



**Universidad de la República  
Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado  
Licenciatura en Psicología  
Ensayo académico**

**“Estigma, una barrera social en personas con discapacidad psíquica”**

Estudiante: Nadia Arrieta Larre  
C.I. 4.334.945-7

Tutora: Rossina Machiñena  
Revisora: María Alejandra Arias

**Montevideo, Uruguay  
Febrero, 2020**

## **Resumen**

El presente ensayo académico se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

El objetivo del mismo es conocer y profundizar en cómo afecta el estigma en la discapacidad psíquica.

En una primera instancia, a modo de introducción, lo que se intenta es realizar un recorrido histórico respecto a la transformación sobre la representación social de la “locura”.

En un segundo lugar, se plantean conceptos de discapacidad y cómo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. De la misma forma se define al estigma profundizando sobre las consecuencias que este presenta.

**PALABRAS CLAVES:** discapacidad, discapacidad psíquica, estigma.

## Contenidos

Resumen .....	1
1. Introducción .....	3
2. La “locura” y un breve recorrido de sus concepciones a lo largo de la historia....	5
3. Discapacidad.....	8
4. Discapacidad psíquica.....	11
5. Estigma.....	12
6. Reflexiones finales.....	18
Bibliografía.....	21

## 1. Introducción

Uruguay, desde el año 2017, después de un proceso de cambios, cuenta con una Ley de Salud Mental (N° 19.529) la cual propone un cambio de paradigma basado en una perspectiva de derechos humanos.

Esta Ley está planteada desde una perspectiva de inclusión social, la cual propone defender y promover los derechos de las personas con trastorno mental.

Se considera a la persona de manera total e integral basándose en la equidad y considerándola como un ser biopsicosocial.

La misma hace referencia a que el proceso de atención debe de tener un enfoque interdisciplinario, teniendo en cuenta que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.

Está planteada desde una perspectiva de inclusión social, por lo que se pretende que determinados organismos promuevan planes y programas que fomenten la inclusión social desde un enfoque de derechos.

Los trastornos mentales son altamente prevalentes.

Una de cada cuatro personas, es decir el 25% de la población, sufre en algún momento de la vida de al menos un trastorno mental (...) Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo (...) (OMS, 2002, p.2).

A pesar de su prevalencia, los trastornos mentales son poco conocidos. Estos se asocian a mitos o creencias, lo cual conduce generalmente en la sociedad a que las personas con trastorno mental sean miradas de manera diferente, marcándolas como alguien “distinto”.

Estas personas son víctimas de la vulneración de los derechos humanos, del estigma y la discriminación. En este sentido se dice que “históricamente las sociedades han tendido a segregar lo diferente, expresión de ello es el aislamiento histórico que las mismas han generado hacia las personas con enfermedades mentales”. (Del Castillo, Villar y Dogmanas, 201, p.84).

Siguiendo con lo mencionado anteriormente es que el presente ensayo académico, pretende reflexionar sobre la construcción de la mirada social en personas con discapacidad psíquica.

Para comenzar, se considera importante tener una mirada histórica sobre lo que fue el proceso de transformación respecto a la concepción de “locura” a lo largo del tiempo.

Esta construcción de la concepción de “locura” supone un largo proceso donde se han puesto en juego diferentes formas de poder sobre los cuerpos, que van cambiando y adquiriendo nuevos estados y perspectivas de ver lo “diferente”.

Las formas de significación de la “locura” se han ido transformando, acomodando y enmarcando, adaptándose a los parámetros de cada momento histórico. Lo mismo sucede con el concepto de discapacidad.

Sin embargo, aunque han ido cambiando, las miradas sociales siguen atravesadas desde años atrás por el estigma. Techera, Apud y Borges (2010) plantean que, “la estigmatización es el mecanismo por el cual un conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecuan a sus preceptos. Es nuestra manera de tratar con lo diferente, de marcar simbólicamente a quienes hacen ruido en nuestra vida cotidiana”. (p.26)

Las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación dentro pero también fuera de las instituciones psiquiátricas (OMS, 2006).

## 2. La “locura” y un breve recorrido de sus concepciones a lo largo de la historia

Para comenzar, hay que tener presente que lo que se considera hoy respecto a la salud mental es una construcción a partir de las experiencias y creencias de la “locura” en otros tiempos.

La concepción de “locura” no es un dato objetivo, sino que está relacionado con cada época histórica y social transcurrida. Por lo tanto, para comprender mejor la noción de “locura” es necesario tener en cuenta la dimensión histórica, cultural y social de la que esta parte.

Las diferentes significaciones que se ha tenido sobre la “locura” se han ido transformando desde la Edad Media hasta la actualidad llegando a lo que hoy se define como “enfermedad mental”.

En la siguiente línea de tiempo se ven reflejadas las diferentes épocas históricas y sus diferentes terminologías y concepciones respecto a la “locura”.



Se va a tomar como punto de partida la Edad Media, donde el antiguo régimen esclavista dio lugar al feudalismo imponiendo a nivel social tres clases sociales: el clero, la nobleza y los plebeyos.

