto del ciclo. Esto, produce una tensión constante al interior de los dispositivos, la cual permea el proceso de evolución de los usuarios y por ende, tributa a cronificar las intervenciones en salud mental.

3. Praxis

En este apartado se darán a conocer aspectos que permean la práctica cotidiana del trabajo en salud mental. En primer lugar, se expondrá como en general los profesionales significan su experiencia dentro de este contexto, para luego dar paso a presentar el abordaje biomédico que suele implementarse a través de las intervenciones y decisiones en relación a los usuarios.

Como penúltimo sub tema, se presentarán algunas prácticas que pueden ser entendidas como estigma y también como este fenómeno es comprendido por los profesionales. Para finalizar, se presentará lo observado respecto del abordaje los casos que son catalogados por los equipos como complejos.

a) Experiencia de trabajo en Salud Mental

En los equipos que participaron del estudio, existen profesionales con distinta cantidad de años de trabajo al interior del dispositivo, hay diversidad en cuanto a sus edades y trayectorias y en el caso de los psicólogos, respecto a los enfoques en que se han especializado. Lo anterior, vuelve más heterogénea la práctica multidisciplinaria, puesto que existe cierto grado de amplitud de miradas a la hora de analizar situaciones. Existe la percepción de que entre todos aprenden y que *“lo importante en salud mental es trabajar en equipo”* (profesional en entrevista. 23 de octubre, 2018). TENS por su parte, comparte lo siguiente en entrevista:

“Mi experiencia en salud mental siento que ha sido muy confortadora, ya que he ido adquiriendo conocimientos sobre los problemas de la salud mental, que, sin tener conocimientos estudiantiles, se logra gracias a la atención que se vive a diario con los pacientes y con la experiencia del grupo de trabajo” (11 de septiembre, 2018).

Los profesionales valoran positivamente la experiencia de trabajar en salud mental en atención secundaria. Es frecuente que emitan comentarios respecto de lo interesante que les resulta su trabajo y lo cómodo que es actualmente para ellos la infraestructura.

PSQ que lleva bastantes años trabajando en salud mental dentro del mismo contexto, en entrevista indica:

“Aquí es donde he trabajado toda mi vida de PSQ. Así que ha sido una experiencia súper buena, porque conocí la psiquiatría desde los inicios, en que era un solo PSQ, hasta ahora que somos; bueno, seremos unos doce, más o menos; un poquito menos, diez; con dependencias totalmente adecuadas para nuestro funcionamiento. Así que estoy bastante... si pudiera evaluar estaría bastante satisfecho de lo que ha sido mi experiencia y mi vida de PSQ (...). Así que partió, partimos así: dos personas, sin oficina. Y ahora, bueno, tú conoces el centro acá, es una unidad, un centro de responsabilidad de salud mental; bastante adecuado, con oficinas como corresponde, con un equipo plenamente formado. Así que en realidad la evolución ha sido gigantesca” (23 de octubre, 2018).

Lo anterior, denota que ha habido una evolución histórica favorable en cuanto recursos materiales y humanos: infraestructura, profesionales y capacitación en el área, lo cual es percibido por los funcionarios como algo favorable.

Se valora también el hecho de que por medio de las intervenciones que se realizan, pueda lograrse un sentido de trascendencia, dejando huellas en quienes intervienen. No obstante, en algunos profesionales existe inquietud respecto de la falta de prácticas comunitarias, que actualmente no son el foco de intervención. Esto es visto como un punto crítico, puesto que comprenden que el trabajo comunitario en salud mental tiene más impacto que el individual.

También existe una apreciación muy positiva respecto de interactuar laboralmente entre colegas, puesto que como menciona profesional en entrevista, la soledad en el trabajo en psiquiatría es vista como un factor de riesgo para la propia salud mental de los funcionarios: *“La persona que trabaja sola, sola, sola en psiquiatría, rápidamente empieza a delirar ya. Así que el trabajo en equipo es súper importante (...) ¡entre otras cosas, para el autocuidado!” (23 de octubre, 2018).*

b) Enfoque Biomédico

La mirada comunitaria en salud mental es lo que supuestamente orienta las prácticas que se llevan a cabo en estos contextos. No obstante, es frecuente escuchar comentarios haciendo alusión a la mirada que realmente impregna lo cotidiano, que es la comprensión biomédica que se tiene de la salud mental, lo que se percibe comienza desde la estructura física y la forma en que están distribuidas las dependencias de los dispositivos.

“Actualmente en lo que es sectores de salud mental -porque los COSAM los desaparecieron- por esta visión biomédica que impera estos últimos años, eh el psicólogo está en su oficina y ve un paciente tras otro y hace lo clásico que es de un psicólogo clínico, digamos: evaluaciones, terapia, diagnóstico; eso. Terapias más bien individuales, pocas grupales. Esto es una clínica donde la gente viene, pide su hora, ve a un profesional y se va; y ese profesional lo puede mandar donde otro y se va; y esos profesionales cada cierto tiempo tienen una reunión clínica donde hablan de este paciente y listo; eso no tiene el impacto que tiene un acercamiento comunitario” (profesional en entrevista. 7 de septiembre, 2018).

Es frecuente que los profesionales monitoreen los avances de los usuarios y se alegren cuando ven progreso, sobretodo en aspectos conductuales que son notorios, como es el caso de la catatonía (rigidez corporal). Luego de esto, los análisis posteriores se centran en lo farmacológico y como esto ha ido generando cambios positivos, llevando a conclusiones respecto de subir dosis, modificar esquema o bajar la posibilidad de añadir fármacos que tienen muy buena reputación dentro de este contexto, como es la Clozapina. Lo anterior, permite apreciar que las mejorías son atribuidas mayormente a lo farmacológico, lo cual se puede apreciar en la siguiente situación ocurrida en reunión clínica:

Caso de un usuario que se encuentra internado en corta estadía, pero durante el día está en HDD. PSQ le consulta sobre cómo está de apetito y sueño y le consulta por los remedios *¿Quién te los da?* A lo que responde que las personas de corta estadía.

Cuando sale el usuario, se habla de su evolución: *“está mucho mejor”* dice PSQ y PS dice *“ha cambiado su postura”* y PSQ comenta *“que ganas de darle clozapina, pero no tiene red de apoyo”*, consulta quien le acompaña y le dicen que su mamá, pero AS comenta *“la madre es bien paranoide”* y cuando consulta si es que ella recibe algún tipo de intervención, le dicen que no (3 de julio, 2018).

En el caso anterior si bien se pesquisa la necesidad de que la madre del usuario esté involucrada en el tratamiento, no existen intentos por abordar temáticas familiares o activar redes para que ella pueda recibir intervención de tipo psicológico, pese a que ellos ya la tienen *“diagnosticada”*. Por el contrario, se genera una especie de resistencia a generar vínculo con ella, lo que se manifiesta, por ejemplo, en el desgano que produce acudir a visita domiciliaria y tener que *“lidiar”* con ella.

Lo anterior muestra que el equipo percibe que su *“paciente”* es quien ingresó formalmente, el trabajo con las redes cotidianas, es decir lo social no es visto como parte de la intervención. En ciertas situaciones, los profesionales se reconocen como equipos *“clínicos”* a los que les falta la mirada y el abordaje psicosocial, sin embargo, cuando un caso requiere fundamentalmente este tipo de enfoque, perciben que no corresponde al nivel secundario de atención.

En relación a un caso de una usuaria *“sin conciencia de enfermedad”* (dice acudir por dolor de cabeza) médico dice que *“no creo que ya valga la pena que se siga atendiendo”* y PS indica que ella cree que como es un caso de tipo psicosocial, la modalidad que tienen allí no se adecúa: *“es que nosotros somos muy clínicos”* y le pregunta a médico si aún le interesa optar a beca para formarse como PSQ, a lo que él responde que no está seguro, que tiene otras opciones y que casos como estos lo hacen replantearse la opción, porque a él no le gusta rogarle a la gente y PS le dice *“sí, si acá somos también como medios asistencialistas”* luego de esto finaliza la interacción y se retiran los profesionales.

En base al relato, se puede desprender que se distinguen casos clínicos y casos psicosociales, y que los primeros son los que deben ser atendidos por estos dispositivos.

Lo psicosocial, por una parte, no está integrado como aspecto esencial del sujeto y por otra es percibido de menor complejidad.

Otro aspecto que permite inferir que la mirada es más ligada a lo biomédico, es el hecho de que entre psiquiatras se exponen situaciones de usuarios a modo de que los demás sepan que fármacos debiesen indicarles en caso de que el tratante se ausente y el usuario entrase en crisis:

PSQ comenta sobre los medicamentos indicados para la usuaria y les dice: *“lamotrigina no, porque los sube. Yo me voy de vacaciones, si tiene alguna crisis la ven ustedes (dirigiéndose a los otros psiquiatras), si la ven por aquí cuando yo no esté”*, quienes responden: PSQ 2 *“si, ya conocimos el caso”* PSQ 3: *“no hay problema”* (9 de julio, 2018).

En el fondo parece ser que entre psiquiatras entienden las crisis, como episodios que se solucionan con un ajuste farmacológico.

Por otra parte, lo farmacológico es un fuerte pilar de la intervención, ya que se comprende en gran parte el problema como consecuencia de un desequilibrio químico, que los fármacos pueden corregir. En ese sentido, las demás estrategias vienen a complementar lo bien que hacen los fármacos, pero no son protagonistas.

PSQ le dice a usuaria que lo del sueño puede corregirse con medicamento, a lo que ella indica que cree que quizás los medicamentos no la ayudan o le hacen mal, porque son muchos, a lo que PSQ le dice *“son solo dos tabletas, de salud mental al menos son esas”* (6 de agosto, 2018).

Como se puede apreciar, frente a dificultades con respecto al sueño, la indicación que prima es la toma de fármacos y frente a inquietud de usuaria, esta se minimiza, restándole fuerza o invalidando su opción de buscar otra alternativa como solución.

c) Estigma

En instancias de entrevista a profesionales, se les consultó directamente lo que ellos entendían por estigma. Las respuestas incluyeron análisis más estructurales, respecto de cómo las políticas en materia de salud no dan importancia a la psiquiatría; existencia de visiones erróneas de lo que implican los trastornos psiquiátricos, lo que está mediado por cómo estos son presentados en los medios. Si bien se reconoce una disminución respecto del fenómeno, también se perciben prácticas de rechazo:

“Todavía en algunos sectores, en algunos lugares el paciente de salud mental, eh, es rechazado, es rechazado y es estigmatizado como algo raro, distinto, eh, con lo que no hay que tener contacto, o que son pacientes extremadamente peligrosos a los que hay que tenerles susto” (profesional en entrevista. 23 de octubre, 2018).

También se entiende el fenómeno como previo a la experiencia con la persona. En palabras de AS en entrevista, el estigma sería esto: *“Lo entiendo como prejuicio, como una idea negativa que uno puede tener antes de aproximarse a la realidad de la persona que vamos a tratar”* (7 de septiembre, 2018).

Cuando se les consulta si creen que esto se manifiesta en la práctica al interior de los dispositivos, indican que sí y es entendido como un proceso en que se engloba tanto al usuario como a su familia, como “portadores” de una condición devaluada. Esto es más intenso mientras más notorio sea el diagnóstico:

“a veces es más fuerte la estigmatización, porque quizás físicamente son más visibles, como que ahí se nota más el diagnóstico o de repente se da que en las familias se nota hartito, o como que se engloba a toda la familia por una discapacidad y se nota, por ejemplo, yo he escuchado que se dice, así como ya la familia... tiene un nombre, no recuerdo bien, esquizo... no sé cuánto (esquizofrenizante), pero es como que engloba a toda la familia porque el hijo tiene EQZ” (Entrevista. 7 de septiembre, 2018).

Por otra parte, el estigma se entiende como un acto de discriminación, en el que se segrega a una persona por determinada condición:

PSQ comenta que en una ocasión desde un CESFAM “X”, estaban apoyando la solicitud de parte de una junta de vecinos para poder sacar de la población a una mujer que tenía conductas violentas y que era usuaria de salud mental y él dice: *“ahí sí que hay estigma po’, en lugar de que los profesionales eduquen en qué si es así, es porque está sin tratamiento, enganchan con esta tontera”* (Reunión clínica.10 de julio, 2018).

Por tanto, los profesionales evalúan como parte de su rol el educar a la población respecto al tema, para que así disminuya el estigma. En la medida que no lo hacen, también tendrían responsabilidad en que éste se perpetúe.

Por otra parte, en una conversación con TENS y PS, ellas comentan respecto de un instrumento que previamente les habían aplicado en relación al estigma:

Ambas mencionan que les pareció muy extensa y TENS añade con cara de disgusto: *“preguntaba cosas personales”*, pero ante ello PS le dice que ella está de acuerdo con eso: *“porque es obvio, si está midiendo actitudes, tiene que ver como pensamos nosotros y hacer preguntas sobre la vida social cotidiana. Por ejemplo, cuando pregunta si tendría una pareja con diagnóstico de EQZ, y yo no, ¡no! porque ya sé todo lo que se me vendría... Una cosa es lo personal y otro es que yo sea psicóloga y trabaje en salud mental”*.

Por tanto, se entiende el estigma como un constructo que puede tener pesos distintos según el ámbito y grado en que la persona esté vinculada a quien posee el diagnóstico. Desde esta perspectiva, puede haber diferencias en cuanto al grado de aceptación de la condición de la persona con diagnóstico psiquiátrico, según el rol en el que corresponda desempeñarse.

