

Ecos de una práctica

Reflexiones sobre el proceso de
estigmatización

Giuliana Panizzolo Bauzá

CI 4.578.889-7

Tutor: Luis Giménez

Fecha: Febrero, 2016

Montevideo, Uruguay

Resumen:

Este Trabajo Final de Grado pretende ser un articulador entre la teoría y la experiencia de trabajo de quien escribe en el centro de referencia e información nacional de la red drogas-Portal Amarillo, en el marco del Programa de Practicantes y Residentes.

El eje central de este trabajo es hacer luz sobre el proceso de estigmatización y construcción de identidad de sus usuarios, poniendo especial énfasis en el rol que cumplen los trabajadores de la salud de este centro en lo que respecta a dicho proceso, así como también la sociedad en su conjunto, mediante la presentación de una serie de viñetas clínicas. Estas serán analizadas en base a los conceptos claves desarrollados en este trabajo: estigma, identidad, calidad de vida, peligrosidad, ideología e implicación, todos ellos útiles para pensar el proceso de estigmatización y su reproducción.

Como conclusión, este trabajo extrae la presencia del proceso de estigmatización en el servicio de salud donde la autora se insertó, ya sea este perpetrado por los trabajadores de este centro como por el público general. También se concluye la falta del análisis implicacional, el cual configura un insumo no sólo útil sino necesario para el desarrollo de prácticas éticas y elaboración de estrategias de combate contra el mismo.

El proceso de estigmatización no está en la sociedad, sino en todos los sujetos que la compone, constituyendo una tarea ética de los sujetos en general y de los trabajadores de la salud en particular, reflexionar sobre esta actitud y su posterior modificación

Palabras claves: *Estigma, identidad, calidad de vida, implicación*

1) Introducción y contextualización.

El presente Trabajo Final de Grado (TFG) tiene su columna vertebral en la experiencia de la autora en el marco del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología, específicamente en el centro de referencia e información nacional de la red drogas- Portal Amarillo. Este es un programa en donde ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) y Facultad de Psicología aunaron sus fuerzas para lograr la inserción de estudiantes avanzados y Licenciados en Psicología en servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel. Esta experiencia interinstitucional, por la cual ya han transitado cinco generaciones de estudiantes, ha sido posible gracias no sólo a una coyuntura política favorable sino también a los distintos cambios que han sido propuestos en el sistema de atención a la salud.

Este nuevo reordenamiento del sistema de salud consta básicamente de tres reformas: cambios en el modelo de atención a la salud, en la gestión y en el sistema de gasto y financiamiento. Según el proyecto de ley nº 18.211 (2007), el primero busca enfatizar tanto la prevención como la promoción, hallando su base en la estrategia de Atención Primaria en Salud, destacando el primer nivel de atención. El segundo se orienta a la complementación y coordinación de la amplia gama de servicios tanto públicos como privados, de manera de tejer una red asistencial, así como también la descentralización de entes públicos como ASSE y el MSP en la rectoría de dicho sistema. El último eje orientador se basa en los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad regidos por la justicia distributiva. Es así que el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud) quedará bajo la órbita de los siguientes principios: universalidad, accesibilidad, sustentabilidad, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, perspectiva de derechos, equidad, calidad e interdisciplinariedad. Sus objetivos son múltiples y tal como expone el proyecto de ley nº 18.211 del año 2007, incluyen el logro del nivel más alto de salud posible en la sociedad, promoviendo hábitos saludables que aumenten la calidad de vida; la instalación de un modelo de atención integral con políticas en salud que se articulen entre sí con el fin de poder aprovechar lo más racionalmente posible los distintos recursos, entre otros.

A partir de estos cambios queda estipulado que el sistema de salud en Uruguay, se organiza en tres niveles de atención, de acuerdo a la complejidad de las distintas prestaciones, los cuales, estarán comunicados por mecanismos de referencia y contrareferencia, asegurando la continuidad de la atención. Estas dos nociones refieren al procedimiento por el cual un servicio de salud de menor complejidad delega a otro de mayor complejidad el cuidado de la salud de un usuario y, una vez cumplida con su asistencia, el servicio de salud de mayor complejidad, vuelve a conectar al usuario con el servicio de salud que lo derivó para que realice los cuidados y controles pertinentes (Vignolo, J. et al. p.12).

En cuanto a los niveles de atención, anteriormente fue especificado su división en tres: el primer nivel de atención constituye aquel que está más cerca de la comunidad y en el cual se resuelven las necesidades básicas en atención al usuario (Vignolo, J. et al. p.12). Significa la puerta de entrada al sistema de salud y por lo tanto requiere de una adecuada accesibilidad de modo que se puedan resolver las consultas de manera eficaz y oportuna (Vignolo, J. et al. p.12). El segundo nivel es donde se ubican los establecimientos tales como hospitales “donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría” (Vignolo, J. et al. 2011 p.12). Por último el tercer nivel “refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología” (Vignolo, J. et al. 2011 p.12).

Es en este marco que se ha ido desarrollando el programa de practicantes y residentes, en torno al cual giran una serie de objetivos como la formación de recursos humanos en salud y el impulso de la producción de conocimiento científico dentro del ámbito psicológico referido a la salud. Este programa apunta a que la psicología pueda contribuir con el nuevo modelo de salud y a su gradual implementación, valiéndose del saber psicológico. Asimismo, el programa de practicantes y residentes pretende hacer foco sobre los principios rectores de la Universidad: enseñanza, investigación y extensión. De acuerdo al Plan de Trabajo presentado por Giménez (2013) se identifican 4 ejes principales de acción: el eje organizativo, el eje conceptual, el eje metodológico y el eje técnico-operacional. Cada uno de ellos incluye distintos objetivos entre los que es posible destacar la conformación de un equipo docente referente, en contacto no sólo con estudiantes sino con cada centro de salud y sus respectivos referentes; la delimitación de problemáticas de estudio con el fin de producir conocimiento científico; la necesidad de construir un enfoque interdisciplinario para el abordaje de las distintas situaciones que se presenten en la práctica diaria así como regirse por principios éticos; la utilización del análisis implicacional como recurso para enriquecer nuestras prácticas.

El Programa de Practicantes y Residentes contempla un cupo anual de 36 estudiantes (practicantes), distribuidos en el interior (Canelones, Maldonado, San José y Paysandú) y la capital, Montevideo. Tiene un año de duración y constituye una práctica rentada. La experiencia de la autora se desarrolló dentro del Portal Amarillo, un establecimiento de salud encargado de la rehabilitación de personas con problemas de adicciones, la cual se pasará a describir a continuación.

El Portal Amarillo es el centro de información y referencia nacional de la red drogas el cual está ubicado en Montevideo, Nuevo París, en la calle Carlos Ma. De pena 5101 esq. Coronilla. Es un establecimiento público que depende de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) y que fue creado en el 2005 bajo la órbita de tres instituciones: el Ministerio

de Salud Pública (MSP), La Junta Nacional de Drogas (JND) y el Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). El inicio de su funcionamiento se remonta al año 2006. En 2010, con la creación de la unidad de especializados asistenciales el Portal Amarillo pasa a depender de ella junto con la unidad de Salud Mental.

Considerando la caracterización de los distintos niveles de atención anteriormente especificados, el Portal Amarillo puede ser ubicado en el tercer nivel de atención, debido a que, como lo explica el proyecto de ley nº 18.211, cuenta con los recursos humanos y tecnología que están destinados a diagnosticar y tratar patologías de alta complejidad que requieren de servicios especializados.

La principal motivación que llevó a las autoridades la inclusión de la temática drogas en la agenda pública, responde al gran aumento que se había venido dando (y que aún se da) en la sociedad uruguaya y en todo el mundo, del consumo problemático de sustancias tanto legales como ilegales, convirtiéndose este en un problema de Salud Pública que requería acción inmediata. En la Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas 2011-2015, se reconoce el fenómeno de drogas como uno de gran complejidad e impacto, tanto por su carácter multidimensional como por su anclaje en factores políticos y sociales. De igual manera, este documento hace mención al necesario papel activo y compromiso tanto del Estado como de las comunidades respecto de esta temática.

Muchas son las posibles causas que dan origen al consumo y entre ellas se podrían destacar las transformaciones socioculturales y familiares, las sociedades de consumo, entre otras y es por esta misma razón que la problemática de las drogas es considerada como un síntoma de la sociedad contemporánea, donde el adicto es visto como un emergente y frente a la cual el Estado debe dar una respuesta. Debido a los amplios cambios tanto cualitativos como cuantitativos en el consumo, la principal problemática que atiende el Portal Amarillo son las adicciones a sustancias psicoactivas y su posterior consecuencia psíquicas, físicas y sociales, abordando dicha problemática desde la integralidad conjuntamente con un equipo interdisciplinario compuesto por Psicólogos, Psiquiatras, Asistentes Sociales, Talleristas, Médicos generales, Toxicólogos, Enfermeros y Educadores sociales

Amplio es el espectro de paradigmas para el abordaje y el tratamiento de adicciones, así como las definiciones de drogas. A este respecto, Carballada (1994) realiza un recorrido histórico que da cuenta del surgimiento de los distintos modelos de abordaje para esta problemática, conectando cada uno de ellos con sucesos socioculturales y políticos de la época. De esta manera, define modelo como aquel “instrumento conceptual que permite profundizar acerca de las relaciones entre la creación de la teoría, la transmisión del conocimiento y la intervención práctica en la problemática del uso indebido de drogas” (Carballada, J. 1994. p 11)

Es así que el antedicho autor clasifica los distintos modelos de la siguiente manera: Ético-jurídico, Médico-sanitario, Psicosocial, Sociocultural y Geopolítico estructural.

El modelo Ético-jurídico, tal como Carballeda lo especifica, surgió en la década del cincuenta, momento histórico en el que las adicciones aún no eran consideradas un tema mayor. Pero a medida que avanzó esta década, se registraron cambios en los modos de consumo, relacionando al mismo con la juventud y su movimiento de liberación. A su vez, estos cambios eclosionaron con el surgimiento del fenómeno hippie, el cual también estaba socialmente identificado con el consumo de sustancias. Ambos grupos buscaban cambiar la concepción que la sociedad tenía sobre los modos de vivir la juventud; es así que, en palabras de Carballeda, el uso indebido de sustancias da inicio “a partir de cierta actitud contestataria y de apertura hacia una percepción diferente” (Carballeda, J 1994 p 15). Estos hechos fueron dificultosamente interpretados, dando como resultado la equiparación de las drogas con vicios y delincuencia.

Es en este contexto que se desarrolló el modelo ético-jurídico, el cual acentuó la potencialidad de cada sustancia, clasificándolas en legales e ilegales e imponiendo sanciones represivas a su consumo. Por lo tanto, desde esta perspectiva el consumidor es visto como un delincuente, moralmente desviado y vulnerable, el cual está expuesto a consecuencias de tipo legal.

El modelo médico-sanitario surgió en la década del sesenta conectado con el ámbito educacional, con énfasis, en palabras del autor, “en la necesidad de despertar el temor a las drogas en la población estudiantil” (Carballeda, J 1994 p 17), asociando de esta manera, drogas con juventud. Este nuevo modelo trajo aparejado otra clasificación de las drogas, en blandas o duras, pero dejando entrever la misma filosofía que el modelo anterior. El modelo médico-sanitario define al adicto como “alguien vulnerable a la introducción de las sustancias a su organismo” (Carballeda, J 1994. p 17). Es, de esta manera, considerado una persona enferma. Desde esta perspectiva, las acciones preventivas dejan de estar en manos del sistema judicial para pasar a la órbita sanitaria.

El modelo psicosocial surgió a finales de la década del sesenta, el cual “incorpora el abordaje psicológico de la problemática centrando el encuadre en el sujeto y en los aspectos individuales y familiares que lo llevan al uso de drogas” (Carballeda, J 1994 p 20). Desde este modelo, se resalta el papel que cumplen los consumidores y sus comportamientos, actitudes y valores así como las presiones del uso de sustancias inducidas por el medio o el contexto en el que el sujeto está inmerso. Las drogas son vistas como alteradoras del comportamiento, produciendo efectos psicológicos y sociales. Si bien este modelo introduce el factor grupo y contexto a la problemática de las adicciones, lo hace desde una perspectiva individualista y sin una visión integradora.