Aquí, en la Edad Media, se relacionaba a la “locura” con cuestiones sobrenaturales, posesiones demoníacas y brujerías.

La Iglesia Católica, que en este periodo significó la institución por excelencia, tenía influencia en estas creencias, ya que buscaba explicaciones para todo aquello que le sucediera al ser humano que estuviese fuera de lo que se consideraba normal.

El "loco" era considerado como alguien controlado por las "fuerzas del mal", y se utilizaba el exorcismo como forma de tratamiento.

Estos transitaban por la vida como depósito de supersticiones, miedos, ambigüedad, eran objeto de burla y hasta entretenimiento de las clases dominantes. Eran ridiculizados o reclusos en espacios separados del resto de la sociedad con el fin de no afectar o interferir con el resto de las personas.

Michel Foucault, en su obra "Historia de la "locura" en la época clásica" (1967), realizó un análisis de la "locura" considerando las subjetividades que van con cada época.

El autor describe cómo el "loco" hereda los valores que se daban a los leprosos. Eran tratados como pecadores y se consideraba a la enfermedad como un castigo divino.

En esta época la figura del leproso produce gran temor, debido a su relación con la muerte, por lo que son apartados y abandonados en los leprosarios (lugares donde eran "depositadas" aquellas personas que tenían lepra).

Con la desaparición de la lepra muchos de estos lugares de encierro quedaron vacíos. Es aquí donde los "locos", junto con los pobres, vagabundos y reclusos, serán los sucesores de esta estructura de alienación.

Los leprosarios se transformaron en lugares donde se los deriva, aísla, representando el primer antecedente del modelo manicomial.

Paulatinamente, va cambiando la imagen del "loco", quien deja de ser alguien amenazador y se comienza a ver a la "locura" como parte de la sociedad.

Es en la Edad Moderna donde hay un giro en las formas de ver y comprender al mundo y la vida social.

Este cambio se ve caracterizado por el establecimiento de la razón y el pensamiento crítico, dejando de lado las explicaciones fundadas en la Iglesia católica.

Hay una separación del pensamiento social con la religión, y es por esto que la concepción de "locura" pasa de una explicación totalmente religiosa a una racional. Lo que antes se explicaba de manera divina, ahora tiene que ver con la razón.

Este nuevo modelo entiende que la ciencia y la razón son la única forma válida de conocer y entender el mundo.

Se vive un cambio de paradigma el cual trajo consigo nuevas formas de subjetividad y nuevas formas de concebir la "locura". Sin embargo, el "loco" siempre representa un devenir anormal para el sistema instaurado.

En esta época los individuos debían cumplir con determinadas normas de orden social y quienes no cumplían con estas serían excluidos. Todas aquellas personas consideradas "insanas" debían ser detenidas e internadas junto con indígenas, huérfanos, prostitutas, homosexuales, etc. Es en este período en que se fundan las bases del modelo de encierro.

Foucault plantea que el mayor momento de encierro fue en Francia, donde el objetivo era “limpiar” las calles de París de la “escoria” de la sociedad, para contribuir a la emergencia de la ciudad burguesa y su naciente industria.

Esta forma de abordar la “locura” se ocupaba de separar lo que no se consideraba normal del resto de la sociedad, marcando al encierro como un castigo.

Posteriormente, surge en el terreno de la medicina las primeras investigaciones en torno a la enfermedad mental. Esto llevó a la creación de la Psiquiatría, disciplina médica fundada en el tratamiento de la enfermedad mental.

Con estos nuevos avances en la medicina es que la medicación comienza a posicionarse como una herramienta central del tratamiento de las personas con enfermedad mental, centrando el problema en aspectos biológicos y en la incapacidad de cumplir con el modelo de individuo de cada sociedad.

Phillipe Pinel (1745-1826), médico francés, es quien consiguió cambiar la mirada social hacia los enfermos mentales, teniendo como finalidad que estos sean consideradas personas merecedoras de un tratamiento médico.

El tratamiento de la enfermedad mental en la modernidad y posmodernidad han estado liderados por la esfera médica psiquiátrica, la cual creó manuales de diagnóstico que relacionan sintomatología con patología.

Es así que todo individuo, fuera de lo que se consideraba "normal" para la sociedad, pasaría por una evaluación psiquiátrica, la cual encasilla a los individuos con ciertas patologías y da continuidad con los modelos de exclusión ya establecidos.

Se debe de tener en cuenta, ahora y a lo largo de todo el ensayo, como plantea De León (2013), que “lo normal y lo anormal no depende de un patrón universal, sino que obedece a ciertos criterios sociales de valoración en torno a qué modos de estar en el mundo son correctos para vivir en una sociedad determinada” (p.27)

Desde la Edad Media hasta la actualidad, las personas diagnosticadas como "enfermos mentales" constituyen un grupo segregado de la sociedad, ya que algunas no responden a los patrones de normalidad establecidos por la sociedad.

La sociedad y la cultura son las que han creado y crean al día de hoy los estereotipos marcados sobre la “locura”, los cuales hoy en día toman fuerza mediante los discursos de la sociedad y los medios de comunicación.