En cuanto a aspectos prácticos del ejercicio profesional, suele haber interacciones que están teñidas de la necesidad de controlar al usuario: PS3 dice *“a este personaje le sirve que lo veamos en equipo, que vea que lo tenemos controlado”*, los equipos ven el control como necesario para avanzar en el tratamiento, ya que el usuario respondería a la coacción social.

Existen casos en los que no se asigna hora para psicoterapia y se decide ver en reunión clínica al usuario, para evitar la escisión de la atención y porque la persona no estaría en condiciones de que la terapia psicológica le “funcione”.

En usuaria en la que existen dudas respecto del diagnóstico y ha generado cierto rechazo en parte de los profesionales, PSQ 2 interviene y dice: *“yo le daría antipsicótico y vería como anda esta señora, como lo tolera, para calmarla un poco, la psicoterapia no le funciona, es muy dura”*. Finalmente, se decide cambiar el fármaco que estaba tomando y dejar hora con TO, para que le asigne tareas y la oriente hacia algún taller. Por último, se le cita para reunión clínica del próximo mes.

Lo anterior, permite ver como la apreciación que tienen los profesionales sobre la usuaria, limita su posibilidad de acceder a tratamiento psicoterapéutico y se le ofrecen intervenciones que abordan aquello que, según su perspectiva, resulta necesario modificar.

Comentarios haciendo alusión a la “locura” también se escuchan, pero son emitidos en contextos de confianza y distensión entre colegas.

Usuaria que han derivado de corta estadía y se ha comentado previamente que el caso es complejo. Luego de que se habla sobre su ingreso, TO dice: *“vamos a ver qué tan loca está”* en tono de broma (Reunión clínica. 14 de agosto, 2018).

La locura parece ser significada como desajuste a la norma social establecida y, por ende, un aspecto que debe ser devuelto a dichos márgenes adecuados para vivir óptimamente en sociedad. Lo anterior, es labor de los profesionales por medio de las intervenciones.

Por otra parte, con respecto a infraestructura, es preciso plantear que la farmacia propia de salud mental es percibida como un logro positivo por parte de los profesionales. En palabras de profesional en entrevista esto se ve así:

“Mira es muy bueno desde mi perspectiva, el hecho de tener una farmacia aquí mismo es una ventaja enorme, piensa que antes iban a la farmacia del hospital, donde tenían que esperar alrededor de tres horas o más para poder retirar los fármacos y hay pacientes que a los que no les es muy sencillo eso de la espera, por su patología, y también para los demás que esperaban ahí era incómodo estar con ellos. Entonces ahora salir de acá de la sesión o venir directamente y en 10 minutos tener todos listos sus medicamentos es impecable”. Entrevistadora: *¿Cómo se gestionó el tener una farmacia propia?: “Mira eso lo hizo una agrupación de acá, de padres y amigos de pacientes, nosotros apoyamos, se elevó solicitud con el director y justo había recursos así que se logró”* (7 de septiembre, 2018).

Si bien esta decisión apuntó a aumentar la eficiencia en el retiro de los fármacos, también ha enviado un mensaje a su entorno y ha teñido de diferencia este espacio al interior del hospital. Lo anterior, puede reflejarse en el siguiente comentario escuchado cerca de una de las salas de espera:

El día 10 de agosto de camino a COSAM, pasando por fuera de la sala de espera, venía una mujer hablando por teléfono e indica a su interlocutor: *"estoy aquí en la farmacia"* y ante respuesta de quien estaba al otro lado del teléfono, ella responde: *"no, estoy acá en la farmacia de los locos"* con tono jocoso.

Presenciar tal situación, lleva a analizar el cómo las decisiones tomadas respecto a infraestructura, van cambiando la manera en que el entorno percibe a los usuarios de salud mental. En este caso, se les separó de la farmacia general del recinto hospitalario y les deja en un espacio social distinto, que se reconoce como exclusivo para “los locos”.

Por otra parte, en el imaginario de los profesionales existe una visión respecto de cómo debe ser un “paciente” de salud mental:

AS recuerda como se le veía antes a la usuaria y dice: *“ahora se le ve más como paciente, antes venía por cosas puntuales nomás a preguntar acá”* a lo que PS dice: *“no había conciencia de enfermedad”* y como equipo valoran el trabajo hecho por

los profesionales de HDD con respecto al tema, tanto en la usuaria como en la familia (Reunión clínica. 23 de julio, 2018).

En base a lo anterior, se puede decir que el verse “más como paciente” parece ser que se vincula a que el usuario asuma que tiene un trastorno psiquiátrico diagnosticado y actúe en consecuencia, aumentando la frecuencia con que acude a los dispositivos y de cierta manera, aumentando la dependencia hacia los equipos. Es decir, cuando el usuario ha incorporado dentro de su subjetividad la etiqueta diagnóstica. Los profesionales valoran este cambio como positivo para el abordaje del caso, puesto que se trabajó el tema de la “conciencia de enfermedad”, que es algo que desde su perspectiva permite que el usuario acceda a recibir los tratamientos que ellos ofrecen.

Cuando los casos son vistos como “complejos”, el equipo tiene una predisposición negativa, lo que influye en su actitud y conducta hacia ellos. Ejemplo de esto es la siguiente situación registrada en diario de campo el 10 de julio de 2018:

Haciendo referencia al caso que viene a continuación, PS dice: *“tenemos un cacho súper grande”* a lo que PSQ2 dice: *“yo me tengo que ir a la una, tengo alarma y todo”* (son las 12:40 aprox.) y PS le dice: *“es la AS de acá”* a lo que PSQ 2 responde: *“yo no la quiero tomar, me cargan estos pacientes... (que son funcionarios) si me lo contaron el caso, me la querían chutear”* PS pregunta: *“ya, pero ¿qué hacemos? Está afuera”*, PSQ 2: *“ya, pero yo no le doy licencia, y voy a ser solo observador ahora... ya “que entre el enfermo” como decía mi profe”*. AS dice no querer ir a buscarla, porque la ubica y le da lata, por lo que sale a buscarla TO.

En este caso, se puede ver como el hecho de que los profesionales ya cuenten con relatos previos de la usuaria, impacta directamente en su acogida. Se aprecia una disposición muy baja por atenderla, puesto que se le ve como “un cacho” como un fuerte prejuicio que cae sobre ella.

En la situación que se expone a continuación, ocurre algo similar:

Cuando PS presenta el caso y dice su profesión (Abogado), PSQ 2 dice: “¡no.... un abogado no!... oye llegan puras joyas” (haciendo alusión a que son casos complejos). Luego de que se decide que PSQ 2 toma el caso dice: “oh yo tengo todos los rockstar” a lo que PS2 le responde “es que aquí vemos los cachos, si es que me pongo a hablar en tu idioma” y PS3 le dice a PSQ 2 “welcome to the jungle” lo que genera risas en el equipo y PS dice “sipo, aquí está la jungla” y PSQ 2 comenta: “acá me tocan casos más complejos que en el otro COSAM, pese a que allá veo más casos” y PS2 le dice “es por el sector igual” (30 de julio, 2018).

En la situación mencionada, se puede ver como los profesionales perciben que gran parte de los casos que reciben son problemáticos para ellos, esta generalización termina por desfavorecer la actitud con que se reciben.

d) Abordaje de casos complejos

Que un caso sea catalogado como “complejo”, puede deberse a la sintomatología propiamente tal, es decir, que haya fuertes alucinaciones visuales y/o auditivas, lo cual es catalogado dentro de que CIE-10 categoriza como psicótico. Otra conceptualización de lo complejo, se basa en características propias de la personalidad del usuario que rompen con lo habitual dentro del contexto de salud mental, que suele ser una actitud más bien pasiva y dependiente de las decisiones de los profesionales.

Cuando el usuario rompe con dicha dinámica, genera esta reacción de resistencia expuesta en el punto “Estigma”. Lo anterior, repercute en cómo se abordará al usuario, por lo general se dan dos situaciones, en la primera se deriva a corta estadía o a CESFAM de procedencia, y en la segunda el usuario inicia un deambular en que es traspasado entre un profesional y otro, debido a que ninguno voluntariamente se encuentra dispuesto a brindar la atención. En la jerga de salud esto suele conocerse como “pinponeo”.

Cuando un caso es derivado a corta estadía puede generar curiosidad la evolución del cuadro de base:

El caso fue catalogado por el equipo como complejo, pues usuaria en entrevista mencionó alucinaciones visuales y auditivas que ha estado vivenciando y por lo mismo concuerdan entre ellos que lo mejor sería internación en corta estadía. Decidido esto, PS comenta *“bucha sería entretenido mirarla”* refiriéndose a observar la evolución de usuaria estando en corta estadía y los demás profesionales concuerdan.

También, puede suceder que al caso solo se le asignen horas para ser visto en reunión clínica, lo cual irá acompañado de otorgar recetas con las dosis de fármacos que el o los psiquiatras decidan que se adecúan a la sintomatología diagnóstica.

Un caso que expone lo anteriormente descrito, es el siguiente registrado en diario de campo en reunión clínica del día 30 de julio de 2018:

A la hora de analizar el caso de usuario: PS dice: *“es un TLP (Trastorno Límite de la Personalidad) grave, pero es para desintoxicarlo hospitalizado”*. PSQ 2 dice: *“tiene pinta de bipolar, tiene toda la pinta”*, a lo que el equipo con una especie de entusiasmo concuerda diciendo ¡sí! y PS agrega: *“sí, yo también lo pensé...”*

Finalmente concuerdan en que lo ideal es que ingrese a hospitalización en corta estadía, para desintoxicarse y observar sus síntomas de manera más pura. PS2 dice que lo mejor sería verlo en reunión clínica, ante lo cual PSQ dice: *“sí, hagamos eso”* pero indica que en el fondo tendrán que funcionar con la lógica de reducción de daños (es decir generar el mal menor, en contraposición a apuntar a rehabilitación total) PS2 dice *“él va a recaer si o si”* y PSQ 2 comenta: *“hay que limpiarlo y sacarle todo para que aparezcan las voces y todo”* y los demás profesionales asienten con *“mmh”* y *“sí”*, finaliza el análisis con comentario de PSQ 2 que dice que lo dejará con los mismos fármacos que ya estaba consumiendo.

Cabe destacar que, pese a que las opciones de abordaje mencionadas son las habituales, esto es problematizado por algunos profesionales y en reunión clínica del día 10 de julio se aborda así: Se habla de que hay varios casos complejos con características

similares y PS dice: “con los casos complejos tenemos que perseverar, los estamos dejando un poco solos y hay que agotar las estrategias” (10 de julio, 2018).

Lo anterior denota capacidad de reflexión al interior de los equipos respecto de sus propias prácticas, pero parece ser que ese agotamiento de estrategias al que se alude, sigue estando enmarcado dentro de un enfoque individual y ampliamente biomédico.

4. Salud Mental de los profesionales

En el presente apartado, interesa plasmar cómo trabajar en salud mental tiene repercusiones en el plano cognitivo, físico y afectivo de los profesionales, lo que será consignado como “agotamiento”. Este aspecto, será dividido entre cognitivo y afectivo, con la finalidad de poder presentar de mejor manera las formas en que éste se manifiesta en los profesionales.

Finalmente, se presentarán las estrategias de afrontamiento que existen y que se lograron pesquisar durante la etnografía.

a) Agotamiento cognitivo

Este tipo de agotamiento, se produce ante situaciones que demandan de esfuerzo asociado a lo intelectual y por lo general, tiene que ver con aspectos más prácticos de la interacción con los usuarios, o bien, con el desgaste que puede producir el realizar análisis clínicos. Dentro de este plano, se incorpora también el cansancio que produce la toma de decisiones en casos catalogados como complejos y el desgaste de energía que en algunos casos implica el hecho de buscar soluciones.

Ejemplo de ello, son labores como entrevistar a varios usuarios en una jornada de reunión clínica, lo que produce comentarios alusivos a que: “estuvo intensa la mañana” frente a lo cual los demás profesionales asienten e indican que “no falló ningún paciente”-quiere decir que todos vinieron- (primer comentario emitido por PS, posterior al cierre de la reunión y con un suspiro de cansancio. 27 de agosto, 2018).

Junto a lo anterior, el hecho de contar con agenda copada por el gran de número de usuarios, produce que deban realizarse atenciones individuales sin mayor espacio para

pausas entre cada una, lo cual es percibido como estar “atomizados” y se conceptualiza como algo que resulta desagradable (PS en entrevista. 7 de septiembre, 2018).

Otro aspecto que también se incluye dentro de este tipo de agotamiento, son los efectos que producen actitudes de usuarios que sean categorizadas como de difícil manejo para el profesional. Lo anterior, puede verse reflejado en el siguiente registro en diario de campo:

Dentro del análisis de un caso, PSQ comenta: “*me dejó agotado*”, haciendo alusión a que el usuario estaba muy verborreico y eso dificultaba el poder controlar sus turnos de habla en la entrevista (19 de junio, 2018).

De aquí se desprende que lo que agota, es aquello que no permite el fluir habitual de las dinámicas de entrevista y que demanda que el profesional deba modificar su actuar, ajustándose a la situación dada en el momento.

Otro aspecto que genera cansancio de este tipo, es el hecho de que en ocasiones se extiendan las jornadas de reunión porque ha habido situaciones complejas que abordar, tal como se puede apreciar en la siguiente situación: El día 26 de junio de 2018, compartiendo en la hora de colación (13:00 a 14:00 hrs.) con parte del equipo que en ese momento ya no participaba de reunión clínica, se integran PS y TO, aproximadamente 20 minutos después del horario destinado a este espacio y PS menciona que “*estuvo muy agotador*”, a lo que TO agrega “*además hubo algunos pacientes con crisis...*”, ante lo cual los demás funcionarios las escuchan con expresiones que denotan lamentar la situación.

