



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias
Sociales

Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Monografía final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social

**ESTUDIO DE CASO SOBRE EL USUARIO EGRESADO DEL
HOSPITAL VILARDEBÓ Y SU REINserción SOCIAL:
¿IDENTIDADES ESTIGMATIZADAS?**

Autor: ELIANA FERNANDEZ ORSI

Tutor: MAG. CELMIRA BENTURA ALONSO

OCTUBRE 2017
MONTEVIDEO
URUGUAY

AGRADECIMIENTOS:

A los que me brindaron la posibilidad de intentarlo y de poder lograrlo, mis impulsores, mi fuerza, mis mejores y fieles referentes: mis padres.

A mi hermana y amiga, por brindarme siempre su apoyo, por ser mi gran compañía de convivencia, de rutina y de vida.

A mis tías y primos, que siempre estuvieron presentes en mi camino como estudiante, brindándome su apoyo y su ayuda constante.

A mis amigas, mis hermanas de corazón, quienes estuvieron siempre en cada momento de este proceso, dándome una palabra de aliento, dándome contención y dándome la ayuda necesaria para que pudiera finalizar esta tesis de grado.

A mis compañeras de facultad, las amigas que me deja este recorrido, con las que compartí horas de estudio, horas de nervios y de alegría, a las que les agradezco por haber sido parte. Sin dudas el trayecto se hizo mucho más a meno con ustedes.

A mi tutora, por su buena energía de siempre y por lograr que me sintiera a gusto durante la elaboración de esta tesis.

A mis amores, quienes me llenaron de fuerza para poder alcanzar lo que tanto anhelé. A Dami por estar siempre al firme acompañándome y ayudándome a cumplir mis metas, gracias por sostenerme en cada momento. A Luani, por haber llegado mientras transitaba este camino para darnos una linda familia, gracias por desbordarme de energía y de amor. Fuiste la motivación más grande para poder concluir este proyecto de tesis.

RESUMEN:

La presente monografía final de grado analiza a través de un estudio de caso, el proceso de institucionalización y el posterior egreso que atraviesa una persona diagnosticada bajo un trastorno mental. Se toma como referencia al Hospital Vilardebó por ser la única institución con internación de episodios agudos en el país.

Hacia 1880 se funda el primer manicomio nacional y hacia 1910 le fue adjudicado el nombre "*Hospital Vilardebó*". El modelo manicomial se caracterizó por sus prácticas violentas hacia los alienados mentales, produciéndose un cambio de paradigma en la atención de esta población recién hacia 1996; en donde el Hospital Vilardebó se redefine como hospital de agudos, abandonando el rol asilar.

En relación a dicha institución y bajo la perspectiva del egreso; para la presente monografía de grado se seleccionó la situación de una persona que transitó por una internación en el Hospital Vilardebó pretendiendo poder conocer su testimonio y el de su familiar referente sobre el paso por la institución, su posterior egreso y su reinserción al mundo social. Se utilizó como técnica el relato de vida para que las personas puedan dar libremente su relato a través de la autopercepción sobre sus vivencias, y de este modo evitar que el entrevistado no sienta la presión de responder una secuencia de preguntas que pueden incomodarlo.

De los relatos de vida y la revisión bibliográfica se pudo establecer que se denota una presencia de estigma por el modo en que el usuario se identifica, utilizando el trastorno para determinarse a sí mismo como persona. Por otro lado, desde la percepción de ambos relatos de vida el Hospital Vilardebó continúa en el imaginario social como un lugar

negativo, al cual se ingresa por pertenecer al bloque “*anormal*” del modelo binomio.

Se plantean como desafíos el trabajo fuera de la institución, para poder sostener la situación del usuario que egresa, permitiéndole el acceso a una vida activa que le dé sentido a su vida cotidiana, que le permita ampliar su autonomía y que lo proyecte como un ciudadano pleno de derechos.

PALABRAS CLAVES: Institución. Diagnóstico .Egreso. Estigma. Identidad.

TABLA DE CONTENIDO:

Introducción.....	1
1. La patología mental y su institucionalización	
1.1 Recorrido histórico sobre el proceso institucional y su atención a personas con patologías mentales	5
1.2 La institución en la actualidad.....	13
1.3 “El alta”: usuarios egresados del Hospital Vilardebó.....	19
2. Estudio de Caso: ¿Presencia de estigma?	
2.1 Acercamiento al concepto de estigma: vinculación con el Hospital Vilardebó y con personas diagnosticadas bajo una patología mental	23
2.2 Análisis crítico de relatos de vida: en búsqueda de la presencia de estigma.....	28
Reflexiones finales.....	37
Bibliografía.....	43
Bibliografía consultada en la web.....	47
Anexos	
Relato de vida N°1.....	48
Relato de vida N°2.....	55

A Luana, por brindarme el brío necesario que me permitió finalizar este camino

INTRODUCCION:

El presente documento corresponde a la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, la cual se dicta en Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El documento se centrará en un estudio de caso, el cual pretende explorar sobre el impacto que genera el Hospital Vilardebó como institución univalente, sobre las personas que transitaron al menos por una internación. Para poder llevar adelante y comprender este estudio, previamente se desarrollará un breve recorrido histórico del Hospital Vilardebó y las instituciones de referencia en salud mental procurando ir de lo más universal a lo más singular. Atravesar la historia permitirá conocer las prácticas y las formas de atención que antiguamente se realizaban bajo un modelo asilar. Modelo que se deja de lado hacia 1996 para pasar a un nuevo paradigma el cual busca a través de diversos objetivos una atención más humanizada que efectivice una rehabilitación. Posterior al recorrido histórico, se mencionará qué instituciones, Centros y talleres existen al día de hoy y cómo es su funcionamiento. Para luego poder relacionarlo con *“el alta”*, momento en que el usuario queda fuera del Hospital y necesita de contención institucional que se enfoque en su proceso de rehabilitación.

En cuanto al estudio de caso, el debate teórico girará en torno al egreso del usuario; su relación actual con la institución, su reinserción en la sociedad una vez fuera del hospital, sus actuales vínculos con la familia y amigos, entre otros temas que puedan surgir del relato de vida que se realizará para el estudio de caso. Se pretende ampliar el conocimiento sobre lo que es la experiencia del Hospital Vilardebó desde la perspectiva de un usuario y de su familia, lo que pondrá en relevancia si la

institucionalización delimita la forma de vincularse y/o si es creadora de identidades estigmatizadas. Este estudio crítico dará lugar a debate sobre el proyecto de desmanicomialización que se plantea en la sociedad como un modelo instituyente.

Las preguntas que guían el trabajo y pretenden profundizar en el análisis que surge a partir del estudio de caso son las siguientes; ¿Los usuarios se siguen relacionando con las mismas personas que se relacionaban antes de transitar por el hospital?, ¿Su vida cotidiana se vio modificada una vez que egresaron del hospital?, ¿Qué les dejó el pasaje por la institución?, ¿Cómo se da la reinserción laboral? A partir de las interrogantes planteadas, se seleccionaran los lineamientos que surgan de forma más pertinente en el relato de vida que fue realizado a una persona que atravesó una internación en el Hospital Vilardebó.

Muchas de las interrogantes anteriormente planteadas surgen mientras se cursaba la licenciatura en Trabajo Social, durante los años 2013 y 2014, mientras se llevaba adelante la práctica pre-profesional la cual se desarrolló a través del Proyecto Integral *“Protección Social, Instituciones y Práctica Profesional”*. Bajo este Proyecto específicamente, es la salud mental una de las áreas para abordar, siendo el Hospital Vilardebó uno de los centros de práctica pre-profesional para los estudiantes. Parte del año 2013 y durante el 2014 se desarrolló la práctica en dicha institución, y fue a partir de esa experiencia que comenzó el interés por la salud mental. Las demandas iniciales para abordar surgieron desde la UCEA (Unidad de Coordinación de Egreso Asistido), en donde se dio a conocer que el trabajo con el usuario no quedaba limitado al tiempo de internación ni al espacio institucional, sino que por el contrario, existía una intervención que tenía que ver directamente con el egreso y con todo lo que trae consigo este proceso de reinserción social, familiar y laboral. Fue durante este periodo de trabajo en que surge la motivación por investigar sobre

los efectos que genera el Hospital en las personas que atravesaron al menos una internación.

Por otro lado, es preciso agregar que esta investigación pretende explorar sobre un estudio de caso, el cual contribuirá a la investigación de doctorado de la Mag. Celmira Bentura, quien indaga sobre los efectos biográficos e identitarios del diagnóstico psiquiátrico.

El Objetivo general del presente documento es:

- Explorar sobre el proceso de reinserción social que atraviesa una persona luego de egresar del Hospital Vilardebó.

Los objetivos específicos son:

- Realizar entrevistas a un usuario y su referente familiar más cercano en modalidad de relato de vida.

- Tomar del relato de vida las experiencias del usuario y el familiar en relación a la re-inserción social.

En cuanto al diseño de la investigación será de orden cualitativo, tratándose de un estudio de caso de tipo exploratorio y las técnicas a utilizar serán; en primera instancia la técnica de relato de vida, la cual permite una amplitud en el discurso del entrevistado, a diferencia de la entrevista la cual implica la respuesta de puntos específicos, permitiendo el análisis de un grupo social a través de sus vivencias subjetivas, así como la obtención de material de análisis a partir de las autopercepciones de los sujetos indagados. La técnica de historia de vida será utilizada en dos oportunidades; primero con el usuario egresado de la institución y luego con un familiar cercano que haya acompañado el proceso de internación y el posterior egreso. Los nombres que son utilizados en el presente documento son apócrifos, procurando reservar la identidad de las personas que brindan sus testimonios.

Por otro lado, en esta investigación también se usará como técnica la revisión bibliográfica, la cual podrá aportar información sobre todo tipo de documento escrito, el cual brindará a la investigación material de análisis para producir nuevos conocimientos.

