



Percepción de las personas usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental Público sobre los procesos de estigmatización: Efectos en la inclusión laboral.

**Trabajo Final de Grado
Pre-Proyecto de Investigación**

**Universidad de la República
Facultad de Psicología
Tutor: Prof. Adj. Mag. Nelson de León**

**Laura Martínez Carballo
C.I. 4.625.565-9
Montevideo, julio 2015**

RESUMEN

El presente pre-proyecto de investigación pretende conocer la percepción de las personas usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental Público (S.A.S.M.P.), sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico. Interesa conocer los efectos que provoca la estigmatización en la inclusión laboral, como un aspecto fundamental de la inclusión social.

La problemática surge en el contexto de las lógicas manicomiales, donde las personas han sufrido históricamente vulneración de Derechos. La ruptura involuntaria de los vínculos sociales, la pérdida de roles y potencialidades, afecta su integridad, autonomía e identidad (Galende, 2004), convirtiendo a los llamados “locos” en personas estigmatizadas.

El término estigma es utilizado para denominar características desaprobadas socialmente, otorgando una identidad social que repercute negativamente en la cotidianeidad de la persona (Goffman, 1963). En este sentido resulta indispensable abordar la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., ya que permite una mejor comprensión de los procesos de estigmatización y su relación con las condiciones de inclusión social. Se abordará el trabajo como un área de visibilidad de la inclusión social, ya que éste construye parte de la identidad de la persona y es considerado por la sociedad como un valor que dignifica (Pérez Jáuregui, 2005). La investigación se llevará a cabo en una muestra intencional de la Policlínica de Salud Mental del Zonal 3 de Montevideo, Hospital Teodoro Vilardebó, Centro Nacional de referencia.

Palabras Claves: Percepción – Estigmatización – Inclusión Laboral.

FUNDAMENTACIÓN

En el marco de la internación en el Hospital Psiquiátrico, las personas sufren la estigmatización de la “locura”, suponiendo una pérdida de identidad desde la normalización y homogeneización (Goffman, 1961). En este sentido las lógicas manicomiales producen efectos nocivos que derivan en la invisibilidad y el silenciamiento de las personas, capturando y universalizando sus singularidades (De León, 2005).

La relevancia de abordar esta problemática desde la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., se justifica en las condiciones de producción de sufrimiento

que genera la internación en instituciones totales como es considerado el Hospital Psiquiátrico (Goffman, 1961). Desde el punto de vista académico las investigaciones sobre percepción en Salud Mental han sido escasas (De León, 2014). Es por ello, que esta investigación pretende abordar la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., tal como lo propone la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ésta contempla la participación activa en las políticas y programas de Salud Mental a modo de otorgar visibilidad sobre las condiciones de vulneración de Derechos (Naciones Unidas, 2006), ya que la expresión de sus vivencias personales propicia un mayor entendimiento de la situación.

La problemática se compone como tal, considerando que los procesos de estigmatización, al igual que la vulneración de los Derechos en las diferentes modalidades de atención, la escasez de dispositivos y la sobre-medicación, entre otras, son consecuencia de las lógicas manicomiales, que a su vez, producen efectos sobre las personas con padecimiento psiquiátrico en las posibilidades de inclusión social. Considerando dicha complejidad, la presente investigación abordará los procesos de estigmatización como una condición vinculada a la inclusión laboral. Para ello, cabe destacar que en setiembre de 2009, se redactó en nuestro país la propuesta del Anteproyecto de Ley de Salud Mental, donde se establece el derecho a acceder a una efectiva reinserción laboral y a no ser estigmatizado ni discriminado (Aguirre, et al, 2009). En febrero de 2010 fue aprobada la Ley 18.651 sobre la Protección Integral de Personas con Discapacidad, en su Art.49 establece la obligatoriedad de ocupar a personas con discapacidad “en una proporción mínima no inferior al 4% (cuatro por ciento) de sus vacantes” (Ley 18.651, 2010, Art.49).