Este tipo de agotamiento, también es producido por las distintas destrezas que deben desplegarse al trabajar en salud mental. Esto, lo vuelve un área de desempeño en la que se debe brindar mucha atención sobre lo que se hace y cómo se hace y por ende, requiere contar con competencias tanto técnicas como socioemocionales. Al respecto, profesional en entrevista al consultarle sobre lo agotador de su trabajo menciona lo siguiente:

“No voy a hablar del número de pacientes que te toca ver; porque bueno, eso si uno va a cualquier policlínico va a ver exceso de pacientes y todo; tiene que ver con que tenemos que estar pendientes de la técnica, ¿no cierto?, o sea qué estamos haciendo

como intervención, por ejemplo, o la indicación de un fármaco; pero además tenemos que estar pendientes del manejo emocional del paciente y de uno mismo como terapeuta. Entonces implica estar con los sentidos ciento veinte o ciento treinta por ciento puestos en la actividad. Por eso en teoría, en teoría, y en nuestra especialidad, sobre todo, uno debería tener un número limitado de pacientes, ¿ya?, eh, cosa que en un servicio público no es tan posible, porque ahí hay políticas generales; o sea te dicen: “Mire, usted tiene que ver tantos pacientes por hora; y se acabó.” (23 de octubre, 2018).

Lo anterior, plasma también que el trabajo en este contexto se percibe como difícil y por ello se piensa que debiese contar con limitación de la carga laboral, no obstante, esto es conceptualizado como poco posible. Sumado a ello, se puede decir que se considera un trabajo para el cual hay que ser integral, en el sentido de que haya un equilibrio entre lo que se va haciendo desde lo técnico, pero también un monitoreo constante sobre lo personal. Es decir, requiere prestar atención tanto al entorno como a sí mismo, lo cual en ocasiones vuelve desgastante la rutina.

b) Agotamiento Afectivo

Este tipo de agotamiento por su parte, alude a lo emocional y a como el trabajo con personas en salud mental, va generando distintos sentimientos en los profesionales. Al respecto, se puede decir que las emociones que suelen predominar son la pena y la rabia.

Los profesionales indican que en general, la complejidad de los casos que se ven en salud mental y el hecho de trabajar con personas que están pasando por problemas, es algo que les produce emociones vinculadas a la tristeza y/o preocupación. En palabras de una profesional en entrevista, lo que resulta más agotador para ella, es expresado de la siguiente manera:

“Que los casos que se ven son complejos, hay problemas de todo tipo y a mí la verdad es que me genera pena... a cualquiera le puede pasar tener una patología de salud mental, yo tengo hijos, no sé que les pueda pasar más adelante, a veces doy

gracias de que en mi familia está todo bien. Más que nada es eso, el trabajar con problemas de personas” (23 de agosto, 2018).

Sumado a ello, otro profesional indica que lo que agota en el trabajo en salud mental, es el hecho de que algunas historias impactan a nivel personal y afectivo, pero que por confidencialidad son temas que no se pueden compartir fácilmente con otros, pese a que se detecta esa necesidad de desahogo:

“De repente hay experiencias de vida que van marcando, igual es como una carga emocional grande y aparte que hay que respetar la privacidad y los derechos de los usuarios o la información confidencial y de repente uno se guarda todas esas cosas y yo creo que a veces es necesario desahogarse con otro para poder estar como más tranquilo emocionalmente...”

Con respecto a las emociones generadas en los profesionales por las situaciones que ocurren con los usuarios, existen diferencias en relación a como es interpretada una u otra. Lo anterior, en ocasiones se pone en discusión y se explicita, tal como se presenta en la siguiente situación registrada en diario de campo:

A la hora de analizar el caso de una usuaria (“A”) a la que se piensan “encuadrar” por inasistencia, PSQ procede a someter a juicio esa intención. Para ello, compara con otra usuaria (“B”) que estaba citada para ese mismo día y que igualmente faltó y que más o menos asiste con la misma intermitencia, pero que pese a ello, no los ha llevado a replantearse el trato y el “encuadre” que harán. En ese contexto pregunta: *“¿Qué diferencia hay entre “B” y “A”? que “B” nos genera pena y “A” nos genera rabia, tenemos que manejar eso, es parte del burnout de nuestro trabajo”*. Frente a ello, colegas comparten la apreciación y luego PSQ suspira diciendo: *“quedamos cansados con el caso... y solo con hablarlo” (25 de junio, 2018).*

Existen instancias en que los casos conmueven a los profesionales y le afecta a nivel emocional. Ejemplo de ello es la siguiente situación registrada en diario de campo el día 21 de agosto de 2018:

El equipo analiza el caso de una usuaria de 50 años aprox. que acude acompañada de su pareja y en este momento comentan con impacto lo fuerte de las ideas que relata la

usuaria, PS dice *“a mí personalmente me afectó mucho sentir el sufrimiento de ella”* y médico comenta: *“ella está sufriendo de verdad ah”* y PS2 dice: *“ay a mí me da pena el, me acordé de un tío que está así, tan enamorado de su esposa y la acompaña y sufre porque ella no está bien”*. Luego AS pregunta *¿Qué hacemos?* Y PSQ que se integró a mitad de la entrevista, comenta que él cree que el diagnóstico efectivamente es una EQZ.

En base a lo anterior, se puede apreciar que la pena puede ser producida por percibir el sufrimiento ya sea en el usuario y/o en el acompañante, sin embargo, comunicar estas repercusiones emocionales no suelen producir una mayor reflexión. También se puede decir que los efectos que produce la pena en los profesionales, depende de las estrategias que cada uno posea y como las decida emplear. Existen quienes la evaden y se enfocan en volver a lo práctico y definir alguna etiqueta o alguna derivación. Otros por su parte, son movilizados por este sentimiento y esto los lleva a hacer más cosas. Ejemplo de ello es el relato de una profesional en entrevista:

“A mí me da pena, se ve tanto problema, que a veces me afecta harto y eso mismo hace que trate de ayudar a veces más allá de lo que correspondería, por ejemplo, si veo un paciente con problemas y me voy dando cuenta que no tiene pega, tiene niños chicos, voy y le compro yo cosas, pero después le digo que lo gestioné con otros y se le mandaron a él ¿me entiendes? O a veces he ido a verlos a la casa así en mi vehículo nomás si ¿Qué me cuesta? Y no es tanto por asistencialismo, es más que nada porque si yo puedo ayudar, ¿por qué no hacerlo? (10 de agosto, 2018).

Por último, un aspecto que genera sentimientos de rabia, es cuando existen usuarios que no acuden de manera responsable a sus controles, siendo impuntuales a las citas o derechamente abandonando el tratamiento, lo cual produce enojo en algunos profesionales, puesto que los recursos destinados en el fondo se desaprovechan. Lo anterior, puede verse plasmado en la siguiente situación dentro del contexto de reunión clínica:

Luego de mirar la hora que es, se asume que la usuaria que estaba citada en segundo lugar ya no llegó a la entrevista, hecho ante a la cual médico dice con tono de

molestia: “no vienen y después dicen que no hay horas” y el resto del equipo emite estar de acuerdo (10 de julio, 2018).

c) Estrategias de afrontamiento

El agotamiento producido por trabajar en salud mental, sobretodo el emocional, es reconocido como un “gaje del oficio” y, por ende, se han implementado estrategias que permitan la descompresión en los trabajadores. Es así como existen instancias de autocuidado en cada equipo, las cuales tienen una frecuencia mensual en la que destinan media jornada (4 horas aprox.) a hacer algo juntos de carácter extra laboral.

Lo anterior, es evaluado como escaso por parte de los profesionales y en entrevista uno de ellos lo indica de la siguiente manera:

Es bueno hacer, eh, no solamente en psiquiatría, debería ser todas las personas en el fondo, pero en nosotros el tema del autocuidado es fundamental. O sea, yo, por ejemplo, aparte de este autocuidado que tenemos una vez al mes, que es, ¡que es nada!, son tres horas al mes que hacemos como equipo acá. Pero yo, por ejemplo, trabajo en la consulta todas las tardes; entonces, como aparte de una serie de otras cosas de autocuidado que hago, yo nunca me voy directo a mi casa después que termino la consulta; siempre hago algo, no sé, doy una vuelta por algún parquecito, doy la vuelta a la manzana, lo que fuera; pero nunca me voy de la consulta a la casa al tiro, ¿no cierto?, sino que hay que dejarse un tiempito pa’ poder oxigenarse, sobre todo si ha sido una tarde muy pesada” (23 de octubre, 2018).

Como se puede apreciar, el hecho de considerar escasos los espacios establecidos para el autocuidado, se pesquiza una necesidad de que los profesionales cuenten con más estrategias de cuidado de carácter personal, que permitan librarse de los problemas presenciados durante el día.

Algo que se reconoce y valora como un factor protector frente al agotamiento descrito, son los espacios de interacción existentes entre colegas, como son los análisis

conjuntos que se llevan a cabo en las reuniones clínicas. Lo anterior, es apreciado como un espacio para el autocuidado y se visualiza de la siguiente manera:

“Uno termina cansado de la reunión, pero no estresado. Uno se estresa mucho más estando en el box atendiendo de manera individual en algunos casos, que lo que puede ser la reunión. La persona que trabaja sola, sola, sola en psiquiatría, rápidamente empieza a delirar. Así que el trabajo en equipo es súper importante” (Profesional en entrevista. 23 de octubre, 2018).

Por otra parte, se reporta también que el humor en ocasiones sirve a los profesionales como fuga, no obstante, las bromas suelen ser alusivas a las situaciones expuestas por algún usuario, a su aspecto, su forma de hablar, entre otros:

“A veces, en la evaluación post, post evaluación del paciente, al no tenerlo ahí, muchas veces acudimos al humor, ¿no cierto? y a ciertas cosas, a la ironía; pero básicamente como una estrategia de cuidado de la salud mental, ¿ya? De nosotros como equipo. O sea esta es una pega jodida, fregada, de alta tensión, de alto desgaste emocional; por lo tanto uno necesita -y no solamente al final del día-; porque generalmente después del hospital nos vamos a las consultas; entonces no podemos estar esperando ocho o diez horas para poder hacernos algún grado de auto cuidado, entonces muchas veces, entre paciente y paciente, tenemos estas intervenciones o estas conductas o estrategias, a veces, no, no conscientes, ¿no?; pero de alivianar un poco el ambiente para alivianar nuestra cabeza digamos. ¿No cierto? Lo aclaro, porque muchas veces alguien que viene y pasa dice: “Oye, se están riendo del paciente”; no, no, no, estamos tratando de reírnos, a veces, de nosotros mismos; o de tratar de canalizar algún caso que ha sido muy complejo, o muy fregado, muy jodido, que ha requerido de mucha tensión emocional para poder resolverlo, que es lo que se pone en juego en nuestra pega”.

A modo de cierre, se puede decir que resulta necesario que haya espacios destinados al autocuidado y que, por parte de los equipos, sea habitual analizar el origen y repercusiones de las emociones que producen ciertos usuarios. Esto, porque en ocasiones se generan actitudes de rechazo hacia los casos complejos, lo que lleva a que se deje de

ver a la persona fuera de esta imagen de usuario “complicado”. También, es preciso que se monitoreen los sentimientos de pena, puesto que ello evita caer en prácticas que sean impulsadas desde la lástima o el asistencialismo. No obstante, esto no es algo que se haga de manera frecuente y el consecuente “*burnout*” (sentirse “quemado” por el trabajo) es un factor que fácilmente puede permear el óptimo actuar profesional.



VI. Discusión

El objetivo principal de esta investigación fue explorar y comprender como se presenta la estigmatización hacia personas con diagnóstico de TMG en la interacción en contextos formales e informales, entre profesionales de salud y entre profesionales y usuarios. El estigma se presenta de distintas maneras al interior de los dispositivos de salud observados. Siguiendo un modelo ecológico, hay aspectos centrados en el macro sistema, fundamentalmente a través del protagonismo del enfoque biomédico en salud y en salud mental. Éste deviene en una “cultura” que tiñe toda la trayectoria de atención de los usuarios y prescribe formas de pensar y de tratar a los usuarios que denotan estigma. En este nivel también se visualizan aspectos de la estructura del sistema de salud. El meso sistema se manifiesta en cómo el funcionamiento de los dispositivos de salud (COSAM y HDD) contribuye a la estigmatización de los usuarios. Finalmente, el nivel micro se expresa en estereotipos, prejuicios y conductas de los profesionales hacia los usuarios que son estigmatizadoras.

Lo anterior revela aspectos que impiden una apreciación global de la persona, como un ser completo, dueño de una identidad mucho más amplia que aquella asociada solo al diagnóstico, lo cual dificulta, entre otras cosas, el progreso en el tratamiento.

a) Nivel Macro

A nivel de estructura, una forma a través de la cual se manifiesta el estigma, es a través de la existencia de un modelo biomédico aún imperante y arraigado, que permea gran parte de los procesos de intervención en salud. Sin embargo, dentro de salud mental existe un modelo particular que es el de “salud mental comunitaria”, que plantea una ideología opuesta en muchas formas al modelo biomédico y es el que actualmente se propone como modelo desde el ministerio de salud (Ministerio de Salud, 2017).

Lo anterior vuelve difusos los lineamientos a los cuales atenerse desde el ejercicio profesional, generando desorientación y fraccionamiento entre lo que se solicita que se haga y aquello que efectivamente se hace o puede hacer. Esto se puede apreciar

claramente en la diferencia existente entre los discursos derivados de las entrevistas y aquello pesquisado en la observación.