A continuación el lector podrá encontrar: en un primer capítulo una revisión bibliográfica sobre la patología mental y su institucionalización, en donde se desarrolla un breve recorrido histórico sobre el proceso institucional y la atención a personas con patologías mentales. Luego se lleva adelante el desarrollo de la institución en la actualidad, finalizando el capítulo con un análisis que refiere al egreso de los usuarios. En el segundo capítulo se presenta el estudio de caso bajo la interrogante: “*¿Presencia de Estigma?*”; pretendiendo en un primer momento dar un acercamiento al concepto de estigma vinculándolo al Hospital Vilardebó y a las personas diagnosticadas bajo una patología mental. En un segundo momento y como cierre del capítulo se analiza de forma crítica los relatos de vida, en búsqueda de la presencia de dicho estigma. Para finalizar la monografía de grado se culmina con una reflexión final.

1. LA PATOLOGIA MENTAL Y SU INSTITUCIONALIZACION:

En el siguiente capítulo se pretende realizar en un primer momento un breve recorrido histórico sobre el entramado institucional y los diferentes abordajes de intervención que han atendido a la enfermedad mental a lo largo del tiempo en la institución referente de esta investigación: el Hospital Vilardebó. En un segundo momento se expone sobre la institución en la actualidad, con sus Centros de derivación como lo son los Centros diurnos y las Colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi. En un tercer momento y para culminar el capítulo se lleva adelante un análisis sobre el egreso de los usuarios, vinculando y dando paso de esta forma al capítulo dos en el cual se llevará adelante el análisis del estudio de caso que pretende acercarnos a la respuesta de la pregunta de investigación.

1.1 Recorrido histórico sobre el proceso institucional y su atención a personas con patologías mentales:

Este estudio tiene como institución referente al Hospital Vilardebó ya que es el único Hospital psiquiátrico de agudos del país, siendo además el espacio de práctica pre-profesional de las estudiantes como ya se mencionó anteriormente en el apartado introductorio.

Para poder comprender el funcionamiento de la institución y los debates que se plantean al día de hoy en torno al hospital es preciso realizar un breve recorrido histórico que explique el pasaje del modelo asilar al nuevo modelo de atención de salud mental, el cual intenta superar al anterior. Para comprender ese pasaje y todo el entramado institucional nos

remontamos hacia 1880, año en que se funda el primer manicomio nacional, llamado “Hospital Vilardebó” a partir de 1910 en donde médicos y homeópatas se encargaban de la atención, sumándose en el correr del tiempo médicos especializados en la alienación mental (Casarotti; 2007). Fueron los propios médicos ingresados en la institución los que promovieron culminar con las prácticas que se realizaban, como lo eran los baños de duchas frías, alimentación por sonda nasal, azotes y cepos, entre otras prácticas. Varios médicos hicieron por primera vez mención sobre derechos humanos, demostrando que los alienados se encontraban en una situación de abandono y de exceso de rigor. Uno de los mayores referentes fue Bernardo Etchepare quien pretendía abolir la violencia a través de la eliminación de las prácticas inhumanas que se desarrollaban, las cuales creaban un concepto erróneo de la psiquiatría (Barrán; 1992).

Fue en la primera mitad del siglo XX bajo la presidencia de José Batlle y Ordoñez, que el país atraviesa un proceso de profunda transformación, producto del segundo período de modernización. Este proceso de transformación tiene como referencia a la medicalización;

“Se podría afirmar que el proceso de medicalización en la sociedad uruguaya comenzó a manifestarse más claramente hacia fines del siglo XIX y desde principios del XX se encuentra asociado al proyecto político del batllismo, en el cual la consolidación del Estado es un eje central, un Estado expandido que <<coloniza>> prácticamente todas las dimensiones del espacio social” (Ortega; 2008:29)

Este proceso atraviesa a toda la sociedad, en todos sus espacios ya que, tal como lo indica Ortega es producto de procesos asociados a cambios económicos, sociopolíticos y culturales. En cuanto al espacio de la salud, el proceso de medicalización trajo consigo la ley de creación de Asistencia Pública, la cual establecía que la asistencia gratuita era un derecho que el Estado debía otorgar a aquellas personas que tuvieran

recursos insuficientes. Conjunto con la ley se abrieron diez instituciones asistenciales en Montevideo.

Los cambios que trajo consigo la modernidad como se hacía referencia, no dejaron por fuera al Hospital Vilardebó, ya que sin dudas la institución se vio atravesada por este proceso pero desde el encerramiento.

Diferentes prácticas que procuraban la represión, el orden y la obediencia al poder médico a través de la violencia, derivaron de la nueva cultura que se instaló en el Uruguay; una “*sensibilidad civilizada*” como Barrán (1990) la denominó;

“(...) el estupor y el terror del hombre ante la locura, y más específicamente de aquel hombre del Novecientos, que estaba fascinado por el orden, el autocontrol de la pasión y la planificación de la vida, solo veía en la locura la negación absoluta de la forma de vida que había elegido. En segundo lugar, no caben dudas que hubo cierto vínculo entre el poder médico burgués ejercido sobre el paciente loco y pobre, y el ejercido de estas terapias violentas” (Barrán; 1992:73)

Si bien se habían dejado de realizar diferentes prácticas violentas cuando se pretendió ver al paciente como persona de derechos, se puede apreciar que aún en la época “*civilizada*” se mantenían muchas de las prácticas del siglo pasado. Según Barrán (1992) esto se daba por una sola razón; el hecho de ser loco y pobre; “*Locura y pobreza conjugadas potenciaron al poder médico y muy probablemente desde este lugar hayan influido en el saber médico para acuñar nuevas y sutiles formas represivas*” (Barrán; 1992:73)

Hacia 1912 es fundada la Colonia Etchepare como un nuevo espacio asistencial de tipo “*colonia agrícola*” ya que se ubica en una zona alejada de la ciudad en el departamento de San José, que abarca varias hectáreas de campo. Este nuevo espacio fue creado debido a que el Hospital Vilardebó no contaba con lugar necesario ni tenía las condiciones

edilicias para alojar a más personas. La Colonia pretendía ser una forma de comunidad terapéutica, imitando un modelo Europeo que Santin Carlos Rossi había traído a Uruguay luego de formarse científicamente en el extranjero. El modelo que importó para la Colonia estaba asociado a la creación de hogares protegidos o sistemas de *“Asistencia familiar de alienados”* (Casarotti; 2007). Santin Carlos Rossi *“(...) avizó incluso otra curiosa alianza –también muy uruguaya-entre devolución de la Razón y estatismo batllista: los alienados convalecientes podrían emplearse también `en industrias y empresas oficiales”* (Barrán; 1992:77). Con el paso del tiempo y llevando adelante el modelo importado por el director de la Colonia, la atención de este Centro Asistencial fue ocupándose progresivamente de las personas diagnosticadas con patologías crónicas, y si bien se seguía reproduciendo un modelo de aislamiento, de control y vigilancia, se llevaban adelante talleres de agricultura, jardinería, lechería, entre otras actividades.

El estatismo batllista de la primera parte de siglo y la relación con el manicomio y la nueva Colonia dio que hablar a nivel social ya que una parte de la población y la oposición política no estuvieron de acuerdo con los nuevos modelos que pretendían darle a las personas con patologías mentales una nueva alternativa a su enfermedad que no fuera el encierro ligado exclusivamente al sedentarismo y al ocio. Se puede percibir de esta forma, y vinculando a la pregunta de investigación, cómo desde el novecientos y anteriormente se relacionaba a la enfermedad mental con la reclusión y el castigo, siendo cualquier tipo de actividad recreativa o de aprendizaje para una futura reinserción sociolaboral una causa de absoluto rechazo (Barrán; 1992).

La construcción del manicomio no fue solamente para albergar a personas con patologías mentales sino que pretendió a través del encerramiento mantener un orden social, y para llevar adelante ese orden se requirió de una determinada funcionalidad;

“Los habitantes del Manicomio estaban separados por diferencias que derivan tanto del orden social y moral dominante como de la cercanía o lejanía del Poder. Y si en el mundo de afuera ese poder era el Estado, en el mundo manicomial ese poder era el médico” (Barrán, 1992:77)

Si bien dentro del Manicomio existían diferencias de orden social, todos los internos tenían en común la pertenencia al panoptismo, el cual era *“(...) utilizado como máquina para hacer experimentos, para modificar el comportamiento, encauzar o reeducar la conducta de los individuos. Experimentar medicamentos y verificar sus efectos” (Foucault; 2016:236)* Esa es la lógica de este mecanismo, la división espacial, el orden, la vigilancia y el control para lograr la disciplina, la cual intenta *“normalizar”;*

“(...) vemos cómo el discurso penal y el discurso psiquiátrico entremezclan sus fronteras, y ahí, en su punto de unión, se forma esa noción de individuo ‘peligroso’ que permite establecer un sistema de causalidad a la escala de una biografía entera y dictar un veredicto de castigo-corrección” (Foucault; 2016:292)

El individuo *“peligroso”* no solamente será causa del castigo, sino que además se generará sobre él una especie de *“castigo biográfico”*, el cual se encargará de crear la idea de que ese sujeto en algún momento fue considerado peligroso para la sociedad y por ello debió cumplir con un castigo-corrección. Castel (1986) en su obra refiere a la peligrosidad-encierro indicando que se trata de *“estrategias preventivas”* que sustituyen al sujeto concreto por los factores que pueden ser comprendidos como factores de riesgo, lo que se presenta bajo la forma de peligro;

“La peligrosidad es una noción bastante misteriosa y profundamente paradójica, puesto que implica al mismo tiempo la afirmación de la presencia de una cualidad inmanente al sujeto <<es peligroso>> y una

simple probabilidad, un dato aleatorio, puesto que la prueba del peligro no se tendrá más que a destiempo (...) (Castel; 1986 :222)