Sin embargo, los últimos datos registrados por la Oficina Nacional de Servicio Civil (O.N.S.C., 2013), sobre las vinculaciones laborales de las personas con discapacidad, demuestran que ingresaron 1,26% de las vacantes, de los cuales solo 0,035% sufre padecimiento psiquiátrico. Dicha estadística, evidencia dificultades para la inclusión laboral en términos de diversidad, y da cuenta de la necesidad de un cambio profundo en las lógicas normalizadoras y estigmatizadoras vigentes.

Por lo expuesto se propone investigar la percepción sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico y sus efectos en la inclusión laboral.

ANTECEDENTES

Los procesos de estigmatización en el campo de la Salud Mental tienen condiciones de producción socio-históricas. El manicomio oficiando como dispositivo, ha producido una forma de depuración social con el aislamiento y el reclutamiento de las minorías (Foucault, 1990). La Psiquiatría estableció la “normalidad” mediante la internación del “loco” en el manicomio (Barrán, 1993), determinando su condición de alienado (Castel, 1980). Las secuelas de los procesos institucionales como expresión de sufrimiento, se han mantenido a lo largo de la historia y sustentan la estigmatización e invisibilidad de las personas con padecimiento psiquiátrico (Goffman, 1963). Esta realidad, producida por las instituciones totales, impulsó como respuesta, diferentes movimientos hacia un modelo de Atención en Salud Mental Integrado, que contemple la prevención, asistencia y rehabilitación.

La Ley italiana 180 promulgada en 1978, propuso un Sistema de Salud Mental Comunitario, propiciando el cierre de los Hospitales Psiquiátricos (Basaglia, 2008). Se inicia así en América Latina y el Caribe un fuerte movimiento que apuntó a la transformación y desinstitucionalización para abandonar los viejos y obsoletos servicios de Salud Mental. En 1990 se establece en la Declaración de Caracas la necesidad de la reestructuración de la atención psiquiátrica, promoviendo los modelos alternativos centrados en la atención comunitaria (OMS/OPS, 1990).

En la región, los avances en cuanto a reformas de atención en Salud Mental fueron diversos y compartieron el modelo comunitario, como Brasil, Chile, Cuba y Panamá, que implementaron políticas participativas con programas de atención psicosocial y redes de centros comunitarios (Rodríguez, 2011).

A nivel internacional, se han realizado diferentes investigaciones que evalúan el estigma en personas con padecimiento psiquiátrico. Un estudio llevado a cabo en el año 2002 en diferentes países de América Latina y Europa, respecto a la percepción de usuarios diagnosticados con esquizofrenia y sus cuidadores sobre estigma institucional (entendido como aquél que proviene de los profesionales de la salud), a nivel general demostró quejas en usuarios y cuidadores sobre las actitudes de los profesionales. Argumentan que no cuentan con la posibilidad de opinar sobre las decisiones de su tratamiento, siendo todas sus demandas interpretadas como síntomas. Describen una “atención fría” y despersonalizada, la cual es interpretada como una forma de discriminación. Estas apreciaciones son menos frecuentes en los países que se encuentran transitando procesos de cambio hacia la perspectiva

comunitaria como Argentina y Venezuela (Carniel, Runte, Torres-González y Bruce, 2002). Otras investigaciones se interesan por variables como el estigma percibido, el estigma experimentado y el nivel de funcionamiento psicosocial de la persona estigmatizada. Los resultados obtenidos muestran grupos que sufren el rechazo social (acto discriminatorio) siendo condicionados en sus posibilidades de integración social y laboral. Lo mencionado, genera efectos de gran impacto en las relaciones sociales y en diversas áreas de la vida de estas personas, obstaculizando el pleno goce de los Derechos fundamentales (Muñoz, Pérez Santos, Crespo y Guillen, 2009). Existe una importante conexión entre la percepción del estigma, la rehabilitación e inclusión social, dejando en evidencia que una vez que se internaliza influye negativamente en el proceso de recuperación, y afecta especialmente la calidad de las relaciones sociales. En este sentido, el estudio denota la importancia de la percepción al internalizar ideas o sentirse estigmatizado (Garay, Pousa y Pérez, 2014).