El modelo sociocultural, el cual surgió en la década del setenta, “acentúa en parte el discurso de la desviación social poniendo especial énfasis en los factores socioeconómicos” (Carballeda, J 1994 p 24). Fue a partir del surgimiento de este modelo que se comenzó a asociar consumo con marginalidad, mientras que en los modelos anteriores esta asociación se ligaba a un grupo etario específico. Según este modelo, existirían factores culturales que favorecen el consumo, dentro de los que se puede nombrar la pobreza y la falta de oportunidades. El modelo sociocultural clasifica a las drogas según los distintos patrones culturales, estableciendo la relación consumo-contexto. En palabras del autor, se distinguen “las drogas que se usan como resultado de patrones culturales” (Carballeda, J 1994 p 13)

Por último, el antedicho autor hace mención del modelo geopolítico estructural, el cual fue propuesto por la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID). Dicho modelo introduce el problema del tráfico de drogas como un factor a tener en cuenta al momento de analizar esta problemática. Conceptualiza las drogas como “una mercancía porque tiene valor de cambio y genera una relación social” (Carballeda, J 1994 p 12) Este modelo conlleva una visión integradora de la problemática, donde los individuos no se presentan de forma aislada sino “integrados a la estructura social en un mundo interdependiente” (Carballeda, J 1994 p 12) y las respuestas al problema son igualmente integradoras, proponiendo políticas globales de seguridad y bienestar, fiscalización. Asimismo, “politiza el fenómeno de las drogas redimensionándolo como problema social (en lo económico, lo político, asistencial, sanitario, cultural)” (Carballeda, J 1994 p 12) Es por esta misma razón que la prevención es volcada hacia el Estado con voluntad política y otras organizaciones sean estas nacionales o internacionales.

Como el lector podrá apreciar, cada modelo caracteriza las drogas de manera distinta según la visión sobre esta problemática. Pero, en términos farmacológicos, las drogas pueden ser definidas como “sustancias que, por su naturaleza química, afecta la estructura o el funcionamiento de un organismo vivo” (Nowlis, H 1975 p 23). Esta definición, válida para la rama que la describe, no resulta suficiente al momento de tratar este tema ya que, desde esta definición, cualquier sustancia que interactúa con el organismo de un ser humano produciría un efecto. Tal es el ejemplo del café o analgésicos de venta libre consumidos actualmente de manera mundial sin ningún tipo de restricción o marco legal. Daniel Vidart (2014), realiza una revisión histórica y antropológica sobre el uso de distintas drogas, llegando a la conclusión que la legalidad o no de cada sustancia y, por lo tanto, sus repercusiones sociales están fuertemente ligados al contexto histórico-político al cual se atiende. En palabras de dicho autor “una droga es una sustancia que el Estado define como tal” (Vidart, D 2014 p 18), ejemplificando a través del café o la yerba mate, los cuales estaban prohibidos en tiempos pasados.

En base a los distintos modelos que fueron planteados en las páginas anteriores, es posible decir que en el accionar del Portal Amarillo se encuentran características de algunos de los mismos. En la práctica diaria existe un discurso que halla algunos puntos en común con el modelo psicosocial en la medida en que se plantean acciones dirigidas al no contacto con lugares que provean o en donde se tenga fácil acceso a la sustancia problema. Desde el discurso técnico, se enfatiza la necesidad de cambiar estilos de vida y grupos de referencia, particularmente los grupos de pares, estos últimos en caso de que compartan los mismos hábitos de consumo. La principal razón radica en la creencia de la alta influencia que tienen estos grupos sobre la conducta del usuario. Asimismo, es posible encontrar puntos en común con el modelo médico-sanitario, en la medida que, en algunas circunstancias, se compara la adicción con alguna enfermedad médica (por ejemplo diabetes), planteando reduccionismos sin aporte práctico.

Si bien el accionar de este establecimiento de salud no encuentra lugar en un único modelo sino que recoge distintas características de unos y otros, la misma se pronuncia por el paradigma de la “toxicología vincular” en el cual se intenta de reubicar el foco del campo clínico “desde los clásicos enfoques biologicistas drogocéntricos hacia una toxicología vincular transdisciplinaria, donde el objetivo(...) estaría en diagnosticar, problematizar y cambiar las matrices primarias de vinculación tóxica operantes en el adicto, su grupo primario y su entorno social por otras propicias para una vinculación más nutricia y habilitante para el desarrollo de sus procesos de autonomización” (Silva, M. 2013, p.3). Esta premisa es muy notoria en todas las actividades del Portal Amarillo, donde se les manifiesta a los usuarios que lo principal es conocerlos a ellos como personas y no tanto al “personaje del consumidor” o centrar la atención en la sustancia consumida, a la vez que se hace mucho hincapié en los grupos familiares y la participación de la familia tanto dentro como fuera del establecimiento. Sin embargo, el mismo encuentra su punto débil en las acciones directas sobre el contexto social y la comunidad.

Con respecto a la definición de drogas, el Portal Amarillo se aparta del marco legalidad-ilegalidad propuesto por el modelo ético-jurídico, considerando que tanto unas como otras interactúan de manera particular en el organismo de quien las consume y, por lo tanto, su efecto puede ser igualmente perjudicial. Es así que también se presta especial importancia al consumo de alcohol y marihuana.

Como fue mencionado al inicio, el Portal Amarillo es el centro nacional de información y referencia de la red-drogas y como tal es posible tener acceso a él sin previa derivación. Sin embargo, existen otras vías de acceso al mismo. La principal es a través del dispositivo Ciudadela, el cual nuclea las derivaciones. Se accede a la misma de forma directa sin necesidad de derivación de policlínica. Una vez allí, el usuario es recepcionado y derivado a un

centro que coincida con las características y las demandas de este: entre estos se encuentra el Portal Amarillo, Los Chanáes, El Paso, Jaguel, entre otros tantos. A su vez, el Portal Amarillo teje redes entre las distintas policlínicas y hospitales de referencia más cercanos. En muchas ocasiones se coordina con Hospital Vilardebó o centro de rehabilitación Sayago debido a que muchos de los usuarios presentan una patología dual (por ejemplo, esquizofrenia y consumo de drogas) y requieren de la atención de otro centro especializado del tercer nivel para su compensación, su continuidad en el tratamiento o como forma de complementariedad al tratamiento actual. Sin embargo, el Portal Amarillo se caracteriza por ser una institución cerrada sobre sí misma, con actividades intramuros y poca apertura al exterior, en la comunidad.

El Portal Amarillo cuenta con 3 dispositivos de intervención que son: Ambulatorio, Centro diurno y Residencial. Cada uno tiene sus objetivos específicos y sus requisitos de ingreso. Distintos archivos y documentos acerca del funcionamiento de los mismos, plantean que deberían funcionar de manera coordinada, con el fin de complementar las intervenciones, los diagnósticos y las recomendaciones, pero en la práctica, es fácil deducir que hay una gran carencia en los vínculos comunicativos entre estos tres dispositivos.

El Residencial es visto como un centro de poder médico que funciona como un “mundo aparte”. El dispositivo Ambulatorio muchas veces no es tomado en cuenta y es minimizado por parte de los técnicos cuando, en la realidad, es el dispositivo que atiende al volumen más grande de usuarios, ya que todos ellos, los usuarios del centro diurno y del residencial, pasaron en algún momento por los grupos que se forman en el Ambulatorio. Incluso es minimizado por el establecimiento, el cual no le brinda un espacio para reuniones semanales. El Centro Diurno está representado en el imaginario colectivo como un lugar cálido donde conviven armónicamente psicólogos, psiquiatras y educadores junto con asistentes sociales, con apertura para el diálogo interdisciplinar. La realidad muchas veces demuestra que esta premisa no es verdadera ya que el diálogo se ve dificultado por las relaciones de poder interdisciplinarias que, en este caso, se puede hipotetizar que no se relaciona tanto con cuánto poder tenga adjudicado esa disciplina clásica e históricamente, sino que el poder se distribuye de acuerdo al tiempo que cada técnico destina a la cotidianeidad con los usuarios. A continuación serán descritos cada uno de los dispositivos y sus respectivas actividades.

Residencial: “es un dispositivo terapéutico híbrido. Esto quiere decir que además de contar con la internación del paciente, existen espacios donde se dan grupos terapéuticos. Cuenta con la colaboración de médicos toxicólogos, psiquiatras y de medicina general así como también educadores y psicólogos.” (Proyecto portal amarillo, un nodo de la red. 2005, p.22). La internación no se extiende más allá de las 6 semanas aunque como se ha sido constatado en la práctica, existen excepciones. Su objetivo es lograr la desintoxicación de la sustancia. Las

razones para una tan corta internación radica en la premisa de que la estadía del usuario en el Portal Amarillo no puede ser un sustituto del entorno socio-familiar sino que todas las acciones son pensadas en función de la reinserción social del mismo.

Este dispositivo tiene capacidad para aproximadamente 15 usuarios de INAU (gracias a un convenio establecido hace algunos años) tanto masculinos como femeninos que sean mayores de 14 años y 11 meses (en un espacio físico propio para ellos) y 30 camas para usuarios de ASSE entre 14 años y 11 meses y hasta los 33 años aproximadamente también mixto. A los menores se les exige el consentimiento por escritos a padres o tutores legales. Suelen ser muy estrictos con sus requisitos de ingreso, aunque en algunos casos se hacen excepciones: por ejemplo si tiene uno o dos años más de edad de la permitida. Previo a su ingreso se le realizan chequeos médicos generales y evaluaciones psiquiátricas así como también de las distintas repercusiones orgánicas.

De la misma manera que existen criterios de inclusión, también los hay para excluir. Algunos de ellos son: pacientes que presentan intoxicación aguda, con trastornos mentales graves como esquizofrenia u otra psicosis crónica descompensada, psicosis aguda, depresión mayor que presente ideas de suicidio, retraso mental severo y trastorno disocial de la personalidad. Las razones brindadas por el centro para estas exclusiones y posteriores derivación es que el Portal Amarillo no cuenta con psiquiatras las 24 horas ni seguridad y por las noches y los fines de semana sólo quedan los enfermeros a cargo del cuidado de los usuarios.

Las actividades son muchas: plástica, grupos de apertura y de cierre que se realizan diariamente, biblioterapia, panadería, educación física, grupos terapéuticos y grupos con los familiares. Todos los miércoles se realizan las visitas familiares. Para el ingreso del usuario al centro de salud y para su posterior alta es necesario contar con la firma de un psiquiatra que lo habilite, evidencia del poder médico instalado en el Portal Amarillo.

Centro Diurno: también llamado hospital de día, está planteado para “aquellas situaciones en las que es necesario brindar una asistencia intensa, estructurada y con mayor cantidad de recursos que los que generalmente proporcionan en contextos ambulatorios” (Proyecto portal amarillo, un nodo de la red, 2005 p.21). Para ingresar a este espacio se requiere tener por lo menos 15 días de abstinencia y tener entre 14 años y 11 meses hasta los 30 años aproximadamente. El pasaje por este dispositivo no se extiende más allá de los 3 meses.

Concurren al centro de lunes a viernes de 8.30 a 13.30 donde se insertan en diversas actividades que van desde desayunar y almorzar hasta espacios recreativos como plástica y gimnasia. También cuenta con un grupo terapéutico de usuarios y un grupo multifamiliar una vez por semana donde están presentes todos los técnicos integrantes del centro diurno y al cual

concurren familiares y usuarios. Cuentan con un espacio educativo con una maestra y un grupo de reinserción social, donde tratan temas relativos a la búsqueda laboral y educativa. Los criterios de exclusión son los mismos que los mencionados anteriormente.

Los alimentos para estos dos primeros dispositivos descritos provienen del instituto de alimentación, que depende del MTSS (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social) y también colabora INAU, INJU y Hospital Vilardebó.