Los análisis críticos de la peligrosidad plantean dejar de considerarla como una propiedad individual de cada paciente, para situarla en un conjunto complejo de relaciones. Estas posturas críticas proponen invalidar la noción de "*paciente peligroso*", a fin de contemplar las situaciones puntuales de riesgo, respecto de quiénes y bajo qué circunstancias concretas pueden manifestarse conductas peligrosas (Mantilla; 2010). Este nuevo pensar, tienen sus antecedentes en Europa en los años 60' del siglo XX a través del movimiento de anti-psiquiatría o de desintitucionalización en donde se comienza a debatir sobre el pasaje del rol asilar a uno de rehabilitación, teniendo ambos como objetivo fundamental la rehabilitación psicosocial de los pacientes y la condena al modelo manicomial. En Uruguay, este movimiento que se dio en Europa "*(...) incidió relativamente en la elaboración por parte del Ministerio de Salud Pública del Plan Nacional de Salud Mental -1986- y luego apoyados en la Declaración de Caracas -1990-*" (Bentura; Mitjavila; 2012:1)

El cambio de paradigma fue un quiebre para la salud mental ya que por un lado a nivel institucional el Hospital Vilardebó pasó de ser una institución de tipo asilar en donde los internos eran sometidos al estricto control, vigilancia y disciplina para lograr su "*normalización*", a ser el único Hospital psiquiátrico de agudos de referencia nacional. Por otro lado en lo que refiere a lo institucional; ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) crea diversos equipos comunitarios de Salud y Centros de rehabilitación en Montevideo y el interior del país. Esto es de gran importancia para el área de la salud mental ya que la situación en el interior del país era de mayor vulnerabilidad debido a la escasez en atención, la cual cubría solamente algunas capitales departamentales. Si bien el cambio de paradigma pretendió grandes transformaciones logrando alcanzar una atención más humanizada que dejara de lado al

manicomio y sus prácticas, y dando paso al hospital de agudos con los respectivos centros de rehabilitación, la revisión bibliográfica realizada indica que el cambio de plan fue un proceso de *“desinstitucionalización tardío”*, que *“(...) no fue aprovechado para procurar la implantación de recursos comunitarios que permitieran `sostener` la población que era `liberada` de los manicomios(...)”* (Bentura; Mitjavila; 2012). Por otro lado se indica que;

“Nuestro sistema de salud debería transitar un camino que retome lo planteado en 1985 en el Plan Nacional de Salud Mental, donde tenía como eje central la desmanicomialización. No veo que se esté realizando eso, al contrario veo que se reciclan las colonias, que se mantiene el Hospital Vilardebó y que no se desarrollan alternativas y estrategias fuera del asilo, hasta llegar a desasilar. No se puede cerrar el hospicio y mandar a la gente a la calle, tenés que crear centros con el suficiente holding como para recibir una población que en una gran proporción ha estado asilada mucho tiempo” (Palleiro apud Techera; Apud; Borges; 2009:110)

Más allá de los objetivos que se planteó el nuevo cambio de paradigma, el Hospital siguió siendo el referente para albergar a todas aquellas personas que se *“desvían”* de la sociedad bajo una situación de enfermedad mental y no se buscaron alternativas para la reinserción social de las personas fuera de la institución. Este proceso consecuente de la denominada *“desinstitucionalización forzada”* se da en un momento histórico para América Latina; en donde se atraviesan cambios estructurales que incentivan el libre comercio, las reformas tributarias, el control fiscal y un replanteo de la seguridad social, propuestos por el Consenso de Washington” (1989) (Bentura; Mitjavila; 2012).

El nuevo milenio comenzó con rezagos del período anterior, consecuente de las propuestas planteadas en el Consenso de Washington, lo que

implicó el debilitamiento de las políticas sociales acompañado de un crecimiento económico denominado “*hacia afuera*”. Es en ese contexto que asume el mandato de gobierno para el período 2005-2010 el Frente Amplio; este hecho es significativo ya que fue el primer triunfo de izquierda en el Uruguay, esto también sucedió en diferentes países de la región. Para el siguiente período de gobierno 2010-2014 también es reelecta la coalición. En su agenda política el nuevo gobierno se propone una reforma en la Protección Social, la que también incluye al sistema de salud;

“En grandes trazos, el edificio normativo de la reforma de la salud se conformó a partir de tres leyes que propiciaron: la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); la descentralización de ASSE respecto del MSP; y lo que determinó la existencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)” (Midaglia, et al; 2013:183)

Tanto el haber creado el SNIS como el hecho de haber descentralizado a ASSE demuestran que el Frente Amplio tomó como prioritario en su agenda a la salud, pretendiendo dar una mayor y mejor atención, de forma más integral, buscando el acceso universal de toda la población y apostando al trabajo multidisciplinario e interdisciplinario, dándole por esta razón mayor importancia a los servicios en red a lo largo del país. En meras de alcanzar éste último objetivo es que se prioriza a partir del año 2005 la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), la cual se encuentra bajo la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y tiene como cometido organizar y gestionar el primer nivel de atención a través de cuatro regiones en Montevideo y zona metropolitana.¹

El resultado de la creación del SNIS si bien logró una mayor universalidad de atención, la misma se muestra segmentada ya que se produjo una migración de las personas que aportaban a FONASA de ASSE a las

IAMC (Instituciones de Asistencia Medica Colectiva) provocando una gran fragmentación en donde la calidad de atención de las IAMC se vio perjudicada debido al aumento de socios, siendo que, por otro lado ASSE redujo su cantidad de usuarios. Actualmente ASSE abarca a la sociedad más carenciada ya que la mayoría de los usuarios pertenecen al empleo informal o están desempleadas (*Midaglia, et al; 2013*). En lo que respecta a la salud mental específicamente se planteó un Plan de Salud Mental el cual pretendía ser innovador y renovador. En la actualidad se lo cuestiona por haber sido hasta el momento incipiente y precario (*Techera; Apud; Borges; 2009*).

1.2 La institución en la actualidad:

El breve recorrido histórico realizado da cuenta de las transformaciones que atravesó el Hospital Vilardebó y en general, la salud mental en el Uruguay. Las metas trazadas a lo largo de la historia con sus logros y fracasos dan cuenta y explican la situación institucional al día de hoy. Sin dudas el mayor quiebre que se da en el modelo institucional es el cambio de institución de tipo asilar a ser hasta hoy en día el único Hospital de agudos en la capital del país, produciéndose así un cambio de paradigma en la atención de esta población; "*(...) en 1996 el hospital Vilardebó se redefine como `hospital de agudos` de referencia nacional, abandonando su rol asilar (...)*" (*Bentura; Mitjavila; 2012:4*)

Esta institución de referencia nacional en la atención a personas con patología psiquiátrica se encuentra ubicada desde su fundación en el departamento de Montevideo en el barrio Reducto, sobre la Avenida Millán. Comprende una estructura panóptica en donde funciona un modelo de encierro intersectado con un modelo de disciplinamiento. El primer modelo utiliza estrategias de la edad media en donde rige el

aislamiento de la persona diagnosticada como polo infeccioso, determinado bajo el modelo binario: loco/sano, peligroso/inofensivo, normal/anormal (Techera; Apud; Borges; 2009). El ser loco, anormal y /o peligroso significa quedar bajo el modelo de encierro que se estructura arquitectónicamente en trece salas, dividiendo por sexo a los internos una vez que ingresan; en el sector masculino o en el sector femenino, los cuales se ubican en los laterales del edificio. En el centro, y como unión de los laterales se encuentra el comedor, el cual es compartido por los internos. En cuanto al sector femenino cuenta con un patio abierto, cuatro salas abiertas y una de seguridad, por otro lado, el sector masculino también cuenta con un patio abierto, con seis salas abiertas y dos de seguridad. Se entiende por salas de seguridad a todas aquellas que tienen como internos a personas con una patología mental y que han cometido al menos un delito. Son derivados al Hospital Vilardebó bajo una orden judicial que los declara inimputables, lo que conlleva a que el paciente tenga como referente a un médico psiquiatra y a un juez, siendo éste último el que autoriza salidas, actividades e incluso el alta en conjunto con el médico psiquiatra.

En cuanto al funcionamiento del Hospital, como tal institución que es, previamente debemos comprender que se entiende bajo ese concepto institucional;

“As instituições implicam relações de forças e, conseqüentemente, regimes de imposição. Nelas se determina um status quo, que é apresentado como o melhor possível para todos. Visando o corpo social plenamente, a instituição não deixa de ser instrumento de dominação, mas apresenta a dominação como legítima” (Weisshaupt; 1985:27)

A lo largo de la historia el Hospital existe porque la sociedad de una forma u otra lo legitima como el lugar “apropiado” para las personas que padecen algún trastorno mental siendo así, como el autor lo indica “lo

mejor posible para todos". De esta forma también *Castel (1986)* hacía referencia a lo que genera la etiqueta de riesgo; estadísticamente hay un cierto porcentaje de que puedas tener tal accionar por lo tanto es posible que seas peligroso, siendo esa posibilidad la que conlleva a la internación, como forma de prevención y como instrumento de *"normalización"*, siendo este el funcionamiento socio-institucional.

