

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

Salud Mental en el Cine: la imagen y el estigma

Martina Rainusso
Tutora: Celmira Bentura

2018

***A Edison, que su recuerdo
nos ilumine siempre***

INTRODUCCIÓN	4
PRESENTACIÓN DEL TEMA	7
Enfermedad mental	7
Medios de comunicación	9
Presentación de las películas	12
Atrapado sin salida	12
Inocencia interrumpida	12
No estoy loca	13
ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	15
Estigmatización	15
¿Cómo nombramos? La forma de hablar genera estigmatización	19
Estigma y peligrosidad	21
Estigma y poder médico	23
Normal y anormal	27
Nosotros y los otros	28
REFLEXIONES FINALES	31
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	38

INTRODUCCIÓN

El presente documento consiste en el Trabajo Final de Grado enmarcado en la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. El tema de estudio es la salud mental y los medios de comunicación.

El trabajo busca hacer un análisis de cómo se presenta y se trata la “locura” en el cine; las enfermedades mentales han sido representadas de diversas formas a lo largo de la historia del cine ya sea como tema protagonista, de forma secundaria o casi de modo imperceptible en la trama.

Se realizará un análisis de material bibliográfico y de tres películas que tienen en común estar dirigidas al público en general o masivo -es decir, no son vistas por un público selecto de interesados en el tema-, comedias aparentemente “banales” que su principal objetivo es entretener. Las mismas, pueden ser encontradas en “Netflix” o “Cuevana”¹.

La selección de las mismas no responde a ningún criterio metodológico, sino que se buscó que estén relativamente distanciadas en el tiempo y, que a su vez, hayan tenido una buena recepción o crítica. Por tanto, los resultados no son generalizables al cine en su conjunto, se busca hacer una reflexión tomando a tres casos de ejemplo. Éstas son:

- Atrapado sin salida, estrenada en 1975 ganadora de 5 Oscars, 6 Globos de Oro y 6 premios BAFTA.
- Inocencia interrumpida, película de 1999, en la que trabajan reconocidas actrices como Winona Ryder y Angelina Jolie quién ganó un Óscar y un Globo de Oro por su papel en la misma.
- No estoy loca, película chilena de 2018, que en 10 días de haber sido estrenada, superó el total de la taquilla del cine chileno durante todo el año anterior.

Con más de 40 años de distancia entre una y otra, se presentará la forma en que se trata el tema en ellas y los elementos en común que se mantienen a lo largo del tiempo.

¹ Ambas dos plataformas en las que se pueden ver contenidos audiovisuales a través de internet, la primera con costo mensual, la segunda de forma gratuita.

A partir de lo mencionado, se define como objetivo principal estudiar cómo se presenta la enfermedad mental en las películas seleccionadas. Específicamente, analizar los mecanismos que generan estigmatización y contribuyen a formar un imaginario colectivo respecto a la situación de las personas que padecen un sufrimiento psíquico.

Se parte de la idea que los medios de comunicación influyen en la vida de las personas, construyendo subjetividad, creando conceptos o estereotipos y generando agenda, en este sentido, también son un reflejo de la cultura. Por ello, se considera fundamental poder visualizar cuál es la imagen de la “locura” que se presenta para poder problematizarla ya que la forma en que se nombra y se muestra construye el imaginario social; de cierta forma refleja cómo es la mirada del mundo hacia alguien que atraviesa una enfermedad mental.

Se parte de la línea hipotética que lo que se muestra en estas películas va en sentido contrario a lo que se pretende desde quienes están inmersos en el tema en línea a la nueva ley 19.529 de salud mental promulgada en 2017. Específicamente, se muestran costumbres arcaicas, peligrosidad de las personas, generando una alerta en el entorno, lo cual es un problema para poder desestigmatizar y eliminar los prejuicios en torno al tema. Los elementos subjetivos son los elementos “más duros” para romper y se deben tener en cuenta a la hora de pensar la inclusión ya que pueden ser un obstáculo para la intervención.

Por tanto, más allá de que se consigan logros o avances en diversos ámbitos -como puede ser la lucha por cambiar el paradigma en el que se ve a la enfermedad- el colectivo sigue siendo víctima de prejuicios.

Además, se entiende que en los últimos años tanto a nivel nacional como internacional se han realizado campañas que buscan derribar los prejuicios en torno a la temática y los espacios utilizados en “la pantalla grande” repercuten de forma directa en esto².

El documento estará estructurado de la siguiente forma: en primer lugar, se realizará una breve aproximación a la enfermedad mental. Luego, se presentará en líneas generales la

² Tal es el caso de las campañas realizadas por la Confederación FEAFES “Acaba con tus prejuicios sobre la enfermedad mental” ó el Manifiesto #QueremosSerFelices, la campaña “Cambia el chip” realizada para AVIFES, o en Uruguay propuestas tales como “Salud Mental sin Prejuicios” impulsada por el Patronato del Psicopata y “#Desmanicomializar” propuesta de la asamblea instituyente.

influencia de los medios de comunicación en la vida de las personas y cómo se muestran determinados elementos, lo cual no es aleatorio.

Una vez delineado el tema, se presentarán las tres películas seleccionadas para luego abordar los elementos que hay en común -en torno a la mirada con relación a la enfermedad-. Se selecciona como categoría principal de análisis a profundizar: la estigmatización y todo lo que ello conlleva.

Como se menciona, será fundamental identificar que la forma en que se nombra construye una forma y una perspectiva desde donde se ve el mundo y por ello es importante identificarla para poder desnaturalizar ciertas ideas. A su vez, también se profundizará sobre el concepto de peligroso, es decir, cómo el enfermo mental es mostrado como una amenaza para la vida comunitaria.

Se busca ilustrar cómo las personas ven coartada su libertad, y esto es aceptado por el entorno como normal, es decir “hasta no demostrar que no están locos” deben ver relegada su autonomía a ciertas instituciones y personas, y a lo que ellos consideran que es lo mejor para cada uno, sin tener en cuenta la opinión del individuo. Es así que las instituciones “habilitan” a las personas y se muestra como hay un “nosotros” y los “otros”.

PRESENTACIÓN DEL TEMA

Enfermedad mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Al deconstruir esta definición, tomando en cuenta los aportes de Becerra y Kennel (2008), se la puede visualizar como ahistórica; al tomar la salud como “estado”, “se considera simplemente el aquí y ahora de lo que en definitiva es un proceso ligado al devenir” (p. 13).

A su vez, a esta definición también le hace falta agregar el elemento cultural y social, ya que cada sociedad y cultura podría dar una definición diversa de lo que considera un “completo bienestar” (p.14).

Dichas autoras plantean que no hay un criterio o límite bien definido para poder decir que una persona es sana o enferma desde el punto de vista del orden psiquiátrico ya que “la ausencia de sufrimiento en el organismo no es sinónimo de salud (...), la salud no es solamente ausencia de enfermedad, la salud no es un estado que el sujeto obtendrá o perderá” (p.14). Por tanto, la salud y la enfermedad serán tratadas como “un complejo que se define por su interrelación dialéctica en el marco de un proceso que permite subsumir la particularidad del caso en absolutos ideales a los que en definitiva tienden” (p.14).

La salud mental está determinada por factores sociales, psicológicos y biológicos. Sin embargo, cuando se refiere a la enfermedad mental en general se habla desde los síntomas y el punto de vista clínico “reflejando poco de la <organización total de la personalidad>. Actualmente se sabe que el mismo síntoma puede tener diferentes efectos en una misma persona, en distintos momentos o etapas de la vida” (Becerra & Kennel, 2008, p. 17)

Para completar estos planteos, se entiende pertinente agregar que según Carmen Amico (2004),

“La categoría salud mental es de difícil definición. En primer lugar, se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y del comportamiento utilizados para designar a una persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos

dominantes en cada cultura y período histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no sólo depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Este hecho demuestra la importancia de los valores sociales en la definición de la salud o la enfermedad mental”.

Actualmente, se identifican diversas formas de nombrar a las personas que tienen una enfermedad mental, tales como: persona con trastorno mental, loco, una persona con padecimiento del orden psiquiátrico, usuarios del sistema de salud mental o centros de rehabilitación, persona con sufrimiento psíquico, entre otras. Estas, varían de acuerdo al enfoque teórico que se utiliza y complejiza la definición ya que prevalece lo valorativo y muchas veces se define desde el lugar que se le da a lo médico o al concepto de salud o enfermedad que se maneje.

Se podría hablar de sufrimiento psíquico o enfermedad mental como

“una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (...) Se han tratado de identificar los componentes principales de la salud mental en factores como bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.” (Guía de Estilo, Feafes 2008).

Así como el término puede ser diverso, también lo que se entiende por “normal”, varía de acuerdo a la cultura y al momento de la historia que se analice. Por otra parte, como se mencionó anteriormente, no se debe considerar a los términos salud y enfermedad como excluyentes o absolutos “sino como procesos complejos y con diferentes modalidades de expresión y coexistencia en una misma persona” (Pérez Fernández, 2017, p. 119).

Es importante diferenciar la enfermedad mental de la discapacidad:

“La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a (otras) limitaciones (...) las diferencias estriban

principalmente en que la enfermedad mental no supone un menor funcionamiento intelectual y pueden manifestarse a lo largo de toda la vida.” (Guía de Estilo, Feafes 2008).