Este estereotipo sobre las personas con discapacidad psíquica se ve caracterizado por la agresividad y la peligrosidad, rotulando a las personas y creando un estigma, el cual afecta a la hora de mantener vínculos sociales, afectivos, laborales, etc.

Tal como se intentó reflejar en este recorrido histórico, desde los inicios se ha buscado separar al "loco" de la sociedad por el hecho de que se sale de la norma, sus conductas se consideraban fuera de lo establecido socialmente y por eso debía ser castigado.

## 2. Discapacidad

Para comenzar a comprender también el proceso de transformación en el concepto de discapacidad, siguiendo la línea de tiempo planteada anteriormente respecto a la "locura", se toma como referencia a Palacios (2008), quien plantea que en la Antigüedad y la Edad Media, la discapacidad era comprendida desde lo religioso, donde la Iglesia y el Estado se sostenían mutuamente, siendo el deber de este último evitar que sus ciudadanos fuesen "raros" e improductivos. Este modelo lo llama "*modelo de prescindencia*", donde las personas con discapacidad se encuentran invisibilizadas en la sociedad.

En este modelo, como deber del Estado, se comenzó a realizar una distinción entre las personas que nacían con una discapacidad y aquellas que la adquirían con posterioridad. Por ejemplo, si se detectaba al niño con una disfunción genética, se consideraba que este tenía una posesión demoníaca, por lo tanto, a este niño se lo mataba, mientras que, si la discapacidad era adquirida por motivos de guerra, se le brindaba ayuda económica.

Esto fue cambiando a lo largo del tiempo. Se fue abandonando el infanticidio, pero igualmente estas personas con discapacidad eran tomadas como objeto de burlas y bromas ante la sociedad.

A principios del siglo XX surge una nueva forma de ver a las personas con discapacidad. Se plantea el "*modelo rehabilitador*" donde estas debían rehabilitarse para poder aportar a la sociedad, por lo tanto, ya no se las ve como improductivas, siempre y cuando estas sean "normalizadas". Dejan de ser relacionadas con algo religioso, sino que se le da un sentido más científico y se comienzan a buscar diferentes herramientas para poder llevar a cabo esa rehabilitación.

En la década del setenta se comenzó a formar un nuevo modelo, el cual aún sigue creciendo, el "*modelo social*", donde básicamente lo que se plantea es que las causas que originan en gran medida la discapacidad son sociales.

Este es causa de un movimiento realizado en Europa por un grupo de personas con discapacidad donde hacen referencia a la necesidad de una participación real y efectiva en las políticas públicas respecto a la discapacidad.

Es en el modelo social donde se entiende a la discapacidad como una interacción entre las limitaciones funcionales y el entorno, y no está centrado en la deficiencia de la persona. (Palacios, 2008).

Con el respaldo de este modelo social, en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, (2008) se define a la discapacidad como:

(...) un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (p.1)

Es clave para el modelo social dejar de lado la problemática centrada en la discapacidad de la persona, y pasar a trabajar sobre las barreras sociales que se les impone.

Verdugo (2000) plantea que el problema central de la persona con discapacidad es el entorno. El autor considera que es importante la participación social activa para lograr que estas personas lleven adelante una vida con autonomía y crear una conciencia social donde sea aceptado lo diferente y plantea que la responsabilidad de esta conciencia social es de todos.

Por otro lado, pero siguiendo esta línea del modelo social, Giorgi (2002) hace referencia a que:

(...) cada sociedad produce sus representaciones e ideas acerca de la salud, la enfermedad, la normalidad y la anormalidad como parte de un universo cultural más amplio que incluye imágenes y valores acerca del ser humano, sus necesidades y derechos, de la organización social y la forma en la que se protegen la salud y la vida (...) (p. 87).

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001) plantea que:

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva

de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social (p. 22).

Ambas definiciones planteadas, tanto la del modelo social de Palacios (2008) como la de la CIF (2001), son planteadas desde un enfoque biopsicosocial, donde no se entiende a la salud como una mera ausencia de enfermedad física, sino que se considera que cualquier alteración psicosocial determina el estado de enfermedad o bienestar de cualquier individuo, y de esta manera es que se intenta también entender a la discapacidad.

Es en estas definiciones donde se plantea a la discapacidad como un conjunto de condiciones tanto internas como externas.

Es fundamental destacar la importancia que adquiere el entorno en el desarrollo de las personas.

En marzo del 2005 la OMS crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para poder ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.

Los determinantes sociales de la salud se definen como:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, 2005).

Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, incluyendo tanto las características específicas del contexto social que inciden en la salud como las vías por las cuales estas condiciones sociales se traducen en efectos en la salud en su sentido más amplio. Pone el acento en cómo las formas de vida social abren o cierran oportunidades para desarrollar el potencial de salud de las personas a lo largo de su vida.

Es importante destacar que utilizar el término “personas con discapacidad psíquica”, se debe a que la deficiencia es de origen psíquico, y a su vez hablamos de discapacidad por la relación negativa que esta tiene con el entorno y contexto.