En cuanto al funcionamiento interno del Hospital, *Goffman* en su obra *Internados (1970)* caracteriza a este tipo de instituciones como *"totales"*, las cuales reúnen el desarrollo de la vida de todos los internos en el mismo lugar, bajo una misma autoridad, desarrollando las mismas actividades cotidianas. A todos se les da el mismo trato y se demanda que las actividades las hagan en conjunto y por igual. Además para que ello se pueda llevar adelante, la institución posee una cierta programación diaria que estipula en forma de secuencia a todas las actividades que se llevan adelante, las cuales se imponen desde el personal de autoridad a través de las normas formales y explícitas que posee la institución (*Goffman; 1970*)

"El hecho clave de la instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles sea o no un medio necesario o efectivo de organización social, en las circunstancias dadas" (*Goffman; 1970:20*)

El Hospital Vilardebó como institución total tiene desde sus antecedentes a la psiquiatría como autoridad referente. En la actualidad si bien el médico psiquiatra posee un lugar que lo coloca en un rol de poder, se pretende incluir diferentes saberes técnicos que asistan al diagnóstico y tratamiento que realiza el médico psiquiatra. La inclusión de otras disciplinas es parte del nuevo paradigma que se intenta desarrollar a nivel mundial en la actualidad, buscándose la promoción de los derechos, en

donde el sujeto pueda gozar de una mayor autonomía. Siendo por esa razón que el MDRI (Mental Disability Rights International) recomienda a nuestro país determinados modos de intervención, en donde se incluye lo mencionado; “(...) *construir espacios de gestión, evaluación y tratamiento interdisciplinarios. También se aconseja el desarrollo y la implementación de terapias alternativas al modelo médico*” (Techera; Apud; Borges; 2009:112)

Dentro del entramado institucional de salud mental, se encuentran las Colonias: Etchepare y Santin Carlos Rossi. Ya en el apartado anterior se mencionó sobre la época fundacional de la Colonia Etchepare y su atención a los pacientes crónicos, que se extiende hasta la actualidad. En la Colonia Santin Carlos Rossi, la cual se ubica también en el departamento de San José, casi en el límite con el departamento de Canelones, se albergan al igual que en la Colonia Etchepare a pacientes crónicos, los cuales tienen una larga permanencia en dichas instituciones. También, las Colonias contienen a los denominados “*pacientes sociales*”¹.

En los últimos dos años, las Colonias atravesaron problemas que tuvieron gran alcance social, dichos problemas fueron consecuentes de la extremada situación de vulnerabilidad en la que se encontraban los pacientes y las condiciones edilicias. En consecuencia ASSE llevó adelante una remodelación del 70% de las instalaciones de las dos Colonias. Actualmente se cuenta con obras ya finalizadas y otras en ejecución.^{II} Se busca alcanzar los objetivos planteados en cuanto a la rehabilitación, sobre la cual se habla desde el planteo de la redefinición de la salud mental en el Uruguay.

¹ Se entiende como “pacientes sociales” a todas aquellas personas que se encuentran en el Hospital Vilardebó o en las Colonias Etchepare o Santin Carlos Rossi por largos períodos debido a que no tienen contención familiar ni recursos económicos, lo que hace dificultoso el egreso.

Bajo esta nueva perspectiva que intenta hacer de la rehabilitación una realidad durante la internación, el Hospital posee en la actualidad diferentes espacios que muestran la cara menos visible, la que generalmente no se piensa si se nombra al Hospital Vilardebó. La institución cuenta en la actualidad con dos espacios que son destinados a la rehabilitación; los talleres dentro del hospital, los cuales funcionan dentro de las salas y el Centro Diurno que funciona en un edificio paralelo a la institución central.

Los talleres que funcionan dentro de las salas, se realizan por sector, siendo un taller en el sector femenino y otro en el masculino. En el sector masculino funciona el programa Puertas Abiertas el cual tiene como referente a un psicólogo, y quienes concurren al taller desde el exterior de la institución son estudiantes de la Udelar (Universidad de la República) los cuales asisten de forma voluntaria.

El Centro diurno funciona para internos y para egresados, teniendo diferentes actividades como escritura, teatro, taller de cerámica, expresión corporal y plástica. Además el Hospital cuenta con una huerta a la cual pueden concurrir todos los internos en un horario específico de taller, existiendo también una clase específica para las personas que egresaron de la institución y siguen con su proceso de rehabilitación.

Además de la huerta, el hospital cuenta con una radio la cual lleva el nombre de "*Radio Vilardevoz*" y pretende ser justamente la voz de expresión de todos los usuarios que están o estuvieron en el Hospital Vilardebó. Si bien la radio se encuentra en la institución físicamente, no es una creación propia del hospital ya que fue un proyecto elaborado por Facultad de Psicología. Finalmente dentro del hospicio se encuentra un taller el cual brinda un espacio para realizar diferentes labores en reciclaje, madera, hierro, vidrio entre otras actividades que permite a los

usuarios de salas judiciales tener un tiempo para crear (Techera; Apud; Borges; 2009)

Fuera de la institución y en búsqueda de continuar el proceso de rehabilitación se encuentran la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata fundada en 1948 con la finalidad de proteger a los enfermos mentales, promover su integración a la sociedad y apoyar a sus familiares. Hacia 1971, bajo la dependencia de la Comisión Honoraria del Patronato es creado por decreto del Poder Ejecutivo el CNRP (Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica) el cual lleva en la actualidad el nombre de Dr. Martínez Visca y funciona como un Centro público extra hospitalario de rehabilitación psicosocial, el cual trabaja con personas con trastornos psíquicos persistentes, brindando actividades vinculadas a la terapia ocupacional, expresión corporal y música, a las que acceden individuos mayores de quince años que se encuentran compensados y bajo un tratamiento médico.^{III} En cuanto a los profesionales, se desempeña un equipo multidisciplinario integrado por psicólogos, asistentes sociales y un psiquiatra. Actualmente el Centro funciona a través de diversos programas: Laurel, Anacahuita, Ombú, Sarandí, Jacarandá, Arrayán y Ceibo. Siendo este último el único enfocado en la inclusión laboral de los usuarios a través de cursos de capacitación.^{IV}

Existen además del Centro Dr. Martínez Visca, el Centro Sayago, Centro de Investigación en Psicoterapia y Rehabilitación Social (CIPRES), Centro Psicosocial Sur Palermo, Centro Montevideo, todos ellos, pretenden la rehabilitación de los usuarios con alguna patología mental en busca de favorecer la autonomía, la comunicación, y cualquier alternativa de entretenimiento que sustituya a la intervención de un modelo únicamente médico; *“El objetivo final no es ofrecer un lugar más donde encerrarse, sino un conjunto de herramientas, pragmatismos y alternativas para su inserción en el medio social”* (Techera; Apud; Borges; 2009:95)

Al día de hoy, el Hospital Vilardebó bajo la dirección de salud mental no solamente coordina con los diversos Centros de rehabilitación mencionados, sino que también cuenta con dos residencias en convenio ASSE-MIDES a las cuales se derivan pacientes cuya condición biopsicosocial no les permite volver al lugar de donde provinieron previo a la internación en el hospicio ya que podría ser un riesgo para su calidad de vida. Estas residencias se encuentran; una en Chimborazo y la otra en Casavalle teniendo capacidad para ocho o doce personas. Además, para derivación de este tipo de situaciones la Residencia Hermanas Hospitalarias (Hogar San Benito Menni) brinda unos veinticinco lugares a través de un fondo que cubre ASSE. Estos lugares pueden ser ocupados por usuarios de ASSE, en convenio con MIDES. Cabe agregar que es la Unidad de Coordinación de Egresos Asistidos (UCEA) quien realiza la coordinación con las residencias al momento del egreso del paciente. Dicha Unidad trabaja para la dirección de Salud Mental.

1.3 “El alta”: usuarios egresados del Hospital Vilardebó:

Al momento en el que usuario tiene concedida “*el alta*”, desde el Hospital existe un equipo de profesionales por sala que planifica el egreso de acuerdo a cada situación. Este equipo multidisciplinario está integrado por trabajadores sociales, psicólogos, médicos psiquiatras y enfermeros.

El equipo de profesionales tiene como responsabilidad brindar las herramientas necesarias para que el usuario fuera de la institución continúe con su rehabilitación. Es por ello que dependiendo de la situación se realizan derivaciones para algún Centro diurno, o para las actividades que el hospicio ofrece, como por ejemplo el taller de huerta para egresados. También desde el ámbito médico se solicita que se continúe con un control en la policlínica que le corresponda al usuario

según su domicilio. Este control lo realiza un médico psiquiatra y es en el mismo en donde se suministra la medicación que la patología requiera.

Además del equipo multidisciplinario de la sala, se encuentra en la institución una Unidad de Coordinación de Egreso Asistido (UCEA), la cual funciona para internos del Hospital y para todos los usuarios que se encuentran bajo la cobertura del Plan de Salud Mental, ya que la UCEA es coordinada por la Dirección de Salud Mental de ASSE, teniendo como objetivo;

“(...) articular los recursos de ASSE y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) para lograr el egreso del Hospital de las personas que requieren de un apoyo residencial asistido, de un egreso asistido a nivel familiar, o de un apoyo económico para el egreso residencial” (Castillo; Villar; Dogmanas; 2011:90).

Se puede establecer que la Unidad intenta ser mediadora entre la institución y el afuera, siempre partiendo de la demanda particular que requiere cada situación. Es por ello que los abordajes de intervención dentro de la UCEA son heterogéneos ya que va a depender si el sujeto con el que se trabaja cuenta con apoyo de la familia, cuáles son los recursos económicos, si hay posibilidades de acceso al mercado laboral, entre otras cuestiones que se evalúan al momento del egreso de la persona. Esto explica también que existan tres residencias asistidas, cada cual con determinadas características que pueden ser opción (dependiendo de cada persona) al momento de seleccionar el lugar de residencia. Al referir a residencia asistida se entiende a la misma como *“(...) un espacio protegido destinado a las personas que requieran de un cuidado especial por carencias significativas en su desempeño social y de la vida cotidiana, pero que estén en condiciones de convivir con otros” (Castillo; Villar; Dogmanas; 2011:88).*

Es importante aclarar también que no siempre se deriva desde la UCEA a una de éstas residencias, ya que existen excepciones, donde se evalúa las circunstancias de la persona para buscarle un hogar que cumpla con las demandas de la situación, siendo muchas veces derivados a la casa de un familiar, casas de salud, pensiones, etc.