En relación a lo presentado, se considera pertinente destacar que, los medios masivos de comunicación tienen influencia en las personas y en su vida cotidiana y en este sentido, también la salud y la forma en que ésta se concibe se encuentra atravesada por lo que se presenta en ellos. Por tanto, no se debe minimizar el papel que éstos tienen como formadores de discurso y transmisores de determinados modelos.

Medios de comunicación

Los medios de comunicación tienen un rol fundamental en la producción y creación de agenda y en la forma en que se trata a determinados temas. Por ejemplo, si se hace referencia a la televisión como medio audiovisual se debe analizar que ésta

“pone a disposición de la sociedad toda una serie de repertorios que antes eran de la competencia de instituciones tradicionales como la escuela, la familia, los partidos políticos, el Estado. La televisión crea entonces un nuevo tipo de espacio público, que se configura a partir de experiencias privadas (...) La televisión se convierte de este modo, y de más en más, en el vehículo privilegiado del imaginario social, y por lo tanto en el componente simbólico primordial de la constitución y la representación de la identidad de una sociedad.” (González, 2007, p. 32).

Se parte de la base de que no son los que originan la estigmatización en torno a la salud mental, pero, sin embargo, generan contenido y deciden qué elementos mostrar y cómo hacerlo. Por tanto, si se reproducen elementos arcaicos, formas de tratar a las personas, situaciones, o términos que se busca desterrar del lenguaje y del imaginario colectivo³, están contribuyendo a que éstos se sostengan. Por este motivo, los medios tienen responsabilidad en cuanto a los contenidos que se presentan y el discurso que se transmite.

Específicamente, se puede observar que se encasilla a través de determinado tipo de lenguaje - como hablar de “trastornados” -y la forma de abordaje de los temas es reflejo de la

³ El imaginario colectivo es el “Conjunto de mitos, formas, símbolos, tipos, motivos o figuras que existen en una sociedad en un momento dado; el imaginario colectivo es la mente social colectiva que se alimenta por las proyecciones de los medios (cine, publicidad, internet...) y adquiere energía, a partir de las identificaciones de la vida material (productos de consumo, dioses, líderes, personas de referencia)”. (Morín, 1994, p.21)

ignorancia. A continuación se distinguen algunos elementos que se visualizan en los medios de comunicación en relación al tratamiento de esta temática⁴:

- Mensajes morbosos
- Etiquetar a personas sustantivando su situación “los maniático depresivos son...”
- Imágenes negativas y poco normalizadoras: sensación de lástima, soledad, aislamiento, desequilibrio...
- Confusión entre enfermedad mental y otro tipo de discapacidades
- Vinculación entre violencia y salud mental

Particularmente, el cine como medio de comunicación audiovisual aumenta la riqueza narrativa y en general es utilizado como entretenimiento en tiempo de ocio. Mientras la persona está en el cine, está totalmente predispuesta a incorporar la información que allí se brinda por lo que se puede decir que éste tiene una gran influencia. Más allá de que sean ficciones con apariencias de realidad, el cine es un agente de cultura y por tanto lo que allí se comunica se realiza dentro de determinado marco y con un mensaje por detrás.

A esto se le suma que el cine puede ser “en la mayoría de los casos el único contacto que una persona tiene con la realidad psiquiátrica, de manera que el cine se convierte en un referente único y, por tanto, de una fuerza muy potente” (Vera Poseck, 2006, p. 80), es por ello que estudiarlo, resulta fundamental. Se considera entonces, que el tema debe ser tratado de forma “correcta” o no distorsionada, con el objetivo de no expandir estereotipos o manifestaciones incorrectas de la misma. Según Beatriz Vera Poseck (2006),

“el cine ha seguido una doble tendencia a la hora de representar los trastornos mentales. De un lado, ha edulcorado y suavizado algunos trastornos, llegándolos a presentar incluso como una cualidad que convierte a quien los padece en un ser mejor y superior que el resto. De otro, ha llevado otros trastornos a extremos asociados con el delito, la criminalidad y el terror, contribuyendo a perpetuar el mito que asocia violencia y enfermedad mental. La primera de estas tendencias la podemos ver claramente en trastornos como el retraso mental o el autismo, en los que se presenta una imagen dulce y afectiva hasta el límite de aquellos que lo padecen.

⁴ Tomado de Guía de Estilo FEAFES - Salud Mental y medios de comunicación

La segunda de ellas se asocia normalmente a trastornos psicóticos, en especial a la esquizofrenia, y al trastorno de identidad disociativo, presentando personajes siniestros y escalofriantes que cometen asesinatos y crímenes” (p.80)

Las películas que pueden reflejar la primera de las tendencias son a modo de ejemplo: “Rain man” (1988), “Yo soy Sam” (2001). En segundo lugar, en reiteradas ocasiones se ve el tema a películas de violencia, terror o thriller: El gabinete del Doctor Caligari (1920), Anatomía de un asesino (1959), Psicosis (1960), Repulsión (1965), El resplandor (1980), El silencio de los corderos (1991), Dentro de mis sueños (1999), La isla siniestra (2009), Asylum. El experimento (2014), Múltiple (2016), en donde los personajes generan cierta tensión y se representa a la enfermedad mental como causante y justificador de determinados comportamientos agresivos, inusuales, causantes de miedo, entre otros.

En suma el cine,

“se ha ocupado explícitamente del fenómeno de la locura (pero) se ha interesado menos en recrearla objetivamente y hacerla comprensible que en servirse de ella para atrapar a los espectadores en tramas eficaces y rentables que estimulan el morbo o la fascinación que la enfermedad mental provoca en las personas comunes y corrientes” (Peña Martínez, 2009).

A su vez, “la visión que el cine ha dado de las instituciones mentales ha influido sin duda en la percepción que la sociedad tiene de estos lugares, que son considerados como centros de reclusión en los que no sólo no se cura al paciente sino que se intenta dañarlo y alienarlo” (Vera Poseck, 2007). En este sentido, se ven películas en las que los profesionales -en general asociados a la medicina como psiquiatras y enfermeros/as- y los centros de salud y hospitales se presentan de forma oscura violentando al paciente.

Presentación de las películas

Atrapado sin salida

Atrapado sin salida es una película estadounidense de 1975 basada en una novela de Ken Kesey. El actor protagonista es Jack Nicholson, y cuenta con la participación de otros reconocidos actores como: Louise Fletcher, Danny DeVito, Christopher Lloyd y Will Sampson.

La película - podría ser catalogada como comedia dramática - fue destacada tanto por el público masivo como por parte de la crítica, obteniendo cinco Globos de Oro y cinco Oscars: mejor película, mejor director, mejor actor, mejor actriz y mejor guión adaptado.

La historia se desarrolla en 1963, cuando un “criminal” (McMurphy protagonizado por Jack Nicholson) es ingresado a un hospital psiquiátrico condenado por asalto y por haber tenido relaciones con una adolescente de 15 años. En su ingreso, se le cuestiona por parte de las autoridades del hospital si tiene un “desequilibrio mental” o si de lo contrario debería estar en una granja de trabajo en donde cumpliría su condena.

En el desarrollo de la misma, se narra la relación del personaje principal con los otros usuarios, quienes representan personas con enfermedades tales como ansiedad, personalidad infantil, delirio, paranoia, epilepsia, etc. Es importante señalar que en ningún momento se explicita los motivos por los que dichos usuarios se encuentran allí, más allá de que se hagan breves referencias a sus situaciones.

En el transcurso de la historia se presentan escenas tales como peleas entre usuarios y castigos por parte del personal de “terapia electroconvulsiva”, así como el consumo de determinados fármacos. También se muestra que el personaje principal ha sido lobotomizado por una cicatriz en su frente.

Inocencia interrumpida

Inocencia interrumpida es una película de 1999 basada en las memorias escritas de la autora Susanna Kaysen - cuenta su experiencia como paciente de un hospital psiquiátrico-. Angelina

Jolie -una de las actrices de esta comedia dramática- , ganó el Óscar a la mejor actriz de reparto en el 2000 por su personaje como usuaria del Hospital.

La protagonista es Susanna Kaysen quién representa a una joven de 17 años insegura, que busca “entender un mundo que está cambiando rápidamente a su alrededor”. Consume un frasco de aspirinas con vodka, lo que indicaría un intento de suicidio. El médico, en acuerdo con sus padres, deciden que sea ingresada en el Hospital Claymoore diagnosticandola con trastorno límite de la personalidad. En la película se lo menciona como la “inseguridad respecto a la imagen que uno tiene de sí mismo, sus objetivos a largo plazo, los amigos y amantes”.

En el Hospital se muestran personajes que representan personas con diversas enfermedades: comportamiento infantil, anorexia, “mentirosa patológica”, “lesbiana con problemas mentales”, entre otras.

La historia se desarrolla a partir de la relación entre las usuarias, la resistencia de ellas a la terapia propuesta por los médicos (más allá de que siempre se vea a las enfermeras), el uso de ciertas formas de “castigo” como la sala de aislamiento, entre otros.

No estoy loca

No estoy loca es una película chilena del 2018 que fue un éxito en la taquilla; sólo en el primer mes en cartelera ya había sido vista por más de 600.000 espectadores. Su actriz principal es Paz Bascuñan, que representa a Carola.