Vista esta diferenciación, es que se deja en claro que a partir de ahora se hará referencia a la discapacidad psíquica.

### 3. Discapacidad psíquica

Como se ha observado, la concepción de discapacidad ha ido cambiando en el tiempo. Dicha concepción utiliza una terminología acorde al modelo en el que se basa el presente trabajo.

Para Palacios (2008) la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad. Esta distinción permitió la construcción del modelo social o “de barreras sociales” de discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) señala que la discapacidad es un concepto que evoluciona. Define que las personas con discapacidad “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás” (p.1). A partir de este documento, se logra introducir un cambio para las personas que presentan discapacidad a nivel psíquico, las cuales hasta el momento eran denominadas “enfermas mentales” sin considerarlas como personas con discapacidad. Esto llevó a tomar medidas en el ámbito político con el fin de promover igualdad de oportunidades dentro de la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), las enfermedades mentales están en aumento causando consecuencias desfavorables a las personas diagnosticadas, tanto a nivel económico como en el ámbito de lo social y de los derechos humanos.

Para poder continuar, resulta importante poder marcar la diferencia entre una enfermedad mental y una discapacidad psíquica.

En el artículo “La ‘nueva’ discapacidad mental” (De Fuentes, 2016) se hace referencia a la separación de la discapacidad psíquica de la intelectual, las cuales resultan a veces incluidas en la terminología “enfermedad mental”.

Se plantea que para que una enfermedad mental genere una discapacidad, esta debe de contar con determinadas características, ya que no todas las personas que tienen una enfermedad mental presentan una discapacidad.

Para que esto sea así, la enfermedad mental debe de ser considerada como “grave”. Se considera grave cuando a la enfermedad se la ve asociada a tres variables; el diagnóstico clínico, la duración y el funcionamiento psicosocial.

Como plantea el autor, esto involucra a aquellos que se encuentran bajo tratamiento por un tiempo mayor a dos años, o quienes presentan un progresivo deterioro en el área psicosocial.

#### 4. Estigma

El diccionario de la Real Academia Española (2019), define el término “estigma”, en primera instancia como una “marca o señal en el cuerpo” y en segundo lugar como “desdoro, afrenta, mala fama”.

La palabra es de origen griego y alude a la marca física que se dejaba con fuego o con navaja en los individuos considerados raros o inferiores.

Actualmente se entiende por estigma un conjunto de actitudes, de connotaciones negativas que un grupo social tiene sobre otro que presenta algún rasgo diferente y que crea en la conciencia social un estereotipo negativo. Este siempre ha sido una barrera social para las personas con discapacidad psíquica.

En décadas anteriores era tan fuerte el estigma que existía en cuanto a la discapacidad psíquica, que el simple hecho de haber recibido algún tratamiento psiquiátrico era la prueba irrefutable de la enfermedad mental, trayendo consigo grandes cargas, como el retraimiento, vergüenza y sentimientos de desvalorización, tanto para la persona como para su entorno más cercano.

Es a partir del siglo XX que se logran desarrollar métodos y clasificaciones diagnósticas, surgen diversas psicoterapias y, no menos importante, la psicofarmacología, la cual se torna imprescindible para el tratamiento de diferentes enfermedades (León, 2005). Si bien hay aspectos que como sociedad hemos podido superar, seguimos con grandes dificultades para poder hablar hoy en día de una verdadera inclusión. Es necesario lograr una información correcta y educación en relación a la discapacidad psíquica para lograr reducir la discriminación y el estigma.

Según Goffman (1963), cuando se habla de estigma se hace referencia a “un atributo personal negativo que hacía a una persona diferente de las otras y las torna de una categoría inferior. De esta manera, aplicó el concepto de estigma negativo a cualquier atributo o comportamiento del estigmatizado como algo inaceptable e inferior, que le generaba invariablemente sentimientos de vergüenza, humillación y rechazo” (citado en León, 2005, p. 36).

Goffman (1963), definió al estigma como algo devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona que lo vive. Plantea cómo la sociedad marca quiénes pueden estar dentro de ella categorizando a cada uno de los individuos según sus atributos, formando así la “identidad social”.

Este autor plantea que la sociedad es la encargada de establecer “los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros” (Goffman, p.12).

De la misma forma, Bernice Pescosolido (2013) quien plantea que “el estigma es un fenómeno arraigado en la estructura social que tiene sus raíces en la cultura y se reproduce en las relaciones sociales”. (citado por Pérez, 2017, p. 109)

Acorde con lo anterior, Muñoz, Pérez Santos y Guillén (2009), plantean que el estigma se manifiesta a través de tres aspectos del comportamiento social: los estereotipos, los prejuicios sociales y la discriminación.

Respecto a los estereotipos, estos se conforman por estructuras de conocimientos aprendidas por la sociedad. Los prejuicios sociales son la aplicación de estos estereotipos, sumado a la experimentación de sentimientos negativos, los cuales tienen como resultado la discriminación. Esta última definida como comportamientos de rechazo hacia las personas que cargan con el estigma.