En cuanto a los profesionales que trabajan dentro de la Unidad, se encuentran dos Licenciados en Trabajo Social y estudiantes de psicología que realizan su práctica pre-profesional. En años anteriores también han realizado su práctica pre-profesional estudiantes de la Licenciatura en Trabajo Social. En referencia al rol que cumple el profesional y los estudiantes, es pertinente traer al documento esta cita que expresa claramente sobre lo que se intenta intervenir por parte de la UCEA;

“Trabajamos entonces con personas que tienen un padecimiento, tienen mayores dificultades para hacer valer sus derechos como ser humano y como ciudadano. Nuestra intervención apunta a contribuir a que estas personas puedan ser efectivamente portadoras de esos derechos” (Bentura; 2013:1)

Las personas que egresan de la institución se encuentran frente a diferentes problemáticas que tienen que ver con la reorganización de su vida cotidiana, lo que sería el espacio de producción social de la vida. Es en dicho espacio donde se producen los bienes materiales y también donde se da la producción de significados y valores culturales. Siendo a partir de ellos que las personas se producen a sí mismas, a través de las relaciones sociales y la reproducción de las mismas (Giorgi; 1992). Por ello es de gran importancia el poder saber si la persona que egresó cuenta con apoyo familiar y/o de amigos, si tiene un lugar para ir a vivir o poder buscar el adecuado, si existe la posibilidad de un trabajo o de asistir a algún taller que sea de interés.

No es solamente el construirse a sí mismo fuera del hospital lo que será parte de una nueva vida cotidiana, sino que también influirá de forma directa sobre las personas egresadas lo que se produce culturalmente en cuanto valores y significados. El hecho de cargar o no con un estigma será esencial para la vida cotidiana de una persona con patología mental ya que el estigma limita la cotidianeidad en todos los aspectos.

En el siguiente capítulo el lector se encontrará con un estudio de caso sobre una persona que atravesó por una internación; siendo por unos meses su vida cotidiana el Hospital Vilardebó.

2. ESTUDIO DE CASO: ¿PRESENCIA DE ESTIGMA?

El presente estudio de caso indaga sobre la presencia de estigma en personas que han atravesado el Hospital Vilardebó al menos por una internación. Es por ello que en un principio se pretende brindar un acercamiento al concepto de estigma y de este modo poder comprender la complejidad que se encuentra detrás de esta palabra en relación al Hospital y a la patología mental. Luego se procederá a identificar en los dos relatos de vida realizados (a una persona que atravesó una internación en el Hospital y a su abuela, quien acompañó este proceso desde el comienzo hasta la actualidad) una relación, si existe, con dicho concepto.

2.1 Acercamiento al concepto de estigma: vinculación con el Hospital Vilardebó y con personas diagnosticadas bajo una patología mental:

En el desarrollo analítico sobre estigma es pertinente previamente realizar una diferenciación del concepto, ya que existe por un lado lo que se denomina estigma social o público y por otro lado existe el concepto de auto-estigma. En el presente documento se analizará sobre ambos relatos de vida en relación a los dos tipos de estigma. Por un lado, el auto-estigma es la asimilación que realizan los sujetos diagnosticados con una enfermedad psíquica severa, sobre ciertos estereotipos negativos que se les atribuye (*Link; Phelan apud Muñoz et al.; 2009*). Por otro lado, el estigma social hace alusión a los prejuicios y preconceptos que un sector de la sociedad le atribuye a un grupo minoritario, internalizando creencias sobre sus personas y sus capacidades (*Muñoz et al; 2009*).

Las personas afectadas por trastornos mentales graves, se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida debido a problemas derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, episódicos o intermitentes. Dichos problemas pueden traer consigo la carga de una etiqueta; lo que *Goffman (1970)* denomina estigma, haciendo referencia a un atributo *desacreditador*, el cual tiene como característica; ocasionar en quien lo posee un amplio desmérito o desvalorización, teniendo como resultado ciertos rasgos que se relacionan en la conciencia social, con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee (*Goffman apud Lopez, et al.; 2008*).

En su ensayo *Goffman (1970)* expone sobre la situación en la que se da el estigma, indicando que es un proceso dado en dondequiera existan normas de identidad. Siendo además variable el manejo del estigma ya que todo depende del rasgo que tenga la sociedad. A su vez, existen diferentes estigmas, pero se puede confirmar que todas las personas que poseen un estigma se encuentran en una misma situación y responden de forma similar;

“(...) una persona estigmatizada es como cualquier otra que conoce el punto de vista que los otros tienen de personas como ella, y que se diferencia de estos por tener una razón especial para resistir la detracción provocada por el estigma en presencia de los normales, y la facultad especial de expresarla cuando están ausentes” (Goffman;1970 :168)

En el intercambio cara a cara los roles del estigmatizado y el normal se presentan de cierta forma en paralelo y con algunas similitudes;

“Los interpretes de cada rol pueden evitar el contacto con el otro como medio para lograr el ajuste; cada uno de ellos puede sentir con razón que no es totalmente aceptado por el otro, y que su propia conducta es observada demasiado de cerca” (Goffman; 1970:166)

El estigma social que recae sobre las personas con trastornos mentales produce que se oculte la enfermedad para evitar la mirada de desconfianza y rechazo por parte de los “normales”. Por otro lado, quien no desea enfrentar su problema opta por quedarse en círculos en donde tiene contacto solamente con sus <<pares>>. Creándose de esta forma un auto-estigma, el cual será determinante para la vida de las personas ya que en este caso limita la forma de relacionamiento.

En los intercambios sociales las actitudes vinculadas al estigma suelen darse bajo la forma en que se clasifica o categoriza a las personas que portan la etiqueta. Siendo identificadas tres formas de actitudes dadas en el relacionamiento individuo-sociedad; *estereotipos, prejuicios y discriminación*. Por un lado los estereotipos refieren al pensamiento o creencia que se tiene sobre determinadas personas, este pensamiento por lo general es erróneo y limita a la percepción. Por otro lado, los prejuicios son las predisposiciones que una persona siente frente a un grupo de personas, generalmente éstas son negativas. Finalmente la discriminación es un hecho o una acción en donde una persona toma distancia de ciertos miembros o de una persona porque desea hacerlo (Lopez, et al.; 2008).

Las actitudes vinculadas al estigma como se indicó, se pueden presentar de diferente forma sobre las personas con una patología mental, pero cabe destacar que se dan a diferente escala dependiendo del grado de patología bajo la cual la persona fue diagnosticada;

“(...) las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo, encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas citados de salud mental «que pueden afectarnos a todos» y podemos entender hasta

problemas más cercanos a la imagen tradicional de la «locura» (esquizofrenia y similares)” (Lopez, et al.;2008)

Los procesos de estigmatización traen consigo diferentes consecuencias que influyen en todos los entornos sociales de la persona que padece el estigma. La familia entendida como un dispositivo social; *“Es el agente socializador básico en cuyo ámbito el sujeto construye su identidad y su posición individual en la red de relaciones sociales” (Giorgi; 1992:91)*. Si esa construcción de identidad se da en un ámbito donde la persona se encuentra en una situación de estigmatización, se verá obstaculizada a encontrar un trabajo, se sentirá incapaz de realizar determinadas tareas o actividades y esta situación probablemente afecte a todo el entorno familiar;

“En estas condiciones se produce lo que podríamos denominar un `avasallamiento del Yo´. Sus dispositivos de adaptación y manejo de la realidad se verían superados, quedando la negación y la evasión como únicos mecanismos para sobrellevar la situación” (Giorgi; 1992:94)

La problemática del estigma que incluye al ambiente socio-familiar, no deja por fuera al ámbito laboral, el cual es esencial en la vida de un sujeto para sentirse un ciudadano pleno. Los estereotipos, los prejuicios y hasta las peores discriminaciones pueden surgir del propio ámbito laboral, pero hay quienes ni siquiera alcanzan un puesto de trabajo por ser *“loco”*;

“Esta situación socialmente determinada, genera fuertes sentimientos de culpa e inferioridad, que se reforzarían con la desvalorización de los roles laborales que debe desempeñar. Muchas veces, realiza trabajos infrahumanos, socialmente despreciados y hasta negados como `trabajo´, confundiendo con la mendicidad. Esta encubriría la fantasía de que no es capaz de ganar sustento, pudiendo aspirar sólo a lo que otro le da” (Giorgi; 1992:92)

El mundo laboral es una dimensión esencial en la vida de una persona que padece alguna patología mental, es por ello que es necesario que los usuarios que egresan del Hospital Vilardebó y que transcurren por un proceso de rehabilitación se integren al mercado del trabajo; *“(...) el obtener un ingreso económico, no solo permite mejorar condiciones materiales de vida que en general están muy deterioradas. Constituye, también, un elemento fundamental para la recuperación, a través de otros aspectos como el acceso al consumo” (Bentura; Mitjavila; 2012:8)*

La implicancia del acceso al mercado laboral, según Castel (2003) implica un *privilegio* que permite a la persona la *inscripción en la estructura social*, y evita la *dependencia*, permitiendo de este modo la *propiedad de sí*;

“(...) un individuo que puede determinarse a sí mismo desde el momento en que es capaz de apropiarse de la naturaleza por su trabajo. Así, él es propietario de sí mismo porque posee bienes que lo colocan fuera de las situaciones de dependencia que corresponden a la gente que no tiene nada, y que por tanto no pueden ser individuos por sí mismos” (Castel ;2003:13)

Que el individuo se encuentre en una situación de inserción laboral, no solamente le da un sentido de propiedad de sí por el hecho de ser independiente al momento de satisfacer sus necesidades, sino que también le da una apertura a sus relaciones, permitiendo que sus vínculos no queden sujetos solamente al entorno del Hospital.

Es importante revertir la mirada de la persona que coloca la etiqueta para poder ampliar todos los ámbitos sociales y permitirle a la persona que padece una patología psíquica una mayor ampliación de su autonomía. Para ello será necesario intervenir sobre el sujeto que porta la etiqueta, sobre la familia que acompaña el proceso del usuario y sobre el contexto socio cultural, educando en procura de una sociedad integral.