Carola trabaja en una revista y está casada con un hombre de mucho dinero, en el comienzo de la comedia, se hace hincapié en la idea de que no ha logrado tener hijos a sus 38 años ya que es infértil. A su vez, su esposo y su mejor amiga, le confiesan que tienen una relación juntos y que esperan un hijo. Estos acontecimientos llevan al personaje a una crisis a partir de la cual ésta cae del techo de su casa y despierta internada en la clínica psiquiátrica "Edén".

Allí se representa la relación del personaje principal con el resto de las usuarias, su intento de escapar de la institución, la vergüenza que genera en su familia que ella se encuentre allí, entre otros temas. Se presentan usuarios de la clínica con enfermedades tales como

esquizofrenia delirante, depresión, trastorno “borderline” y otros usuarios con comportamientos que el espectador no logra comprender el motivo.

ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS Y JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

A continuación se busca hacer una presentación o desglose de los principales elementos que se presentan en las películas que contribuyen a generar el estigma y los estereotipos previamente mencionados. Esto no quiere decir que las películas no tengan algún elemento a destacar o que las mismas presenten la enfermedad mental de forma correcta o incorrecta. No se busca hacer juicios de valor. Sin embargo, se entiende que de manera consciente o inconsciente, en los tres casos existen puntos en común que generan un imaginario social colectivo que repercute en cómo se mira la enfermedad mental.

Se considera que en las tres películas seleccionadas se representa una concepción arcaica de la enfermedad mental en la que las personas que presentan alguna patología deben estar aisladas y recluidas en los centros. Más que de “salud mental” se representa y habla del “trastorno mental”, como algo que le “toca” a alguien e indirectamente en las películas se refiere a mentes deficitarias que podrían ser reparadas (Míguez, Angulo & Díaz, 2015). Esto, conlleva a pensar el concepto de estigmatización, el cual se ve reflejado de diversas formas en el desarrollo de los tres productos audiovisuales seleccionados.

Estigmatización

Las personas que en determinado momento de su vida padecen una enfermedad mental han sufrido a lo largo de la historia estigmatización por parte de la sociedad: “la sociedad establece medios para categorizar a las personas y también los atributos que se consideran corrientes y naturales en los miembros de esas categorías”(Goffman, 2006, p. 12). Así como también, la existencia de atributos que “son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos” (Goffman, 2006, p. 13).

A estos conceptos se agregan aportes de De Martino quien refiere un estigma es cuando “un individuo posee una categoría que lo vuelve diferente de los demás, lo convierte en una persona menos apetecible, dejamos de verlo como una persona tal y lo reducimos a un ser menospreciado o inficionado” (De Martino, 2014, p. 88)

Ello ha generado actitudes de rechazo hacia quienes son etiquetados bajo el paraguas de la enfermedad por lo que se proyecta una imagen negativa que tiene consecuencias de diversa índole. Para Goffman, el estigma implica una doble perspectiva, por un lado la de los desacreditados -la “diferencia” es evidente en el acto- y por otro los desacreditables -la “diferencia” no es inmediatamente perceptible-. Los “normales” consideran que “la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” y por tanto

“practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona”.
(Goffman, 2006, p. 15).

El estigma se manifiesta en el comportamiento social de varias maneras, por ejemplo, a través de los estereotipos. Estos representan estructuras de conocimiento que la mayor parte de la sociedad ha aprendido; que alguien conozca la existencia de un estereotipo no significa que esté de acuerdo. En los casos en que las personas tienen reacciones negativas en consecuencia de determinado estereotipo, se habla de un prejuicio social. Es así, que se desarrollan actitudes y valoraciones que darían lugar a la discriminación. Esta es efectivamente un comportamiento de rechazo hacia las personas que presentan una enfermedad mental lo cual conlleva a la situación de desventaja social (Muñoz, Pérez Santos, Crespo & Guillén, 2009, p.13).

Los estereotipos más comunes están relacionados principalmente con la peligrosidad y la realización de actos violentos, la imprevisibilidad y la incapacidad. Estos estereotipos, conllevan a que la persona tenga barreras para desarrollar una vida social plena como consecuencia de esta previa estigmatización. Como ciudadanos, se pueden ver privados a oportunidades en el plano laboral, acceso a determinados bienes o servicios e incluso barreras en las relaciones interpersonales.

Estos elementos son visualizados en las tres películas seleccionadas de diversas formas. Comenzando por el ejemplo más básico: un joven ingresa al hospital y le preguntan “¿qué haces aquí? deberías estar buscando chicas” (Atrapado sin salida, 1975). En este sentido se

explicita qué es lo que se espera que un joven haga, es decir, qué es lo “natural”, contrastandolo con la situación en la que se encuentra en ese momento; y estar allí no lo es.

Por su parte, el prejuicio social también se refleja claramente. En el caso de *Inocencia Interrumpida* y de *No estoy loca*, los familiares demuestran vergüenza cuando se les comunica que la persona sufre un padecimiento psiquiátrico. También esto queda demostrado cuando la protagonista de *No estoy loca* se cuestiona por qué nadie le responde en Facebook: “¿qué pasa? ¿por qué nadie me contesta?” y otras usuarias le responden “pasa que nadie quiere ser amiga de una loca” (*No estoy Loca*, 2018).

A los estereotipos y la estigmatización que por sí sola trae la idea de la enfermedad mental, se suma que en las películas no queda claro qué es lo que está padeciendo cada personaje. Hay

“una tendencia general en el cine a confundir trastornos y mezclar síntomas de unos y otros. De ahí el batiburrillo confuso que podemos encontrar muchas veces al intentar analizar un film desde el punto de vista psicopatológico. Esquizofrenia y trastorno de identidad disociativo son en este sentido dos de los trastornos que con mayor frecuencia han sido confundidos y mezclados en las películas” (Vera Poseck , 2006, p. 81).

Por ejemplo, en la película *No estoy Loca*, hacen referencia a que una de las usuarias tiene una enfermedad bipolar, pero luego se muestra que la misma tiene alucinaciones con su hija y también comportamientos anímadados. Esto genera ciertos cuestionamientos de qué es lo que se quiere representar, mezclando conceptos, sin olvidar que es imposible poder diagnosticar u opinar sólo con los síntomas que representan en una película.

Otro elemento fundamental a analizar es cómo se trata la autonomía individual. En los tres casos, las personas están relegadas a lo que les indiquen en el hospital o el centro. Más allá de que esto no tiene porque generar estigmatización de forma directa, si queda en el imaginario que esa persona no puede decidir, que hay que decidir por sobre ella, sin consultar con otros técnicos, hablar con la persona, ver su opinión al respecto.

El estigma social está determinado por las instituciones “el saber médico, con sus criterios de peligrosidad e incapacidad del loco; la ley, con la existencia del manicomio y la legitimación del encierro en base a la peligrosidad (...) son determinantes esenciales de este imaginario social sobre la locura” (Galende & Kraut; 2008, p. 50). Es así que se legitima a la medicina

mental y el psiquiatra quién se entiende que actúa por el bien del enfermo y de la sociedad, lo que le da libertad de actuación frente a las situaciones, sin cuestionarse la violencia física o psicológica que esto conlleva.

Una vez que los personajes principales ingresan en el centro de rehabilitación o en el hospital, pasan a ser vistos de forma particular, es decir, son diferentes a los demás “dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio” (Goffman, 2006, p.14). Este estigma trae aparejado que ya no se toman en cuenta sus decisiones. En las películas se pone al sujeto en esa posición, de descrédito, en la que este ya no es capaz de decidir por sí mismo y por ende es necesario que la institución decida por sobre él.

Por otra parte, la estigmatización se visibiliza a partir de cuatro tipos de signos: comportamentales (comportamientos extraños, irregularidades en el lenguaje), déficit de habilidades sociales (déficit en el contacto visual, lenguaje corporal, temas de discusión), apariencia física (higiene personal forma de vestir) y las etiquetas (Muñoz et al., 2009, p.14).

Continuando con esta línea, se considera que hay una estética propia de lo “manicomial”, en las tres películas seleccionadas se observan muchos usuarios con comportamientos añados e incluso más allá de que no representen un papel con este comportamiento, los profesionales los tratan como si lo fueran. A su vez, también se identifica el déficit en el contacto visual y comportamientos que salen de la “normalidad” esperada; este es el caso de las usuarias que “ladran” o que piden “que las huelan”.

A su vez, también se debe resaltar cómo se naturalizan ciertos elementos e incluso se agregan juicios de valor a técnicas o medicamentos. Esto se ve reflejado en el siguiente diálogo de una usuaria del centro con la protagonista:

Usuaría: “No puedo comer porque tengo mi terapia electroconvulsiva. “

Protagonista: ¿Qué es eso?

U: “Es como la silla eléctrica pero acostadita. Es fantástico, te quedas dormida como un angelito. Te ponen audifonos de cerebro y te introducen electricidad. y de ahí te quedas tranquilita. Es lo más bueno que hay para la manía.”

(No estoy loca, 2018)

Tanto los juicios de valor como la forma en que nombra y el lenguaje que se utiliza para hacer referencia a las personas, a los medicamentos, a los tratamientos u otros elementos, contribuye a la formación de los prejuicios, las etiquetas y el estigma.