Ambulatorio: este dispositivo puede ser definido como la puerta de entrada al Portal Amarillo. Se trata de aquellas instancias grupales previas a la derivación hacia alguno de los otros dispositivos o a su permanencia en este. Cuenta con los llamados grupos T (transicionales) los cuales son “un innovador dispositivo grupal que ofrecer una atención inmediata al usuario y familia que concurren al Portal Amarillo para iniciar el tratamiento por consumo problemático de drogas”. (Diogo, S s/f)

No siempre existieron los grupos T. En sus inicios, cuando un usuario concurría a consulta para dar inicio al tratamiento, era anotado en una lista de espera, a través de la cual se otorgaba una fecha pero cuando ese día llegaba eran muy pocos los que acudían. Por esta razón, se buscó una estrategia eficaz e inmediata para atender las demandas de los usuarios en el momento.

El dispositivo Ambulatorio cuenta con los grupos T1 (compuesto por usuarios que concurren por primera vez al centro y tienen una frecuencia diaria) y son llevados adelante por dos coordinadores de los cuales por lo menos uno es psicólogo o psiquiatra, grupos T2 (donde concurren usuarios que hace tiempo que se atienden en el centro) y se trabaja con un grupo parcialmente fijo, con muy pocas modificaciones en sus integrantes, grupo de género, grupo de prevención de recaída, grupo de pre-ingreso al residencial, grupo de post-alta del residencial y grupo de seguimiento social. Todos los nombrados anteriormente son llevados adelante por dos técnicos, psicólogo o psiquiatra y asistente social. Si bien este es el dispositivo que nuclea a la mayora cantidad de usuarios, no cuentan con reuniones semanales donde se puedan discutir los casos, como sí existe en los demás dispositivos. Es por esta razón que la reunión general realizada todos los martes, es visualizada por el colectivo de trabajadores como la reunión del dispositivo ambulatorio: es la expresión de la falta de un espacio que es esencial para el normal funcionamiento e intercambio de opiniones entre los técnicos. Por lo antedicho, esta reunión registra un bajo número de participantes.

Un criterio de exclusión para cualquiera de los 3 dispositivos descritos anteriormente, es no ser usuario de ASSE. Si la persona que consulta cuenta con cobertura privada será derivada a su mutualista o centro de salud. Asimismo, también se requiere cédula de identidad vigente.

El procedimiento para ingresar a algunos de estos 3 dispositivos consta de los siguientes pasos: una vez que el usuario llega al Portal Amarillo debe concurrir a 3 grupos T1 que puede ser durante 3 días seguidos o una vez por semana, dependiendo de la disponibilidad del usuario. Pasado estos 3 primeros grupos, se le da una fecha y hora para lo que se llama Comité de recepción, donde tiene una entrevista de manera individual con un técnico de preferencia psicólogo o psiquiatra y donde se busca hacer una revisión detallada de la historia familiar, personal y de consumo del usuario. El profesional que realiza el comité sugiere el dispositivo que más se adaptaría a las necesidades del usuario. Si el mismo ya concurrió al Portal Amarillo en el pasado, en lugar de un comité se le realiza una revaloración.

El tercer paso consiste en una entrevista con psiquiatra y otra con toxicólogo para la evaluación de su estado de salud física actual. Luego con toda la información del usuario, se revalora la sugerencia previa y es anotado en la lista de espera ya sea para el dispositivo residencial como para el centro diurno. La única excepción es con el ambulatorio ya que se le asigna en el momento un grupo T2 en caso de sólo necesitar un apoyo grupal.

Si alguno de los usuarios no encaja en el perfil del centro o excede el límite de edad, será derivado a otro centro especializado para sus necesidades. Si es derivado al residencial, tiene una entrevista de pre-ingreso y a su vez concurre a grupo de pre-ingreso al residencial mientras espera un lugar para su internación. Esta actividad es llevada adelante por psicólogos y psiquiatras juntos. Si su derivación es al centro diurno, también tiene una entrevista de pre-ingreso con un psicólogo, aunque la lista de espera es más acotada en comparación con el residencial.

Gracias a las observaciones realizadas por quien escribe, se constata que en todos los dispositivos hay un predominio del género masculino en comparación con el femenino. La mayoría de los usuarios son jóvenes de entre 14 o 15 años hasta los 30 años aunque esta franja se extiende más entre los que consultan por primera vez en los grupos T1, llegando a edades de 40 o 50 años. Este patrón no es reciente, sino que desde los comienzos de este centro de salud, la población predominante han sido hombres.

En un estudio realizados por Triaca, J. Idiarte, C. y Cardeillac, V (2009) sobre los primeros 150 usuarios del Portal Amarillo, se constata que el 86.5 % de los usuarios son hombres mientras que el 13.5% mujeres. Estos porcentajes se repiten en uno de los últimos relevamientos realizados en el Portal Amarillo. A su vez, el 94% de las consultas son por

problemas de adicción a la Pasta Base de Cocaína (PBC) y el 50% de ese porcentaje de usuarios anterior consumía por lo menos una sustancia más como ser marihuana o alcohol.

Debido a la experiencia de quien redacta este trabajo en los comités de recepción (donde el usuario cuenta sobre la(s) sustancia(s) que consume) se puede comprobar que en la actualidad la PBC (Pasta Base de Cocaína) sigue siendo el motivo de consulta más frecuente entre los usuarios. Teniendo en cuenta la distribución de la población a nivel nacional, los últimos datos estadísticos indican que un 67% de la población reside en Montevideo mientras que el otro 33% proviene de departamentos como Artigas, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Maldonado, Paysandú, Rio Negro, Salto y San José.

La existencia de estos datos estadísticos, no sólo del pasado año sino desde la apertura del Portal Amarillo, habla de la importancia adjudicada a la cuantificación de la población para poder visibilizar de una mejor manera la cantidad de usuarios atendidos, su procedencia y su sustancia problema, para así poder generar estrategias de acción más apropiadas.

Existe un espacio para los técnicos del Portal Amarillo llamado “pensar la clínica”, cuya participación es abierta, donde en un encuentro semanal, se discuten materiales teóricos de diversa índole, como ser documentos sobre grupos e instituciones. La gran mayoría de las personas que concurren son las mismas que asisten a la reunión general, por lo cual a veces se torna un espacio para discusión de casos clínicos y temáticas no resueltas.

Como se puede apreciar, este establecimiento de salud ofrece una amplia gama de servicios de atención para la rehabilitación y es por esta razón que en las próximas páginas serán presentadas sólo algunas de las líneas de intervención que se han llevando adelante junto al equipo técnico de este centro y que tienen como común denominador el estigma y su marco teórico, con el fin de poder reflexionar acerca de la práctica clínica. Reflexionar sobre el encuentro con el otro es un acto no sólo útil sino necesario para que la disciplina pueda avanzar, ya que el encuentro con el otro (praxis) tiene un efecto revolucionario al momento de pensar teorías, es decir que no hay teoría que no se encuentre sujeta a una praxis ni tampoco ninguna praxis que no se fundamente en una teoría. (Gomel & Matus. 2011)

2) Principales preguntas y objetivos

El principal objetivo que se pretende alcanzar con este Trabajo Final de Grado es reflexionar acerca de la importancia del rol desempeñado tanto por los trabajadores de este establecimiento de salud y quien escribe como por sus usuarios, familiares, entre otros, en la reproducción del estigma y construcción de identidad de sus usuarios, a partir de algunas líneas de intervención de las cuales se tuvo participación junto al equipo técnico del Portal Amarillo. Para alcanzar dicho objetivo se definirán los principales conceptos de la temática del estigma, ejemplificados en una serie de viñetas extraídas de la práctica diaria y que son consideradas útiles para reflexionar sobre esta problemática. Asimismo, particularmente se procurará evidenciar cómo los prejuicios y preconceptos interfieren al momento de poner en práctica las distintas disciplinas que tienen contacto directo con los usuarios del servicio y desempeñarse como profesional, explicitando que, contrariamente a lo que se cree, el desarrollo profesional no está libre de actitudes estigmatizantes.

Para responder a dicho planteamiento las siguientes preguntas servirán de guía: ¿Qué significa estigma? ¿Cómo es definido el concepto de identidad y cómo se va construyendo? ¿Qué rol cumplen los actores sanitarios, es decir, todos aquellos que tienen un papel y una función en la institución, en el llamado proceso de estigmatización? y ¿Cómo afecta este proceso la construcción de la identidad y el transcurso del tratamiento?

La discriminación y exclusión son fenómenos presentes en la vida de cientos de personas que se alejan del prototipo de comportamientos y actitudes esperadas de acuerdo su edad y sexo. Así, son discriminadas mujeres que no desean tener hijos, hombres que buscan practicar deportes que se alejan de los convencionales para su sexo, madres adolescentes, enfermos mentales, pobres, adictos y un sinnúmero de otros ejemplos que hablan de cuán interiorizado están las dicotomías bien-mal, adaptado-inadaptado, verdadero-falso.

Estas dicotomías acompañan a todas las personas durante su desarrollo ya que configuran un organizador de la vida en sociedad sin los cuales la convivencia se vería dificultada. A su vez, los trabajadores de la salud no están exentos de dichas dicotomías, reflejándose estas en sus prácticas diarias. De esta manera, existen dicotomías que definen lo sano y lo enfermo, lo saludable y lo dañino, lo correcto e incorrecto, lo bueno y lo malo.

Es por esta razón que se considera pertinente reflexionar sobre el estigma, enfatizando particularmente el rol de los trabajadores de la salud en la reproducción del mismo debido a que fue una problemática visible y naturalizada durante la inserción de la autora en este servicio de salud configurando, de esta manera, prácticas insertas en un círculo vicioso sin aportes prácticos para la solución de obstáculos planteados por los usuarios. No es posible dejar de lado el hecho

de que todo trabajador de la salud es un actor activo dentro del proceso de cambio de la persona que lleva adelante un tratamiento en un centro de salud; es de suma importancia crear consciencia del impacto que cada profesional genera y de lo determinante que puede llegar a ser la no reflexión de las prácticas y el no análisis de las implicaciones en dicho proceso.

Existe un amplio espectro de investigaciones referidas al proceso de estigmatización, particularmente aquel sufrido por personas con trastornos mentales severos, pero son muy pocas las que se centran en el estigma perpetrado por los trabajadores de la salud. Como claramente lo explica Ahmedani (2011), entre el público en general predomina la idea que no es probable que los trabajadores de la salud pueden desarrollar actividades que impacten negativamente en el tratamiento y la salud de sus pacientes, y que, a la vez, contengan prejuicios y discriminación.

Un estudio suizo realizado por Nordt y colaboradores (2006) especifica que no se ha encontrado una diferencia sustancial entre los profesionales de la salud y el público general en cuanto a la distancia social deseada entre los primeros y las personas con enfermedades psiquiátricas severas. Esto quiere decir que, contrariamente a lo que se cree comúnmente, los actores sanitarios también pueden contribuir en la reproducción del proceso de estigmatización.

Si bien estas investigaciones tienen su foco en los trastornos mentales severos, avanzado este trabajo y con la presentación de diversas viñetas, el lector podrá apreciar cuán amplio es el campo donde es detectado el estigma, alcanzando no sólo enfermedades mentales sino también barrios de residencia, establecimientos de amparo, entre otros.

Asimismo, no solo los trabajadores de la salud tiene contacto con los usuarios; por tal motivo, la reflexión también estará orientada hacia intervenciones de aquellos que comparten la cotidianeidad con los usuarios o eventualmente reflexionar sobre situaciones acontecidas fuera del establecimiento o el núcleo familiar, en las que sea posible hallar indicios de actitudes estigmatizadoras.

Por lo expuesto anteriormente, y considerando que durante la búsqueda bibliográfica no ha sido posible encontrar datos sobre esta temática en Uruguay, se apuntará a fusionar la experiencia personal de la autora dentro de un servicio de salud junto con la revisión bibliográfica, para mirar de cerca esta problemática y hacer luz sobre aspectos que se encuentran en las sombras pero que contribuirían a enriquecer no sólo el conocimiento sobre la estigmatización sino también la práctica y encuentro con los otros. Por esta razón, este trabajo busca ser un insumo que oficie de disparador reflexivo y ayude a otros profesionales a cuestionar su propio quehacer diario, a la vez que a detectar situaciones donde opere el estigma ya sea en sus propias prácticas como en las prácticas del público general.