Es así como el discurso está teñido por el modelo de salud mental comunitaria, pero en la práctica aún se impone el modelo biomédico. Esto genera una tensión constante en el funcionamiento de salud mental y contribuye cotidianamente a generar estigma hacia los usuarios. El estigma se genera porque el cruce incompatible entre ambos modelos, dificulta los procesos de intervención e impide que estos sean entregados desde una perspectiva que contemple a la persona como un ser completo, y como agente activo inserto en una comunidad. El modelo de salud mental comunitaria considera como un valor-principio la participación del usuario y su familia en el tratamiento, es decir legitima la el saber del otro desde una relación más horizontal y dignificadora (Laviana, 2012). En tanto el enfoque biomédico supedita la visión del usuario al equipo de salud quienes son los que saben, por tanto, acrecienta las jerarquías en un plano de diferencias de poder (Desviat, 2001). La tensión derivada de la coexistencia de ambos modelos, permea el tratamiento, puesto que la fuerte presencia de la mirada biomédica, lleva a que exista una naturalización respecto de las explicaciones biológicas del comportamiento, lo cual figura como base de la discriminación (Desviat, 2001).

En relación al enfoque biomédico, este se presenta principalmente a través de cómo son entendidas las intervenciones y cómo se mide el impacto de las mismas. Dicha perspectiva, hace que el éxito de la intervención sea evaluado a través de variables más ligadas a lo conductual, que denoten disminución de los síntomas, dejando de lado aspectos sociales de la recuperación y enfatizando el poder que ha tenido el fármaco sobre la mejoría (Stolkiner, 2013).

Junto con ello, el enfoque biomédico logra permear la manera en que se interviene, dando énfasis a lo individual y asignando una menor relevancia a las intervenciones que involucran a la familia y el contexto, con lo cual va aumentando la dependencia del usuario hacia los equipos de salud. También, el modelo impacta en las expectativas de recuperación, puesto que fomenta una mirada cronificadora (Mathisen et al., 2016). El menor optimismo hacia la recuperación de los usuarios fue evidenciado en esta

investigación, tal como se indica en la literatura (Cárcamo et al., 2015; Horsfall et al., 2010).

Lo anterior es vivenciado como discriminación por las personas con diagnóstico psiquiátrico, ya que interiorizan los mensajes desesperanzadores que suelen transmitir los profesionales de salud respecto de su evolución. Esto, impacta en la actitud de los usuarios respecto de si mismos, lo que dificulta la posibilidad de proyectarse al futuro de manera positiva, producto del autoestigma (Henderson et al, 2014; Liggins & Hatcher, 2005).

También, el estigma se manifiesta a través de la reducción que los equipos hacen de la persona, lo que en palabras de Goffman (1963) va fragmentando su identidad hacia la presencia/ausencia de síntomas, que, en este caso, es la característica que desacredita a la persona. De esta manera, se fomenta una tendencia a "ver el diagnóstico por delante de la persona" (Hamilton et al., 2016), que es algo que se pudo percibir durante la observación y que se expresa principalmente a través del lenguaje excesivamente rotulador y los análisis de conducta basados principalmente en la etiqueta diagnóstica del usuario.

b) Nivel Meso

Dentro de este nivel, se incluye el funcionamiento de los dispositivos, lo que favorece que se produzca la estigmatización. Respecto a ello, se pudo observar que, así como al interior de los dispositivos hay prácticas estigmatizadoras, también existe estigma hacia el lugar en que están emplazados dichos dispositivos (Cazzaniga & Suso, 2015), lo que se traduce en una visión segregada entre los problemas de salud física y los problemas de salud mental, quedando los segundos relegados a un espacio especial para "locos".

Si bien las dependencias de salud mental están adscritas a los modelos de COSAM y Hospital de Día, con una intención comunitaria, todos los dispositivos están insertos dentro del recinto del hospital, al fondo y con dependencias de uso exclusivo como la farmacia. Por tanto, la estructura física del dispositivo también genera estigma. Tanto el contar con dependencias propias, separadas del resto del recinto, como la sectorización

de lo que fue diseñado con perspectiva comunitaria, van transmitiendo mensajes de estigmatización, debido a que segregan a la salud mental hacia un determinado espacio geográfico.

Por otra parte, coincidente con lo mencionado por Minoletti et al. (2015) respecto de los aspectos más deficitarios al interior de los dispositivos de salud mental, las prestaciones otorgadas se vinculan fuertemente a lo “clínico”, biomédico y psicológico, y dejan en segundo lugar lo psicosocial y social. Desde esta perspectiva el sistema estigmatiza al favorecer un modelo por sobre otro, primando el biomédico. Esto genera estigma, dado que dicho modelo es jerárquico, los profesionales médicos cuentan con el poder para rotular al usuario y a éste se le considera como alguien con menores capacidades respecto a la toma de decisiones y como carente de conocimiento (Desviat, 2001). Por ende, esto implica una mirada desigual que desfavorece la conceptualización hacia los usuarios y coarta sus niveles de participación (Mathisen et al., 2016).

Lo anterior se podía apreciar claramente en las instancias de reunión clínica, donde aquellos análisis que captaban mayor atención de parte de los profesionales, eran los vinculados a la asignación de etiquetas psicopatológicas, mientras que lo psicosocial quedaba relegado a un segundo plano. Desde la cultura de los dispositivos se valora lo biomédico y sus derivaciones, como es el caso del “ojo clínico”.

Dicho énfasis puesto sobre lo psicopatológico, concuerda con la necesidad de que, de esta instancia, la persona se retire con una etiqueta diagnóstica que justifique el inicio de su trayectoria como “*paciente*” de salud mental. Entender esta instancia como rito, se basa en lo propuesto por Bourdieu (1993, citado en Pitt-Rivers y Persitiany, 1993) respecto de que el rito es un acto que consiste en ciertas prácticas sociales que se llevan a cabo con determinada frecuencia y con cierto grado de estructura definida y que es poco variable, por lo que pueden ser entendidas como “ritos de institución”.

Lo descrito implica que, por medio de dicha práctica, se proceda a reconocer como legítimo o natural, un límite arbitrario y en este caso el límite que se busca plasmar, es la separación entre lo normal y lo psicopatológico.

En la reunión clínica se analiza la sintomatología de los usuarios para generar un diagnóstico. Luego la persona recibe una conclusión del análisis realizado por los profesionales y se retira del espacio con una etiqueta y un tratamiento indicado en consecuencia. En este sentido, se puede recurrir a las palabras de Bordieu (1993) en relación a que el efecto más importante del rito es que marca un antes y un después, en el fondo “*el rito consagra la diferencia*” (p. 3) y constituye un acto en el que se notifica a alguien lo que es y cómo es el consecuente comportamiento a adoptar, para ajustarse a este nuevo rol.

Otra manera en que el estigma se manifiesta en este nivel, es por medio de la interacción dada entre profesionales y usuarios, siendo esta mediada por la distancia jerárquica existente entre ellos. Observando que mientras menor era este tipo de distancia jerárquica entre ambas partes, menor también era la posibilidad de manifestación de estigma. Lo anterior, depende del grado de similitud que tuviesen los usuarios con los profesionales, ya sea respecto del nivel educacional, intelectual, clase social u otro aspecto, por ende, mientras mayor era la similitud, más completas tendían a ser las explicaciones de parte de los profesionales, y mayor el permiso para la involucración activa hacia su tratamiento, esto, hace que usuarios con mencionadas características, sean menos susceptibles de sufrir discriminación. Este resultado es coincidente con lo planteado por Link & Phelan (2001), en términos de que el estigma se da en relaciones de poder.

c) Nivel Micro

En este nivel se presentan las prácticas cotidianas que encarnan el proceso de estigmatización hacia los usuarios. Ejemplo de ello, son las creencias estereotipadas de parte de los profesionales, que van determinando la visión que tienen de los usuarios, existiendo una mirada que los posiciona como personas dependientes del saber experto y, por ende, con una restringida posibilidad de ejercer un rol más activo respecto de su tratamiento (Mathisen et al., 2016).

Lo mencionado, permite pensar que mientras el usuario se muestra más dependiente de los equipos, es mejor recepcionado y genera más involucramiento de los

profesionales. Por el contrario, aquellos usuarios que tienen un rol más activo, que preguntan más, que cuestionan ciertas decisiones y/o que rechazan la etiqueta, son vistos como conflictivos y como “*resistentes*” al tratamiento” o sin “*conciencia de enfermedad*”.

A través del lenguaje se expresa también el estigma. Referirse a quien acompaña el proceso de tratamiento del usuario como “apoderado”, denota una infantilización del consultante, lo que es corroborado por otras investigaciones (Thornicroft, Rose & Kassam, 2007). El acompañante tiene un rol de verificador del discurso del usuario sobre la toma de fármacos u otros aspectos del tratamiento, lo que finalmente invalida lo que el propio usuario pueda compartir con los profesionales y de esa manera, genera discriminación, puesto que se les ve a través del estereotipo de dependencia (Li, et al. 2014).

Scheff (1996, citado en Yang et al., 2007) en su “teoría del etiquetado” de la “enfermedad mental” señala que los estereotipos se aprenden durante la socialización y son reforzados a diario. En el contexto observado, se da una dinámica que busca conseguir que la persona se asuma como “paciente” de salud mental y una vez que ello es logrado, resulta difícil que se retorne a los roles sociales “normales”. Lo anterior se da producto de la naturaleza altamente desacreditadora del papel de “paciente”, lo que puede llevar a que este rol emerja como un “estatus principal” en la persona (Markowitz, 2005), debido a que desde los profesionales se dan respuestas relativamente uniformes reforzando dicha concepción.

No obstante, lo anterior va más allá de la voluntad de cada profesional, puesto que también es avalado por elementos estructurales, como es la lógica imperante en materia de salud, que entiende la participación de los “pacientes”, como una respuesta obediente a las indicaciones prescritas por los equipos. Así, la autonomía de los usuarios se ve coartada y con ello, su capacidad para decidir sobre su tratamiento y la contribución a su recuperación (Mathisen et al., 2016).

Así, la persona es vista como “incapaz” y desde esta óptica se genera una relación dependiente y asistencialista, como puede verse con claridad en los procesos de alta de

los dispositivos. Esta concepción del sujeto, es coincidente con lo encontrado en otros estudios, donde el estigma se presenta como paternalismo (Cazzaniga & Suso, 2015; Hamilton et al., 2016). Tal comprensión del usuario, lleva a que en ocasiones los profesionales deslegitimen la realidad experimentada por éste, lo cual es una forma de invalidar su vivencia y por ende, de estigmatizarles.

De acuerdo con la perspectiva de Yang et al. (2007) estigmatizar a alguien se trata de una respuesta altamente práctica e incluso táctica, frente a lo que se percibe como una amenaza para los valores que se deben resguardar. Lo anterior es lo que permite que, en el contexto de atención en salud mental, se naturalice el intento constante por reducir los síntomas en los usuarios, sin considerar otros aspectos de la persona, puesto que éstos resultan una amenaza para lo que se espera como “normal” en salud mental. Además, los síntomas pueden ser entendidos como una amenaza al rol mismo de profesional sanitario, en tanto su presencia es vista como un fracaso del tratamiento. Por ello, etiquetar e intentar modificar todo lo que se desvíe de lo esperado, parece ser una respuesta efectiva para la defensa y resguardo.

Los casos en los que no hay una buena adherencia hacia el tratamiento ofrecido, son analizados desde la falta de “conciencia de enfermedad” del usuario y/o que no le hace sentido la terapia, psicológica y/o farmacológica. Lo anterior denota una inclinación hacia la atribución externa de responsabilidad, sin que sea frecuente una práctica reflexiva y crítica respecto del rol que podría estar teniendo sobre ello el propio centro de salud. Así se invalida la opción de que el usuario no esté de acuerdo con la intervención ofrecida y con ello se quita la opción de incidir sobre su propio tratamiento, por ende, se le estigmatiza (Thornicroft et al., 2007). Detrás estaría la creencia de que la persona no posee las capacidades necesarias para evaluar su propia situación vital, con lo que se reafirma su incapacidad.

Frente a casos de este tipo, en que hay resistencia a elementos del tratamiento, los profesionales suelen alinearse en torno al objetivo de tratamiento planteado, lo que implica intentos de persuasión hacia los usuarios. Lo anterior, es avalado por un contexto en que ellos poseen una posición jerárquica superior. Esto denota estigma

debido a que transmite el mensaje de que los expertos son ellos y se cae en el estereotipo de que el usuario es incompetente, no sabe y en definitiva no está en condiciones de tomar decisiones por su cuenta (Seo et al., 2011).

Por tanto, quien no se adapta al modelo de atención ofrecido es estigmatizado y se le considera como una persona con baja conciencia de su problema. La conciencia de enfermedad entonces, es la imposición de la subjetividad del equipo al sujeto, quien ahora se ve con los ojos del equipo, es decir como “enfermo”. Esto puede generar sentimientos de auto-desprecio por la interiorización del prejuicio social percibido, lo que en la literatura se conoce como auto-estigma (Campo-Arias & Herazo, 2015; Corrigan & Kleinlein, 2005, citado en Kranke et al., 2011; Desviat, 2001).