Las personas con discapacidad psíquica, la viven en silencio, con vergüenza y miedo. Esto se debe a la mirada social crítica y cuestionadora que hay para con las discapacidades, o lo considerado “diferente”. Este sentimiento lo viven desde hace siglos a causa del estigma que las rodea.

Existen diferentes tipos de estigma como consecuencia de la mirada social que se genera y se fomenta por lo desconocido y la desinformación, estos son el llamado autoestigma y el estigma social.

El autoestigma es la internalización del estigma por parte de la propia persona. Es decir que la persona se adjudica a sí misma los estereotipos sociales acerca de la discapacidad psíquica, lo que produce la aparición de prejuicios y reacciones emocionales negativas, y origina comportamientos autoexcluyentes.

Tras diversas investigaciones se ha demostrado que en las sociedades los estereotipos en relación a las enfermedades mentales suelen incluir información referente a su peligrosidad, incompetencia para tareas básicas, falta de control, entre otras cosas.

Algunos estudios desarrollados en Latinoamérica y el Caribe no se diferencian de lo mencionado anteriormente, perciben a las personas con discapacidad psíquica como: “Potencialmente peligrosos, impredecibles, violentos e incapaces de desarrollar actividades laborales” (Tapia, Castro, Poblete y Souza, 2015).

También se plantea que las personas con discapacidad psíquica incorporan en su proceso de significación personal los estereotipos y prejuicios presentes en la sociedad (Tapia et al., 2015).

En relación al autoestigma, se encontró un estudio (Holubova et al., 2016), donde se plantea que este es “un fenómeno psicosocial desadaptativo que perturba la calidad de vida en un número considerable de pacientes psiquiátricos”.

El mismo tenía por objetivo evaluar si el autoestigma tiene una relación con la duración del trastorno, y la calidad de vida de la persona.

Los resultados de dicho estudio reflejaron que el nivel de autoestigma que presentaba el sujeto se correlacionaba positivamente con la gravedad de los síntomas, mientras que la correlación del autoestigma con la calidad de vida se daba de manera negativa. Es decir, a cuanto más nivel de autoestigma, se producía un mayor nivel en la gravedad de los síntomas y un nivel inferior en la calidad de vida de la persona. Reflejando así, la importancia del autoestigma en personas con discapacidad psíquica.

Es importante tener en cuenta el concepto de “calidad de vida” cuando se habla de estigma. Carece de una conceptualización única.

Bigelow, et al. (s.f.) entiende a la misma como "un equilibrio entre la satisfacción de las necesidades y el cumplimiento de las demandas para un adecuado funcionamiento social" (citados en Bagnato 2009, p.37).

La OMS (1996) la relaciona con “la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones” (p. 385).

Schalock y Verdugo (2003) reconocen las imprecisiones que pueden ocurrir en el intento de dar una clara definición, por lo tanto, describen ocho dimensiones que influyen en la calidad de vida. Estas son: el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material, el desarrollo personal, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos.

Estas dimensiones de la calidad de vida mencionadas son "(...) el conjunto de factores que constituyen el bienestar personal. Este conjunto representa un abanico que abarca, el concepto de calidad vida y, por lo tanto, define la multidimensionalidad de la calidad de vida" (Schalock, y Verdugo, citados por Verdugo, M 2009, p.100).

Como se mencionó, este es un concepto multidimensional, que se ve atravesado por factores individuales, relacionales, psicológicos y del entorno, que se ven condicionados inevitablemente por la cultura.

Por lo tanto, la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción de una persona sobre diversas áreas de su vida, que se va construyendo.

Las personas con discapacidad psíquica son las principales víctimas del estigma, del prejuicio y de la discriminación. El término “estigma” es utilizado para dar visibilidad a prejuicios en base a determinados diagnósticos (Muñoz, et al., 2009).

El mismo, es considerado como un estresor para estas personas, con el cual se les hace difícil lograr una aceptación y adaptación de la enfermedad, ya que las lleva a ocultarse y no poder lograr una vida más normalizada (Campo-Arias y Herazo, 2013).

Se plantea que las personas con discapacidad psíquica tienen dos opciones: asumir los estereotipos impuestos por la sociedad, lo cual genera que pierdan la autoestima, la autonomía y disminuyen sus posibilidades de recuperación (autoestigma); o que no acepten estos estereotipos impuestos y se coloquen en una situación en que puedan recuperarse. (Díaz del Peral, 2017)

En el último tiempo se le ha dado mayor importancia al estigma que produce la sociedad en base a la discapacidad psíquica, debido a que provoca grandes dificultades en la persona, como por ejemplo el acceso y mantención tanto de empleo como de la educación, de los vínculos, etc.

Esta estigmatización entorno a la discapacidad psíquica, categoriza y devalúa a las personas, las hace un grupo homogéneo, borrando las singularidades de cada una

Los medios de comunicación junto con el lenguaje cotidiano están plagados de conceptos discriminatorios en referencia a la discapacidad psíquica. Se suele utilizar términos como “enfermo mental”, “loco”, atribuyéndole un carácter peyorativo.