2.2 Análisis crítico de relatos de vida: en búsqueda de la presencia de estigma.

Para realizar el estudio de caso fue seleccionada una situación determinada la cual se eligió de forma al azar dentro de la población que atravesó por al menos una internación en el Hospital Vilardebó. Luego de seleccionar el caso para estudiar se buscó contactarse con las personas involucradas, las cuales manifestaron la mejor disposición para su aporte en la investigación.

El diagnóstico psiquiátrico que se presenta en este estudio de caso es asociado con una problemática que surge muy tempranamente en la vida de Lorena; desde lo que *Giorgi (1992)* denomina la “tercera zona” o “zona intermedia”, comprendida como la zona necesaria para que el niño pueda “jugar con el mundo”, siendo necesario para ello el sostén dado por la estabilidad emocional del mundo externo y elementos físicos que le otorguen seguridad para transitar satisfactoriamente esta zona. Si no se transmite confianza por parte de sus referentes la zona intermedia se cierra y el niño pierde su capacidad creadora percibiendo al mundo como hostil.

Según ambos relatos de vida la ausencia del vínculo de Lorena con su padre y posteriormente con su madre fue determinante en su historia de vida;

“¿Cómo te cuento? Según la doctora hoy, la psiquiatra me dice que ella ya cuando nació ya venía con el problema del abandono porque la gravedad de ella es abandono. ¿Cuál fue el abandono? La abandonó primero el padre y después la madre cuando se fue” (Relato de vida N°2)

Cuando el abandono atraviesa una etapa significativa de una persona, como es la niñez, el desarrollo no se da por el interjuego entre

maduración psicofísica y adjudicación de roles sociales, sino que se da por una cadena de actuaciones y hechos biológicos que marcan un proceso irreversible no deseado (Giorgi; 1992).

La adolescencia de Lorena, según su relato y el de su abuela fueron expresión de una problemática que devenía desde su infancia, y fue también esta etapa de la vida de Lorena la identificada como bisagra para desarrollar la patología mental actualmente diagnosticada;

“Después le sumó el liceo que empecé a tener malas compañías. No quiere decir eso que yo me drogara por mis compañías, o sea a mí no me ponían un arma en la cabeza y me decían que me drogara” (Relato de vida N°1)

“Sí, sí ahí no más ahí. Eso en segundo, pasó segundo, cuando llegó a tercero se me relajó el panorama. Salidas de noche con sus amigas para allá abajo, intentos de suicidios. Tuvo tres intentos de suicidios” (Relato de vida N°2)

Ambos relatos de vida manifiestan la presencia de lo que se denomina una patología dual; entendida como el consumo problemático de drogas asociado a una patología mental; *“Y ta, después la marihuana como que me empezó a caer mal, empecé con la depresión y todo pero yo no le echaba la culpa a la marihuana, yo soy depresiva, ta” (Relato de vida N°1)*

“Y bueno esta chiquilina ya tiene tantos intentos de suicidio vamos a buscar un lugar donde ponerla y si anda con droga, anda con esto, anda con aquello, ¿me entendés?” (Relato de vida N°2)

Silva (2013) en su obra hace referencia a la interiorización de los vínculos primarios los cuales han estructurado a la persona desde su infancia y en la actualidad se reproducen a través de su accionar. A partir de la estructura primaria, el individuo organiza *“las formas prevalentes de interpretar, ver, y vincularse con la realidad social” (Silva; 2013:23)*, así

como también la manera de relacionarse con las diferentes sustancias. Bajo este paradigma se plantea que *“no hay consumos problemáticos dissociables de contextos problemáticos (familiares, grupales, institucionales, socioculturales y económicos)”* (Silva; 2013:31)

El consumo problemático de drogas es muchas veces el inicio de una patología mental, pero en esta situación, según Marta la patología mental fue diagnosticada muy precoz en la vida de Lorena, incluso varios años previos a su primer contacto con algún tipo de droga;

“(...) yo cuando iba a la escuela no sabía lo que era un porro, salí abanderada, todo, todo bien. Después mi madre que hacía mucho tiempo que no la veía porque ella vivía en Estados Unidos, después se mudó para México. Vino y fue muy agresiva conmigo, me trató muy mal y ahí empecé con el tema de la depresión y todo” (Relato de vida N° 1)

“Sí, sí porque ella a los trece años” -En referencia al momento en que comienza a tomar medicación indicada por médico psiquiatra- (Relato de vida N° 2)

El diagnóstico de una patología mental fue el comienzo de un acercamiento más frecuente con las instituciones ya que durante la niñez Lorena asistía al Pereira Rosell por controles médicos habituales pero al presentarse un intento de autoeliminación a los doce años se comienza con un seguimiento por médico psiquiatra. Comenzando a darse de forma reiterada la asistencia a la emergencia de dicha institución debido a la existencia de varios intentos de autoeliminación en un mismo año; *“Sí obvio, si yo del Pereira era muy chica. Tenía y 12 años tendría y yo eran autoeliminaciones tres veces por año más o menos”* (Relato de Vida N°1)

“Y sí con muchas pastillas y todo. Nunca me animé a cortarme ni nada. Tengo los brazos re sanos pero, o sea, eran muchas autoeliminaciones para ser un año y la gente del Pereira Rosell me decía ‘¿y qué nos extrañabas?’. Porque era mucho tiempo que iba” (Relato de Vida N°1)

“Tuvo tres intentos de suicidios. Sí, uno fue en marzo, agosto, no y el otro fue al otro año. Dos en un año y el otro que ese fue el más grave fue cuando fue al Vilardebó y habrá estado quince días en el Vilardebó, no me acuerdo bien cuánto” (Relato de Vida N°2)

En relación a la institucionalización en el Hospital Vilardebó; Lorena menciona por qué motivo fue internada en el Hospital, describiendo de forma muy concreta en qué ocupaba el tiempo mientras estaba internada; *“Fui al Vilardebó, en el Vilardebó no sé yo pasaba más durmiendo que despierta. Sólo me levantaba a comer y ta a fumar tabaco. Y ta después salí del Vilardebó (...)” (Relato de Vida N°1)*

El pasaje por el Hospital denota una anulación de la vida cotidiana de Lorena en la institución, ya que según su relato de vida el cotidiano quedó limitado a dormir, comer y fumar. Siendo ésta una de las características de las instituciones totales;

“En la vida civil, la programación sucesiva de los roles del individuo, tanto en el ciclo vital como en la repetida rutina diaria, asegura que ningún rol que realice bloqueará su desempeño y se ligará con otro. En las instituciones totales, por el contrario, el ingreso ya rompe automáticamente con la programación del rol, puesto que la separación entre el interno y el ancho mundo <<dura todo el día>>” (Goffman; 1970:27)

En referencia al pasaje por el Hospital, también surge del relato de vida de Lorena su concepción sobre la institución;

“Ah no, el pasaje en el Hospital, yo soy muy cariñosa con la gente que tiene problemas y todo. Yo acá me llevo con Diana, que ella tiene problemas y capaz que si no tuviese problemas yo no me llevaría con ella, pero tiene problemas y ta. No, yo me acuerdo de que, de que con mis compañeras de sala me llevaba muy bien, yo no las discriminaba, ellas no me discriminaban” (Relato de vida N°1)

Se plantea por parte de Lorena la relación entre las personas que “*tienen problemas*” con el Hospital Vilardebó como institución que alberga a dichas personas. Se refuerza posteriormente esta idea con el hecho de hacer alusión a la discriminación. La asociación de este complejo de interpretaciones sobre personas y grupos concretos tiene como denominación <<proceso de estigmatización>> el cual supone, en un principio una distinción, etiquetado e identificación de una marca que afecta a un grupo de personas. Siendo esta etiqueta una característica desagradable en función de las creencias culturales que se tienen incorporadas (Lopez, et al.; 2008).

El hecho de que Lorena exprese “*yo no las discriminaba*” y a continuación haga una pausa en donde piensa para responder de forma inmediata “*ellas no me discriminaban a mí*”, denota cierta incertidumbre sobre su condición; duda sobre el lugar en el cual colocarse mientras relata. Según Goffman (1970) la incertidumbre surge a partir de que la persona desconoce en qué categoría será colocado y en qué circunstancias quedará ubicado luego de la clasificación; o sea, si la categorización le favorece o no. Sabe que en su fuero interno los demás pueden definirlo en función de su estigma. Tiene la incertidumbre de portar con un estigma.

Surgen preguntas sobre la afirmación que Lorena expresa sobre “*ellas no me discriminaban a mí*”; ¿por qué deberían discriminarla?, ¿Acaso el ingreso al Hospital es un hecho que pueda generar algún tipo de discriminación?. Puede existir en esta circunstancia un aspecto diferente pero que se da ocasionalmente; el auto-estigma. Muchas personas con trastornos mentales viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa, lo que provoca una desmoralización de la persona, encontrándose con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima debido a que reconoce al

estigma y lo interioriza como su etiqueta, como su identidad (Lopez, et al.; 2008).