Avanzado este trabajo, se presentarán diversas viñetas clínicas que ejemplifican claramente el eje de este trabajo y que aluden a distintos aspectos de la estigmatización. Las mismas serán analizadas desde un marco teórico adecuado que dará cuenta de los principales conceptos involucrados en esta temática, desarrollados a continuación.

3) Marco conceptual

Uno de los principales objetivos que tiene este centro de salud es mejorar la calidad de vida de los usuarios que allí asisten, a través de, entre otros, la inserción socio-laboral y el relacionamiento intrafamiliar. La razón de dicha preocupación encuentra su fundamentación en el hecho que las prestaciones en salud no estarían focalizadas únicamente en la eliminación de la enfermedad (en este caso eliminar el problema de consumo) sino que apuntan a un abordaje integral de lo que significa estar sano, buscando alcanzar su mayor grado de expresión y mejor calidad de vida, y, por lo tanto, se torna necesario hacer luz no sólo sobre el problema consultado sino también sobre el contexto familiar, social, cultural de los usuarios de forma de tener una visión holística de cada caso.

Calatayud (1997) enfatiza la importancia de la perspectiva ecológica de la salud. En su libro, describe la salud desde esta perspectiva como “el resultado de una interrelación adecuada y favorable del hombre con su ambiente, que se traduce en un correcto y armónico equilibrio de sus células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas, que permite el ejercicio a plenitud de todas las potencialidades en concordancia con la edad y el sexo” (Morales Calatayud, F. 1997 p. 14) Esto quiere decir que la salud es un equilibrio entre el ser humano como sistema y su medio ambiente social, económico, familiar, cultural, político, donde las enfermedades no son unicasales sino que responden a múltiples interacciones.

En línea a estas consideraciones en cuanto al concepto de salud y enfermedad, en el Portal Amarillo se realiza un abordaje holístico de cada usuario, con estrategias individuales y donde no se trabaja la problemática de las adicciones de manera aislada sino como un aspecto más de un sujeto que tiene una historia que contar y se transforma día a día.

En base a estas consideraciones es que se tienen en cuenta los deseos e intereses de los usuarios para armar un mapa de posibilidades que pueda oficiar de organizador en la reinserción al mercado laboral y el sistema educativo principalmente, siendo estos considerados como aspectos saludables a enfatizar dentro del tratamiento. Los convenios con empresas públicas como OSE, las pasantías de CODOF (cooperativa docente para una formación integral), los servicios del patronato del encarcelado o del psicópata, así como las posibilidades que cada usuario busque de manera independiente, ofrece un abanico de posibilidades para alcanzar este objetivo. Asimismo, el abordaje terapéutico grupal e individual son algunas de las estrategias planteadas para mejorar la red vincular de cada usuario y, de esta manera, su calidad de vida.

Pero, ¿qué se entiende por calidad de vida? En sus postulados, Manfred A. Max-Neef (1993) plantea que “la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas

de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales” (Max-Neef, M 1993, p.40). Asimismo, hace una clara distinción entre necesidades, (que son siempre las mismas en toda cultura y en toda época) y satisfactores, es decir, los modos a través de los cuales satisfacemos esa necesidad (Max-Neef, M 1993). Divide las necesidades en dos categorías: existenciales y axiológicas, las primeras incluye “por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por la otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad” (Max-Neef, M 1993 p.41). Es así que, las necesidades humanas son finitas y los modos de satisfacción infinitos y que, cada vez que existe una necesidad insatisfecha estamos en presencia de una pobreza humana (Max-Neef, M 1993).

Se entiende por satisfactores “a todo aquello que, por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuye a la realización de necesidades humanas” (Max-Neef, M 1993 p 50). Los distintos satisfactores, como claramente es expresado en su obra, están determinados culturalmente (Max-Neef, M p.42). A su vez, este autor clasifica los satisfactores en 5 categorías: violadores o destructores, pseudosatisfactores, satisfactores inhibidores, satisfactores singulares y satisfactores sinérgicos.

Los violadores o destructores son aquellos satisfactores que se emplean buscando la satisfacción de una necesidad pero que producen el efecto contrario, es decir, no satisfacen la necesidad a la vez que “imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades” (Max-Neef, M 1993 p 60) Ejemplos de estos satisfactores son el armamentismo y el exilio.

Los pseudosatisfactores “son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada” (Max-Neef, M 1993 p. 61) y ejemplos del mismo lo conforman la medicina mecanicista y las modas.

Por otra parte, los satisfactores inhibidores se definen como aquellos que, al sobresatisfacer una determinada necesidad, inhiben y entorpecen la satisfacción de otras necesidades. Ejemplos de este tipo de satisfactor son los métodos de enseñanza autoritarios y la permisividad ilimitada.

Los satisfactores singulares “son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades” (Max-Neef, M 1993 p.63) Ejemplos de este satisfactor lo son los distintos planes y programas a la vivienda o suministros de alimentos.

Por último, los satisfactores sinérgicos son aquellos que, a la vez que satisfacen una necesidad, son capaces de contribuir a la satisfacción de otras necesidades. Ejemplos que ilustran este tipo de satisfactor son la lactancia materna y los juegos didácticos.

Pensar en la calidad de vida de una persona se torna complejo cuando la misma es víctima del estigma. ¿Qué es eso llamado estigma y que levanta un muro entre la necesidad y el satisfactor? En principio, es necesario aclarar que, como plantean López y colaboradores (2008) el estigma no es una actitud que afecta únicamente a las personas con trastornos mentales sino que es una conducta que está dirigida a otros grupos minoritarios presentes en la sociedad y por lo tanto, constituye un problema social.

Ervin Goffman (1963) plantea el estigma como un concepto que refiere a “un atributo profundamente desacreditador” (Goffman, E.1963 p.13), a la vez que aclara que no todos los atributos son necesariamente desacreditadores, ya que depende del contexto social y cultural, por lo tanto, en palabras del autor, “un atributo que estigmatiza a un tipo de poseedor puede confirmar la normalidad de otro y, por consiguiente, no ser ni honroso ni ignominioso en sí mismo” (Goffman, E 1963 p 13) Si bien el antedicho autor prefiere hablar en términos de relaciones y atributos, plantea que existen “atributos que resultan desacreditadores en casi toda nuestra sociedad” (Goffman, E 1963 p.14), planteando de esta manera, tres tipos de estigmas: las abominaciones del cuerpo (deformidades físicas), los defectos del carácter del individuo (donde se incluyen las perturbaciones mentales, las adicciones, homosexualidad, entre otras) y por último, los llamados estigmas tribales referidos a la raza, la nación y la religión.

Desde esta teoría, es la sociedad 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, E 1963 p.12) y colocarlos así en alguna categoría. De esta forma, es en el contacto social cotidiano que se formula la identidad social real y la identidad social virtual, siendo lo que se puede demostrar como perteneciente a un individuo y lo que se construye a partir de una característica que es vista como desacreditable, respectivamente. Es así que serán normales todos aquellos que no se aparten de modo negativo de las expectativas, de la norma (Goffman, E 1963).

Desde autores más recientes, el estigma puede ser definido como “un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o <<marca>> que permite identificarlos” (Lopez, M et al. 2008 p.45). Como estos mismos autores refieren, la diferenciación entre grupos genera prejuicios hacia los grupos minoritarios, instalándose los distintos estereotipos bajo los cuales se coloca o “etiqueta” a las personas, instaurando “la creencia de que <<ellos>> son fundamentalmente diferentes de <<nosotros>>” (Rusch, N. Angermeyer, M. Corrigan, W. 2006 p.167).

El proceso de estigmatización implica dos sub-procesos: el estigma público y el autoestigma, que, si bien son procesos que tienen sus particularidades, son complementarios

entre sí. Dentro de este amplio proceso, Ahmedani (2011) propone hablar del estigma público o social y el autoestigma como niveles no jerárquicos entre sí, agregando un tercer nivel referido al estigma perpetrado por los profesionales de la salud. De esta manera, el proceso de estigmatización no abarca únicamente a grupos minoritarios sino que, complementariamente, se extiende hacia los barrios, lo que se denomina estigma barrial o territorial.

En relación al estigma público, se identifican ciertas actitudes cognitivas, afectivas y conductuales que generan este proceso de estigmatización: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. (Lopez, M et al. p 46). Los estereotipos son un “conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social” (Lopez, M, et al. 2008 p.47) y que sesgan la visión que se tiene del mismo. Los prejuicios refiere a aquellas “predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros de un grupo” (Lopez, M et al. 2008 p.47) y que surgen de los estereotipos. Finalmente la discriminación es la “propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros” (Lopez, M et al. 2008 p.47). Sin embargo, el estigma público no podría accionar por sí solo si no mediara el poder, necesario para que grupos minoritarios (como por ejemplo los enfermos mentales) sean estigmatizados. De todas formas, este proceso, donde una actitud se retroalimenta de la anterior, no cerraría su ciclo sin la ayuda del autoestigma, término utilizado para referirse a las reacciones que tienen los individuos que pertenecen a un grupo minoritario y estigmatizado, de manera que dirigen hacia ellos las actitudes estigmatizadoras, dando como resultado fallas en la búsqueda laboral, entre otras. (Rusch, N. et al. p.168)

Por último, el estigma perpetrado por los agentes sanitarios refiere a todas aquellas actitudes estigmatizantes que provienen de personas que tienen contacto directo con grupos minoritarios, en este caso, con personas con patologías psiquiátricas y/o consumo problemático de drogas. Como fue planteado en páginas anteriores, la existencia de actitudes estigmatizadoras no suelen estar asociadas a los servicios de salud ni a sus trabajadores, por ser sus profesionales los que más contacto directo e información y conocimiento tienen en lo que refiere a salud mental. Esta dificultad para asociar trabajadores de la salud con acciones estigmatizadoras responde al estereotipo construido alrededor de dichos trabajadores, sin tomar en cuenta que también transitan por procesos sociales y culturales creadores de imágenes sobre lo normal y lo patológico, lo aceptado y lo rechazado, los atributos positivos y negativos y las capacidades e incapacidades de cada grupo social también construido social y culturalmente. Como se verá en las viñetas planteadas en las próximas páginas, el estigma desde los profesionales de la salud no se dirige únicamente a las personas sino también a los barrios e instituciones dedicadas al resguardo de aquellos que se encuentran en situaciones desfavorables.

En este sentido, al situar la experiencia en salud mental, donde la palabra es priorizada, el discurso es el productor de identidad por excelencia ya que todo lo que un sujeto puede transmitir, repercutirá en el otro. A este respecto, en un trabajo sobre identidad, Iñiguez (2001) se propone realizar una revisión bibliográfica sobre esta temática y como resultado presenta la llamada identidad personal e identidad social donde, más que tratarlas como pares dicotómicos, habla de complementariedad entre ellas. Si bien este autor habla de la identidad como singular, única, exclusiva y continua, considera pertinente enfatizar la pluralidad de la misma, refiriéndose en este caso a la identidad social, la cual “remite a la experiencia de lo grupal, del nosotros, remite también a los vínculos o como decimos en un lenguaje social más contemporáneo, a las redes” (Iñiguez, L. 2001 p.210). En este punto podemos hablar de la identidad como “un constructo relativo al contexto social” (Iñiguez, L. 2001 p.209).

A su vez, este mismo autor plantea distintas perspectivas a partir de las cuales se puede comprender la identidad: la versión biologicista, versión internalista, versión fenomenológica y versión narrativa, siendo esta última la que más interesa al respecto de este Trabajo Final de Grado, ya que es aquella que “enfatisa con mayor intensidad la importancia del lenguaje en la construcción de la identidad” (Iñiguez, L. 2001 p. 213) Es gracias al lenguaje que es posible interpretar el mundo que nos rodea, los mensajes que nos llegan, crearnos una imagen de nosotros mismo y del otro y, finalmente, comunicarla. Es por esta razón que se considera de suma utilidad esta perspectiva ya que, las viñetas que se presentarán más adelante, se encuentran repletas de un contenido altamente discursivo que, como tal, impactan en el otro, quien se posiciona con respecto al mismo.