Como ya se ha visto anteriormente en este ensayo, el estigma genera barreras en la rehabilitación psicosocial de la persona. Muchas veces los usuarios de la atención en salud mental pueden optar por no asistir a los centros de rehabilitación por temor a cómo serán vistos en su entorno, o en el caso de que asistan mantendrán la información oculta por miedo a ser etiquetados como “enfermo mental”. Esto lleva a un mayor aislamiento social y por ende un posible empeoramiento de la sintomatología.

Esto se ve reflejado en una investigación realizada (Reynoso, Dávalos, García y Agraz, 2012), publicada por la Revista Latinoamericana de Psiquiatría, la cual tiene como objetivo conocer la relación entre el estigma percibido y el apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. Esta dio como resultado que el apego al tratamiento es menor a mayor estigma percibido por el paciente, teniendo así mayores recaídas, y llevando al aumento del estigma, lo que provoca según los autores el círculo vicioso de la estigmatización.

El estigma y por consecuencia el autoestigma, están entre los factores clave que contribuyen a la exclusión social de las personas con discapacidad psíquica.



El vínculo entre la exclusión social y la discapacidad se hace evidente a través de tres factores sociales: el desempleo, la pobreza, y el sinhogarismo. A su vez esto se ve relacionado con tres principales problemas: la ignorancia (por el poco o incorrecto conocimiento sobre la enfermedad mental), el prejuicio (miedo, ansiedad y rechazo ante la enfermedad) y la discriminación (en muchos aspectos de la vida familiar, personal y laboral). (Mental Health Europe, 2009)

Visto lo planteado anteriormente, se puede decir que existen muchos espacios de la vida cotidiana donde pueden resultar estigmatizadas las personas con discapacidad psíquica, como, por ejemplo: el contexto laboral, educativo, el núcleo familiar, etc.

Centrándonos en particular en lo que respecta al estigma en la inclusión de las personas con discapacidad psíquica en el mercado laboral, parece que una característica que se hace presente es la falta de posibilidades para la adquisición de un empleo, siendo esta de suma importancia para su rehabilitación, debido a que incrementa la autonomía, independencia y genera un sentimiento de pertenencia hacia la sociedad.

La inclusión en el mercado laboral posibilita la obtención de un recurso económico, pero sobre todo una valoración social. El trabajo es una herramienta de salud. (Rodríguez y Alcantara, 2015, p. 339-341).

Bagnato (2009) define el trabajo como:

Toda actividad humana, física y/o psicológica, que es productora de bienes, tanto económicos, como políticos, sociales y subjetivos. El trabajo permite el desarrollo personal, social e individual. Los bienes producidos permiten no sólo la subsistencia sino la satisfacción de necesidades y deseos.

En esta definición se puede ver el carácter productivo del trabajo, la importancia que tiene para el desarrollo personal y su rol como herramienta para la inclusión social.

A su vez, Campos (2013) plantea el trabajo como “un recurso terapéutico, un derecho humano, como productor de la subjetividad y la posibilidad de ejercer un derecho ciudadano y la emancipación concreta como instrumento de inclusión social.” (p.175)

Sin embargo, las personas con discapacidad psíquica siguen desempleadas y con grandes dificultades tanto para acceder, como para mantener un puesto de trabajo competitivo.

La estigmatización que sufre esta población obstaculiza la contratación en puestos de trabajo, minimizando las posibilidades de realizar actividades productivas y remuneradas,

lo cual es fundamental para avanzar en la integración social y mejorar la calidad de vida de estas personas.

En general los dueños de las empresas deciden no contratar a personas con trastornos mentales, muchas empresas requieren contratar a personas con discapacidades, pero al tomar conocimiento el empresario del tipo de discapacidad, lo más probable es que no contraten a la persona con discapacidad psíquica. (Florit, 2006).

Al momento de que las personas con discapacidad psíquica ingresan al mundo laboral, desde los empresarios suele surgir las preguntas ¿y qué pasa si se descompensa? ¿no es mucha exigencia para su enfermedad?

Por esta razón es que las personas con discapacidad psíquica suelen realizar siempre los mismos tipos de trabajos, como por ejemplo el de porterías y/o limpiezas donde se considera que las exigencias no son tantas, por lo tanto, el empresario está tranquilo de que esta persona “no se va a descompensar”.

Hay que tener presente, que los factores obstaculizadores no son solamente productos de las exigencias del mercado laboral, sino también de las características de la persona y de su entorno.

Las propias personas con discapacidad psíquica, a veces suelen cuestionarse si van a poder sobrellevar una vida laboral y esto también es consecuencia del estigma, del autoestigma.

La estigmatización que deja fuera del mundo productivo laboral a la persona con discapacidad psíquica, es propia y de su familia que no escapan a las pautas socioculturales en relación a la enfermedad mental. (Rodríguez y Alcantara, 2015).

En este pequeño recorrido se han abordado algunas de las consecuencias del estigma. Se puede observar que el estigma condiciona a las personas con discapacidad psíquica en el ejercicio efectivo de sus derechos, y una vez interiorizado pone barreras en una vida “normalizada”.