Desde otra perspectiva; al analizar las expresiones de Marta cuando relata sobre la institucionalización de su nieta en el Hospital Vilardebó, se manifiesta una expresión gestual con su cara acompañada de palabras que expresan un sentimiento de malestar y disgusto; “*ta a mí no me gustaba que estuviera ahí en el Hospital*” (Relato de vida N°2)

“(...) el hospital permanece en el imaginario colectivo como el lugar natural para las personas que no encajan en los parámetros de normalidad y no tenemos en el afuera suficientes espacios de rehabilitación” (Bentura; 2013:6)

Las familias de las personas que padecen trastornos mentales generalmente no tienen una imagen positiva del hospital, ya que a nivel sociocultural el hospital está visto como aquella institución que alberga a los desviados normales² en términos de Goffman (1970), y el hecho de portar una marca distintiva es la consecuencia de su encerramiento. Debido a ese imaginario sociocultural muchas veces la familia atraviesa el proceso de internación bajo sentimientos de angustia y de estrés;

“(...) se describen efectos sobre las familias de personas con trastornos mentales graves en línea similar a los que sufren ellas mismas, dando lugar también a fenómenos de autoestigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descrédito añadido. Con el consiguiente empobrecimiento de su red social

² “(...) si se denomina desviada a la persona estigmatizada, convendría llamarla desviada normal (...) Desde luego, esto se ve facilitado por el hecho de que los roles de estigmatizado y normal no son meramente complementarios, sino que presentan ciertos paralelos y semejanzas notables. Los intérpretes de cada rol pueden evitar el contacto con el otro como medio para lograr el ajuste; cada uno de ellos puede sentir con razón que no es totalmente aceptado por el otro, y que su propia conducta es observada demasiado de cerca. (Goffman; 1970:166)

e importantes limitaciones (y «autolimitaciones») en el acceso a servicios de ayuda” (Lopez, et al. 2008:62)

En ambos relatos de vida se manifiesta que en la situación de Lorena la patología mental se materializa bajo la denominación de “depresión”. Siendo de gran importancia esta clasificación que se hace a nivel institucional bajo los tipos de diagnósticos psiquiátricos, ya que la percepción del ámbito social frente a una persona que posee una patología mental va a variar dependiendo si padece esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar. La presencia del estigma puede darse con distinta intensificación dependiendo de cada diagnóstico.

El ámbito médico psiquiátrico es el autorizado para atribuir un diagnóstico y será dicho diagnóstico el que clasificará a la persona bajo determinada patología. Según Bourdieu existe un poder simbólico que va más allá de las palabras, ya que está cargado de sentido y tiene la autoridad de crear una identidad, más que un diagnóstico;

“El poder de las palabras no es sino el poder delegado del portavoz, y sus palabras-es decir, indisociablemente, la materia de su discurso y su forma de hablar- son como máximo un testimonio más de la garantía de delegación de que está investido “(Bourdieu; 2014:87)

Tanto para la sociedad como para la persona que es diagnosticada bajo algún tipo de patología mental es relevante la clasificación que se le da, a tal punto que muchas veces la persona hace de su patología su propia identidad. Esto es percibido muchas veces en el Hospital Vilardebó, cuando un paciente/usuario se acerca para presentarse, utilizando su diagnóstico para referirse a sí mismo; “yo soy esquizofrénico”, o “yo soy bipolar” o directamente se presentan como “yo soy enfermo mental” o “psiquiátrico”.

Podemos observar en el relato de vida N°1 como Lorena menciona su diagnóstico sin que el entrevistador haga referencia sobre el mismo; “(...) yo soy depresiva, ta”.

-Existen clasificaciones, sobretodo en el ámbito de salud mental que, una vez integrada a la vida de los individuos, transforman el modo en que ellos se ven a sí mismos; *“Las clasificaciones humanas generan efectos en los sujetos, cada clasificación, cada diagnóstico, cada tipificación de personas, implica un cambio en el modo como actuamos, como expresamos nuestras emociones y sentimientos, en el modo, en fin, de construirnos como sujetos”* (Caponi, 2009:336)

El hecho de clasificar y de crear así una identidad que es determinada por algún tipo de patología mental condiciona la vida de las personas en todos sus aspectos; ser “(...) habitante del lado anormal del mundo, presenta ciertas especificidades. Aparece como aquel al que le falta algo en su naturaleza corporal o funcional, no tiene lo que hay que tener: no tiene ni el cuerpo, ni la inteligencia, ni los sentidos necesarios para ser normal” (Vallejos, 2007:7)

Estar colocado en el bloque anormal del modelo binomio implica un difícil acceso a la vida activa, tanto en lo que refiere a lo laboral como al ámbito educativo o de algún tipo de recreación. Se debe tomar en cuenta lo dificultosa que se hace la vida cotidiana de una persona que padece algún tipo de patología mental y más aún si es egresada de un proceso largo de institucionalización. Rehacer una vida cotidiana activa puede resultar un gran desafío para los profesionales que intervienen en estos procesos.

En relación al egreso de Lorena, Marta relataba que una vez fuera de la institución volvieron los problemas tanto con el consumo como con los episodios de autoeliminación debido a la cantidad de tiempo libre que tenía. El tiempo libre de Lorena era utilizado para estar con el celular,

mirar tele y tomar mate; *“Es una persona que está como descuidada también viste y se te sienta acá y te está una hora así y toma mate y toma mate y toma mate” (Relato de vida N°2)*

Tanto la vida laboral como el relacionamiento con otros ámbitos que no sean los vinculados a la institución referente de rehabilitación son esenciales para darle sentido a la vida cotidiana de una persona, significando que la ausencia de dichos vínculos puede crear aislamiento y sentimientos de soledad, pudiéndose producir de esta forma una reinstitucionalización. Lo que genera que muchos individuos sean parte de un ciclo que tiene siempre como referente al Hospital;

“(…) se genera yo creo que un similar a lo que llamamos ‘hospitalismo’ de los pacientes y creo que por una causa similar, el afuera no ofrece alternativas, se nos presenta como inaccesible, inmodificable. Por eso es que muchas veces nos quedamos atrapados por los muros de las instituciones en las que trabajamos y no logramos trascender esto. Yo pienso que el abordaje del afuera es el mayor de los desafíos” (Bentura; 2013:1,2)

Es un desafío para los profesionales en Trabajo Social el poder contribuir a la rehabilitación social fuera de la institución para poder romper con el estigma que no permite una inclusión en la vida activa de las personas *“normales”*.

REFLEXIONES FINALES:

El objetivo de la presente investigación pretendió, a través de un estudio de caso, responder sobre la presencia de estigma en una persona que egresó del Hospital Vilardebó. Para poder conocer sobre lo que se indaga en el presente estudio de caso, fue preciso llevar a cabo dos relatos de vidas; en primera instancia a la persona que transitó por el hospital y en segunda instancia a un familiar referente que haya acompañado el proceso.

En relación a la pregunta de la investigación, surge de ambos relatos de vida, respuestas que denotan una presencia de estigma. Como ya se analizó en el capítulo anterior, el portar con una etiqueta comprende una relación en dónde;

“Son bien conocidas las actitudes que nosotros, los normales, adoptamos hacia una persona que posee un estigma y las medidas que tomamos respecto de ella, ya que son precisamente estas respuestas las que la benevolente acción social intenta suavizar y mejorar. Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” (Goffman; 1970:15)

A modo de reflexión se puede identificar en el presente estudio que existe una relación entre la identidad de Lorena y su patología, en donde el trastorno precede a su identidad. El hecho de que se presente bajo la expresión “yo soy depresiva” denota el reconocimiento del estigma, o dicho de otra forma, lo que se denomina auto-estigma, comprendiendo que muchas personas

“(…) suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de

manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe así como la autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda” (Lopez, et.al; 2008:61)

En cuanto a la percepción del familiar referente sobre la institución; se puede concluir que se concibe una imagen negativa del Hospital Vilardebó, en donde se perciben gestos acompañados de palabras que describen un sentimiento de malestar por el hecho de que Lorena haya atravesado la institución. Se puede llegar a comprender cuál es el desencadenante del sentimiento de las familias;

“Con el modelo de exclusión se perpetúa una estigmatización que marca la identidad del individuo, en tanto que ingresa en el polo descalificativo de una lógica binaria. Surge entonces una retroalimentación positiva iatrogénica entre la exclusión de la internación y la posterior salida al campo social, donde el ex paciente pasa a ser concebido como <<loco>>” (Techera; Apud; Borges; 2009:38)

Continuando en la línea de la percepción del familiar, cabe agregar que se percibe el *“alta del paciente”* como un hecho que carece del acompañamiento necesario tanto para el usuario como para la familia. Ya que según el relato de Marta, no sabía qué hacer cuando se encontró fuera de la institución con su nieta. Necesitó de información sobre Centros adecuados que fueran funcionales al proceso de rehabilitación. Destacando que fuera del Hospital el diagnóstico de trastorno mental de su nieta quedó ligado a un control médico y al consumo de medicamentos.

La depresión como diagnóstico en esta situación y la identificación de la misma como representante de la identidad de una persona puede ser el desencadenante de sentimientos de inferioridad y de culpa conduciendo a

que se presenten episodios de intentos de autoeliminación; *“Yo al Pereira fui porque me intenté autoeliminar, después el intento de autoeliminar fue como un vicio ya. Cualquier cosa que me pasaba, me deprimía y ya salía a buscar las pastillas para tomármelas y todo así” (Relato de vida N°1)*

Por otro lado, en relación al diagnóstico se puede establecer que es determinante para una persona que padece algún tipo de trastorno el poder que tiene una palabra o un discurso cuando se es utilizado para su clasificación;

“(...) la fuerza potencial que moviliza la constitución simbólica es tanto más importante cuanto las propiedades clasificatorias por las que un grupo se caracteriza explícitamente y en las que se reconoce encubren las propiedades de las que los agentes del grupo están objetivamente dotados (y que definen su posición en la distribución de los instrumentos de apropiación del producto social acumulado)” (Bourdieu; 2014:133)

La caracterización negativa hacia un grupo de personas, en este caso personas con algún tipo de trastorno mental, hacen que su vida sea atravesada por dicho diagnóstico al punto de perjudicar su vida activa. En la situación de Lorena interrumpiendo sus estudios, y dejando a su disposición una limitación de opciones que refieren a talleres en donde los jóvenes muchas veces concurren para ocupar el tiempo o directamente para salir unas horas de la institución en la que se encuentran internados.