A este respecto, Davies y Harré (2007) desarrollan su trabajo en la misma dirección que la visión narrativa descrita anteriormente, resaltando que la identidad no es vista como un aspecto estático sino como un proceso en donde la persona se va posicionando a sí misma y al otro dentro de este discurso. En palabras de estos autores, el posicionamiento refiere al “proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherentes, conjuntamente producen argumentos” (Davies, B & Harré, R 2007 p 246). Destacan dos tipos de posicionamientos, el interactivo, cuando una persona dice algo que posiciona a otra en un lugar específico y el reflexivo, cuando uno mismo se posiciona en un determinado lugar. Ambos autores destacan la idea de que el sujeto no es un ser que emerge como un producto final, sino que “se constituye y reconstituye a través de las variadas prácticas discursivas en las cuales participa” (Davies, B & Harré, R 2007 p 244). Claramente, la práctica diaria y el encuentro con el otro en un centro de salud, no escapa de ser una práctica discursiva sobre la cual los trabajadores de la salud no deben dejar de reflexionar.

La estigmatización territorial refiere a otro aspecto del proceso de estigmatización previamente desarrollado, con la particularidad de que, como su nombre lo indica, se relaciona a las etiquetas y estereotipos que se construyen alrededor de un barrio. Hace alusión a “una marca no visible” (Kessler, G 2012 p 173) que “señalan y caracterizan a los habitantes de los diversos sectores de la ciudad” (Cohen, S 2011 p.27) y que, por lo tanto, se encuentra íntimamente relacionada con la construcción de la identidad. Varela (1997) habla de espacios urbanos los cuales no sólo constituyen una estructura físico-arquitectónica compleja compuesta por múltiples elementos donde los individuos y grupos se desarrollan, sino que a su vez algunos de esos elementos ofician de monumentos, aquello que daría un significado y expresaría la identidad. El mismo autor expone que la identidad social, además de construirse mediante la afiliación o la pertenencia a distintas categorías, como lo son grupos sociales, de profesionales, étnico-raciales o de religiones también está íntimamente relacionada con el “sentimiento de pertenencia o afiliación a un entorno significativo” (Varela, S. 1997 p.2).

Entonces, ¿qué sucede cuando el “monumento” que caracteriza e identifica a un barrio o una zona está relacionado con el consumo de sustancias o el robo? ¿Qué ocurre cuando no es posible visualizar otros “monumentos” del barrio, cayendo en un reduccionismo del mismo? Se produce la estigmatización territorial y como contrapartida la segregación. Esto quiere decir que a partir de la imagen que tenemos de los otros y del espacio físico vamos “definiendo mapas de ciudad y rutas para seguir o evitar determinados lugares” (Quiceno, N & Sanín, P 2009 p.117). En otras palabras, al igual que el estigma que sufre una persona, un barrio puede quedar estigmatizado y etiquetado como peligroso a partir de la remarcación de un aspecto que es considerado negativo, en este caso el consumo de sustancias. De esta misma manera, al estigmatizar el barrio, indirectamente se estigmatiza a los que allí viven, contribuyendo a la construcción de la identidad tanto individual como colectiva pero, sin olvidar que, estas etiquetas “no pesan de manera idéntica en las identidades individuales” (Urteaga, E 2012 p.42), debido a que, como se explicó en páginas anteriores, el proceso de estigmatización no se completa únicamente con el estigma público (el que proviene de grupos mayoritarios) sino que también el autoestigma supone un proceso crucial al momento de definir la identidad, adoptando como propia aquella etiqueta.

De la mano del concepto de estigma va el concepto de peligrosidad propuesto desde la psicología social. Castel (1986) plantea esta noción como paradójica ya que “implica al mismo tiempo la afirmación de la presencia de una cualidad inmanente al sujeto (es peligroso) y una simple probabilidad” (Castel, R. 1986 p.222) y es ahí precisamente donde se encuentra el factor paradójico ya que no se sabrá si es peligroso hasta que el acto se haya realizado efectivamente. Esta misma noción aplicada a los individuos, puede ser extrapolada a los barrios considerados peligrosos por el hecho de que se encuentran en la periferia, el nivel socio-económico y

educativo de sus habitantes es bajo y los medios de comunicación masivos tienen puesta su lupa en ellos, alimentando al proceso de estigmatización y considerándolos un potencial riesgo.

Desde los diferentes teóricos se plantean 3 propuestas para combatir el estigma: la protesta, la educación y el contacto social siendo este último el que logra mejores resultados.

La protesta refiere a la conformación de grupos los cuales se movilizan para revertir la imagen de aquellos grupos considerados minoritarios y estigmatizados. Por este medio se intentan mandar dos mensajes, dirigidos “hacia los medios de comunicación: detener la imprecisa representación de la enfermedad mental; hacia el público: detener la creencia de imágenes negativas sobre la enfermedad mental” (Corrigan, P & Watson, A. 2002 p.17)

La estrategia orientada hacia la educación busca “brindar información para que las personas puedan tomar decisiones informadas” (Corrigan, P & Watson, A. 2002 p.17), no sólo sobre la enfermedad mental en particular sino sobre toda problemática en general.

La última estrategia se orienta al contacto directo con personas que padecen algún tipo de problema, sea este una enfermedad mental, problema de adicciones, entre otros. Dicho contacto puede ser mediante una situación laboral o en la comunidad como vecinos propiciando de esta manera, una actitud distinta frente a grupos minoritarios.

Si bien la movilización en torno a comerciales o situaciones estigmatizadoras y educar son importantes y aportan a romper con el ciclo de la estigmatización, una combinación de la educación junto con el contacto con personas pertenecientes a grupos estigmatizados parece ser el camino a seguir en la reducción del estigma. (Rusch, N. Angermeyer, M. Corrigan, W. p.173).

Dado que esta experiencia en particular se enmarca dentro de un establecimiento de salud, es pertinente reflexionar acerca del papel que cumple la institución en la reproducción o no del estigma. Se comenzará por la distinción entre institución y organización para luego introducir la temática ideológica, con el fin de entender cómo ésta opera en las instituciones y contribuye, en última instancia, al proceso de estigmatización.

Las instituciones son definidas por Baremlitt (2005) como “árboles de decisión, es decir, una serie de prescripciones, prohibiciones y de opciones indiferentes, que guían la vida social, de manera consciente o no” (Baremlitt, G 2005 p 33) El autor refiere que estas series de prescripciones, prohibiciones operan en una sociedad con valores específicos y, por lo tanto, se plantean en base a definiciones de lo verdadero y lo falso y lo justo e injusto. Es gracias a esas definiciones que una sociedad puede organizar su funcionamiento y el relacionamiento social entre sus miembros en base a parámetros compartidos. Pero las instituciones, a diferencia de

las leyes o normas que cumplen igualmente con la función regularizadora, son invisibles. Al decir de Baremlitt (2005), "una institución no exige necesariamente estar escrita. La misma puede ser oral, pintada, marcada en los cuerpos o implícita en los comportamientos" (Baremlitt, G 205 p 33) Tal es el ejemplo de la institución familia, la cual está compuesta por leyes que rigen el lugar de cada miembro de la familia así como su función y denominación y que, por relaciones de filiación o de alianza se configuran las prohibiciones y los comportamientos. Es así que estas y otras instituciones regulan la vida humana, las relaciones y el intercambio entre sus miembros.

Para que las instituciones puedan cumplir su función reguladora deben hacerse visibles, al decir de Baremlitt, "materializarse (...) en dispositivos concretos que son las organizaciones" (Baremlitt, G 2005 p.36) Las organizaciones, como fue expresado anteriormente, refiere a formas materiales como pueden ser los ministerios, a la vez que se componen de los llamados establecimientos. Estos son unidades menores dentro de los cuales es posible nombrar las escuelas, conventos o fábricas, definiendo así a las organizaciones como la integración de un conjunto de establecimientos. Conjuntamente con los establecimientos, pueden ser nombrados los distintos dispositivos técnicos o equipamientos, los cuales refieren a la maquinaria, edificio, aparatos, entre otros.

El dinamismo de los antedichos componentes es adquirido a través de los distintos agentes. Estos "son seres humanos individuales o colectivos que constituyen los soportes y los protagonistas de todo ese arsenal de instituciones, organizaciones, establecimientos y equipamientos" (Baremlitt, G 2005 p.36) Son quienes ponen en práctica distintas operaciones para la posterior transformación de la realidad. A modo de resumen es posible decir que "las organizaciones son desde grandes hasta pequeños conjuntos de formas materiales y funcionales que concretizan las opciones que las instituciones distribuyen y enuncian" (Baremlitt, G 2005 p.36) instituciones y organizaciones están indisolublemente unidas en la medida que las instituciones no existirían sin las organizaciones que las materializan; y las organizaciones no podrían direccionarse ni cumplir objetivos sin las instituciones.

Como fue explicitado anteriormente, toda institución, ya sea la escuela o el hospital, se inserta en una sociedad sobre la cual opera una ideología dominante. La misma, al decir de Louis Althusser (1968), es diseminada y asegurada a través de lo que este autor llama aparatos ideológicos del Estado, que son aquellas "realidades que se presentan al observador bajo la forma de instituciones precisas y especializadas" (Althusser, L 1968 p.115). Por su parte, la ideología es definida como la "representación de la relación imaginaria entre los individuos y sus condiciones reales de existencia" (Althusser, L 1968 p.131). Sostiene que los individuos establecen una relación simbólica con el conjunto de representaciones que existen sobre el mundo, a la vez que estas representaciones le otorgan un sentido a las prácticas económicas,

políticas y sociales. Es por esta misma razón que las instituciones son, al decir de Gregorio Kaminsky (1990) espacios de condensación social.

Autores más recientes proponen definir la ideología como la triangulación entre el discurso, la cognición y la sociedad, es decir, lo que se transmite a través de la palabra, las creencias y los grupos. Teun van Dijk (1999) la define como un sistema de creencias y representaciones sociales que son compartidas por los miembros. En palabras del propio autor “son la base de las creencias sociales compartidas por un grupo social” (Van Dijk, T 1999 p.72). Esto quiere decir que son compartidas por distintas colectividades sociales y que a su vez las ideologías permiten a las personas organizar las diversas creencias y actuar sobre el mundo en base a ellas. Más adelante continúa diciendo que “las ideologías consisten en aquellas creencias sociales generales y abstractas, compartidas por un grupo, que controlan u organizan el conocimiento y las opiniones (actitudes) más específicas de un grupo” (van Dijk, T 1999 p.72) Por esta misma razón es que las ideologías no sólo encarnan valores específicos compartidos por un determinado grupo, sino también los criterios de verdad. El antedicho autor resalta la especial importancia concedida al discurso, ya que a través del mismo es posible “expresar o formular concretamente creencias ideológicas abstractas, o cualquier otra opinión relacionada con esas ideologías” (van Dijk, T 1999 p 244)

Es en este punto donde es posible conectar la teoría del estigma con la presente definición de ideología, donde un grupo es portador de parámetros de clasificación y de verdad, los cuales son aplicados a grupos minoritarios para distinguir a unos de otros. A su vez, dentro de los distintos establecimientos o espacios por donde transitan los sujetos, convergen grupos e ideologías, desplegando la heterogeneidad de la temática.

Frente a esta premisa, ¿son los hospitales aparatos ideológicos? ¿Opera el estigma dentro de un establecimiento de salud? y si es así, ¿Cómo se desarticula? Si el proceso de estigmatización y los estereotipos que brotan a su alrededor son cultural e históricamente creados por actores sociales que a su vez, en este caso, forman parte de establecimientos hospitalarios, donde las implicaciones son imposibles de soslayar pero si plausibles de ser analizables, ¿no se tratará de una paradoja? Las instituciones son el reflejo de la sociedad en las que se enmarcan, a la vez que como anteriormente se mencionó, son árboles de decisiones, es decir que tienen una cuota de responsabilidad sobre los conceptos que se reproducen acerca de lo sano y lo enfermo, lo normal y lo patológico, regulando de esta forma la actividad social mediante la prescripción, proscripción y la delimitación. En otras palabras, ¿qué rol cumple una institución en la construcción de lo que Goffman llama identidad social virtual e identidad social real?