El proceso de estigmatización está en todos los sujetos que componen la sociedad y estos tienen como tarea ética de los sujetos en general y de los trabajadores de la salud en particular, reflexionar sobre esta actitud estigmatizante y su posterior modificación.

## Reflexiones finales

Se pueden señalar algunas reflexiones que se desprenden de este ensayo, el cual ha intentado generar un acercamiento al conocimiento de las barreras sociales que presenta el estigma en relación a la discapacidad psíquica.

Las personas con discapacidad psíquica siempre han sido, y continúan siendo, víctimas de procesos de estigmatización y exclusión social. Comenzando por “el loco”, quien siempre fue aquella persona discordante con la sensibilidad dominante de cada época y en la Edad Media estaba en discordancia con la creencia religiosa, por lo tanto, eran víctimas de eso.

Luego en la Modernidad el “loco” se transforma en un ser improductivo equiparado por la ideología capitalista del mundo y controlado a través de la medicina.

Finalmente, en la posmodernidad, a través de la inclusión de la perspectiva de Derechos Humanos, se los logra visualizar con una mirada y un trato más humanitario.

La idea que se tenía sobre la “locura” en épocas anteriores ya no es la misma que se tiene actualmente, siendo hoy relacionada directamente con la enfermedad mental.

En este proceso múltiples creencias y mitificaciones han construido el imaginario social del “loco”, quien además de lidiar con su sufrimiento debe llevar la gran carga del estigma social. La estigmatización afecta todas las áreas de la vida de estas personas, imposibilitando su desarrollo pleno como miembros de la sociedad.

Primeramente, se pudo observar en este recorrido que el estigma social con el que cargan las personas con discapacidad psíquica hoy en día, tiene sus raíces en los sentidos que se han fundado en el abordaje histórico cultural de la “locura”, tras siglos enteros de incompreensión, lo que se tradujo en prejuicios arraigados y sólidos hasta nuestros días. Esto genera barreras que siguen hasta el día de hoy construidas por falsas creencias, mitos y miedos.

Actualmente hay estrategias que tratan que en rehabilitación psicosocial las personas con discapacidad psíquica sean integradas respetando sus derechos fundamentales. Sin embargo, aún como sociedad queda mucho por hacer en el intento de derribar la barrera del estigma.

Para lograr derribar esta barrera, se debería comenzar por la reflexión de nuestras propias conductas estigmatizadoras que fueron heredadas a lo largo de la historia, lo que permitirá de alguna manera poner nuestros propios esquemas de pensamiento.

Visibilizar la problemática, interrogar e interrogarnos sobre estas conductas, así como mejorar nuestro conocimiento sobre las complejidades de los procesos de estigmatización,

sus consecuencias individuales y colectivas, es una tarea ética que compromete a todos como sociedad en general.

La discapacidad psíquica es el resultado de la relación negativa entre su condición de salud y el medio que lo rodea. Por lo tanto, la discapacidad está dada debido a que el entorno no cuenta con las características necesarias para que estas personas, puedan generar una correcta adaptabilidad al medio.

De esta manera, trabajar en la discapacidad psíquica supone dejar de centrarse en el déficit de la persona y pasar a abordajes integrales que trabajen con el sujeto y la sociedad.

En Uruguay, con la aprobación de la nueva ley de salud mental (No 19.529), la cual propone el futuro cierre de los hospitales monovalentes, que las personas con necesidades de atención en salud mental serán atendidas en unidades especializadas dentro de los hospitales generales, y la creación de diferentes dispositivos que promuevan mayor integración, participación social, autonomía e inclusión, se podría decir entonces, que la persona con discapacidad psíquica va a tener mayor protagonismo en cuanto a su vinculación con la sociedad. Sin embargo, no solo con eso alcanza. Es importante generar una educación y un conocimiento social sobre la discapacidad psíquica para poder enfrentar los cambios.

A través de este trabajo se ha intentado dejar reflejado lo importante que es para la eliminación del estigma el hecho de abordar no sólo aspectos relacionados al fenómeno en sí mismo, sino que es imprescindible trabajar también en áreas que favorezcan el empoderamiento de la persona con discapacidad psíquica, principalmente de sus propias capacidades, como por ejemplo dándoles lugar en el mundo laboral “normalizado”.

Hoy en día existen barreras para las personas con discapacidad psíquica, desde el propio acceso al trabajo. Esta barrera la instaura la sociedad misma, nosotros mismos somos quienes no generamos posibilidades y oportunidades para todos por igual.

Se considera que, para poder hacer foco a esto, se deberá trabajar constantemente en la educación tanto de las personas con discapacidad psíquica, como de su entorno y la sociedad en general. Implementar tanto actividades como trabajos que favorezcan el relacionamiento del paciente con la sociedad puede ser una estrategia eficaz para romper con los estereotipos y potenciar las capacidades de estas personas, así como también favorecer un aumento de la autoestima y autonomía.

Finalmente cabe destacar, que si bien recientemente en nuestro país ha sido aprobada una nueva Ley de Salud Mental, lo cual da cuenta de un gran avance en la materia,

esta nueva ley continúa reconociendo a las personas con discapacidad psíquica desde el defecto, etiquetandolas bajo la categoría del “trastorno”.