¿Cómo nombramos? La forma de hablar genera estigmatización

Como se plantea previamente, el lenguaje y la forma en que se nombra contiene subjetividad;

“el lenguaje es un elemento central en este proceso: constituye la cristalización de las dinámicas de poder. Nunca es un elemento neutro. Cuando a una persona concreta se la nombra en función de un solo rasgo desacreditador (depresiva, maniaca, esquizofrénica, inmigrante, prostituta...) lo que se evidencia en el fondo es el producto de la lucha social por el poder, el juego entre quienes ganan y quienes pierden. Por ello es tan importante nombrar de otra manera” (Aretio Romero, 2009, p. 292)

A esto, se le suma que “el discurso no es una cuestión exclusivamente lingüística, es una práctica política. Las categorías con arreglo a las cuales un grupo se piensa a sí mismo contribuyen a su propia producción política” (Crespo, Sevilla & Serrano, 2009, p. 83). Por ello, es necesario dar visibilidad a dichas cuestiones.

Entonces, la forma en que se nombra también es parte de la producción y reproducción del sistema y de la estigmatización; como destaca Bourdieu,

“Las categorías de percepción, los sistemas de clasificación, es decir, por lo esencial, las palabras, los nombres que construyen la realidad social tanto como la expresan, son la puesta en juego por excelencia de la lucha política, lucha por la imposición del principio de visión y de división legítima” (Bourdieu, 1987, p.159)

Dichas categorías y sistemas de clasificación, son fenómenos colectivos y sociales; “las categorías según las que un grupo se piensa y según las que se representa su propia realidad contribuyen a la realidad de ese grupo” (Bourdieu, 1982, p.158), éstas no son naturales, sino históricas.

En este sentido, se entiende que los conceptos que se usen para designar la enfermedad mental, a los usuarios de los servicios de salud mental, a los centros, entre otros, establecen

un marco interpretativo, el cual debe ser problematizado ya que de cierta forma producen y transforman a la sociedad; es necesario

“subrayar el papel, muchas veces descuidado en los análisis psicosociales, que juegan en las luchas políticas las batallas ideológicas, de ideas y/o de conceptos. Las transformaciones en los modelos económicos y políticos reclaman la instauración de una nueva doxa, que se constituye en un conjunto de tópicos y lugares comunes, que establecen una normalidad, en su doble sentido, como norma de actuación y como estado normalizado (...)” (Crespo et al., 2009, p. 83)

A su vez, también se debe problematizar sobre la historia de los términos, entendiendo el sentido que se les da. Por ejemplo, cuando se habla de salud mental, se hace referencia a existe la salud y la “ausencia de salud”, lo que significaría que existe quienes tienen salud y quienes no. También se considera que se debe problematizar en el concepto de “centro de rehabilitación”, ya que la propia palabra indica la necesidad de volver a habilitar, alguien, en este caso la institución, habilita al sujeto a hacer algo que antes no estaba habilitado.

Estos son ejemplos que demuestran la importancia de las palabras y que

“el análisis histórico permite analizar cómo una norma social, (...) pasa a ser una ley natural, para convertirse, posteriormente, en un motivo personal. (...) La “normalidad” que se instaura para pensar el orden contemporáneo es el resultado de una compleja evolución en donde correlaciona un orden económico y un orden social. Se establece así una estrecha relación entre una forma de organizar la producción y un orden social y político adecuado a su funcionamiento.” (Crespo et al., 2009, p. 83)

Se debe cuestionar y problematizar el abordaje que se le da a determinados temas y cómo la forma en que se nombran contribuyen a la creación de subjetividad, así como la legitimación de ello. Por ejemplo en *Atrapado sin Salida*, se identifican diversos términos para referirse a quién tiene un padecimiento psiquiátrico. De acuerdo a la traducción, se llaman unos a otros como “lunáticos”⁵ o “pandilla de locos”⁶, los cuales tienen una connotación que no sería adecuada para el caso.

⁵ “Persona que tiene cambios bruscos de carácter o de humor sin explicación”(Diccionario Google)

⁶ Despectivamente como “grupo de personas que llevan a cabo acciones que se consideran negativas o incluso ilícitas”(Diccionario Google)

Por otro lado, en las mismas, se trata de corregir a la persona y queda en cuestionamiento si ese síntoma que presenta es pasajero, si puede eliminarse, como si estuviese “mal” que la persona pase por esa situación o se sienta de determinada forma.

Tomando los aportes de Robert Pérez Fernández en “Salud Mental, comunidad y derechos humanos” (2017) se puede decir que el problema no es la existencia de una forma de clasificar “por el contrario, los sistemas de clasificación tienen la enorme virtud de permitir entidades globales de afección y por tanto definir políticas y delimitar modalidades de intervención adecuada” (p. 118); sin embargo el problema surge cuando a esa forma de nombrar o etiquetar se le adjudica “un estatuto de realidad propio y por fuera de las condiciones de producción y sostén de la situación” ya que éstas formas “producen fácilmente un desplazamiento y sustitución del sujeto por la enfermedad, lo que produce el efecto de que a muchas personas con sufrimiento psíquico se les termine desconociendo su propia calidad de persona y violando todos sus derechos” (p.118).

De esta forma, a partir de la etiqueta “una situación compleja es reducida a una etiqueta que provee la tranquilidad de una explicación lineal del trastorno por fuera de la persona y sus condiciones de vida” (p. 119).

En definitiva, se puede decir que el estigma puede ser producido por la forma en que se nombra, asociando a las enfermedades o situaciones con atributos descalificadores; de modo que se piense a la locura asociada en conjunto a otras ideas, como podría ser el asociar a quien tiene algún padecimiento psíquico con el mito de que es una persona peligrosa.

Estigma y peligrosidad

Se considera necesario profundizar en la idea de que quienes padecen una enfermedad son peligrosos. Quienes están internados están atrapados ya que pueden ser peligrosos para el mundo. En la película No estoy loca, al referirse a una usuaria que se acercó de forma “extraña” la enfermera menciona “tranquila es inofensiva, ahora está mucho mejor” (No estoy loca, 2018).

Por otro lado, en Atrapado sin salida, cuando el usuario ingresa al hospital se le indica que será evaluado para decidir si es un enfermo mental o no, suponiendo un posible riesgo. Tomando aportes de Castel, se puede decir que,

“decir de alguien que es «monomaniaco» o «perverso instintivo» significa ya suponer un riesgo, pero un riesgo que, paradójicamente, se supone que reside en un sujeto incluso cuando, como ocurre con frecuencia, no se ha manifestado todavía de hecho. De aquí se deriva la imprevisibilidad de la manifestación patológica: todos los alienados, incluso aquellos que parecen tranquilos, son portadores de una amenaza, pero la realización de dicha amenaza sigue siendo aleatoria. «Inofensivos hoy, pueden convenirse en peligrosos mañana»” (Castel, 1986, p.222)

Según dicho autor, se autonomiza la noción de riesgo respecto a la del peligro;

“Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino que es un efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables” (Castel, 1986, 229)

Esta noción de riesgo conlleva a que exista vigilancia para con las personas, buscando anticipar o impedir “la emergencia de un suceso no deseable: enfermedad, anomalía o comportamiento desviado” (Castel, 1986, 230), más allá de que luego pueda no manifestarse a lo largo de su vida.

La peligrosidad se presenta de diversas formas en las películas; por ejemplo se visualiza en las estructuras físicas del hospital (especialmente en Atrapado sin salida y en Inocencia Interrumpida) en donde se muestran barrotes y cercas en el predio. En No estoy loca, las usuarias también tratan de escapar de diversas formas. Estas ideas representan la peligrosidad y generan una visión negativa de las mismas -es así, que la propia institución genera estigmatización-. Los centros y los funcionarios son figuras represivas. Esto también se visualiza de modo irónico cuando la madre de la protagonista la va a visitar y le lleva cigarrillos para que intercambie por otras cosas - como si fuese una cárcel - y argumenta que vió “vis a vis”⁷.

⁷ Vis a Vis es una serie española, que acontece en una cárcel de mujeres.

La finalidad del aislamiento parecería no ser el tratamiento sino proteger a la sociedad de estas personas. Más aún teniendo en cuenta que “la historia muestra que el manicomio, como lugar específico para la internación y tratamiento del enfermo mental, no es una creación originada por la medicina, ni representa ningún progreso en la psiquiatría (...) fue una creación política para atender un problema social (Galende & Kraut, 2006, p. 40)

Se considera que con la excusa de la peligrosidad, se utilizan diversas estrategias para aislar o “expulsar” a los individuos, basados en la utilidad de estas personas en el sistema capitalista. Para ello, es necesario excluir a partir de “construir espacios cerrados en el seno de la comunidad, pero separado de esta” (Castel, 2004, p. 65).

Basaglia (2008) cuestiona la idea de que el individuo sería irracional según el paradigma social y el manicomio lo transformaría en racional teniendo en cuenta a la ideología dominante. Esto implica la búsqueda de que el individuo sea productivo;

“el destino de los locos es el revelador siniestro de las contradicciones que encubre y determina nuestra racionalidad burguesa, proclamadamente humanista y efectivamente tecnocrática y reificante. La racionalidad instrumental del capitalismo ha promovido todo una serie de técnicas y saberes (...) cuyo proyecto implícito es el de velar, desplazándolo, el origen de las contradicciones y amortiguar / neutralizar (...) a los individuos más desvalidos de nuestra sociedad en los que estallan tales contradicciones de forma perturbadora para el funcionamiento del sistema” (Basaglia; 1988, p. 7)

En definitiva, el encierro tiene como principal objetivo controlar a las personas y muchas veces, este es llevado adelante y aceptado por quienes están al frente de las instituciones, como son los médicos.