Una revisión realizada en España en el año 2006, sobre las consecuencias del estigma y la reacción de la persona con padecimiento psiquiátrico ante la experiencia de ser estigmatizado, reveló un importante impacto en su autoestima y en el área laboral. Las personas que incorporan el estigma suelen perder la confianza en ellos mismos, condicionando así sus potencialidades. Por otro lado, los empleadores tienen conductas estigmatizantes y evitan emplear a personas con padecimiento psiquiátrico (Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2006). Lo expuesto se relaciona con otra revisión realizada en este mismo país en el año 2008 sobre el estigma y la discriminación donde se revela que las conductas estigmatizantes de los profesionales de la Salud Mental no difieren de la detectada en la población general a pesar de sus conocimientos técnicos. Las repercusiones emocionales y afectivas en quien es estigmatizado tienen consecuencias en las conductas sociales (López, Laviana, Fernández, López, Rodríguez y Aparicio, 2008).

En nuestro país las investigaciones sobre las consecuencias que provocan los procesos de estigmatización son prácticamente inexistentes. Tal es así que Uruguay se rige por la Ley 9.581 del año 1936, que regula la asistencia de psicópatas, ésta continúa vigente a pesar de su incapacidad para adaptarse a los avances sanitarios (Ley 9.581, 1936), resultando estigmatizante desde la denominación hacia las personas con padecimiento psiquiátrico. Entre otros, estos antecedentes dieron lugar a que se redactara en el año 2009, el Anteproyecto de Ley de Salud Mental para garantizar los Derechos de las personas con padecimiento psiquiátrico de acuerdo a los avances de las normas internacionales. El Art. 7 inciso d) establece, el derecho a acceder a una

efectiva reinserción laboral y su Art. 9, el derecho a no ser estigmatizado ni discriminado (Aguirre, et al, 2009). Se destaca la estigmatización como condición limitante y se promueve el trabajo como un recurso terapéutico que ayuda en la cotidianidad, siendo un pilar dentro de los programas de Salud Mental. Sin embargo estudios realizados en Norteamérica respecto a la inclusión laboral demuestran que el 70% de las personas con padecimiento psiquiátrico son desempleadas, destacando que de las personas que son desinstitucionalizadas sólo entre un 20% y un 30% logran conseguir un empleo al siguiente año (Rodríguez, Sobrino, Galilea, Colis, González y Orviz, 1999). Estas cifras demuestran la complejidad en la inclusión laboral luego de una hospitalización. En referencia a ello, la Ley 18.651 sobre la Protección Integral de Personas con Discapacidad, establece en su Art. 49 que:

El Estado, los Gobiernos Departamentales, los entes autónomos, los servicios descentralizados y las personas de derecho público no estatales están obligados a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción mínima no inferior al 4% (cuatro por ciento) de sus vacantes. (Ley 18.651, 2010, Art.49).

Así mismo, los últimos datos registrados por la O.N.S.C., sobre las vinculaciones laborales de las personas con discapacidad en dependencias del Estado, demuestran que en el año 2013 ingresaron 72 personas (1,26%) en las vacantes de los organismos obligados por la Ley, de las cuales sólo 2 (0,035%) sufren padecimiento psiquiátrico (O.N.S.C., 2013). Estos datos evidencian dificultades para la inclusión. No obstante a ello, en el año 2013 fue presentada en la II Asamblea Nacional de Derechos Humanos por parte de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, el documento "Tras los muros nadie ve nada". El mismo expresa la necesidad de políticas públicas que garanticen el cumplimiento de la integración del 4% mínimo de las personas con padecimiento psiquiátrico equitativamente con otras discapacidades (Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna, 2013).

El Anteproyecto de Ley de Salud Mental tiene como objetivo reemplazar la manicomialización por la atención integral y comunitaria desde una perspectiva de Derecho (Aguirre, et al, 2009). Cabe destacar que a pesar de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, esta propuesta aún no ha sido contemplada por el Parlamento.

REFERENTES TEÓRICOS

A través de los devenires de las concepciones de enfermedad mental se fueron implementando prácticas de disciplinamiento y control como forma de depuración social (Foucault, 1990). La “locura” fue catalogada como peligrosa, portadora de riesgos y la psiquiatría fue la ciencia encargada de categorizar y controlar (Foucault, 1999). Según Castel (1980), el manicomio significó el despliegue de una tecnología hospitalaria dedicada a la normalización y represión a través del encierro, como lugar de invisibilidad donde la sociedad depositó a “los diferentes”. Las condiciones de producción de sufrimiento, locura, marginalidad, desamparo y pobreza entre otras patrocinan la exclusión social y alimentan el sufrimiento mental (Galende, 2004).