Tal como indican Yang et al. (2007), el estigma no es sólo un proceso discursivo o interpretativo, sino que figura como un proceso plenamente encarnado, físico y afectivo que ocurre en la postura, el rango y la sociabilidad del que lo sufre. Esto puede expresarse en aspectos cotidianos, como la distribución del espacio físico en las reuniones clínicas, donde el usuario es ubicado en una silla no muy próxima a la mesa en la que estarán frente a él, quienes guían la instancia, que son varios profesionales y principalmente algún psiquiatra. Lo anterior, en palabras de Yang et al. (2007) permite reconocer que el estigma sucede en la convergencia entre cultura, poder y diferencia.

Por otra parte, se pudo apreciar como la forma en que opera este sistema y su estructura, van afectando también al personal de salud. Ellos interiorizan creencias desesperanzadoras respecto de la recuperación de los usuarios, lo que les interfiere respecto de la confianza en su trabajo, por ende, vivencian un mayor agotamiento laboral y personal y esto a su vez, genera repercusiones sobre el alcance de las intervenciones, lo que termina por generar más estigma (Knaak & Patten, 2016; Verhaeghe & Bracke, 2012).

Con respecto a las limitaciones que se han identificado en esta investigación, estas tienen relación con la cantidad de tiempo destinado a la observación, que, si bien fueron 22 horas semanales, el hecho de haber sido repartidas entre tres dispositivos diferentes, le quitó continuidad a la familiarización con ciertos procesos. Lo anterior ocurría debido

a que dos de los tres dispositivos, coincidían en horario respecto de sus reuniones clínicas, lo que llevó a que debiese asignarse una semana a participar con un dispositivo y la siguiente con el otro.

Las repercusiones que esto tuvo, fue que no se compartiera equitativamente el tiempo entre dispositivos. Esto puede haber interferido en la posibilidad de que la investigadora responsable estuviese más integrada al equipo y pudiese pesquisar más aspectos del tema de investigación.

Por otra parte, el no haber podido estudiar como son las intervenciones a nivel individual con los usuarios, es algo que limita la apreciación global del trabajo que se realiza en COSAM y HDD, no obstante, esta barrera es éticamente compleja de poder sortear.

En cuanto a futuras líneas de investigación, se abre la posibilidad de indagar lo observado respecto a estigma, pero en los propios usuarios de los dispositivos de salud mental, a modo de pesquisar ciertos puntos críticos para ellos y el impacto que estos pueden tener respecto del auto estigma y sus posibilidades de recuperación. Sumado a lo anterior, sería útil que esta investigación fuese replicada en otros dispositivos, a modo de observar si ocurre lo mismo en relación a este fenómeno.

VII. Conclusiones

Uno de los resultados principales del estudio, mostró que el estigma permea distintas aristas del trabajo en salud mental. Se puede decir que el modelo imperante aún continúa siendo el biomédico y ello dificulta la participación de los usuarios en su tratamiento y en el ejercicio de sus derechos.

Por otra parte, este modelo condiciona cómo los profesionales se refieren a los usuarios y cómo actúan con ellos, en este sentido las etiquetas diagnósticas son la guía indiscutible para el abordaje en salud. Así mismo, los usuarios absorben esta rotulación y se ven inducidos a encarnar el papel de “*paciente*”, para poder ingresar al dispositivo de salud mental y así recibir intervenciones.

Respecto de las intervenciones, se concluye que son pensadas desde una lógica altamente individual y biológica y, en consecuencia, son principalmente farmacológicas. Con ello se estigmatiza debido a que coartan el desarrollo integral que pudiesen llegar a alcanzar los usuarios y reducen el éxito terapéutico a la reducción o eliminación de sintomatología.

En resumen, el estigma puede ser concebido desde una mirada ecológica que considera aspectos, macro, meso y micro sociales. Esta conceptualización tiene importantes implicancias prácticas.

A nivel macro, es preciso que se evalúe el peso del modelo biomédico y de la forma de funcionamiento del sistema de salud, en la recuperación de los usuarios. Además, es fundamental que se considere la tensión existente entre modelos (biomédico y de salud mental comunitaria) lo que deja a los equipos de salud en una situación de escisión entre lo discursivo y la práctica profesional.

Con respecto al meso sistema, se puede concluir que es necesario diseñar intervenciones que apunten a la articulación entre lo discursivo y lo práctico, puesto que allí se detectó una fuerte discordancia. Por tanto, sería favorable en primer lugar capacitar a los funcionarios en relación al modelo de salud mental comunitaria, para luego impulsar un diagnóstico que problematice los puntos críticos en cuanto a las condiciones de infraestructura y organizacionales, incompatibles con el modelo. El paso

siguiente, sería generar los cambios necesarios para vincular los objetivos con las prácticas, dando paso a que la salud mental comunitaria cuente con condiciones favorables para su implementación.

Lo anterior, repercutiría en el impacto de las intervenciones que se ofrecen y, por ende, en el nivel de agotamiento que vivencian los profesionales, que se deriva de estar inmersos en un ciclo de trabajo en que no se percibe una evolución duradera en los usuarios.

Las implicancias respecto de lo encontrado en el nivel micro, radican en que toda interacción situada dentro del contexto de atención en salud, es de carácter simbólico y tiene el poder de instaurar determinadas actitudes que resultan ser clave, a la hora de perpetuar el estigma en salud mental.

Finalmente, el estudio ofrece la posibilidad de visibilizar que la estigmatización ocurre de una manera concreta, a través del lenguaje y las conductas dirigidas a los usuarios en la praxis, lo que es permeado por los estereotipos de dependencia e incapacidad, que influyen sobre el actuar de los equipos en salud mental.

VIII. Referencias

- Abbey, S., Charbonneau, M., Tranulis, C., Moss, P., Baici, W., Dabby, L.,...Paré, M. (2011). Stigma and discrimination. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 1-9. Recuperado de: <http://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Stigma-2011-51-web-FIN-EN.pdf>
- Acuña, C. & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. Recuperado de: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population study in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 39–45. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05864.x
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (1996). The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Social Science & Medicine* 43(12), 1721-1728. Doi: 10.1016/S0277-9536(96)00065-2
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304–309. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x/epdf>
- Angermeyer, M. & Matschinger, H. (2005). Labeling – stereotype – discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 391–395. 10.1007/s00127-005-0903-4
- Aretio, A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A/7486>
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L. & Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry*, 12(239), 1-10. Recuperado de: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-12-239?site=bmcp psychiatry.biomedcentral.com>

- Bathje, G. & Pryor, J. (2011). The Relationships of Public and Self-Stigma to Seeking Mental Health Services. *Journal of Mental Counseling*, 33(2), 161-176. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/864591241?accountid=15690>
- Bharadwaj, P., Pai, M. & SuziedeleYTE, A. (2017). Mental Health Stigma. *Economics Letters*, 159, 57-60. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2017.06.028>
- Bordieu, P. (1993). Los ritos como actos de institución. En: Pitt-Rivers, J. y Peristiany, J. (Eds.), *Honor y gracia*, (pp. 111-123). Madrid, España: Alianza Universidad.
- Bos, A., Pryor, J., Reeder, G. & Stutterheim, S. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 1-9. Doi: 10.1080/01973533.2012.746147
- Brown, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burns, J. (2009). Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health Human Right*, 11(2), 19-31. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/pdf/25653100.pdf?refreqid=excelsior%3A7a7335e9daf4382d4dbfba54a92657f7>
- Campo-Arias, A. & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. Doi: 10.1016/j.rcp.2015.04.003
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>
- Cárcamo, K., Cid, C., Cofré, I., Flores, G., Lagos, D. & Oñate, N. (2015). *Comprensión de la visión que poseen las personas con Diagnóstico Psiquiátrico Severo sobre su atención en Salud Mental y la relación con su recuperación* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

- Cárdenas, P., Castillo, P., Flores, R., Monroy, S., Muñoz, C. & Ojeda, P. (2017). *Institucionalidad, equipos de salud y derechos sexuales y reproductivos en salud mental: implicancias en la vida de mujeres diagnosticadas con trastorno mental grave o discapacidad intelectual* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Cazzaniga, J. & Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Cea, J. (2016). Un 2015 de locos o el despertar de un movimiento social en salud mental. *El desconcierto*. Recuperado de: <http://www.eldesconcierto.cl/2016/03/30/un-2015-de-locos-o-el-despertar-de-un-movimiento-social-en-salud-mental/>
- Chambers, M., Gallagher, A., Borschmann, R., Gillard, S., Turner, K. & Kantaris, X. (2014). The experiences of detained mental health service users: issues of dignity in care. *BMC Medical Ethics* 2014, 15(50), 1-8. Doi: 10.1186/1472-6939-15-50
- ChileAtiende. (2011). Declaración de interdicción. Corporación de Asistencia Judicial Región Metropolitana. Recuperado de: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/331-declaracion-de-interdicion>
- Chung, K., Chen, E. & Liu, C. (2001). University Students' Attitudes Towards Mental Patients and Psychiatric Treatment. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(2), 63-72. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/002076400104700206>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N.,...Thornicroft, G.(2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11–27 Doi: 10.1017/S0033291714000129
- Conejo-Serón, S., Moreno, P., Morales, J., Alot, A., García-Herrera, J., González, M.,...Moreno, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(2), 223-233. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/28316/15851>

- Consejería de Salud. (2006). *Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado*. Recuperado de: http://www.feafesandalucia.org/images/pdf/documentacion/proceso_trastorno_mental_grave.pdf
- Cornejo, M. & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34. Doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144
- Correa, M., Silva, T., Belloc, M. & Martínez, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de L'Institut Català D'Antropologia*, 22, 47-69. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042/201089>
- Corrigan, P. & Penn, D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. Doi: [10.1037/0003-066X.54.9.765](https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765)
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53. Doi: 10.1093/clipsy.9.1.35
- Corrigan, P. & Watson, A. (2002b). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P. & Watson, A. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458. Doi: 10.1007/s10597-007-9084-9
- Corrigan, P. (1998). The impact of stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice* 5, 201-222. Doi: 10.1016/S1077-7229(98)80006-0
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. Recuperado de: https://www.academia.edu/882271/How_stigma_interferes_with_mental_health_care?auto=download
- Corrigan, P., Druss, B. & Perlick, D. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Association for Psychological Science*,

- 15(2). 37-70. Recuperado de:
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953–958. Recuperado de:
<http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.52.7.953>
- Corrigan, P., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179-190. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0962184905000053>
- Corrigan, P., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K.,... Kubiak, M. (2002). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006939>
- Coutre, S. & Penn, D. (2003). Interpersonal Contact and the Stigma of Mental Illness: A Review of the Literature. *Journal of Mental Health*, 12(3), 291 – 305. Doi: 10.1080/09638231000118276
- Covarrubias, I. & Han, M. (2011). Mental Health Stigma about Serious Mental Illness among MSW Students: Social Contact and Attitude. *Social Work*, 56(4), 317-325. Doi: 10.1093/sw/56.4.317
- Cresswell, C., Kuipers, L., & Power, M. (1992). Social networks and support in longterm psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 22(4), 1019-1026. Doi: [10.1017/S0033291700038587](https://doi.org/10.1017/S0033291700038587)
- Crisp, A., Gelder, A., Rix, S., Meltzer, H. & Rowlands, O. (2000). Stigmatisation of People with Mental Illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. Doi: 10.1192/bjp.177.1.4
- Desviat, M. (2001). Salud Pública y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(77), 125-133. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019674009>

- Díaz, D. (2007). El estigma de la enfermedad mental. *El país*. Recuperado de: https://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.html
- Dickerson, F., Sommerville, J., Origoni, A., Ringel, N. & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28(1), 143-155. Recuperado de: <https://www.scopus.com/citation/output.uri?origin=recordpage&view=&src=s&eid=2-s2.0-0035988583&outputType=exportPdf>
- Dijksterhuis, A., Aarts, A., Bargh, J. & Van knippenberg, A. (2000). On the Relation between Associate Strength and Automatic Behaviour. *Journal of Experimental Social Psychology* 36, 531–544. Doi: 10.1006/jesp.2000.1427
- Education.
- Emrich, K., Thompson, T. C., & Moore, G. (2003). Positive attitude. An essential element for effective care of people with mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(5), 18–25. Doi: 10.3928/0279-3695-20030501-09
- Feldman, D. & Crandall, C. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137–154. Doi: 10.1521/jscp.2007.26.2.137
- Gobierno de Chile. (s/f). Gobierno transparente. Otros trámites. Recuperado de: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremi8/tramites.html.R>
- Goffman, E. (1963). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Recuperado de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- Gomes, T., Ferreira, E. & De Almeida, P. (2009). Particularidades de la planificación familiar de mujeres portadoras de trastorno mental. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17(5), 37-43. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_07.pdf
- Grandón, P., Bustos, C., Cova, F. & Tapia, C. (2015). Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1359-1370. Doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-4.erdr

- Grandón, P., Dresdner, R., Sanhueza, M. & Vaccari, P. (2016). Prácticas anti-estigma como eje articulador del trabajo comunitario en salud mental. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-15. Recuperado de: <http://www.gjcpp.org>
- Gray, A. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(2), 72–76. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1279314/>
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. En Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp.105–117). Thousand Oaks, CA: Sage.1
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, Campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma.
- Haghighat, R. (2001) A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207-215. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/178/3/207.full.pdf>
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K.,...Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *ActaPsychiatricaScandinavica*, 134(446). Doi: 10.1111/acps.12611
- Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J.,...Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359–366. Doi: 10.1177/0020764013490263
- Hatzenbuehler, M., Phelan, J. & Link, B. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. Doi: 10.2105/AJPH.2012.301069
- Hebl, M. & Dovidio, J. (2005). Promoting the "Social" in the Examination of Social Stigmas. *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 156-182. Recuperado de: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1207/s15327957pspr0902_4
- Henderson, C., Brohan, E., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman,...Thornicroft, G. (2013). Decision aid on disclosure of mental health status to