Es aquí en donde se debe trabajar, en la institución y en el egreso; en cuanto a lo institucional y en referencia al Hospital Vilardebó se puede concluir bajo este estudio de caso que la institución no fue un proceso de rehabilitación para Lorena, sino que simplemente fue una institución que albergó la descompensación. Como se pudo apreciar en el relato de vida, la vida de Lorena se vió anulada mientras estuvo internada en el Hospital Vilardebó, solamente durmió y comió, incluso parecería no recordar nada más de su pasaje por el Hospital;

“La institucionalización lo inhabilita, no sólo desde el punto de vista jurídico, sino desde el encierro bajo condiciones poco favorables para su recuperación, desde el uso de tratamientos intrusivos y la escasez de programas que trabajen en la inserción social. Lo olvidado en la internación es el sujeto como tal, en su autonomía y desarrollo, al tiempo que se retroalimenta una y otra vez al paciente-objeto, cuerpo que carga consigo una enfermedad” (Techera; Apud; Borges; 2009:82)

Para combatir esta problemática sería interesante poder conocer propuestas que desafíen el actual funcionamiento que se desarrolla dentro del encierro.

En cuanto al egreso, según los relatos de vida y en base a la revisión bibliográfica presentada en este estudio, es en donde se presentan más carencias, ya que Lorena atravesó por varios egresos que involucraron diferentes instituciones y una vez fuera de la institución no se pudo sostener una rutina en donde exista una real inclusión a la vida social. Según el referente familiar del presente estudio de caso los días de Lorena fuera del Hospital solamente eran ocupados en tomar mate y en salir con amigos, que según su abuela perjudicaban su proceso de rehabilitación.

En esta línea sobre el egreso y en relación a la situación actual de Lorena, se debe considerar que el equipo multidisciplinario que aborda la situación en el Centro Medio Camino Maroñas presenta dificultades para encontrar en la actualidad un lugar adecuado al que Lorena pueda ingresar para continuar su proceso de rehabilitación. Hay carencias de Centros Diurnos y de Centros permanentes que traten la rehabilitación de forma integral.

La situación parece verse más engorrosa aun en el interior, ya que en muchas localidades no se cuenta directamente con algún tipo de Centro que atienda las necesidades de un proceso de rehabilitación. El hecho de

tener que trasladarse desmotiva muchas veces la concurrencia a los Centros incluyendo además la problemática sobre el acceso gratuito a pasajes interdepartamentales para personas que padecen trastornos mentales.

Bajo esta problemática y a modo de conclusión del presente estudio de caso, se presenta como desafíos para el área de salud mental identificar cuáles son los recursos existentes que fomentan la integración social de la persona que egresa de la institución. Poder conocer permitirá detectar la necesidad de nuevos Centros que permitan ampliar la red de atención, sobretodo en el interior del país.

Como alternativa al encierro y como cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental existe un colectivo de personas que apuestan a la inclusión social de las personas diagnosticadas bajo un trastorno mental, promoviendo la desestigmatización de la locura. Se entiende que la lógica manicomial pertenece a la lógica binaria normal/anormal, la cual estigmatiza, produciendo en la persona que porta la etiqueta aislamiento y soledad. Se considera además que la lógica manicomial no sólo está ubicada en el espacio hospitalario, entre muros o rejas, sino también en las formas de relacionamiento y la construcción de identidades vulneradas. ^v

Es de gran importancia por ello, resaltar que las propuestas de desintitucionalización planteadas por muchos colectivos en la actualidad (sobretodo en relación a las Colonias) podrían generar otra problemática desencadenada por la falta de recursos sociales. Si se da una desintitucionalización abrupta muchos pacientes que no cuentan con apoyo sociofamiliar pueden terminar viviendo en la calle sin ningún tipo de contención que promueva su rehabilitación. Por ello, previo a la desintitucionalización es necesario trabajar en la sociedad, creando espacios de inclusión y promoviendo una cultura que incluya al usuario.

La integración de la persona que padece algún trastorno mental al campo social, implica no solamente un bienestar consigo mismo, lo que sería el fortalecimiento de su autoestima sino que también implica un desarrollo de su autonomía, de su identidad individual y colectiva (*Techera; Apud; Borges; 2009*).

Se necesita de un plan de trabajo que logre integrar a los usuarios, a la familia, a todos los profesionales de la salud como un equipo multidisciplinario e interdisciplinario para desarrollar las mejores condiciones del individuo que le garanticen un efectivo e integral programa de rehabilitación (*Techera; Apud; Borges; 2009*).

“De ahí la importancia, además, de que los servicios de salud mental no se organicen de modo monográfico y aislados de los restantes servicios sanitarios y sociales, sino que se integren en las redes generales de atención, tal y como se propone desde modelos comunitarios” (Lopez, et al.; 2008:57)

El hecho de lograr una inclusión institucional, permitiendo el acceso a las redes generales de los servicios sanitarios de las personas que padecen de un trastorno psíquico se presenta como uno de los mayores desafíos para romper con la atención segregada. Por otro lado, la educación cultural es significativa para lograr interrumpir la idea que se crea sobre las personas diagnosticadas bajo una patología mental. Este proceso debe ser acompañado de políticas sociales que permitan el acceso a los derechos de bienestar como lo son la educación, el trabajo, el acceso a la capacitación, etc. Este es el único camino para romper con el estigma, para lograr que la persona que padece de un trastorno psíquico deje de ser vista como *“anormal”*, ya que el *“otro”* deja de ser *“otro”* desde el momento en el que sea parte de *“nosotros”*.

BIBLIOGRAFIA:

- Antía, Florencia; Castillo, Marcelo; Fuentes, Guillermo; Midaglia, Carmen. (2013). La Renovación del Sistema de Protección Uruguayo: el Desafío de Superar La Dualización. En: Midaglia, Carmen; Fuentes, Guillermo (Coord.) (2013). Los Cambios en los Sistemas de Bienestar Latinoamericanos: Avances y Desafíos de la Protección Social. Revista Uruguaya de Ciencia Política. Vol. 22 N°2. Montevideo. Uruguay
- Barrán, José Pedro (1992). El Manicomio y la razón médica en el novecientos. Cura y Violencia. UDELAR. Montevideo. Uruguay
- _____ (1990). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. El disciplinamiento (1860-1920). EBO. Montevideo. Uruguay
- _____ (1994). Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2. La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. Uruguay
- Bentura, Celmira (2013). Trabajo Social y Psicosis. Presentación en las Jornadas de Capacitación sobre la Psicosis en “Espacios Pliegues”. Montevideo. Uruguay
- Bentura, Celmira; Mitjavila, Myriam (2012). Sobre los dispositivos pos-manicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. Montevideo. Uruguay
- Bourdieu, Pierre (2014). ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Ed: Akal. Buenos Aires. Argentina

- Casarotti, Humberto (2007). Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay. Revista Psiquiátrica Uruguay. Montevideo. En: http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf
- Caponi, Sandra (2009). Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. En Comunicação, Saúde Educação, V13, n29.P.327-338, Interfase. Brasil
- Castel, Robert (1986). De la peligrosidad al riesgo. En Wright Mills, C; Foucault, Michel et al. Materiales de sociología crítica. Ed: La Piqueta. Madrid. España
- _____ (2003). Propiedad Privada, Propiedad Social y Propiedad de sí mismo. Conversaciones sobre la construcción del individuo moderno. Ed. Homo Sapiens Ediciones. Santa Fe. Argentina
- Del Castillo, Renee; Villar, Mariana; Dogmanas, Denisse (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. En: Psicología, conocimiento y sociedad. Nº 4,83,96. Montevideo. Uruguay
- Foucault, Michel (2016). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires. Argentina
- Giorgi, Victor (1992). Vínculo, Marginalidad y Salud Mental. Roca Viva Editora. Montevideo. Uruguay
- Goffman, Erving (1970). Estigma. La identidad social deteriorada. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina
- _____ (1970). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Argentina
- Lopez, Marcelino; Laviana, Margarita; Fernandez, Luis; Lopez, Andrés; Rodriguez, Ana María y Aparicio, Almudena (2008). La lucha

contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XXVIII, N° 101. PP. 43-83, ISSN 0211-5735

- Mantilla, Jimena (2010). “Riesgo”, “peligrosidad” e “implicación subjetiva”: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. Interface (Botucatu) vol.14 no.32. En: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100010

- Muñoz, Manuel; Pérez, Eloísa; Crespo, María; Guillén, Ana (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, S.A. Madrid. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>

- Ortega, Elizabeth (2008). El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista. Trilce. Montevideo. Uruguay

- Silva, Miguel (2013). Propuesta de una definición transdisciplinaria y operativa de adicción. Montevideo. Uruguay.

Disponible en:

http://www.psicologos.org.uy/aportes/121129_Propuesta-de-una-definicion-transdisciplinaria-y-operativa-

- Techera, Andrés; Apud, Ismael; Borges, Cristina (2009). La Sociedad del Olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Programa de Apoyo a Publicaciones 2009 de la Comisión Sectorial de Investigación Científica. Udelar. Montevideo. Uruguay.

- Vallejos, Indiana (2007). ¿Y si no estuviera dada en la naturaleza? Algunas precisiones conceptuales para pensar la ideología de la normalidad y la producción social de discapacidad. Ponencia central I Jornadas sobre Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo. Uruguay
- Weisshaupt, Jean Robert (1985). As funções sócio-institucionais do serviço social. Cortez Editora. Sao Paulo. Brasil

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN LA WEB:

- I. Página oficial de Administración de los Servicios de Salud del Estado. Centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel. Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/categoria/RAP-Metropolitana-209?pagina=1>
- II. Página oficial de Administración de los Servicios de Salud del Estado. Recuperado de:
<http://www.asse.com.uy/contenido/Colonias-Etchepare-y-Santin-Carlos-Rossi-con-el-70-de-sus-instalaciones-remodeladas-7813>
- III. Página oficial Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica. Recuperado de:
<http://centromartinezvisca.org.uy/>
- IV. Guía de recursos MIDES (Ministerio de Desarrollo Social). Recuperado de:
<http://guiaderecursos.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=6619&site=1&channel=mides>
- V. Blog oficial de Asamblea Instituyente; Por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. Recuperado de:
<http://asambleainstituyente.blogspot.com.uy/>