Los avances internacionales en cuanto a políticas desmanicomializantes y los Derechos de las personas con padecimiento psiquiátrico, demuestran la necesidad de transformar el S.A.S.M.P. actual, contemplando el enfoque comunitario. Es por ello que la Salud Mental se podría entender como:

La capacidad de participar en las manifestaciones del entorno, promoviendo el desarrollo físico, intelectual, afectivo y social y el de una serie de capacidades actuales o potenciales como la solidaridad, la creatividad y la responsabilidad, la capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar. Y está vinculada a la concreción de los derechos, al bienestar, al trabajo, a la seguridad social, a la vivienda, a la educación, a la cultura, a todas las expresiones artísticas, a la capacitación y a un medio ambiente saludable, entre otros inherentes a todas las personas, teniendo en cuenta la equidad entre los géneros y las generaciones y la no discriminación. (Aguirre, A. et al, 2009, Cap.1).

Esta concepción de Salud Mental, se enmarca dentro de los lineamientos planteados por Galende (1990) ya que es concebida desde una perspectiva de Derecho.

Tomando en cuenta el surgimiento de nuevas problemáticas humanas, apela a abarcar a la persona en su integridad, a su participación activa y a una ética-política en la práctica de atención.

En la esfera de la Salud Mental, el término “estigma” es utilizado para dar visibilidad a prejuicios en base a determinados diagnósticos (Muñoz, et al, 2009).

Link y Phelan (2001) entienden el estigma como un conjunto de componentes, donde se agrupan o “etiquetan” las diferencias humanas. Luego, las creencias culturales ligan a las personas a características indeseables, y éstas son puestas en diferentes

categorías que las clasifican, experimentando la pérdida del estatus social y la discriminación (Runte, 2005).

Diferentes autores expresan que es la sociedad quien determina las características humanas pasibles de ser estigmatizadas, sustentadas desde el poder social, económico y político (Rüsch, et al, 2006), estas surgen de la necesidad de censura. Goffman (1963) define “estigma” como la marca, señal o signo que define al desviado, segregándolo también desde lo moral.

La psicología social identificó tres aspectos del proceso cognitivo, emocional y conductual, al que denominó Estigma Público que se compone de, “los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio)” (Rüsch, N. et al, 2006, pp.167-168).

El término estigma tiene una connotación negativa que degrada, devalúa y perjudica a la persona, ya que es la “situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social (...) la información que el individuo transmite directamente sobre sí mismo” (Goffman, E. 1963, pp.7-8). Esta condición trae aparejada el rechazo social, restringiendo el bienestar y produciendo efectos en la autoestima de la persona, resultando nocivo para su vida.

La baja autoestima conduce a la persona a fracasar en diversos intentos de inclusión social debido a su comportamiento autodiscriminativo.

El autoestigma refiere a “las reacciones del individuo que pertenece a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos” (Rüsch, N. et al, 2006, p.168).

Debido a ello, los procesos de estigmatización han sido estudiados e identificados como uno de los mayores problemas en términos de dificultades para la inclusión social (Carniel, et al, 2002).

Por lo expuesto, formar parte de las personas usuarias del S.A.S.M.P. puede vincularse a componentes de los procesos de estigmatización de los otros y de sí mismos, repercutiendo negativamente en la inclusión social. La vivencia de los procesos de estigmatización y la incorporación de supuestos desde la percepción, puede reflejarse en su cotidianeidad, condicionando su accionar (Rüsch, et al, 2006).