- an employer: feasibility and outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203(5), 350–357. Doi: 10.1192/bjp.bp.113.128470
- Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., Gale-Grant, O., . . . Thornicroft, G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 1(6), 467-482. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- Herek, G. (2007). Confronting Sexual Stigma and Prejudice: Theory and Practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925. Doi: 10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Education.
- Högberg, T., Magnusson, A., Lützen, K. & Ewalds-kust, B. (2012). Swedish attitudes towards persons with mental illness. *Nordic Journal of Psychiatry* 66, 86–96. Doi: 10.3109/08039488.2011.596947
- Horsfall, J., Cleary, M. & Hunt, G. (2010). Stigma in Mental Health: Clients and Professionals. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 450-455. Doi: 10.3109/01612840903537167
- Hoyer, G., Kjellin, L., Endberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M. & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93-108. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00108-X](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00108-X)
- Jackson, V. (2015). *Stigma as social death: Mental health outcomes in Chinese Americans with schizophrenia* (Tesis doctoral). Alliant International University, San Francisco, California, Estados Unidos. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1728322625/fulltextPDF/446AD19D25443C4PQ/1?accountid=15690>
- Kinn, L., Holgersen, H., Borg, M. & Davidson, L. (2016). “Watch your steps” – Community mental health professionals’ perspectives on the vocational rehabilitation of people with severe mental illness. *Scandinavian Psychologist*, 3(16). Recuperado de: <https://psykologisk.no/sp/2016/11/e16/>

- Knaak, S. & Patten, S. (2016). A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(446), 53-62. Doi: 10.1111/acps.12612
- Knaak, S., Mantler, E. & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. Doi: 10.1177/0840470416679413
- Kranke, D., Floersch, J., Kranke, B. & Munson, M. (2011). A Qualitative Investigation of Self-Stigma Among Adolescents Taking Psychiatric Medication. *Psychiatric Services*, 62(8), 893-899. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/1111874334/fulltext/C9DC1C4E27544084PQ/19?accountid=15690>
- Laviana, M. (2012). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 459-476. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/425/345>
- Ley N° 20.422. (2010). *Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 10 de febrero de 2010.
- Ley N° 20.120. (2006). *Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 22 de septiembre de 2006. Extraído de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>
- Leyton, D. (2016). La entrevista etnográfica en clave multi-contextual. *Revista del laboratorio de etnografía*, 1(1). Recuperado de: <http://docplayer.es/29819272-La-entrevista-etnografica-en-clave-multi-contextual.html>
- Li, J., Li, J., Thornicroft, G., & Huang, Y. (2014). Levels of stigma among community mental health staff in guangzhou, china. *BMC Psychiatry*, 14(231), 1-7. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1553443232/794BF73C8B34613PQ/26?accountid=15690>

- Liggins, J. and S. Hatcher (2005). Stigma toward the mentally ill in the general hospital: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry* 27(5): 359-364. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2005.05.006
- Linden, M. & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359–1368. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/pdf/2678626.pdf?refreqid=excelsior:5c6256fc7abd5c410056e9d25d7d647e>
- Link, B., Cullen, F., Struening, E., ShROUT, P., & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/pdf/2095613.pdf?refreqid=excelsior%3Ac02d217fde0248d09f8bc1c604fa2a7c>
- Link, B., Struening, E., Neese, T., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(2), 1621-1626. Doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1621
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J. & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2955424.pdf?refreqid=excelsior:8c6ca7b3913d6175a6b187c7e6419de2>
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. & Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3).<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Livingston, J. & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social*

- Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610006945?via%3Dihub>
- Livingston, J. (2013). *Mental Illness-related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion*. Calgary, Alberta: Mental Health Commission of Canada. Recuperado de:
https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport_ENG_0_0.pdf
- Loch, A., Guarniero, F., Lawson, F., Hengartner, M., Rössler, W., Gattaz, W., & Wang, Y. (2013). Stigma toward schizophrenia: Do all psychiatrists behave the same? latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in brazil. *BMC Psychiatry*, 13(92), 1-10. Recuperado de:
<https://search.proquest.com/docview/1319280909/fulltextPDF/BFBC22AB47A743DEPQ/1?accountid=15690>
- López, M., Laviana, M., Álvarez, F., González, S., Fernández, M. & Vera, M. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 31-65. Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100004
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83. Recuperado de:
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16017/15876>
- Lossius, T., Haakon, J., Finset, A. & Ruud, T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 893-901. Doi: 10.1007/s00127-010-0259-2
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C.,... Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder,

- severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24, 586–596. Doi: 10.1002/da.20272
- Lyons, C., Hopley, P. & Horrocks, J. (2009). A decade of stigma and discrimination in mental health: plus ça change, plus c'est la même chose (the more things change, the more they stay the same). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 501–507. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01390.x
- Major, B., & O'Brien, L. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421. Doi: 10.1146/annurev.psych.56.091103.070137
- Manual de Derechos en Salud mental. (2016). Recuperado de: <https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2015/09/Manual-de-Derechos-en-Salud-mental.pdf>
- Marichal, F. & Quiles, M. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema*, 12(3), 458-465. Recuperado de: <https://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7618/7482>
- Markowitz, F. (2005). Sociological models of mental illness stigma. En P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change progress and prospects*. (129-144). Washington, D. C.: APA.
- Mascayano, F., Tapia, W., Castro, L., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>
- Mathisen, V., Fagerheim, G., Obstfelder, A. & Måseide, P. (2016). Whose decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. *Mental Health Review Journal*, 21(4), 249-260. Doi: 10.1108/MHRJ-01-2016-0003
- Ministerio de Salud. (2014). *Sistema de Salud mental de Chile. Segundo Informe*. Recuperado de: <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/08/WHO-AIMS-II-SISTEMA-SALUD-MENTAL-DE-CHILE-2014.pdf>

- Ministerio de Salud. (2016). *Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud mental*. Recuperado de: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Minoletti, A. (s/f). Evaluación de la calidad de atención y respeto de los derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud. Informe General. FONIS SA12I2073. Recuperado de: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/104225/evaluan-calidad-de-atencion-y-respeto-de-derechos-de-personas>
- Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., Carniglia, C., Guajardo, A., Rayo1, X. (2015). Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143, 1585-1592. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n12/art12.pdf>
- Molero, F. (2007). Prejuicio y estigma: efectos y posibles soluciones. En Morales, J., Moya, M., Gaviria, E., Cuadrado, I. (Ed.), *Psicología Social* (619-640). Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. & Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>
- Nordt, C., Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. Doi: 10.1093/schbul/sbj065
- Observatorio de la Discapacidad (2003). *Población con enfermedad mental grave y prolongada* (9). Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/PoblacionconEnfermedadMentalGrave.pdf>
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R.,...Haro, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas

- con esquizofrenia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. Doi: 10.4321/S0211-57352011000300006
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Stigma: an international briefing paper*. Recuperado de: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6422-Stigma_An_International_Briefing_Paper_2704.pdf
- Östman, M. & Björkman, A. (2013). Schizophrenia and relationships: The effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 7(1), 20-24. Recuperado de: <http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/15702/Ostman%20paper%20schiz%20relationship.pdf?sequence=2>
<https://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/15702/Ostman%20paper%20schiz%20relationship.pdf;sequence=2>
- Palumbo, C., Volpe, U., Matanov, A., Priebe, S. & Giacco, D. (2015). Social Networks of Patients with Psychosis: A systematic review. *BMC Research Notes*, 8(560), 1-12. Doi: 10.1186/s13104-015-1528-7
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A. & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6): 457-463. doi:10.1007/s00127-006-0048-0
- Parcesepe, A. & Cabassa, L. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: A systematic literature review. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 40(5), 384-399. Doi: [10.1007/s10488-012-0430-z](https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z)
- Park, S. (2014). *The relationship of internalized stigma with symptoms, social behavior, and emotional responding in schizophrenia*. (Tesis doctoral en Filosofía). University of Maryland, College Park, Estados Unidos. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1626728803/fulltextPDF/72879863A904428APQ/1?accountid=15690>

- Park, S., Bennett, M., Couture, S., & Blanchard, J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43-47. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178112004726>
- Parker, P., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57, 13–24. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602003040>
- Pearl, R., Forgeard, M., Rifkin, L., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2016). Internalized Stigma of Mental Illness: Changes and Associations With Treatment Outcomes. *Stigma and Health*, 2(1), 2-15. Doi: 10.1037/sah0000036
- Pearl, R., Puhl, R., & Dovidio, J. (2015). Differential effects of weight bias experiences and internalization on exercise among women with overweight and obesity. *Journal of Health Psychology*, 20, 1626–1632. Doi: 10.1177/1359105313520338
- Peckham, J., & Muller, J. (1998). Employment and schizophrenia: Recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 398-402. Doi: [10.1037/h0095210](https://doi.org/10.1037/h0095210)
- Perlick, D., Rosenheck, R., Clarkin, J., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E. & Link, B. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52, 1627-1632. Recuperado de: <https://mdsc.ca/documents/Publications/Adverse%20effects%20of%20perceived%20stigma%20on%20social%20adaptation.pdf>
- Pescosolido, B., Martin, J., Long, J., Medina, R., Phelan, J. & Link, B. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*. 167(11), 1321–1330. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09121743.
- Phelan, J., & Link, B. (1998). The growing belief that people with mental illness are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Social*

- Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S7–S12. Recuperado de: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s001270050204.pdf>
- Phelan, J., Link, B., Stueve, A. & Pescosolido, B. (2000). Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 188–207. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2676305.pdf?refreqid=excelsior:5930ffe2c2f6e7dfee-f8556acb0eb079>
- Pryor, J., Reeder, G., & Monroe, A. (2012). The infection of bad company: Stigma by association. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(2), 224–241. Doi: 10.1037/a0026270
- Read, J. & Harre, N. (2001). The Role of Biological and Genetic Causal Beliefs in the Stigmatization of Mental Patients. *Journal of Mental Health*, 10, 223-235. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638230123129>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=Gru2UbO>
- Reavley, N., Mackinnon, A., Morgan, A. & Jorm, A. (2014). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433–441. Doi: 10.1177/0004867413500351
- Rodríguez, A. (2003). Organización de cuidados comunitarios. El papel de la atención psicosocial y social en la atención comunitaria a las personas con Enfermedad mental grave y crónica. *Actas II Congreso de Salud Mental*, 165, 67-95. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6655/Rodriguez_rehab.pdf
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. & Tansella, M. (2000). Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155. doi: 10.1192/bjp.177.2.149
- Rüsch, N., Angermeyer, M. & Corrigan, P. (2005) Mental Illness Stigma. Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ: British Medical Journal*, 324(7352), 1470–1471. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123430/>
- Schinnar, A., Rothbard, A., Kanter, R. & Jung, Y. (1990). An Empirical Literature Review of Definitions of Severe and Persistent Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/220494889?accountid=15690>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P., Grabe, H., Carta, M. & Angermeyer, M. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 440-452. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. Doi: 10.1080/09540260701278929
- Seo, M., Hyun, S. & Rhee, M. (2011). Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(3), 217–223. Doi: 10.1177/0020764011431543
- Serafini, G., Pompilli, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D.,...Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 576–585. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01706.x
- Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S. & Thornicroft, G. (2009). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19(3), 223-232. Recuperado de: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/AC84CD227D096E7146412A4629784D20/S1121189X00001159a.pdf/economic_impact_of_mental_health_stigma_and_discrimination_a_systematic_review.pdf

- Simmons, L., Jones, Y. & Bradley, E. (2017). Reducing Mental Health Stigma. The relationship between knowledge and attitude change. *European Journal of Mental Health*, 12, 25-40. Doi: 10.5708/EJMH.12.2017.1.2
- Stafford, M. & Scott, R. (1986). Stigma deviance and social control: some conceptual issues. En S., Ainlay, G., Becker & L., Coleman. (Ed.), *The dilemma of difference* (77-91). New York: Plenum. Recuperado de: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4684-7568-5_5
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52(6), 613-629. Recuperado de: <http://users.nber.org/~sewp/events/2005.01.14/Bios+Links/Krieger-rec5-Steele Threat-in-the-Air.pdf>
- Stolkiner, A. I. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. *Los sufrimientos*, 10, 211-39.
- Szeto, A. & Dobson, K. (2010). Reducing the Stigma of Mental Disorders at Work: A Review of Current Workplace Anti-Stigma Intervention Programs. *Applied & Preventive Psychology*, 14(1-4), 41-56. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.002>
- Szmukler, G. & Appelbaum, P. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233-244. Doi: 10.1080/09638230802052203
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122. doi: Doi 10.1080/09540260701278937
- Torrecilla, R. (2015). *Comorbilidades médicas en pacientes con trastorno mental grave del medio comunitario* (Tesis doctoral de Medicina). Universidad de Medicina de Cádiz, Cádiz, España. Recuperado de: <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2017/rto/concepto.htm>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative Stigma Among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32. Recuperado de:

<https://search.proquest.com/docview/940349553/794BF73C8B34613PQ/34?accountid=15690>

- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C. Pasqualetti, P., Rossi, G. & Pioli, R. (2001). Attitude Towards Psychiatric Patients. A pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16, 452-458. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00606-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00606-X)
- Vicente, B., Kohn, R., Saldivia, S., Rioseco, P. & Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 263–70. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28088.pdf>
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. *Acta Bioethica*, 22(1), 51-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
- Vogel, D., Wade, N. & Haake, S. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325-337. Doi: 10.1037/0022-0167.53.3.325
- Vogel, D., Wade, N. & Hackler, A. (2007). Perceived Public Stigma and the Willingness to Seek Counseling: The Mediating Roles of Self-Stigma and Attitudes Toward Counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50. Doi: 10.1037/0022-0167.54.1.40
- Wagner, L., Runte, G., Torres-González, F. & King, M. (2011). Mental health care: perceptions of people with schizophrenia and their carers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2077-2087. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Wahl, O. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478. Doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
- Wallace, J. (2010). Mental health and stigma in the medical profession. *Health*, 16(1), 3-18. Doi: 10.1177/1363459310371080

- Wang, X., Huang, X., Jackson, T. & Chen, R. (2012). Components of Implicit Stigma against Mental Illness among Chinese Students. *PLoS ONE*, 7(9), 1-6. Doi: 10.1371/journal.pone.0046016
- Wen, Y., Picco, L., Pang, S., Jeyagurunathan, A., Satghare, P.,...& Subramaniam, M. (2017). Stigma Resistance and its Association with Internalised Stigma and Psychosocial Outcomes Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatry Research*, 257, 72-78. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.027>
- Willigs, C. (2013). Thematic Analysis. En Willigs, C. (2013), *Introducing Qualitative Research in Psychology* (490-510). England: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Wood, L., Byrne, R., Burke, E., Enache, G. & Morrison, A. (2017). The Impact of Stigma on Emotional Distress and Recovery from Psychosis: The Mediatory Role of Internalised Shame and Self-esteem. *Psychiatry Research*, 255, 94-100. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.016>
- Wright, E., Gronfein, W. & Owens, T. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68-90. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/pdf/2676361.pdf?refreqid=excelsior%3A27afdf7b342f7874c23f17f7733e7410>
- Yang, L., Kleinman, A., Link, B., Phelan, J., Lee, S. & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science*, 64, 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Zartaloudi, A. & Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77-83. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/750520396/fulltextPDF/BA2D2914098F44E2PQ/1?accountid=15690>

IX. Anexos

1. Pauta de observación

A nivel global

Espacio físico: Dimensiones y distribución del espacio; equipamiento, servicios y su distribución; información, afiches, mensajes; cuántas personas trabajan, tareas realizadas; interacciones entre sí, vestimenta; perfil general de los usuarios atendidos por cada dispositivo.

En contextos de interacción entre profesionales

Turnos de palabra (por ejemplo, quienes hablan más mientras se analizan casos clínicos); lenguaje utilizado (palabras) para referirse a las personas con diagnóstico de TMG; lenguaje no verbal (gestos, miradas); tono afectivo que subyace las palabras y etiquetas; humor alusivo a TMG; diferencias en el trato del caso según género y otras categorías sociales de la persona diagnosticada (por ejemplo etnia, nivel socioeconómico); observar contexto en que se emiten los comentarios (entre colegas o con jefatura, formal, informal, etc.); presencia de mensajes desmoralizantes.

En contextos de interacción entre profesionales y usuarios

Uso de elementos tecnológicos durante la interacción (celulares, tablets, mirar reloj); observar distancia física y contacto visual; si existe o no consulta de opinión a usuarios; exploración de otros roles sociales (Diferenciar según tipo de profesionales); tono de voz (volumen); mensajes desmoralizantes comunicados al usuario.

En sala de espera

Lenguaje corporal y elementos tanto verbales como para-verbales durante la interacción profesional-usuario (proximidad física, gestos, tono de voz).

2. Guion temático entrevista profesionales

Experiencia de trabajo en Salud Mental

- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en Salud Mental dentro de atención secundaria?
- ¿Cómo describiría su experiencia dentro del área de SM?
- ¿Cómo podría describir su rol como profesional dentro del equipo?
- ¿En general cómo describiría que es la evolución de los casos que son atendidos acá?
- ¿Qué podría decir que es lo agotador de su trabajo?
- ¿Cómo entiende usted el fenómeno de estigma hacia las personas con trastornos mentales?

Reunión clínica

- Como he estado participando en varias instancias de reunión clínica, me gustaría que usted me comentara ¿cuáles son las funciones que tiene dicha instancia?
- ¿Para qué cree usted que sirven las reuniones clínicas?
- ¿Como se decide que usuarios se citan a reunión clínica?
- ¿Cuál diría usted que es la dinámica habitual que se da al interior de las reuniones? Tanto entre profesionales como entre profesionales y usuarios
- ¿Cree que existen ciertos casos que de alguna manera rompen la dinámica habitual dentro de la reunión clínica? si es así, ¿qué características tienen?
- ¿Cómo se siente usted en estas instancias?
- ¿Cómo describiría la actitud de los usuarios frente a esta instancia de reunión clínica?
- He escuchado en varias ocasiones la palabra “encuadre” ¿a qué se refiere? ¿De qué manera se lleva a cabo? ¿Podría decir que hay alguna diferencia según el/la usuario/a?

Farmacia y prescripción de fármacos

- ¿Cómo describiría que es el funcionamiento de la farmacia de salud mental?

- ¿Cómo es la comunicación entre ustedes como profesionales y equipo y farmacia?
- ¿Cuál cree usted que es el tratamiento por excelencia para los usuarios? ¿por qué?
- ¿Cuál suele ser la actitud de los usuarios hacia los fármacos que se les prescriben?
- En casos cuando existen dudas y/o quejas en los usuarios con respecto al fármaco/s indicado ¿cómo actúan los profesionales? ¿Cómo se recogen estas inquietudes? - ¿los usuarios pueden rechazar el tratamiento farmacológico?; ¿Ha pasado? ¿Qué sucede en esos casos?

Conceptualización y abordaje de “casos complejos”

- He escuchado que algunos casos los categorizan como complejos. ¿Me podría decir que entiende usted por caso complejo? (comparten alguna/s característica/s en común?)
- ¿Qué se entiende por crisis?
- ¿En general cómo se abordan estos casos?
- ¿Cuál diría usted que suele ser el pronóstico para dichos casos?
- ¿En que se basa este pronóstico? ¿de qué depende?
- ¿Cuál es su actitud hacia estos casos? ¿Qué le pasa a nivel personal?

Talleres y visitas domiciliarias

- Con respecto a los talleres ¿Qué talleres se ofrecen actualmente?
- ¿Cuál diría usted que es la función que cumplen los talleres? Para que sirven
- ¿Cómo se decide la oferta de talleres que se imparte?
- ¿En qué criterios se basan para convocar/citar a usuarios a estos talleres?
- ¿Cómo y quién define que usuarios son visitados?
- ¿Cuál diría usted que es la finalidad de realizar visitas domiciliarias?
- ¿qué cuidados debe tener el profesional al hacer una visita? ¿Qué tan frecuente suele ser la instancia de visita?

3. Consentimiento informado Funcionarios y Usuarios

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNCIONARIOS.

Investigador: Romina Constanza Jara Ogeda.

Este documento se dirige a: Funcionarios de Salud.

Para informarlo respecto de: La investigación que se titula a continuación.

Título de la investigación: Estigmatización hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en personal de Salud Mental, desde una perspectiva interaccional.

Patrocinante: Universidad de Concepción.

Estimado(a) funcionario (a) de salud:

Invitamos a Ud. a participar, de manera libre y voluntaria, en el estudio del área de la psicología titulado “Estigmatización hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en personal de Salud Mental, desde una perspectiva interaccional”, cuya investigadora responsable es Romina Jara Ogeda, Rut: 18.800.030-4, psicóloga y actualmente candidata a Magíster en Psicología mención Salud, de la Universidad de Concepción. El ámbito territorial de la investigación corresponde a los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) Newen y Antumapu, junto con el Hospital de Día pertenecientes al Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles.

TIPOS DE INTERVENCIÓN DE INVESTIGACIÓN:

Su participación del presente estudio requiere que usted tenga disponibilidad para:

Permitir la participación de la investigadora responsable en los contextos que previamente se acuerden entre ambas partes, tales como reuniones clínicas, horarios de colación, visitas domiciliarias, talleres para usuarios, entre otras posibilidades que se consensuen entre investigadora y funcionarios. La investigadora estará un tiempo de 22 (veintidós) horas semanales, distribuidas entre los tres COSAM más el Hospital de Día, durante un periodo aproximado de 03 (tres) meses.

Acceder a participar en entrevistas semi estructuradas y/o grupales llevadas a cabo por la investigadora responsable, las cuales serán efectuadas dentro del mismo contexto de observación y que permitirán profundizar temáticas de interés para alcanzar el objetivo del estudio.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES: Usted (es) ha (n) sido elegido (s) por:

La invitación a que participe de esta investigación científica es en razón de su condición de funcionario de los dispositivos de salud mencionados y su participación en el estudio consiste en permitir la realización de una etnografía dentro de dicho contexto.

INFORMACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en esta investigación es voluntaria, si decide no hacerlo, esto no repercutirá en su trabajo en este

recinto _____ Existe también la posibilidad de que deje de participar en medio del proceso, si así lo decide.

PROTOCOLO

El presente estudio busca abordar la manifestación del estigma desde funcionarios de Salud Mental hacia personas con diagnóstico de TMG, buscando describir cómo se presenta el fenómeno en la interacción entre profesionales y entre profesionales y usuarios, para posteriormente proceder a analizar el significado de las dinámicas de interacción dadas dentro de cada dispositivo de Salud.

Descripción del procedimiento:

Para desarrollar este estudio, se diseñó una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, a efectuarse dentro de las actividades realizadas por los COSAM Newen y Antumapu y Hospital de Día del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles, donde los datos serán recopilados por medio de la integración de las siguientes técnicas: observación participante, entrevistas de tipo etnográfica, semi-estructurada y grupal. Posteriormente, el análisis de los datos se efectuará a través de análisis temático y de contenido.

A. Objetivos

El objetivo de esta investigación es comprender cómo se manifiesta la estigmatización hacia personas con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) en la interacción en contextos formales e informales, entre profesionales de salud mental y entre profesionales y usuarios de los COSAM Newen y Antumapu y Hospital de Día del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles.

B. Justificación

El tema de la estigmatización hacia los Trastornos Mentales Graves en Salud ha cobrado relevancia en las últimas décadas, producto de las graves consecuencias para la salud de las personas que la padecen, tales como: impacto negativo en búsqueda de atención profesional y adherencia al tratamiento; disminución de la participación en salud; repercusión desfavorable en satisfacción y bienestar; disminución en la calidad percibida de la atención, entre otras (Corrigan, 2004; Vogel, Wade, & Haake, 2006). Es así como el estudio surge de la necesidad de comprender cómo es que se manifiesta el estigma hacia las personas con diagnóstico de TMG, específicamente dentro de los contextos de atención en salud, a modo de aportar con mayor información sobre el proceso de creación y reproducción del fenómeno y generar reflexión que contribuya a evitar las nefastas repercusiones que su expresión genera en el ámbito de la Salud.

C. Duración

El estudio contempla un tiempo aproximado de 03 (tres) meses, en los cuales la investigadora responsable destinará 22 (veintidós) horas semanales para el desarrollo de la etnografía dentro de los dispositivos de Salud. Durante este periodo, las horas se distribuirán en base a acuerdos entre ambas partes, entre los 04 (cuatro) dispositivos, contemplando la observación de contextos donde haya interacción entre profesionales y también entre profesionales y usuarios, tales como salas de espera, visitas domiciliarias, entre otras que surjan durante el proceso y que cuenten con la autorización tanto de jefatura como de los usuarios para que la investigadora responsable participe.

D. Usos potenciales de los resultados de la investigación (incluyendo los comerciales)

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en el que se buscará que sean publicados, resguardados por la Investigadora Responsable.

E. Riesgos y eventos Adversos:

Si decide participar, o no, es importante tener en cuenta que este estudio no reviste ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades antes mencionadas.

E. Garantía de acceso a toda información nueva relevante. Indique

Usted tiene derecho de ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

F.Molestias

Este estudio no reviste ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades que se deben llevar a cabo, puesto que no se realiza ninguna intervención con los profesionales.

G. Beneficios para el sujeto y la sociedad:

Su participación permitirá aportar con información que aumente la comprensión del estigma hacia las personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, incrementando el conocimiento con respecto al proceso de creación y reproducción del fenómeno y los factores relacionados con dicho proceso. El óptimo desarrollo del estudio, permitirá también promover un espacio de reflexión dentro de los dispositivos de salud participantes, en el sentido de visualizar manifestaciones de estigma posiblemente naturalizadas dentro de los contextos de atención, generando así una oportunidad para optimizar la entrega de servicios de salud y fortalecer el respeto por los derechos de los usuarios.

H. Compensación por concepción de gastos en que se incurrirá en la investigación

No existirán gastos que se deban compensar durante la investigación y es preciso mencionar que su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria, por ende, no hay costos ni incentivos económicos por participar en el mismo.

I. Garantía de protección de privacidad y Confidencialidad. Indique

Dado que el estudio se encuentra inserto dentro de un contexto laboral, en la información que se vaya recopilando en base a las interacciones observadas se resguardará el anonimato de cada profesional que participe del estudio, lo cual será posible gracias al uso de códigos que permitan a quien efectúe la investigación registrar en su diario de campo lo dicho y/o hecho por algún profesional, identificándolo por medio de un código de conocimiento exclusivo de la investigadora responsable (ejemplos de código: Terapeuta ocupacional= TO 1, TO 2; Psicólogo= PSI 1, PSI 2, etc). Es así como toda la información que se entregue será confidencial y estará resguardada por la investigadora responsable dentro de su hogar ubicado en Los Ángeles en un espacio privado. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por Usted.