Esto nos indica que aún queda mucho por hacer, y que es apremiante, como ya se mencionó anteriormente, continuar generando espacios que habiliten a reflexionar sobre aquellas lógicas estigmatizantes, que siguen encerrando y aislando.

En el Uruguay hace unos años se está trabajando en un proceso de transformación, donde se intenta que las personas con discapacidad psíquica tengan las mismas oportunidades que todos, que estas puedan hacer usos de sus Derechos como ciudadanos.

Lo importante para esta transformación es no ver a la discapacidad psíquica como algo tan ajeno, sino tener presente que esta es parte de la sociedad.

Conocer acerca de la vida de las personas que transitan la discapacidad psíquica y cuáles son sus posibilidades de recuperación, puede ser un primer paso para comenzar a reducir el estigma.

Lograr visibilizar esta problemática respecto al estigma, interrogar e interrogarnos sobre estas conductas, es una tarea ética que compromete a todos como sociedad en general y a los trabajadores de la salud en particular.

En tanto no se visualice como algo que nos involucra como sociedad, los cambios tardarán en suceder.

## Bibliografía

- Bagnato, M. (2009). Trabajadores con discapacidad intelectual. Abordaje multidimensional de sus habilidades laborales. Montevideo, Uruguay: CSIC.
- Bobes Garcia Julio. & Saiz Ruiz, Jerónimo. "Impacto social de la esquizofrenia". Ciudad: Barcelona. Editorial Glosa, S.L.. Recuperado de: [https://www.esquizofrenia24x7.com/sites/www.esquizofrenia24x7.com/themes/schizo\\_theme/images/pdfs/ebook\\_impacto.pdf](https://www.esquizofrenia24x7.com/sites/www.esquizofrenia24x7.com/themes/schizo_theme/images/pdfs/ebook_impacto.pdf)
- Campo-Arias, A. & Herazo, E. (2013) "Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental", Revista Ciencias Biomédicas, 4(1), 9-10
- Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ratificada por Uruguay (2008). Recuperado de: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- De Fuentes, C. (2016): "La 'nueva' discapacidad mental", Revista Española de Discapacidad, 4 (1): 249-255.
- De León, N. (2013). Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. Montevideo: Psicolibros Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230211>
- Díaz Del Peral D. Recuperación y estigma. Rev Psiquiatr Urug [Internet]. 2017;81(2):127– 44. Disponible en: [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05\\_CONF\\_2.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf)
- Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. (Vol. 1). Santa Fé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de: <https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>

- Foucault, M. (1982). Historia de la locura en la época clásica, tomo 2, México, FCE. Recuperado de: <https://programaddssrr.files.wordpress.com/2013/05/historia-de-la-locura-en-la-epoca-clasica-2-michel-foucault.pdf>
- Giorgi, V. (2002). Discapacidad y Calidad de Vida. Una perspectiva psicosocial. En Gandolfi, A (Ed). Psicología de la Salud: escenarios y prácticas. Montevideo, Uruguay. Editorial Psicolibros
- Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., ... Hruby, R. (2016). Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4786060/>
- Ledesma, J. A. (Ed.) (2008). La imagen social de las personas con discapacidad. Recuperado de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/ImagenSocialPersonasConDiscapacidad.pdf>
- Leon, H. (2005) “Estigma y enfermedad mental, un punto de vista histórico social”. Recuperado de [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/4-ESTIGMA\\_Y\\_ENFERMEDAD\\_MENTAL.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2005/I/4-ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf)
- Ley 19.529 (2017). Salud Mental. Montevideo: Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay.
- Ley N° 18.651 (2010). Protección Integral de Personas con Discapacidad. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp8379213.htm>
- Mental Health Europe (2009). De la exclusión a la inclusión: el camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa. Recuperado de: <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2011/03/Portada-De-la-exclusion-a-la-inclusion.jpg>

- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillen, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Complutense. Recuperado de: [http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma\\_y\\_enfermedad\\_mental\\_analisis\\_del\\_rechazo\\_social\\_que\\_sufren\\_las\\_personas\\_con\\_enfermedad\\_mental.pdf](http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). La gente y la Salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF\\_1996\\_17\\_n4\\_p385-387\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Programa de Acción Mundial en Salud Mental. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/267.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf)
- Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <http://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32232/1/el-modelo-social-de-discapacidad.pdf>
- Rodríguez Ortiz, P., & Alcántara, M. S. (2015). La inserción laboral en personas con discapacidad mental (trastorno mental severo). *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba*, 72(4), 339-341. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v72.n4.13846>
- Schalock, R., Verdugo, M. (2003). Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M. y Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58238799008>



- Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2010). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay, Comisión Sectorial de Investigación Científica, Udelar.
- Verdugo, M. (2000). Personas con discapacidad: la perspectiva del año 2000. Inclusión en la educación de personas con discapacidades diferentes. Memoria de un seminario Taller – Uruguay
- Verdugo, M. (2009). Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca, Amarú Ediciones.