La percepción es entendida en el campo de la psicología, como “un acto intersubjetivo” en el cual intervienen la historia particular de la persona y el ambiente que lo rodea, siendo un proceso personal que depende de las “expectativas, experiencias y conocimientos adquiridos” (Román y Zapata, 2012, p.58). Vargas (1994) agrega en

este proceso cognitivo-perceptivo, “la selección y significación previa del sujeto” (Román y Zapata, 2012, p.58), incorporando a su realidad la información que la sociedad le brinda según su propio interés. La percepción es el proceso desde el cual la persona comprende su alrededor, dando un sentido y actuando en consecuencia de lo percibido, “tiene una función de interpretación de los datos sensoriales, y supone una actividad de procesamiento de la información” (Houdé, O., Kayser, D., Koenig, O., Proust, J. y Rastier, F. 2003, pp.332-338). Es por ello, que el rechazo social y la percepción del estigma incorporado ante el padecimiento psiquiátrico, podrían significar una dificultad de importancia en las contrataciones laborales (Rodríguez et al, 1999).

Foucault (1967) sostiene que la exclusión y reclusión de los “locos” estuvo desde sus orígenes marcada por la exclusión en el proceso productivo (Suaya, 2010). La exclusión en el campo laboral es influenciada por diversos factores, entre los que se encuentran los originados por el propio padecimiento psiquiátrico y/o la iatrogenia que provoca el largo periodo de hospitalización, los provenientes del propio mercado laboral, y los derivados del prejuicio social (Rodríguez, et al, 1999).

La marginación en el campo laboral constituye una desventaja social y propicia la estigmatización. La sociedad limita y condiciona a través de la construcción de la discapacidad, incidiendo sobre la identidad, la calidad de vida y la propia realización de la persona. Estas experiencias acaban deteriorando la autoestima y culminan con la imposibilidad de desarrollo de sus potencialidades originales (Giorgi, 2002). La exclusión social consiste en:

Un proceso de empobrecimiento creciente de las interacciones hasta alcanzar un punto de inflexión, de no retorno en el cual los vínculos quedan reducidos al entorno inmediato o a otros sujetos de igual condición restringiéndose así el acceso a modelos identificatorios y condicionando un frágil desarrollo de la personalidad. (Giorgi, V. 2002, p.88).

En este sentido, la exclusión laboral podría ser un área de visibilidad y expresión del efecto que producen los procesos de estigmatización, incidiendo en la socialización, la autoestima, la autonomía y participación social (Giorgi, 2002).

La inclusión implica el desarrollo de la identidad del individuo, su capacidad de decisión y “la posibilidad de contar con redes de relaciones que ayuden a desarrollar el proyecto de vida” (Hopenhayn, M. 2008, p.51). Pérez Jáuregui plantea que el trabajo

construye en parte la identidad de la persona, otorgando sentido al individuo en la sociedad y en su propia subjetividad. El trabajo desde sus orígenes ha sido considerado parte intrínseca de la actividad humana, cumple un rol fundamental y es percibido como un valor que dignifica (Pérez Jáuregui, 2005). El trabajo, así como la realización de actividades productivas, ayuda al logro de una efectiva inclusión social, generando autonomía e independencia. Por tal motivo tener acceso a un empleo puede resultar imprescindible en los procesos de recuperación de calidad de vida de las personas con padecimiento psiquiátrico a nivel socio-económico y emocional (Rodríguez, et al, 1999). La conexión existente entre la percepción del estigma, su internalización y la inclusión social, evidencian las consecuencias de la mirada del otro en el desempeño de la persona así como en su calidad de vida. Los diferentes abordajes de integración en la comunidad deben incluir el contexto político, cultural y económico, con la finalidad de evitar vulneración de Derechos, promover la integridad y el respeto inherente en las relaciones sociales (Giorgi, 2002), contribuyendo a la desestigmatización e inclusión social.

PROBLEMAS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Como punto de partida de este trabajo se plantea ¿cuál es la percepción de las personas usuarias de la Policlínica del Zonal 3 de Montevideo sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico?

En este sentido, se cuestiona ¿qué efectos producen los procesos de estigmatización en la inclusión laboral de las personas usuarias del S.A.S.M.P.?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Estudiar la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico, y sus efectos en cuanto a la inclusión laboral.

Objetivos Específicos

- Conocer la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico.
- Identificar los efectos de la estigmatización en la inclusión laboral.