Para poder sacar a la luz la dimensión paradójica que se halla en las instituciones, es decir, ser las que tienen de manera simultánea el poder de reproducir estereotipos y romper estigmas, se vuelve necesario el análisis de la implicación. Pero ¿qué quiere decir este concepto? Esta palabra, que más que un concepto es una noción porque su sentido es más amplio y no tan fijo (Acevedo, M. 2002), fue acuñada por Lourau y sustituyó a lo que antes se denominó transferencia/contratransferencia institucional. No se la reconoce como buena o mala, sino siempre presente en nuestras prácticas, volviéndose necesario su análisis. Asimismo, no es conveniente confundir implicación con mayor o menor grado de compromiso ya que la misma refiere a aquello que “viene con nosotros en tanto sujetos sociohistoricos y políticos y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, las instituciones” (Acevedo, M. 2002 pag. 9).

En otras palabras, las personas están determinadas, involucradas de manera intelectual y afectiva con otros de manera que sus juicios y prácticas también se verán determinadas. En sus comienzos Lourau distingue distintos tipos de implicaciones: la implicación institucional, la implicación práctica, implicación libidinal o afectiva y la implicación social. Posteriormente, dicho autor sistematiza este concepto y divide las implicaciones en primarias y secundarias. Las implicaciones primarias se relaciona con el análisis situacional, al decir de Roberto Manero (1995), “susceptibles de ser formuladas y analizadas en la situación de intervención” (Manero, R 1995 p 257). Dentro de las implicaciones primarias se encuentran por un lado las implicaciones del investigador con su objeto de estudio y por otro, la implicación con el equipo de trabajo y con las demandas y encomienda sociales. Por su parte, las implicaciones secundarias refieren básicamente a los modelos sociales e históricos de referencia (implicaciones epistemológicas)

Como contracara se encuentra el concepto de sobreimplicación para designar “la fatal consecuencia de la incapacidad de analizar las propias implicaciones” (Acevedo, M. 2002 pag 11), quedando de esa forma alienados. Es a través del análisis constante de las implicaciones, es decir, de la historia que construye a cada persona en quien es, que será posible desarrollar otro accionar dentro de las instituciones de salud y, por lo tanto, el impacto sobre los usuarios que allí concurren será distinto.

Con apoyo en este marco, a continuación serán presentadas una serie de viñetas para ejemplificar esta temática, donde ideología, institución y estigma convergen entre sí y el análisis implicacional resulta útil y necesario para el desarrollo de las prácticas diarias desde una perspectiva ética.

4) Viñetas clínicas

El siguiente apartado estará dedicado a presentar una serie de viñetas clínicas extraídas de la práctica diaria, en la que quien escribe participó, para poder hacer luz sobre los conceptos planteados en el anterior apartado, y utilizarlos para el subsiguiente análisis de las mismas.

Cabe destacar que algunos datos de dichas viñetas fueron modificados para preservar la identidad tanto de los usuarios como de los trabajadores que allí se desempeñan. Hechas las respectivas aclaraciones, a continuación se presentan las viñetas.

Primera viñeta:

En el marco de un grupo terapéutico, Agustín, un trabajador de la salud se dirige a un usuario, Pedro, quien estaba planteando cuestiones referidas a la búsqueda laboral aconsejando que cuando vaya a la entrevista de trabajo, no diga ni que concurre al Portal Amarillo, ni que padece ningún trastorno psiquiátrico. Justifica su consejo aludiendo que no es necesario brindar toda la información personal en una entrevista.

Así, Pedro concurre a su entrevista laboral teniendo en mente lo que Agustín le dijo, pero el resultado no fue el esperado. Luego de su primera entrevista de trabajo, Pedro relata las dificultades que enfrentó cuando le dijo a su posible empleador que necesitaba un día para ir al psicólogo a lo que él le pregunta si estaba loco que necesitaba ir al psicólogo. Después del suceso, Pedro relata el inicio de la escucha de voces y su posterior consumo, así como también la desmotivación para continuar con la búsqueda laboral, planteando dudas sobre sus capacidades.

Habiendo evaluado la situación de dicho usuario, y considerando la cronificación de su patología psiquiátrica, así como la imposibilidad de lograr largos periodos de abstinencia, algunos trabajadores de este centro propusieron otras alternativas al de la búsqueda laboral, siendo el trámite de una pensión la opción más viable. Dicha alternativa se justificaba por el hecho que, según estos trabajadores, Pedro no iba a poder soportar la frustración y presión de un trabajo y que necesitaba uno más protegido con mínimas exigencias.

En esta primera viñeta se recoge un aspecto del tratamiento de un usuario quien asistía a este centro de salud desde hacía un año aproximadamente. Su nombre es Pedro. El concurre a este centro de salud en busca de ayuda para tratar su consumo problemático de sustancias y, paralelamente también se lo comienza a medicar adecuadamente por la esquizofrenia que padece. Esta viñeta presentada se enmarcan dentro de la estrategia que se planteó desde el

centro de salud para, utilizando términos de Max-Neef, satisfacer una necesidad humana (subsistencia) mediante el satisfactor empleo, atendiendo de esta manera las demandas del usuario y sus familiares.

Como el lector podrá apreciar, la estigmatización se encuentra presente en toda la viñeta. Centrando la atención en la primera parte de esta viñeta, es decir, antes de que Pedro concurra a la entrevista de trabajo, ¿qué mecanismos o qué acciones se pusieron en marcha desde el equipo de trabajo para romper con el estigma? Cuando desde el centro se le plantea a Pedro que no hable sobre su tratamiento ni su enfermedad, ¿están sus trabajadores accionando en contra de los estereotipos o están, por el contrario, alimentando el prejuicio? ¿Cómo colaborar en la construcción de la identidad en torno a vínculos sanos si la persona con un trastorno psiquiátrico oculta información referida, como nombra Goffman, a su identidad social real a la vez que recibe y acepta un trato y un intercambio social basado en supuestos falsos sobre su persona? En esta instancia, no se trata de colocar al usuario en una situación de desventaja al mencionar su patología, sino por el contrario, aceptar las diferencias y especificidades de cada persona y entender lo que significa convivir con un trastorno psiquiátrico y a partir de ese conocimiento construir entre el usuario y el equipo técnico la mejor estrategia de inserción laboral. Se trata de romper con la ideología dominante y las dicotomías planteadas en el anterior apartado, romper con estereotipos y erradicar actitudes estigmatizadoras, construir subjetividades desde la verdad y la aceptación de las diferencias.

Si nos detenemos en la segunda parte de esta viñeta, es decir, cuando se relata lo ocurrido entre el usuario y su empleador, será posible apreciar un claro ejemplo de lo que significa el proceso de estigmatización, desde el estigma público hasta la aceptación del mismo como propio. Claramente, en el comentario del empleador, el proceso de estigmatización se materializa de la siguiente manera: esta persona, sin saber sobre la enfermedad psiquiátrica de Pedro, ni su adicción, tenía instalada un estereotipo de las personas que concurren al psicólogo: “porque están locas”. A partir de esta creencia errónea se desencadenaron los prejuicios y finalmente la discriminación. Pero esto no es suficiente. Pedro aceptó como verdadero lo que el empleador dijo y lo incorporó como algo propio, volviendo contra sí mismo el estigma (autoestigma). Como el lector podrá apreciar, las actitudes estigmatizadoras contribuyen con la construcción de la identidad, a tal punto que Pedro dudó en sus capacidades para conseguir un empleo dentro del rubro que estuvo siempre inserto. Este aspecto puede ser unido al concepto de posicionamiento planteado anteriormente en este trabajo ya que Pedro se posicionó en un lugar distinto luego de entrar en contacto con el empleador. Asimismo, este cambio de posicionamiento del protagonista, conduce a pensar sobre la importancia de tratar la temática del estigma con los usuarios y brindar las herramientas necesarias para su enfrentamiento, poniendo en práctica accionares distintos frente a situaciones estigmatizantes.

Finalmente, en la última parte de esta viñeta se hace presente una evidencia más del estigma perpetrado por los trabajadores de la salud de este centro. En este caso se relaciona la enfermedad psiquiátrica con la imposibilidad de obtener un trabajo, a la vez que uno exigente podría generar descompensaciones indeseadas, producto de frustraciones o mal control de los impulsos. ¿Tener una enfermedad psiquiátrica es sinónimo de incapacidad laboral? En una sociedad donde el trabajo es uno de los vectores que hacen a la definición de la identidad, ¿resulta una elección positiva la desconexión del usuario con el mercado laboral?

A partir del último fragmento de esta viñeta, es posible clasificar la pensión sugerida como un pseudosatisfactor debido a que estimula ficticiamente la satisfacción de una necesidad. De igual modo, la pensión puede ser considerada como un satisfactor de tipo inhibitorio, en la medida en que mientras satisface necesidades económicas, no posibilita la satisfacción de otras necesidades. En este caso, el trabajo es remunerador no sólo de dinero sino también de interacción y relacionamiento con los otros, adquisición de habilidades, entre otros.

Esta viñeta es enriquecedora para reflexionar sobre el rol del trabajador de salud en el tratamiento de los usuarios, quienes muchas veces son visualizados como referentes de los mismos. También constituyó un insumo importante para pensar el proceso de estigmatización.

Segunda viñeta:

Esta viñeta está contextualizada dentro de una reunión de equipo en donde María, una trabajadora de la salud, expresa su opinión sobre el barrio al cual Marta quería trasladarse junto con algunos referentes familiares. Marta había planteado el deseo de mudarse con algunos familiares que vivían en un barrio ubicado entre Nuevo París y Colón pero María plantea preocupación frente a esta propuesta ya que considera que es un barrio peligroso, con mucho consumo y que Marta no podrá controlar su consumo en un entorno tan poco cuidado y, por lo tanto, no considera que sea la mejor opción. Las reacciones dentro del equipo fueron diversas, pero la recomendación a Marta fue no mudarse.

Esta viñeta refiere tanto al estigma barrial como al estigma perpetrado por los trabajadores de salud. Se enmarca dentro de las demandas y expresiones de deseo de una usuaria de salir del sistema de refugios e irse a vivir con algunos familiares a un barrio de la periferia de Montevideo y dejar de ser, utilizando una expresión de ella, “refugiada”. En este caso, el lector notará cuán importante es el entorno por el que circulan las personas y su función de constructor de identidad: “soy refugiada”

Desde el equipo técnico que tenía a cargo este caso se planteó que no era el lugar indicado para mudarse ya que la usuaria no podría controlar su consumo casi diario de Pasta Base, Marihuana y Alcohol, debido a las características del contexto. ¿Dónde es el lugar

adecuado para que una persona abandone el consumo? ¿Es en un refugio? ¿Es en una casa con su familia? ¿En soledad? ¿Influye el lugar donde la persona viva? Si es en un barrio periférico, ¿la persona se verá imposibilitada para dejar de consumir? ¿Acaso en los barrios de niveles socioeconómicos más altos no existe el consumo ni son peligrosos para las personas que tienen un consumo problemático de sustancias? Si la usuaria hubiera planteado otro lugar para vivir, ¿se hubiera reaccionado de la misma manera?

Estas interrogantes son útiles para reflexionar en torno al concepto de peligrosidad propuesto por Castel y explicado en páginas anteriores. En este caso se estigmatizó un barrio por su ubicación y por la creencia colectiva de que este era peligroso para la usuaria, sin poder hallar en el planteo de ella sus aspectos sanos, como por ejemplo tener presente la representación psíquica de una familia como aquella que vive junta, unida por el afecto y ayudándose mutuamente. En este caso, se menciona el consumo como el monumento de un barrio específico, como aquello que caracteriza y marca este entorno y sus habitantes.

Asimismo, es posible hallar la presencia del Modelo Psicosocial y Sociocultural planteado al comienzo de este trabajo. Claramente en este comentario está siendo relacionando el consumo de sustancias con los barrios más carenciados, con barrios que son socialmente estigmatizados y por lo tanto etiquetados como peligrosos, lugares de consumo, venta de drogas y delincuencia. Complementariamente, se entiende que el contexto en el cual circula la persona influye en sus hábitos de consumo y consecuentemente en la posibilidad o no de abandonar dicho hábito.

El lector notará la presencia del estigma barrial en el discurso de esta trabajadora así como también la imposibilidad de análisis implicacional, en la medida que no fue posible pensar alejado de los valores, principios dominantes y estereotipos imperantes.