Estigma y poder médico

Bajo el paradigma médico o del saber científico, se utilizan categorías para normalizar y controlar a las personas. Desde el Siglo XVIII se visualiza la tendencia a buscar mantener a la población sana para el funcionamiento de las fuerzas productivas y por ello, la medicina tiene un papel esencial desde el nacimiento hasta la muerte del individuo. Tomando ideas de Foucault (1974), “el control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo (...). El cuerpo

es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1974, p. 5). Es por ello, que el Estado debe garantizar el cumplimiento de reglas y normas que controlen a los individuos en toda su trayectoria de vida.

Continuando con esta línea, Mujica sostiene que “(...) el uso del cuerpo, el control del cuerpo, la regulación del cuerpo y también su perversión, maltrato, encierro o exterminio, son los que de un modo u otro permiten comprender si estamos frente a una persona o a una reducción del sujeto convertido en un cuerpo biológico sin más” (Mujica, 2009, p. 76), esto implica que “un nuevo poder aparece en la escena, un poder que pretende defender, proteger, tutelar y organizar la vida” (Mujica, 2009, p. 102)

Este tipo de “saber médico”, entonces, se puede vincular con el concepto de “poder simbólico” que menciona Bourdieu⁸. Es un tipo de poder que se encuentra naturalizado en la sociedad; “con el diagnóstico psiquiátrico, el loco reconvertido en enfermo mental y sometido a tratamiento, incluso en contra de su voluntad. Porque la psiquiatría de entonces era omnipotente frente al loco o enfermo mental, cuyo discurso negaba por incoherente y cuya palabra solo servía para verificar un diagnóstico” (González Duro, 2002, p. 13). Entonces, teniendo en cuenta estas circunstancias, dicho poder simbólico coloca a la persona se en una posición desfavorable -casi subordinación- con respecto al médico.

El psiquiatra hace de “garantía moral y jurídica de este proceso, no basado en ningún conocimiento científico de la enfermedad, sino en el poder que se le ha delegado para disponer sobre estas persona” (Galende & Kraut, 2006; p. 42). Esto se ve reflejado en las tres películas, en la que los médicos son quienes deciden cuánto tiempo deben estar allí hasta que consideren que están “sanos”. En las películas se neutraliza y normaliza esta idea, de que es el médico el que decide por sobre la persona.

Ejemplo 1:

⁸ El poder simbólico entendido como “un poder de la construcción de la realidad que tiende a establecer un orden gnoseológico: el sentido inmediato del mundo” (Bourdieu, 2000, p.67). Se entiende que el poder simbólico es utilizado para imponer significaciones por lo que determina en cómo se percibe o representa la realidad. Es decir, construye una visión del mundo que predomina por sobre otra, lo que implica que incide en el sentido común, los prejuicios, mitos, etc.

Desde el hospital informan a usuaria: “*entraste a nuestro cuidado, nosotros decidiremos cuándo (te vas), no estás lista*”. (Inocencia Interrumpida, 1999).

Ejemplo 2:

El Dr psiquiatra le dice a personaje principal: “*¿cree que hay algo que no funciona en tu cabeza?*” y continúa: “*vamos a evaluarlo, decidiremos qué tratamiento necesita*” (Atrapado Sin Salida, 1975)

Lo previamente mencionado hace refuerza la idea de catalogar al hospital o clínica psiquiátrica como una institución total (Goffman, 1994). “Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio, tiene, en síntesis, tendencias absorbentes” (Goffman, 1994, p. 17). En las películas, se remarca la idea de la institución como institución total, por ejemplo, en ocasiones en las que la persona debe solicitar cosas “insignificantes” como puede ser usar un teléfono o fumar un cigarrillo para que les autoricen a hacerlo.

Por otra parte, también se les impone una rutina diaria que es ajena a las personas, es decir, no se sienten identificado con la misma. En estos casos, las rutinas que se reflejan son similares entre sí, por ejemplo en los films hay clases en las que se les pide a los usuarios “actuar”de árboles (en No estoy loca e Inocencia interrumpida), o clases de baile para liberar los sentimientos.

En la mayor parte de los diálogos en relación a la enfermedad y el porqué están allí, se habla de un “otro”, que es diferente y que quizás no tenga capacidad de definir lo que “es mejor” para sí mismo. Este es”el motivo” por lo que debe estar encerrado en dicho lugar para que los profesionales médicos decidan cuándo es el mejor momento de que esta persona pueda salir de allí.

Carolina: esto no es una cárcel

Madre: ¿ah no? ¿puedes salir cuando quieras?

Carolina: no.

Madre: cárcel pues, cárcel

(No estoy loca, 2018)

Nuevamente, se entiende que esta forma de tratar a la enfermedad mental produce estigmatización, creando diferencias entre las personas,

“Con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco perdía gran parte de su condición humana y adquiría la categoría de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados a toda costa. Porque el loco era peligroso, o podía serlo en cualquier momento, y por eso era preciso detectarlo precozmente, internarlo, tratarlo y curarlo...”(González Duro, 2002, p. 13)

En relación a esto se retoman ideas de Foucault, entendiendo que se presenta al médico psiquiatra como el “dueño de la locura” - no se tienen en cuenta las miradas de otros profesionales y menos aún de la propia persona-. Esta disciplina se presenta como neutra, como una ciencia médica, más allá de que pueda no serlo. Es así que se considera que la pretensión del saber de la medicina tiene una función normalizadora, como un aparato de Estado.

No se debe dejar de lado la idea de “medicalización” como forma de mantener el status quo en la persona. Ésta es la “permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos” (Ortega, 2008, p. 27). Además, “la medicalización es un proceso de dominación ideológica... incluye la intromisión en la moralidad de las personas” (Díaz, 2014). La medicina se impregna en otras áreas como puede ser el campo social, según Ortega, lo médico se impone en “dominios de la vida de los individuos que anteriormente eran totalmente externos a la medicina y, con ello, permitiendo codificar en términos de salud/enfermedad comportamientos que permanecían en otras áreas de la vida social” (Ortega, 2008, p. 28). En suma,

"la medicina no es solo el arte de curar; es también meditación sobre el sufrimiento, la vida y la muerte. Los médicos no solo hablan de sus especialidades; hablan permanentemente de la vida, la sociedad, los valores, diciéndonos así cómo tenemos que vivir, sufrir, gozar, parir, enfermar, morir." (Mitjavila, 1992, p. 38)

En consecuencia será el médico quien indicará qué debe hacer, cómo y en qué circunstancias en todos los aspectos de la vida de las personas, interviniendo de diversas maneras y de formas que pueden ser imperceptibles - en conductas, hábitos- ; es la voz de este profesional

la que muchas veces indicará que es lo normal y lo anormal y lo que se debe o no hacer. En otras palabras, se legitiman y socializan valores.

Normal y anormal

El estigma también es producto de la demarcación entre lo “normal” y “anormal”. Lo normal sería lo definido como Salud Mental y lo anormal sería la enfermedad, hay una interferencia, una disfunción. Cuando se hace alusión a trastorno psiquiátrico, se hace referencia a un término que categoriza o etiqueta a la población en base a dicho padecimiento psíquico. Indirectamente, se indica que se debe ser de determinada forma dentro de la sociedad. Se cataloga al individuo desde el poder médico según “cuánto se aleja” de lo que se considera normal.

La normalidad, establece un criterio de “funcionalidad, de utilidad y de capacidad de adaptación a los desafíos y resolución de problemas de la vida cotidiana” (Rosato & Angelino, 2009, p. 23). Como mencionan los autores, “lo normal también es entendido como una convención de la mayoría, a la vez que considera la totalidad –el “todos” como un todo homogéneo–, cuya regularidad adquiere un valor prescriptivo: como son todos es como se debe ser” (Rosato & Angelino, 2009, p. 23).

El sujeto normal es un prototipo, hay un parámetro para medir y evaluar a todos los demás y eso marca a la vida de la persona, desde su conducta, sus aprendizajes hasta sus deseos. Para los autores mencionados, la dimensión productiva aparece en las normas; la idea de producir cuerpos a su medida, cuerpos útiles, productivos y capaces de adaptarse a los requerimientos de la inserción productiva en un mundo “normal”.

Se habla de un “trastornado mental” como alguien que no es igual al resto, pero que de todas formas merecen un lugar en la participación social.

“Esto implica una posición teórica (...) que de algún modo da por sentado que ese otro tiene “individualmente” una dificultad, que es material, tangible e incorregible y de lo que se trata es de posibilitar que en esas condiciones los sujetos puedan acceder a cierto tipo de circuito de participación e inclusión social” (Rosato & Angelino, 2009, p. 3).

Esta idea de demarcación entre normalidad o anormalidad se refleja en las películas seleccionadas. La protagonista se pregunta: “¿Estoy sana o estoy loca?” y ante la pregunta argumenta “Tenés que encajar con los de afuera”. (Inocencia Interrumpida, 1999). Estos conceptos, “tienden a establecer líneas divisorias al interior de las relaciones sociales.” (Rosato & Angelino, 2009, p. 170).