DISEÑO METODOLÓGICO

Para el abordaje de los objetivos planteados, se desarrollará un diseño metodológico exploratorio descriptivo (Vázquez-Sixto, 2009). Se elaborará un análisis descriptivo con los datos obtenidos, identificándose la percepción de las personas usuarias sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico, y sus efectos en cuanto a la inclusión laboral.

Herramientas de Relevamiento de Información

- Entrevistas semiestructuradas
- Historias clínicas

Población Objetivo y Muestra

Se toma como criterios para la muestra, a personas que hayan sido derivadas para continuar su tratamiento ambulatorio en la Policlínica del Zonal 3 de Montevideo (abarca los barrios Goes, Villa Muñoz, Jacinto Vera, Figurita, Reducto, Krüger, Simón Bolívar, Brazo Oriental, La Comercial y Aguada), las cuales presentaron una única internación en el Hospital T. Vilardebó durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2013. Estos criterios componen una muestra intencional de 32 personas (Hospital Vilardebó, 2015).

Plan de Análisis

Los datos y relevamiento de información de la investigación serán obtenidos del Departamento de Estadística del Hospital Vilardebó en coordinación con la Policlínica de dicho Centro. Para conocer la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., sobre los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico, se tomará como referencia y antecedente la Escala de Autoestigma (SS) de King (Flores, Medina y Robles, 2011).

Se discriminan tres categorías:

- discriminación (refiere a las reacciones negativas de otras personas).
- divulgación (refiere a la vergüenza o temor a divulgar información acerca de la enfermedad).
- aspectos positivos de la enfermedad mental (refiere a la aceptación de la propia enfermedad) (Flores, et al, 2011).

Para identificar los efectos en la inclusión laboral, se tomará como referencia y antecedente la Dimensión Laboral en los Procesos de Cronificación (De León, 2014).

Se discriminan cuatro categorías:

- Trabaja
- No trabaja y busca trabajo
- No trabaja, no busca, tiene ganas
- No trabaja, no busca y no tiene ganas (De León, 2014).

En función de las categorías planteadas, se analizará y articulará la información proveniente de las entrevistas, del relevamiento de información y análisis de historias clínicas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Resulta necesario regirse por lo promulgado el 4 de agosto de 2008, donde se establece el Decreto N° 379/008 que refiere a la Investigación en Seres Humanos. Es de vital importancia para la investigación atender consentimiento informado y voluntario, resguardo de la privacidad de las personas que participen y evitación de daños secundarios o asociados a la investigación. El cumplimiento de estas normas en el proceso de investigación “tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad” (Decreto N° 379/008, 2008).

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

Etapas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Relevamiento bibliográfico.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Coordinaciones institucionales.	x	x										
Entrevistas.			x	x	x							
Relevamiento de información de historias clínicas.					x	x						
Procesamiento y análisis de información de historias clínicas.							x	x	x			
Informe final y devolución.										x	x	x
Difusión.												x

RESULTADOS ESPERADOS

Este pre-proyecto pretende aportar conocimiento sobre la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., en los procesos de estigmatización que se producen en el padecimiento psiquiátrico, así como los efectos sobre la inclusión laboral.

Es pertinente la producción de conocimiento sobre la percepción de las personas usuarias del S.A.S.M.P., para desarrollar acciones que puedan contribuir a una mejora en la implementación de políticas existentes. Se aspira a que los resultados obtenidos, puedan ser utilizados como insumos para la elaboración y planificación de nuevas políticas inclusivas.

REFERENCIAS

- Aguirre, A., Antúnez, M., Arozamena, C., Celhay, M., Del Castillo, R., De León, N., (...) y Pieyrot, H. (2009). *Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay*. Recuperado de http://asambleainstituyente.blogspot.com/p/blog-page_25.html
- Barrán, J. (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar* (V.1). Montevideo: Banda Oriental.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Carniel, L., Runte, A., Torres-González, F. y Bruce, M. (2011). *Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2077-2087. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000400007&script=sci_arttext
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Madrid: La Piqueta.
- De León, N. (2005). ¿Por qué no hablar con la locura? En M. Folle (Comp.) y A. Protesoni (Comp.). *Tránsitos de una Psicología Social* (pp.117-126). Montevideo: Psicolibros.
- De León, N. (2014). *Estudio del proceso de cronificación de personas con padecimientos psiquiátricos usuaria/os del Sistema Público de Atención en Salud Mental de Montevideo: el caso del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó*. (Tesis de Maestría inédita). Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Montevideo.