Tercera viñeta:

Esta viñeta está contextualizada en un grupo terapéutico en donde dos usuarios comparten su experiencia referida al barrio donde viven. Gastón expresa que tuvo que cambiar la dirección brindada en el currículum porque cuando veían la misma nadie se contactaba con él. Expresa que todos le decían que se contactarían pero ninguno concretaba esa llamada. Alberto dijo que tuvo que mudarse porque salía de su casa y veía personas consumiendo diariamente y a toda hora así como también tráfico de armas. Expresa que no podía salir de su domicilio porque le ofrecían sustancias. Por esta razón decidió mudarse a un barrio, según su opinión, más tranquilo.

Cuarta viñeta:

Contextualizada en un grupo terapéutico, esta viñeta presenta el relato de un familiar acerca del barrio en el que viven, aludiendo que no es uno agradable sino todo lo contrario. Expresa con tristeza que todos los jóvenes a quienes vio crecer se veían involucrados en problemas de consumo. A su relato agrega que si tuvieran la posibilidad de mudarse a unas cuadras del lugar actual todo sería distinto.

La tercera y cuarta viñeta también giran en torno al estigma barrial. Específicamente, en la tercera viñeta se relató las consecuencias del estigma barrial sufridas por una persona que trataba de buscar empleo, mientras que la otra persona relató la urgencia de mudarse de su barrio de origen en la periferia de la capital porque, según esta persona, el mismo le impedía abandonar el consumo. De la misma manera, tenía instaurada la creencia que en otro barrio iba a alcanzar su objetivo ya que era un lugar distinto, más tranquilo y menos “peligroso”, es decir, que es posible identificar el proceso de reproducción del estigma barrial. Por su parte, la cuarta viñeta recoge palabras de un grupo terapéutico en el cual participa la familia y en donde es posible ver cómo está fuertemente instaurada, no sólo en los usuarios sino también en sus familiares, la creencia de que el barrio puede configurar un obstáculo para el cese del consumo. En este caso, se está teniendo una visión reduccionista del sujeto, tratándolo a partir de partes aisladas, menos holística y sin una visión integradora de lo que implica el proceso salud-enfermedad. ¿Es el factor barrial el responsable del inicio o cese del consumo, o lo son también la motivación personal, la historia de vida? ¿Se puede dividir en factores más o menos importantes? En este momento, es importante remitirse a preguntas planteadas anteriormente: en barrios de poder adquisitivo mayor, ¿no existe el consumo?

En estas viñetas se halla nuevamente la presencia del modelo Sociocultural y Psicosocial, en la medida en que queda implícito que los contextos influyen en los patrones de consumo a la vez que relaciona pobreza con consumo.

Por su parte, el deseo de cambio de domicilio responde a un modo de satisfacer una necesidad específica, en este caso la protección. Pero, ¿será este un pseudosatisfactor? Tanto en los usuarios como en sus familiares existe una visión estereotipada de los barrios, separándolos en buenos y malos, peligrosos y seguros, sin tener en cuenta que en cada comunidad y grupo operan distintos factores de riesgo que se entrelazan con las características personales de cada usuario, lo cual complejiza la temática, alejándose de una cuestión cuya resolución radica en el cambio de domicilio.

Quinta viñeta:

Mientras se espera el inicio de una nueva actividad, se da un diálogo entre una usuaria y un trabajador de la salud. La usuaria había tenido una discusión familiar, a lo cual abandona su hogar y se dirige a un refugio. Esta usuaria relata el desagrado que le produjo el lugar, aludiendo que no iría nunca más a dormir a un lugar así. El trabajador expresa que los refugios son entornos complicados y que a veces hay mucha droga y finaliza diciendo que no son lugares ideales para personas con problemas de adicciones.

En este caso el estigma está dirigido hacia los refugios, dando a entender que no son lugares seguros. Secundaria e implícitamente se estigmatiza a todo aquel que circula por estos establecimientos, construyendo una imagen desfavorable sobre los mismos.

Los espacios físicos no son peligrosos a priori sino que cada sujeto se apropia de los lugares, los hace suyos e imprime su marca en el mismo a la vez que configura su identidad. Pero no sólo en el seno del barrio se desarrolla este complejo proceso sino también en los hogares, instituciones educativas y todo lugar donde el sujeto construya vínculos. Este mismo razonamiento puede ser aplicado a esta viñeta, donde el estigma va dirigido hacia aquellos establecimientos que se encargan de brindar refugio a personas sin hogar.

¿Configuran los refugios un lugar peligroso para personas con un problema de adicción? La realidad de muchas personas las obliga a albergarse en este tipo de establecimientos por tiempos prolongados, cronificando su situación y dificultando su salida del mismo. Alrededor de los refugios, se construye un estereotipo de las personas que concurren a los mismos con la ayuda de los medios de comunicación y de la opinión pública, alejándose muchas veces de la realidad y estigmatizando a la totalidad de la población que usa este servicio. Así es adjudicada una identidad social virtual a todos sus miembros, posicionándolos como adictos o delincuentes, es decir, peligrosos.

Frente a esta viñeta, ¿no se torna necesario la acción conjunta, tanto de trabajadores de la salud como de coordinadores de refugios para tratar esta temática? ¿Qué acciones pueden ser implementadas para reconstruir una visión distinta sobre estos establecimientos? Una vez más, el trabajo en red y la comunicación permanente son aspectos a mejorar del trabajo en este centro de salud.

Sexta viñeta:

Esta viñeta relata la opinión de una trabajadora de la salud sobre una usuaria que había iniciado tratamiento en este establecimiento. Esta trabajadora hacía énfasis en la insensatez de la usuaria sobre consumir cursando su embarazo, a la vez que expresaba su incompreensión frente a esta conducta que daña al bebé. La conclusión de esta trabajadora es que la usuaria no debería tener hijos.

En esta viñeta existe una conjunción de temáticas; por un lado el estigma hacia aquellos que consumen y por otro, el género. Como el lector podrá apreciar, lo central de esta viñeta es la relación que se establece entre el estigma y el género, en la medida que se estigmatiza a una mujer que consume durante su embarazo, aludiendo que no debe tener hijos si lleva adelante comportamientos y actitudes que dañen a su bebé. Esta actitud responde a los clásicos estereotipos de género presentes en la sociedad, donde la mujer es la encargada de velar por el cuidado de su familia mientras que el varón tiene permitido este tipo de comportamientos, clasificados socialmente como desmesurados y sin control de impulsos. En este punto, es pertinente aclarar que el daño físico al bebé es inminente y que quizás tenga que enfrentar dificultades posterior a su nacimiento, pero lo central en esta viñeta es analizar la censura impartida por una mujer hacia otra y cómo los estereotipos de género juegan un papel importante y sesgan la visión sobre esta temática.

¿Las mujeres no consumen drogas? y si lo hacen ¿quiere decir que son malas madres? cuando un padre se droga frente a sus hijos o arriba a su hogar en malas condiciones ¿es un mal padre? ¿Se juzga igual a una madre y un padre adicto?

Estas actitudes resultan difíciles de visualizar cuando no existe análisis implicacional. ¿Qué aspectos de la historia personal se ponen en juego? ¿Es posible que no interfieran en la práctica diaria? Siempre estarán presentes las implicaciones, no es posible hacerlas a un lado pero sí analizarlas, desnaturalizarlas y romper con la sobreimplicación colaboradora en el proceso de estigmatización. Asimismo, es necesario desarticula la ideología dominante e imperante, de modo de no reproducir creencias erróneas, en este caso, aquel conjunto de creencias que colocan a la mujer en una posición inferior con respecto al varón.

La serie de viñetas presentadas anteriormente significaron un importante insumo no sólo para pensar acerca de la reproducción del estigma y su presencia tanto en este establecimiento de salud y en la sociedad en general, sino también para dejar a la luz cuán importante es el concepto de estructura de demora postulado por Ulloa. Este concepto, aplicado en el contexto de la terapia, donde se asiste al encuentro con el otro, está fuertemente relacionado con la escucha clínica, la atención flotante, la contratransferencia y puede ser definida como “una

suerte de arte marcial, que no suprime el registro sino la acción inmediata; al hacerlo, logra trascender lo aparente y acceder a otro conocimiento” (Ulloa, F 1995 p 114). La estructura de demora equivale a reflexionar y seguir la secuencia mirar-sentir-pensar-hablar, apuntando a erradicar acciones apresuradas. De esta manera, el concepto de estructura de demora, herramienta fundamental para la práctica clínica, se vuelve necesaria para pensar y repensar las prácticas profesionales de manera de actuar en beneficio del usuario y realizar ese ejercicio reflexivo que Castoriadis (2007) nos propone: elucidar. Esto refiere a poder reflexionar sobre lo instituido, “sobre lo que hacemos, lo que pensamos y lo que damos por sentado como un saber “válido”, “natural” o “establecido”” (Anzaldúa, R & Ramirez, B. 2010 Pag 118)

5) Consideraciones finales

A través de la presentación de las viñetas expuestas y analizadas en páginas anteriores, es considerado de relevancia el planteo de lineamientos referidos a los conceptos de rehabilitación, inserción Y exclusión. El primero de ellos es definido por la Real Academia Española como la acción de reponer a alguien en la posesión de lo que le había sido desposeído. Esta definición, lejos de estar relacionada con el ámbito de la salud se encuentra implícita en el accionar del Portal Amarillo, donde algunos de los objetivos planteados para los usuarios refieren al reanudamiento de actividades realizadas antes del inicio del consumo, la recuperación del vínculo con su familia, su trabajo, la inserción social, entre otros. Supone la recuperación de la funcionalidad del individuo en relación a la esfera laboral y familiar principalmente

Por su parte, la OMS en un documento sobre rehabilitación (1969) define este concepto como “la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales para reparar o readaptar al individuo con objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional” (OMS, 1969 p.6). En este mismo informe, el organismo distingue distintos tipos de rehabilitación, entre las que se destacan la rehabilitación médica y social. Si bien esta definición es más amplia que la anterior, coloca al sujeto en un rol activo mientras que a la comunidad en un rol pasivo, delegando al sujeto la responsabilidad de reparar sus partes rotas y a la sociedad la función de recepcionar ese individuo re-compuesto y funcional a lo que se necesita.

Es claro aquí cómo está implícitamente unido al concepto de rehabilitación el de inserción. En la inserción “la sociedad queda intacta. El sujeto podrá insertarse si cumple las características necesarias y el perfil adecuado para insertarse en un lugar que permanece intacto” (Sanchez, M 2002 p.60). En este caso las particularidades y diferencias no son tomadas en cuenta ya que se pretende homogeneizar.

Reflexionando acerca del proceso de estigmatización, ¿qué mecanismos son necesarios accionar para la inserción social de una persona que vive en un barrio estigmatizado? ¿Cómo se inserta laboralmente una persona con un trastorno psiquiátrico crónico? ¿Será en la inserción a lo que se deba apuntar? ¿Qué estrategias utilizar para cambiar esta visión estigmatizadora hacia todo aquello que se aparta de lo considerado normal? Pensar en inserción es pensar en piezas de un puzles que si no encajan en los espacios vacíos no sirven y son descartadas en busca de la que sí coincida. Es decir, son excluidas. La palabra exclusión denota una serie de significados distintos: el primero de ellos es aquel que aproxima este concepto con el de discriminación (Baráibar, X p.18) El segundo significado está relacionado con la no integración al mundo

laboral, traduciendo dicha exclusión en exclusión de derechos (Baráibar, X p.18) Carmen Terra (2003) define exclusión como “un proceso estructural e histórico del capitalismo globalizado” (Terra, C 2003 p.37). En este sentido dicha autora menciona que los distintos sistemas sociales construyen distintos criterios de exclusión/inclusión, históricamente determinados.

Víctor Giorgi (2003) propone definir la exclusión como aquel “proceso interactivo de carácter acumulativo en el cual -a través de mecanismos de adjudicación y asunción- se ubica a personas o grupos en lugares cargados de significados que el conjunto social rechaza y no asume como propios”. Este rechazo conduce a una gradual desvinculación de las personas excluidas de la red social, a la vez que son negados el acceso a espacios valorados socialmente, como puede ser un puesto laboral, el ingreso a una institución, etc. De esta manera, el lector podrá notar la posibilidad de retomar los postulados de Max-Neef ya que la exclusión siempre implica pobreza en la medida en que se imposibilita el acceso a distintos espacios y condiciones que permiten la satisfacción de las más diversas necesidades.