Se considera oportuno sumar a ello los aportes de Canguilhem, quien refiere a lo normal y lo patológico

“es evidente que la frontera entre lo normal y lo patológico se hace imprecisa. Pero esto no nos conduce para nada a afirmar la continuidad entre una normalidad y una patología idénticos por esencia —salvo por variaciones de tipo cuantitativo—, a afirmar una relatividad de la salud y de la enfermedad suficientemente confusa como para que se ignore dónde termina la salud y dónde comienza la enfermedad. La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente. Aquello que es normal —por ser normativo en condiciones dadas— puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone” (Canguilhem, 1971, p. 138)

Esta frontera entre lo normal y lo patológico, entre lo que algunos consideran normal o anormal, dependerá de la subjetividad de la persona y de lo que la sociedad y la cultura han impuesto a lo largo de la historia. Esto, conlleva a diferenciar un “nosotros” entre aquellos que se consideran “normales” y “los otros” serían los distintos a ellos.

Nosotros y los otros

El estigma se relaciona con la idea de “alteridad”; este no es simplemente diferenciación “o sea, no se trata de la constatación de que todo ser humano es un individuo único y que siempre se pueden encontrar algunas diferencias en comparación con cualquier otro ser humano” (Boivin, Rosato & Arribas, 2004, p. 19). La alteridad es diferenciación, tiene que ver con “lo extraño”, con la confrontación de singularidades de otro, es decir, siempre refiere a un otro. A su vez, se remarca la idea que la alteridad es un mecanismo para la interacción

“para marcar anticipadamente una relación entre <nosotros y los otros>” (Boivin et al., 2004, p. 12).

Ese “yo” - “nosotros”, entonces, está en contraste con algún otro, al que se le atribuyen ciertas características con relación a nosotros mismos. En este punto, es muy importante hacer referencia a cómo se construye alteridad, como se pone a “el otro” en relación con uno mismo. La enfermedad es de otro, es algo ajeno.

Teóricamente se podría atribuir esta idea al hecho de que “todo aquello que está en mi entorno inmediato y fuera de mi control se convierte inmediatamente en un germen de temor” (Boivin et al., 2004, p. 12). El temor a la diferencia, también es mencionado por otros autores, como Skilar y Duschatzky, quienes indica que “el carácter imprevisible de la alteridad transforma lo indecible en peligroso” (Duschatzky & Skliar, 2000, p. 38).

Por otra parte, Skilar también refiere a la idea de “deficiencia”, la cual, la persona da por entendido que se trata de hecho biológico, sin problematizarla. Lo que hay que estudiar, no sería a la persona “deficiente”, y lo que la norma espera de ella, “sino los procesos sociales, históricos, económicos y culturales que regulan y controlan la forma acerca de cómo son pensados e inventados los cuerpos y las mentes de los otros” (Skilar, 2002, p. 5) ya que la deficiencia es una cuestión socio histórica.

La alterización se está produciendo marcando una diferencia entre unos y otros, para construir la otredad, uno elige en que hace hincapié, que es lo que importa del otro. En este caso, se habla del trastorno mental como atributos para designar a las personas. También se puede comenzar a visualizar como hay un autocentramiento, en el que no se puede comprender el punto de vista del otro y se reproduce la perspectiva hegemónica de la sociedad, así como las relaciones asimétricas y las desigualdades; la etiqueta de “loco” se le atribuye a las personas que están en una clara desventaja en el ejercicio de los derechos como ciudadanos y en situación de vulnerabilidad social⁹.

⁹ En este documento, se hace referencia a la idea de vulnerabilidad social diferente a la de pobreza, entendiéndolas como distintos procesos societales. Según Castel, la primera se define en función de la debilidad de los lazos de integración social y los soportes de proximidad que son inestables. Está estrechamente relacionada con el concepto de desafiliación como debilidad de los soportes del individuo moderno “el concepto pertenece al mismo campo semántico que la disociación, la descalificación o la invalidación social. Desafiliado, disociado, invalidado, descalificado, ¿con relación a qué? Este es precisamente el problema” (Castel, 2004). Se entiende que el individuo puede estar

Por otro lado, cabe resaltar que el nosotros es todo aquello que representa mi grupo cultural y social, y los otros, son los que no forman parte de él. Cuando se habla de “los otros”, muchas veces se hace referencia a algo negativo, y el “nosotros” se hace referencia a designaciones que son valoradas.

Por último, es muy importante señalar que “necesitamos del otro, aunque asumiendo cierto riesgo, pues de otra forma no tendríamos cómo justificar lo que somos, nuestras leyes, las instituciones, las reglas, la ética, la moral y la estética de nuestros discursos y nuestras prácticas. Necesitamos del otro para, en síntesis, poder nombrar la barbarie, la herejía, la mendicidad, etcétera, y para no ser, nosotros mismos, bárbaros, herejes y mendigos” (Duschatzky & Skliar, 2000, p. 39). En definitiva, “los sanos”, necesitamos de ese otro para diferenciarnos y delimitar dónde se para cada uno, que haya una persona trastornada, confirma a uno mismo que está “cuerdo”.

Los planteos previamente mencionados, se reflejan en algunas escenas como las siguientes.

Ejemplo 1: Diálogo psiquiatra (P) y Usuaría (U) (No estoy loca, 2018):

U: *“Yo no pertenezco a este lugar”*

P: *“¿y por qué no?”*

U: *“porque yo no estoy loca”*

Ejemplo 2: Una usuaria hablando de su hija:

“Me da tanta pena que me vea encerrada en este lugar mugriento, lleno de gente rara” (No estoy loca, 2018)

Para cerrar, se considera oportuno presentar una frase que se presenta en las últimas escenas de la película No estoy loca, en la que la médica psiquiatra le dice a la usuaria “solo las personas que están cuerdas son capaces de reconocer su locura”, recalcando la idea de que hay personas que están “cuerdas” y otras que no lo están y haciendo un claro énfasis en lo que se espera de ella y lo que no.

en en diversas posiciones de acuerdo a la inscripción o la ruptura con respecto al sistema relacional en el plano social. La pobreza, en cambio hace referencia a una situación de carencia actual, mientras que la vulnerabilidad trasciende esta idea.

REFLEXIONES FINALES

El presente documento buscó realizar un análisis de cómo se representa la enfermedad mental en el cine en las últimas décadas, de modo de poder reconocer la imagen que se presenta sobre las personas y el estigma asociado a la misma; que refleja lo que la sociedad en general tiene como idea general de la misma.

Tanto en *Atrapado sin Salida* como en *Inocencia interrumpida*, se generan dramas que buscan tratar temas profundos, mientras que *No estoy loca* se podría categorizar como una comedia. Sin embargo, más allá de estas diferencias en la forma de presentar el contenido, en las tres se tratan los temas muy ligeramente, por arriba, casi como si la enfermedad fuese una elección y que solo con aceptarse a uno mismo ya es suficiente, dejando de lado muchos otros elementos como puede ser el sufrimiento asociado.

Se destaca el hecho de que por un lado, en las tres películas en algún momento se abarca la idea de que “todos somos locos”, pero por otro, en las tres también se refiere directa o indirectamente “está mal serlo”. Se entiende que este doble discurso existe en la sociedad misma, como las dos caras de una misma moneda: se muestra aquello que no queremos ser.

En este sentido, hay dos frases de la película *No estoy Loca*, que representan gran parte de lo planteado en el documento. Ambas se mencionan al darle de alta a la usuaria por parte de los médicos. Uno, le dice: “Felicitaciones, no estás loca” y otra agrega “fue un placer tenerla, ojalá no vuelva más”, ambos se mencionan con ligereza como si ello fuese una elección particular de ella o que si haciendo lo que ellos indiquen como tratamiento, pueda estar de

uno u otro lado. De este modo se enfoca en la individualización¹⁰ de la enfermedad y recae sobre la propia persona el poder decidir su situación.

A su vez, más allá de que mayoritariamente en los films se ve una representación estereotipada, en ocasiones también se muestra a las personas detrás de las patologías que demuestran que pueden apropiarse de su situación. A este tipo de mensajes, que fortalecen la autonomía de las personas, es a lo que se considera que se debería aspirar. En definitiva, el cine y los medios audiovisuales en las nuevas plataformas, son clave en la creación o reproducción de pensamiento, ya sea de forma positiva o negativa en relación a la enfermedad mental. Por tanto, se debería pretender que la comunicación de masas busque lograr comprensión y entendimiento de los miembros de una comunidad.

Estas películas, como tantas otras escenas de los medios de comunicación o de la vida cotidiana, contribuyen a pensar la profesión del Trabajador Social, como profesional que busca problematizar las situaciones, sin dar nada por hecho. De esta forma poder trabajar con las personas y sus familias en la desnaturalización de ciertos elementos, para poder comprender la situación y definir en conjunto las mejores estrategias para abordar la vida cotidiana.

Se considera que el objetivo principal para el trabajo con las personas que sufren una enfermedad mental es hacer hincapié en que ellas justamente logren la autonomía y realización personal de acuerdo a sus posibilidades - y buscando salir del modelo asilar arcaico-. De este modo trabajar en el conocimiento de sus derechos y deberes como personas

¹⁰La individualización es “la noción de individualización social refiere a la responsabilidad individual frente al manejo de la propia vida, y esta atribución se deriva de la percepción y el tratamiento de los problemas sociales como si fuesen problemas individuales” (De Martino, Vecinday, 2011; 38). Además, “este es un proceso social que se caracteriza por la progresiva desvinculación de los individuos respecto de las instituciones y marcos de sentido (...) que hacen del individuo y ya no de la sociedad, el centro de toda iniciativa, acción y padecimiento. Cada individuo, desde su particular posición en el desigual orden social, es compelido a construir su propia biografía, a elegir permanentemente sus cursos de acción en un entorno cambiante e inestable que no ofrece ya (...) marcos colectivos de referencia y arraigamiento” (Díaz, Godoy, Stecher, 2005, p. 12). No se debe confundir individualización con autonomía de la situación, ya que la primera, implica que la persona sea la responsable final de su situación dejando de lado al sistema, los procesos sociales y todos los mecanismos que hacen que la sociedad funcione de determinada forma. La autonomía es el poder pensar por sí mismo, y poder decidir sobre su vida y su enfermedad, teniendo en cuenta su opinión y perspectiva para todo lo que se lleve a cabo.

y ciudadanos, como parte de un ejercicio de empoderamiento como personas, derribando el mito de que existe un “nosotros” y un “ellos”.