- Flores, S., Medina, R. y Robles, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental* 34(4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000400006&script=sci_arttext
- Foucault, M. (1990). *Historia de la locura en la Época Clásica* (V.1). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2004). Memoria, historia e identidad. *Topía*, (41), 4-5. Recuperado de http://www.topia.com.ar/sites/default/files/files/revista/pdf/agosto_2004_com.pdf
- Garay, M., Pousa, V. y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475. doi: 10.4321/S0211-57352014000300002
- Giorgi, V. (2002). Discapacidad y Calidad de Vida: Una Perspectiva Psicosocial. En A. Gandolfi (Comp.). *Psicología de la Salud: escenarios y prácticas*. (pp. 87-98). Montevideo: Psicolibros.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hopenhayn, M. (2008). Inclusión y exclusión social en la juventud latinoamericana. *Pensamiento iberoamericano*, (3), 49-71. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2781553>
- Hospital Vilardebó. (2015). Departamento de Estadística. (Uruguay). Informe de datos inédito.
- Houdé, O., Kayser, D., Koenig, O., Proust, J. y Rastier, F. (2003). *Diccionario de Ciencias Cognitivas. Neurociencia Psicología Inteligencia Artificial Lingüística Filosofía*. (pp. 332-338). Buenos Aires: Amorrortu.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n1/v28n1a04.pdf>

- 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.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+iNVESTIGACION++Estigma+y+enfermedad+mental.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271741077969&ssbinary=true>
- Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Pérez Jáuregui, I. (2005). *Burn-out y estrés laboral, Sufrimiento y sin sentido en el trabajo, estrategias para afrontarlos*. Buenos Aires: Editorial Psicoteca.
- Rodríguez, A., Sobrino, T., Galilea, V., Colis, J., González, J. y Orviz, S. (1999). *Rehabilitación laboral y alternativas laborales para enfermos mentales crónicos*. En A. Rodríguez (Coord.), *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos* (pp. 329-361). España: Ediciones Pirámides.
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*, 75 (2), 86-96. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf
- Román, N. y Zapata, J. (2012). *Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses*. (Tesis para optar al Grado académico de Licenciado en Trabajo Social). Universidad Academia de Humanismo Cristiano. (pp. 57-68). Santiago. Recuperado de <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/704>
- Runte, A. (2005). *Estigma y esquizofrenia: qué opinan las personas afectadas y sus cuidadores*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada. Recuperado de <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. y Corrigan, P. (2006). El estigma de la enfermedad mental: conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *Revista de la Asociación*

- Europea de Psiquiatría*, (13), 165-176. Recuperado de <http://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338%2805%2900090-8/fulltext>
- Suaya, D. (2010). *Historia vital del trabajo: herramienta de atención en salud colectiva*. Buenos Aires: Chilavert Artes Gráficas.
- Uruguay. Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna. (2013). *Carta presentada en la II Asamblea Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo*. Recuperado de <http://www.asambleainstituyente.blogspot.com/p/institucionnacional-de-derechos-humanos.html>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. (2008). Decreto N° 379/008. *Investigación en Seres Humanos*. Recuperado de http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF
- Uruguay. Poder Legislativo. (1936). Ley 9.581. *Psicópatas*. Se organiza la asistencia. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=9581.&Anchor>
- Uruguay. Poder Legislativo. (2010). Ley 18.651. *Protección Integral de personas con discapacidad en el Estado*. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=>
- Uruguay. Presidencia de la República. Oficina Nacional del Servicio Civil. (2013). *Ingreso de personas con discapacidad en el Estado 2013 (Ley 18.651)*. Recuperado de http://www.onsc.gub.uy/onsc1/images/observatorio/Informe_personas_con_discapacidad_2013_1.pdf
- Vázquez-Sixto, F. (2009). *Protocolo orientativo para la redacción de una propuesta o proyecto de investigación*. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/protocolo_proyecto_investigacion_felix_vazquez.pdf