J. Resultados

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.

Usted tiene derecho de ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

K. Métodos Alternativos (incluyendo riesgos y beneficios)

Para este tipo de investigación interaccional el único método alternativo es la observación de las interacciones entre los participantes, el cual no reviste de riesgos.

L. Seguro de Indemnización por eventuales daños ocasionados por la investigación.
(para el caso de ensayos clínicos)

No aplica.

M. Teléfono de contacto del Investigador.

Contactar al: 9-66358198

Este estudio cuenta con la aprobación del CEC del Servicio de Salud BioBío

Ante cualquier consulta llamar al Teléfono:043- 2333163 - 043- 2332511

Celular: 9-42505468

Presto voluntariamente mi consentimiento, luego de haber leído y haber sido informado efectivamente respecto de mis dudas, tengo claro que poseo el derecho a retirarme de la investigación sin que ello pueda ocasionarme ningún perjuicio.

Nombre participante:

—

Rut: _____ Fecha:

FIRMA

Nombre del Investigador designado:

—

Rut: _____ Fecha:

FIRMA



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIOS.

Investigador: Romina Constanza Jara Ogeda.

Este documento se dirige a: Usuarios de dispositivos de Salud.

Para informarlo respecto de: La investigación que se titula a continuación.

Título de la investigación: Estigmatización hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en personal de Salud Mental, desde una perspectiva interaccional.

Patrocinante: Universidad de Concepción.

Estimado(a) usuario (a):

Invitamos a Ud. a participar, de manera libre y voluntaria, en el estudio del área de la psicología titulado “**Estigmatización hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en personal de Salud Mental, desde una perspectiva interaccional**”, cuya investigadora responsable es **Romina Jara Ogeda**, Rut: 18.800.030-4, psicóloga y actualmente candidata a Magíster en Psicología mención Salud, de la Universidad de Concepción. El ámbito territorial de la investigación corresponde a los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) Newen y Antumapu, junto con el Hospital de Día pertenecientes al Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles.

TIPOS DE INTERVENCIÓN DE INVESTIGACIÓN:

Su participación del presente estudio requiere que usted tenga disponibilidad para: Permitir la participación de la investigadora responsable en visita domiciliaria a su hogar.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES: Usted (es) ha (n) sido elegido (s) por:

La invitación a que participe de esta investigación científica es en razón de su condición de usuario de los dispositivos de salud mencionados.

INFORMACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en esta investigación es voluntaria, si decide no hacerlo, seguirá recibiendo las mismas atenciones en este

recinto_____ Existe también la posibilidad de que deje de participar en medio del proceso, si así lo decide.

PROTOCOLO

El presente estudio busca abordar la manifestación del estigma desde funcionarios de Salud Mental hacia personas con diagnóstico de TMG, buscando describir cómo se presenta el fenómeno en la interacción entre profesionales y entre profesionales y usuarios, para posteriormente proceder a analizar el significado de las dinámicas de interacción dadas dentro de cada dispositivo de Salud.

Descripción del procedimiento:

Para desarrollar este estudio, se diseñó una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, a efectuarse dentro de las actividades realizadas por los COSAM Newen y Antumapu, y Hospital de Día del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles, donde los datos serán recopilados por medio de la integración de las siguientes técnicas: observación participante, entrevistas de tipo etnográfica, semi-estructurada y grupal. Posteriormente, el análisis de los datos se efectuará a través de análisis temático y de contenido.

A. Objetivos

El objetivo de esta investigación es comprender cómo se manifiesta la estigmatización hacia personas con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) en la interacción en contextos formales e informales, entre profesionales de salud mental y entre profesionales y usuarios de los COSAM Newen y Antumapu y Hospital de Día del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruíz de Los Ángeles.

B. Justificación

El tema de la estigmatización hacia los Trastornos Mentales Graves en Salud ha cobrado relevancia en las últimas décadas, producto de las graves consecuencias para la salud de las personas que la padecen, tales como: impacto negativo en búsqueda de atención profesional y adherencia al tratamiento; disminución de la participación en salud; repercusión desfavorable en satisfacción y bienestar; disminución en la calidad

percibida de la atención, entre otras (Corrigan, 2004; Vogel, Wade, & Haake, 2006). Es así como el estudio surge de la necesidad de comprender cómo es que se manifiesta el estigma hacia las personas con diagnóstico de TMG, específicamente dentro de los contextos de atención en salud, a modo de aportar con mayor información sobre el proceso de creación y reproducción del fenómeno y generar reflexión que contribuya a evitar las nefastas repercusiones que su expresión genera en el ámbito de la Salud.

C. Duración

El estudio contempla un tiempo aproximado de 03 (tres) meses, en los cuales la investigadora responsable destinará 22 (veintidós) horas semanales para el desarrollo de la etnografía dentro de los dispositivos de Salud. Durante este periodo, las horas se distribuirán en base a acuerdos entre ambas partes, entre los 04(cuatro) dispositivos, contemplando la observación de contextos donde haya interacción entre profesionales y también entre profesionales y usuarios, tales como salas de espera, visitas domiciliarias, entre otras que surjan durante el proceso y que cuenten con la autorización tanto de jefatura como de los usuarios para que la investigadora responsable participe.

D. Usos potenciales de los resultados de la investigación (incluyendo los comerciales)

Los resultados de la investigación se mantendrán en el medio académico y universitario, medio en el que se buscará que sean publicados, resguardados por la Investigadora Responsable.

E. Riesgos y eventos Adversos:

Si decide participar, o no, es importante tener en cuenta que este estudio no reviste ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades antes mencionadas.

E. Garantía de acceso a toda información nueva relevante. Indique

Usted tiene derecho de ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

F. Molestias

Este estudio no reviste ningún riesgo (ni físico, ni psicológico) asociado a las actividades que se deben llevar a cabo, puesto no que no se realiza ninguna intervención con los profesionales.

G. Beneficios para el sujeto y la sociedad:

Su participación permitirá aportar con información que aumente la comprensión del estigma hacia las personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave, incrementando el conocimiento con respecto al proceso de creación y reproducción del fenómeno y los factores relacionados con dicho proceso. El óptimo desarrollo del estudio, permitirá también promover un espacio de reflexión dentro de los dispositivos de salud participantes, en el sentido de visualizar manifestaciones de estigma posiblemente naturalizadas dentro de los contextos de atención, generando así una oportunidad para optimizar la entrega de servicios de salud y fortalecer el respeto por los derechos de los usuarios.

H. Compensación por concepción de gastos en que se incurrirá en la investigación

No existirán gastos que se deban compensar durante la investigación y es preciso mencionar que su participación en este estudio es totalmente libre y voluntaria, por ende, no hay costos ni incentivos económicos por participar en el mismo.

I. Garantía de protección de privacidad y Confidencialidad. Indique

Toda la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito que no sean los de este estudio. Los registros de su participación durante el proceso se llevarán a cabo a través de códigos, por lo tanto, serán anonimizados. La información que se entregue será confidencial y estará resguardada por la investigadora responsable dentro de su hogar ubicado en Los Ángeles en un espacio privado. Así también se garantiza la privacidad de las opiniones y juicios emitidos por usted.

J. Resultados

Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi identidad no será revelada y mis datos personales permanecerán en forma confidencial.

Usted tiene derecho de ser informado(a) del progreso del estudio y de sus resultados finales. Para ello el contacto será con la Investigadora Responsable.

K. Métodos Alternativos (incluyendo riesgos y beneficios)

Para este tipo de investigación interaccional el único método alternativo es observación de las interacciones entre los participantes.

**L. Seguro de Indemnización por eventuales daños ocasionados por la investigación.
(para el caso de ensayos clínicos)**

No aplica.

M. Teléfono de contacto del Investigador.

Contactar al: 9-66358198

Este estudio cuenta con la aprobación del CEC del Servicio de Salud BioBío

Ante cualquier consulta llamar al Teléfono: 043- 2333163 - 043- 2332511

Celular: 9-42505468

Presto voluntariamente mi consentimiento, luego de haber leído y haber sido informado efectivamente respecto de mis dudas, tengo claro que poseo el derecho a retirarme de la investigación sin que ello pueda ocasionarme ningún perjuicio.

Nombre participante:

—

Rut: _____ Fecha:

FIRMA

Nombre del Investigador designado:

—

Rut: _____ Fecha:

FIRMA

PARA EL CASO DE LAS PERSONAS QUE PADEZCAN DISCAPACIDAD

PSIQUICA O INTELECTUAL: Se requiere además:

Nombre representante legal:

__Rut:

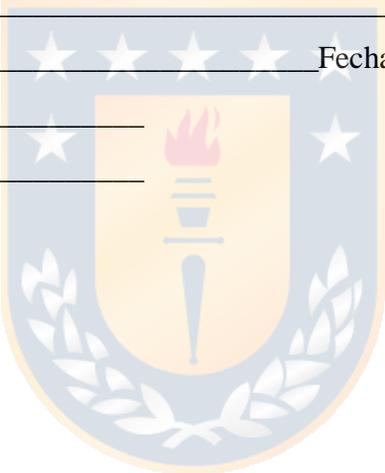
_____ Fecha: _____

FIRMA

Nombre y cargo autoridad sanitaria que autoriza:

__Rut: _____ Fecha: _____

FIRMA



4. Carta de autorización observación en salas de espera

Los Ángeles, xx de mes de 2018

Jefe/a profesionales COSAM/Hospital de día

PRESENTE

Por medio de la presente, y en el marco de la ejecución de la tesis de magíster que lleva por título: “Estigmatización hacia personas con diagnóstico de Trastorno Mental Grave en personal de Salud Mental, desde una perspectiva interaccional”, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar su autorización para efectuar observación en los contextos de salas de espera de los distintos dispositivos participantes del estudio (COSAM-Hospital de día), con el fin de poder apreciar dinámicas de interacción dadas entre profesionales y usuarios.

En caso de ser favorable su respuesta a la solicitud presentada, ruego completar la siguiente información:

Yo, _____

Rut: _____ autorizo a que Romina Jara Ogeda,

Rut: 18.800.030-4, realice observación en los contextos ya mencionados.



Nº: 44

Ref.: Respuesta Solicitud de Aprobación Protocolo
"Estigmatización Hacia Personas con Diagnósticos de Trastorno Mental Grave en Personal de Salud Mental, desde una Perspectiva Interaccional"

LOS ANGELES, 03 de Abril de 2018.

A: Investigadora Principal Sra. Romina Jara Ogeda

PRESENTE.

Estimada Investigadora:

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Biobío, en su Sesión Ordinaria de 03.04.2018 ha analizado los antecedentes remitidos por usted en relación a solicitud de aprobación protocolo en referencia, resolviendo lo siguiente:

- 1. Valor del estudio:** La investigación se enmarca en un área de alto interés referida al estigma institucional, operacionalizado en las actitudes de profesionales y funcionarios de la salud hacia las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave y las consecuencias de dichas actitudes e imágenes en su acceso a los servicios de salud y el respeto de su dignidad como pacientes.
- 2. Validez científica:** Cuenta con patrocinio metodológico como alumno regular del Programa de Magister en Psicología Mención Psicología de la Salud.
- 3. Discriminación arbitraria:** Los datos primarios a través de los cuales se levantará la investigación involucran necesariamente la interacción entre personas con diagnóstico de T.M.G y profesionales de la salud de los dispositivos de salud mental de nivel secundario. Por ende, la investigación directamente se refiere a personas en situación de vulnerabilidad.
Para efectos de evaluar la capacidad de manifestar la voluntad del paciente para participar en la investigación, este comité considera que en el protocolo de investigación debe incorporar una evaluación de médico especialista psiquiatra que no sea parte en la presente investigación, quien certificará que atendida la patología del paciente este tiene la capacidad para manifestar su voluntad.
- 4. Relación riesgo-beneficio:** La investigación no implica un riesgo personal para los participantes.

5. Aprob

5. Consentimiento informado: La metodología para obtener la autorización de los pacientes/usuarios con T.M.G y su operacionalización en formato –Consentimiento Informado– propuesta para el desarrollo de la investigación debe ajustarse a las exigencias mínimas contenidas en la Ley N°20.120.

Este comité cumple con informar que conforme al Artículo N°28 de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes en Salud, **en el caso en que se realice investigación científica con participación de pacientes con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad** y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ética científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal, cuidador o adulto que lo acompañe en su tratamiento.

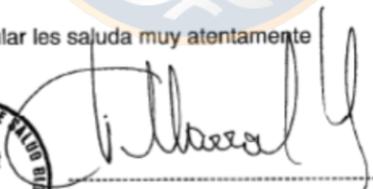
EN CONSECUENCIA,

Teniendo presente los antecedentes antes referidos, este Comité ha resuelto esperar las enmiendas a los puntos 3 y 5 para proceder a la elaboración de informe favorable.

Tomó conocimiento de:
Protocolo de Investigación Original.
Formulario Consentimiento Informado.
Carta de Autorización Director del Establecimiento de Salud.

Sin otro particular les saluda muy atentamente




DR. CARLOS VILLARROEL INOSTROZA
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

En respuesta a su solicitud el CEC (Comité Ético Científico) se reunió en sesión ordinaria con fecha 03.04.2018, estando presente Dr. Carlos Villarroel, Ant. Elena Ulloa, Q.F. Viviana Zapata, B.Q Felipe Riquelme, kigo. Claudio Torres, A.S. Patricia Messenger, Miembro de la Comunidad.

DISTRIBUCION:

-Interesado
-Archivo.