Por otro lado, también es importante plantear el interés del trabajador por la persona particular y no por “el caso”, es decir que tratamos con una persona que tiene o cursa una enfermedad y no con una enfermedad.

Es así que se considera fundamental seguir trabajando en estrategias que busquen sensibilizar a la población, pero sobre todo informar, rompiendo mitos y presentando las realidades de los individuos, más aún, teniendo en cuenta que 1 de cada 4 personas tendrá un padecimiento psíquico a lo largo de su vida. No es algo ajeno, ni lejano, ni raro; está en el día a día, pero para ello es necesario visibilizarlo, así como llevar adelante estrategias de promoción y prevención.

Esto es importante para la persona que atraviesa esa situación -brindando información y buscando estrategias -, su familia -formas de acompañamiento y búsqueda de estrategias en conjunto- y la sociedad en general, ya que en definitiva se abren o cierran puertas de acuerdo a lo que la sociedad tiene en su imaginario colectivo, lo que considera que está bien o mal. Por ello, la dimensión socio cultural es fundamental porque es ella la que puede transformar la visión sobre sí misma.

Por último, resta reflexionar sobre la idea de que no alcanza con buscar combatir el estigma, sino que también hay que “estar a favor de algo”, es decir, proponer nuevas ideas, proyectos, actividades que cursen esta línea. No alcanza tampoco solamente cerrando los manicomios, no se soluciona el prejuicio ni la imagen que hace tanto tiempo se viene construyendo. Sin embargo, lo que sí importa es que haya nuevos paradigmas que vayan naciendo, al tiempo que se van descartando los viejos.

Como colectivo profesional los trabajadores sociales tienen el desafío de apropiarse de este espacio, que históricamente fue apropiado por otros campos o saberes, para poder lograr una intervención interdisciplinaria que contribuya al trabajo con las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amico, Carmen (2004). *Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental"*. Revista Margen nº 35. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Edición electrónica disponible en <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Angelino, MA., Rosato, A. (Coords). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.
- Aretio Romero, Antonia (2009). *Una mirada social al estigma de la enfermedad mental*. Cuadernos de Trabajo Social vol. 23 - 2010.
- Basaglia, Franco. (1988) *Razón, locura y sociedad*. México D.F., México. Ed. Siglo XXI.
- Becerra, Rosa María, Kennel, Beatriz Liliana (2008). *Elementos básicos para el trabajo social en salud mental*. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Boivin, Rosato & Arribas, (2004). *Constructores de otredad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bourdieu, Pierre (2000). *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires, Eudeba.
- Canguilhem, Georges (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires, Siglo xxi argentina.
- Castel, Robert, (1986). *De la peligrosidad al riesgo*. En Wright Mills, C; Foucault, M; et al. *Materiales de sociología crítica*. Madrid, Las Ediciones de la Piqueta.
- Castel, Robert (2004). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós
- Crespo, E., Revilla, J. y Serrano, A. (2009). *Del gobierno del trabajo al gobierno de las voluntades: el caso de la activación*. *Psicoperspectivas*, VIII (2), 82-101.

Disponible en _

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/68/72>

- De la Peña Martínez, Francisco (2009). *Las imágenes de la locura en el cine como representaciones culturales*. Cuicuilco vol.16 no.45; México. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100002
- De Martino, Mónica (2014). *Familias y Estado en Uruguay. La práctica profesional del trabajo social*. Montevideo, Universidad de la República, CSIC.
- De Martino, Mónica y Vecinday Laura (2011). *Notas sobre nuevas formas de gestión de la pobreza: individualización, informatización y responsabilidad familiar de los problemas sociales*. Tend.Ret - No. 16 - pp. 33-42
- Díaz, X., Godoy, L., Stecher, A., (2005). *Significados del trabajo, identidad y ciudadanía: La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible*. Santiago de Chile, Centro de Estudios de la Mujer.
- Foucault, M. (1974). *Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en Curso de medicina social*. Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>
- Galende, Emiliano y Kraut Alfredo Jorge (2006). *El sufrimiento Mental, el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires. Lugar Editorial
- Goffman, Erving (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Goffman, Erving (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. , Amorrortu ediciones.
- González Broquen, Ximena (2007). *El poder simbólico de los medios de comunicación*. Mérida – Venezuela, Revista semestral de filosofía práctica, Universidad de Los Andes. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/19134/articulo2.pdf;jsessionid=>

- González Duro, Enrique (2002). *Concepto actual de locura y nuevas formas de tratamiento*. Revista Norte de Salud Mental no. 15. Disponible en https://primeravocal.org/wp-content/uploads/2014/07/concepto-actual-de-locura-y-las-nuevas-formas-de-tratamiento_primeravocal.pdf
- Mitjavila, Myriam (1992). *Espacio político y espacio técnico*. Montevideo, Cuadernos del Claeh, Vol.17, no. 62.
- Morín, Edgar (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa.
- Muñoz, M., Pérez Santos E., Crespo M., Guillén, AI,. (2009). *Estigma y enfermedad mental, análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid, Editorial Complutense S.A.
- Mujica, Jaris (2009). *Microscopio. De la bioética a la biopolítica*. Lima, Centro de defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos (Promsex).
- Ortega, E. (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. Montevideo, Trilce.
- Ottati, V., Bodenhausen, GV, y Newman Ls (2005). *Modelos psicológicos sociales de la enfermedad mental, el estigma*. En PW Corrigan (Ed.), *En el estigma de la enfermedad mental: estrategias prácticas para la investigación y el cambio social*. Washington DC; Asociación Americana de Psicología.
- Pérez Fernández, Robert (2017). *¿Enfermedad Mental o sufrimiento psíquico?.* En Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos. Montevideo, Pícolibros universitario.
- Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Galicia, 2008.

- Skliar, C. (2002). *La invención de la alteridad deficiente desde los significados de la normalidad*. En: Revista Propuesta Educativa N° 22.
- Todorov, T. (1991). *Nosotros y los otros*. Madrid: Siglo XXI.
- Vera Posek, Beatriz (2006). *Locura y cine: claves para entender una historia de amor reñido*. Revista de Medicina y Cine, número 2, Ediciones Universidad de Salamanca. Pág: 80-88.

Recursos electrónicos

- Vera Poseck, Beatriz (2007). Manicomios de cine: la representación de las instituciones mentales y sus procedimientos en la gran pantalla. Disponible en: <http://revistamedicinacine.usal.es/es/volumenes/89-vol3/num216/207-manicomios-de-cine-la-representacion-de-las-instituciones-mentales-y-sus-procedimientos-en-la-gran-pantalla> [Setiembre, 2018]
- OMS. *Salud mental: un estado de bienestar*. Publicación diciembre 2013. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [Setiembre, 2018]

Recursos Audiovisuales

- Título: Alguien voló sobre el nido del cuco (España) - Atrapado sin salida (Uruguay). Dirección: Miloš Forman. Estados Unidos. 1975. Productora: Fantasy Films. Distribuidora: United Artist.
- Título: Inocencia interrumpida. Dirección: James Mangold. Alemania - Estados Unidos, 1999. Productora: 3 Art Entertainment. Distribución: Columbia Pictures.
- Título: No estoy Loca. Dirección: Nicolás López. Chile, 2018. Productora: Sobras international pictures. Distribución: DF distribución.

ANEXOS

A continuación se muestra algunas escenas y diálogos seleccionados para el análisis.