Si bien estos son procesos complejos y muy difíciles de desarticular en ambas partes, es decir, en las personas que lo sufren y en la sociedad en su conjunto, este trabajo plantea la necesidad de pensar en términos de integración. Siguiendo con la metáfora del puzzle, apuntaría a pensar en piezas flexibles, que puedan moldearse y acomodarse según la situación y no sean tan rígidas. La integración “es un concepto más interactivo que implica cambios mutuos de ambos, sujeto y sociedad” (Sanchez, M 2002 pag 62). Si bien el sujeto modifica aspectos, también existe un movimiento por parte de la sociedad quien trata de adaptarse a las particularidades y toma en cuenta las variables sociales.

Frente a lo anteriormente expuesto cabe el planteo de la siguiente pregunta ¿existe verdadera integración en los planes de acción propuestos por el equipo técnico? Únicamente un pequeño porcentaje de los usuarios del centro acceden a empleos cuidados donde se buscan potenciar sus habilidades a la vez que se adoptan medidas para sus cuidados (como por ejemplo no manejar dinero). Tal es el ejemplo de las pasantías en OSE o UTE, oportunidades para la inserción en alguna división de estas empresas estatales, con una duración anual. Para acceder a dicho beneficio, el centro de salud busca usuarios que cumplan con el perfil requerido (compromiso, responsabilidad, abstinencia, entre otros) y luego son postulados para una serie de entrevistas en donde se evaluarán su ingreso ¿Pero qué sucede con los otros usuarios que buscan empleo por su cuenta o no tienen la posibilidad de hacer uso de estos beneficios? ¿Cuáles estrategias implementar para que no recaigan en empleos mal remunerados, informales o poco cuidados?

A modo de cierre, este trabajo deja plasmado la complejidad del desempeño en centros de salud, el cual reclama un continuo análisis implicacional de manera de brindarle al usuario las

herramientas necesarias para su recuperación y la mejor atención posible, a través de un continuo pensar las prácticas. Todo profesional tiene la responsabilidad de actuar sobre lo que Levi-Straus (1957) llamó las sociedades antropeómicas, sociedades que vomitan, rechazan y expulsan lo diferente, manteniéndolos en establecimientos aislados. El estigma no está afuera, en algún barrio o persona, sino muy dentro de cada profesional y el reconocimiento de ello constituye el primer paso para mirar con otros ojos e intervenir desde otro lugar y poder generar un cambio en la sociedad. Toda reforma sanitaria será en vano si no se reforman los ojos que miran el mundo circundante y las personas. Los profesionales de la salud tienen como herramienta privilegiada la palabra y por lo tanto es imprescindible rescatar el análisis constante de las prácticas. Al decir de Castoriadis (2007) elucidar, es decir pensar lo que se hace y saber lo que se piensa. Si el profesional de la salud que detecta este proceso de estigmatización cuenta con las herramientas necesarias para llevar adelante estos movimientos reflexivos, entonces será capaz de poder actuar no solo dentro del establecimiento sino también fuera de él y combatir este grave problema que es la estigmatización.

6) Conclusiones

El proceso de estigmatización ha resultado ser el común denominador de cada una de las viñetas presentadas anteriormente; un proceso silencioso e implícito pero sin embargo muy presente en cada encuentro, donde los sujetos han demostrado por sí mismos el peso que tiene la ideología y los valores en el intercambio diario.

Intercambios plagados de prejuicios, discriminación, estereotipos, muy difíciles de identificar cuando no existe la reflexión y la autocrítica constante, cuando no es posible escuchar lo que se siente y pensar sobre ese sentir.

Los intercambios sociales han demostrado ser cruciales al momento de posicionarse. Es decir, el discurso marca, posiciona, construye y derriba. Puede posibilitar la apertura hacia un estar en el mundo integrado como así también ha demostrado ser la vía directa hacia el proceso de estigmatización.

De este trabajo se desprenden diversas conclusiones. Por un lado es posible decir que se hallan evidencias del proceso de estigmatización tanto en el público general como en los trabajadores de este establecimiento, los cuales contribuyen a la perpetración del mismo. Asimismo, es posible visualizar las consecuencias de este proceso a nivel del tratamiento, dificultando en muchas ocasiones el cauce del proceso de recuperación del usuario.

Otra conclusión importante que se desprende de este trabajo es que los sujetos están insertos en una sociedad, afectados por las prácticas que desarrollan y en constante cambio y la primera modificación hacia una sociedad que no estigmatice es que ocurra una revolución en cada uno de los miembros de esa sociedad y en su forma de ver al mundo. Esta revolución debe ser iniciada por los trabajadores de la salud, por aquellos que, en contacto directo con los sujetos, pueden visualizar esta temática diariamente, ya que configura un llamado ético para su desempeño profesional.

Pero este desempeño profesional se ve imposibilitado debido a la falta de concientización del sentir personal plasmada en las distintas viñetas, es decir, la falta de análisis implicacional. “¿qué me pasa cuando escucho estos relatos?” “¿Con mis intervenciones estoy participando de este proceso o tienen un impacto positivo?”. Por esta razón, otra conclusión extraída de este trabajo es el valor del análisis implicacional en la búsqueda de respuesta de estas preguntas y el alejamiento de la sobreimplicación y el actuar por inercia, lo que daría inicio así a la realización de acciones concretas para erradicar el estigma. Estas acciones pueden ser del tipo educativo, informativo o en otro formato tanto dentro como fuera de los establecimientos. Sin embargo, este trabajo reflexivo no se halla presente en esta experiencia.

Otra conclusión que se desprende de este trabajo es que la temática del estigma no es abordada con los usuarios de este centro desde ninguna perspectiva, es decir ni cuando el usuario es víctima del estigma ni cuando el estigma es perpetrado por usuarios, familiares o colegas, imposibilitando la elaboración de estrategias para su erradicación. Con su evidenciación y trabajo, se trata de empoderar a los sujetos estigmatizados, a aquellos grupos minoritarios que sufren día a día las consecuencias del estigma así como también retribuir a la sociedad una imagen y un concepto distinto de estos grupos minoritarios, alejada de los estereotipos y prototipos convencionales.

Finalizando, a través de este trabajo ha sido posible concluir la importancia que tienen los espacios por los que circula el sujeto en la construcción de la identidad. Cuando en dichos lugares, sean estos un barrio, un centro de salud o cualquier otro espacio físico, se constata la presencia del estigma, este se transforma en un factor más que influye en la construcción identitaria y en el posicionamiento de unos sujetos con respecto a otros.

El proceso de estigmatización no está en la sociedad, sino en cada uno de los sujetos que la componen y constituye una tarea ética de todos los sujetos en general y de los trabajadores de la salud en particular, reflexionar sobre esta actitud y su posterior modificación.

7) Referencias bibliográficas

- * Acevedo, M (2002) La implicación. Luces y sombras del concepto lourauriano. Recuperado de: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/mja%20la%20implicaci%F3n.pdf>
- * Ahmedani, B (2011) Society, individuals and the profession. Journal of social work values and ethics. v 8 (2): 4-1-4-16
- * Althusser , L. (1968) La filosofía como arma de la revolución. Mexico Ed. Siglo veintiuno
- * Anzaldúa, R & Ramírez, B (2019) Sujeto, autonomía y formación. Tramas nº 33. UAM. 113-130.
- * Baráibar, X (2003) La exclusión social como manifestación actual de la cuestión social. En: RIOD (2003) seminario. Drogas y exclusión social
- * Barembliitt, G (2005) Compendio de Análisis Institucional. Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo
- * Calatayud, F (1997) Introducción al estudio de la psicología de la salud. Ed. UniSon. México.
- * Carballeda, J (1994) Problemática adictiva y sociedad. En: la farmacodependencia en América Latina, su abordaje desde la atención primaria en salud. Washington. OPS/OMS
- * Castel, R (1986) De la peligrosidad al riesgo. En Wrigth, C. et al. Materiales de sociología crítica. Ed. de la piqueta. Madrid
- * Castoriadis (2007), La institución imaginaria de la sociedad (un volumen), Tusquets, Buenos Aires
- * Junta Nacional de Drogas (2011) Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas 2011-2015. Montevideo, Uruguay.
- * Cohen, S (2011) Segregación residencial, marginalidad y estigmatización territorial en la construcción social urbana infantil. Tesis
- * Corrigan, P & Watson, A (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness. Recuperado de: Harré <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- * Davies, B & Harré, R (2007) Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. Athenea Digital nº12: 242-259
- * Diogo, S (s/f) La experiencia de los grupos T en el Portal Amarillo

- * Exposición de motivos (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Proyecto de Ley 18.211
- * Giménez, L (2013) Practicantado para estudiantes avanzados de psicología en el campo de la salud, en los servicios de la administración de servicios de salud del estado (ASSE)
- * Giorgi, V (2003) Construcción de la subjetividad en la exclusión. En: RIOD (2003) Seminario. Drogas y exclusión social.
- * Goffman, E (1963) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Ed Amorrortu
- * Gomel, S & Matus, S (2011) Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja. Buenos Aires, Argentina. Psicolibro Ediciones
- * Íñiguez, L (2001) Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En: Crespo, E: La construcción social de la subjetividad. p. 209-225. Ed. Catarata. Madrid
- * Kaminsky, G (1990) Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales. Buenos Aires, Lugar Editoriales.
- * Kessler, G. (2012) Las consecuencias de la estigmatización territorial. Reflexiones a partir de un caso particular. Recuperado de:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1515-94852012000100007
- * Levi-strauss, C (1957) Tristes trópicos. Ed anhembi, San Pablo.
- * Lopez, M. Laviana, M. Fernandez, L. Lopez, A. Rodriguez, A. Aparicio, A (2008) La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista asociación española de neuropsiquiatría. Vol XXVIII, Nº 101, 43-83
- * Manero, R (1995) El análisis de las implicaciones.
- * Max-Neef, M (1993) Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Barcelona, Ed. Icaria
- * Nordt, C. Rossler, W & Lauber, C (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. Schizophrenia bulletin. vol 32 nº4 p.709-714
- * Nowlis, H (1975) La verdad sobre la droga. La droga y la educación. Ed. de la Unesco
- * OMS (1969) Serie de informes técnicos Nº419. Comité de expertos de la OMS en rehabilitación médica. Segundo Informe
- * Proyecto Portal amarillo. Un nodo de la red (2005)

- * Quiceno, N & Sanín, P (2009) Estigmas territoriales y distinciones sociales: Configuraciones espaciales en la ciudad de Medellín. Anagramas, vol. 7 nº 14 115-132.
- * Rusch, N. Angermeyer, M. Corrigan, P. (2006) El estigma de la enfermedad mental: conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. European Psychiatry, 13, 165-176
- * Sánchez, M (2002) La integración sociolaboral de personas drogodependientes. Propuesta y puesta en práctica de un modelo. Cruz Roja Española
- * Silva, M (2013) Propuesta de una definición transdisciplinaria y operativa de adicción
- * Terra, C (2003) La dimensión ética de la exclusión. En: RIOD (2003) Seminario. Drogas y exclusión social.
- * Triaca, J. Idiarte, C & Cardeillacé, V. (2009) "Características de los primeros usuarios que consultaron el centro de referencia nacional de la red drogas
- * Ulloa, F (1995) Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires. Ed. Paidós
- * Urteaga, E (2012) Segregación y estigmatización de los barrios desfavorecidos en Francia. Portularia Vol. XII, nº 1
- * van Dijk, T (1999) Ideología. Una aproximación multidisciplinaria. Ed. Gealisa. Barcelona.
- * Varela, S (1997) Estudio de la relación entre el espacio simbólico urbano y los procesos de identidad social. Revista de Psicología social, 12, 17-30.
- * Vidart, D (2014) Marihuana, la flor del cáñamo. Un alegato contra el poder. Ediciones B. Montevideo, Uruguay.
- * Vignolo, J. Vacarezza, M. Álvarez, C & Sosa, A (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria en salud. Arch Med interna; XXXVIII (1):11-14