P - hace referencia a personaje principal

U. hace referencia a un usuario o usuaria

M - hace referencia a un médico psiquiatra

E - hace referencia a un enfermero o enfermera

SOBRE EL HOSPITAL - CLÍNICA DE REHABILITACIÓN

	Estructura	Personal	Usuarios	Actividades	Tratamiento/ medicalización
Atrapado sin salida	Primera escena: estructura de rejas Persona atada manos y pies con candado	E: “si no la toma (la medicación) se la administraremos de otra forma que no le gustará” E: “Tu madre me dijo que ...” - Presión. Ante una situación incorrecta E: “lo que me preocupa es cómo se lo tomara tu madre” La encargada siente una amenaza a su autoridad, por lo que confisca los cigarrillos de los pacientes y los	Persona que grita y baila al entrar al hospital Los llevan atados a sala que en la que están los “más locos” (según palabras del personaje)	Actividades de baile y respiración Reuniones en las que se charla sobre temas que ellos traigan a colación.	Primeros minutos de la película llaman para entregar la medicación E: “Sr. su medicación”. P: “¿qué es?” E: “le hará bien” P: “no me hace mucha gracia tener que tomar algo si no se lo que es” Persona que grita porque se quema... y se lo llevan entre tres enfermeros. Usuario que se “descompone”. P: “dejalo en paz, ya se va a calmar” Pero se lo llevan en camilla para sala de

		racional de acuerdo a su criterio.			electroshock Castigo: electroshock
Inocencia interrumpida	Barrotes al comienzo de la película. Encierro. “Esto es un hotel comparado con otros lugares”	Controles de enfermeras en cuartos cada 10 minutos de noche. Tiran a personaje principal a una bañera de agua fría por no despertarse.	Cuando entra la usuaria, el resto la reciben con gritos y caras de miedo. No se menciona por qué una persona mentirosa debe estar en el hospital Chica “sexie” que nadie sabe motivo por el que está allí	Se muestran actividades de recreación como si fuesen niñas. Ejemplo: “ustedes son árboles”.	Usuaría que es llevada a aislamiento por decir “soy fea” Utilización de electroshock como castigo. Enfermera que aconseja: “No te hundas aquí” Le entregan un somnífero ya que “la última noche es larga” Utilización de chaleco de fuerza y atar persona a la cama
No estoy loca	Cuando el personaje se levanta luego del “intento de suicidio” se encuentra en una habitación blanca con paredes acolchonadas, una camilla y atada. Pregunta: “¿estoy en un manicomio?” Le indican que	Le dicen que la ingresaron por intento de suicidio. Hay tres personas agarrandola cuando ella ya está atada y la sedán. La invitan a gritarle al pavo real. Le entregan un chupetín	Persona que saluda efusivamente, le grita la llama a sentarse con ella como si no se diese cuenta, Menciona que “amigo que le ama, Jesús, le iba a mandar una amiga”. De esta misma usuaria se dice que es	Terapias ocupacionales: teatro, danza, música, yoga. Bailan reggaeton. Se les habla en diminutivo y como niña. Trabajan como si fuesen árboles Recortan manos para ponerle una	M - “Este medicamento te sirve para la depresión también”. P - “Pero si yo no tengo depresión.” M- “No, uno nunca sabe, lo digo por decir.” U: “No puedo comer porque tengo mi terapia electroconvulsiva.” P: ¿Qué es eso? U: Es como la silla eléctrica pero

	<p>todos los ambientes son de libre circulación</p> <p>Mascota del centro un pavo real</p> <p>La clínica se llama “El Edén”.</p> <p>Menciona que “parece más el purgatorio”.</p> <p>P: “¿Cuánto tiempo más quieren que me quede aca?”</p> <p>-M: “el necesario para tu total recuperación”.</p> <p>“Tengo todo listo para cuando te liberen”</p>	<p>Le consultan a una usuaria cómo tiene una tablet y responde “Regalo del enfermero, que dejo que me mire mientras me ducho.”</p>	<p>bipolar y se hace referencia a que se imagina que ve a su hija (que ha muerto) Se suicida.</p> <p>Persona que le habla para quitarle los demonios</p> <p>Persona estática</p> <p>Persona que se revuelca por el piso</p> <p>Persona que le hace oler las axilas . Tranquila “es inofensiva” está mucho mejor.</p>	<p>frase: se le llama el muro de la sanación.</p> <p>Terapia de grupo</p> <p>No salirse de lo establecido</p> <p>Doctor que hace terapia en jardín</p>	<p>acostadita. Es fantástico, te quedas dormida como un angelito. Te ponen audífonos de cerebro y te introducen electricidad. y de ahí te quedas tranquila. Es lo más bueno que hay para la manía.</p> <p>M: “¿Si sentías angustia, porque nunca tomaste medicación?”</p> <p>P: “Según mi mamá las pastillas son para los débiles.”</p> <p>P: “Ahora me siento como anestesiada, pero mejor, siento menos.”</p> <p>M: “pues vamos bien.”</p> <p>U: Soy borderline: tengo pensamientos polarizados, impulsivos, relaciones caóticas, soy fría...</p>
--	--	--	--	--	---

ESTIGMA

	Autonomía / Decisión de estar allí	Vergüenza	Normalidad / anormalidad; ellos y nosotros	Enfermedad
Atrapado sin salida	<p>Se realiza una votación para ver un partido (horarios muy marcados)</p> <p>P: “pueden retenerme aquí hasta que se les dé la gana soltarme”</p> <p>U: “yo estoy aquí voluntario, no internado, puedo irme a casa. Hay pocos internados, los enfermos crónicos y uds”</p> <p>La enfermera no les da sus cigarrillos (racionalización)</p> <p>Dos usuarios quieren escapar</p>	<p>P: “eres joven, ¿qué haces aquí? deberías estar buscando chicas”</p>	<p>Doctor: “¿creen que hay algo que no funciona en tu cabeza? Vamos a evaluarlo, decidiremos qué tratamiento necesita”</p> <p>Dentro de la propia institución, el personaje principal le habla a la enfermera “me está diciendo que cuenta a esos? esos HDP no saben ni de que hablamos (por la votación)”</p> <p>P: “¿que hacen aquí? ¿creen que están locos? no están. no más que cualquiera que camina por la calle!</p>	<p>Porqué está allí: “Que no se adapta al trabajo. Que es un vago”.</p> <p>Lo han “enviado allí para que lo evaluemos y decidamos si es un enfermo mental”.</p> <p>P: “Me tratan de loco porque no me quedo tranquilo, si eso es estar loco si, soy un inconsciente .”</p> <p>M: “Lo he estado observando en estas 4 semanas y no he visto síntomas de que sea un enfermo mental. creo que nos ha tomado el pelo..”</p> <p>U: “que quieren que haga? (gestos de cara)¿ que me cague en el suelo?”</p> <p>M: “no está loco”</p> <p>E: “está enfermo”</p> <p>M “es peligroso”</p> <p>E: “qué quieren hacer con el?”</p>

<p>Inocencia interrumpida</p>	<p>M:“Te vamos a llevar al hospital” pero “la decisión es tuya”</p> <p>Desde el hospital dicen “entraste a nuestro cuidado, nosotros decidiremos cuándo (te vas), no estás lista”.</p> <p>Para salir debes tener autocontrol</p>	<p>Llega navidad y los padres mencionan“¿qué vamos a decirle a los seres queridos?.</p> <p>Llantos cuando se dice la enfermedad</p>	<p>El taxista dice a joven:“Pareces una persona normal”</p> <p>Las mismas usuarias se burlan de la locura: ladran en el bar.</p> <p>Personaje principal se pregunta: ¿Estoy sana o estoy loca?</p> <p>Tenés que encajar con los de afuera</p>	<p>Personal a personaje principal: “Tú no estás loca, eres una vaga que se está volviendo loca solita”</p> <p>P: “Desorden fronterizo de la personalidad. Inestabilidad de la propia imagen, relaciones y humor. Inseguridad de metas. Impulsos autolesionantes como el sexo casual. Me gusta eso. Negación social y una actitud generalmente pesimista a menudo observada. Así soy yo. Así somos todos”</p> <p>U: “No te soltaron porque te curaste, te soltaron porque se rindieron”</p> <p>Sale porque está “curada”</p> <p>¿Qué es estar loco? Mentir y que te guste, desear ser niña.</p>
<p>No estoy loca</p>	<p>No estás aquí de forma voluntaria y te tenemos que tener hasta que tengamos claro que no intentarás dañar</p>	<p>Madre a personaje principal: “Yo le dije a todo el mundo que te caíste por casualidad, por accidente, además</p>	<p>“A ellos les encanta el reggaeton”</p> <p>P:“Yo no pertenezco a este lugar” E: “¿y porque no?”</p>	<p>Está enojada y se saca con su ex marido, pero dice: estoy bien, estoy feliz (no siempre en todos los momentos de</p>

	<p>nuevamente.</p> <p>Carolina: esto no es una cárcel</p> <p>Madre: ah no? puedes salir cuando quieras?</p> <p>Carolina: no.</p> <p>Madre: cárcel pues, cárcel</p> <p>El psiquiatra dijo que mínimo tenés que estar 3 semanas.</p> <p>Trata de escapar</p> <p>Le dan de comer en la boca a alguien que no quiere comer</p>	<p>les dije que estabas en miami y subí a tu facebook una foto que estabas”</p> <p>P: “qué pasa porqué nadie me contesta?”</p> <p>U: “ pasa que nadie quiere ser amiga de una loca.”</p> <p>M: FUE UN PLACER TENERLA, OJALA NO VUELVA MÁS</p> <p>Madre: Que felicidad, ya no estás loca</p>	<p>P: “porque yo no estoy loca”</p> <p>U: Me da tanta pena que me vea encerrada en este lugar mugriento, lleno de gente rara</p> <p>Eso es fácil de lograr aquí, lo complicado es en el mundo real (eso no sería mundo real?)</p> <p>P: Calmate, que sino el resto de pacientes van a pensar que estoy loca</p> <p>Las que entran no se sienten locas como los demás</p> <p>M: solo las personas que están cuerdas son capaces de reconocer su locura.</p> <p>FELICITACIONES</p>	<p>la vida tenemos que estar felices, o si?)</p> <p>Los esquizofrénicos delirantes son los peores, porque son hostigosos. No queda claro que enfermedades tienen</p> <p>La gente que entra por depresión tiene que salir con sonrisa</p> <p>Se enoja paciente y golpea: loca de mierda, que te pasa.</p> <p>P: “tengo que darles la razón, estoy loca”</p> <p>M: “entonces aceptas estar loca?”</p> <p>P: “si, pero no soy un peligro para mi misma”</p>
--	--	--	--	--