

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA:
PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:
PSICÓLOGA

TEMA:
EL ESTIGMA Y SUS EFECTOS SUBJETIVOS EN PERSONAS CON SUFRIMIENTO PSÍQUICO. UNA APROXIMACIÓN A CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y SOCIAS DE UN EMPRENDIMIENTO EN QUITO ENTRE MARZO Y AGOSTO DEL 2019

AUTORA:
FRANCOISE NICOLE BOLÍVAR SAN MARTÍN

DOCENTE TUTORA:
PAZ GUARDERAS ALBUJA

Quito, octubre del 2020

Cesión de derechos de autor

Yo, Francoise Nicole Bolívar San Martín, con documento de identificación No 1721439113, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy la autora del trabajo de titulación: **“EL ESTIGMA Y SUS EFECTOS SUBJETIVOS EN PERSONAS CON SUFRIMIENTO PSÍQUICO. UNA APROXIMACIÓN A CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES DE UN EMPRENDIMIENTO EN QUITO ENTRE MARZO Y AGOSTO DEL 2019”**, mismo que he desarrollado para optar por el título de : Psicóloga, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad plenamente facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales en la obra citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Francoise Bolívar

Nombre: Francoise Nicole Bolívar San Martín

Cédula: 1721439113

Fecha: octubre de 2020

Declaratoria de coautoría del docente tutor

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue realizado el trabajo de titulación, “El estigma y sus efectos subjetivos en personas con sufrimiento psíquico. Una aproximación a concepciones y prácticas de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos y socias de un emprendimiento en Quito entre marzo y agosto del 2019”.

Realizado por Francoise Nicole Bolívar San Martín, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana para ser considerados como trabajo final de titulación

Quito, 04 de octubre del 2020



Paz Guarderas Albuja

1707563969

Índice

1. Introducción	1
2. Planteamiento del problema.....	3
3. Justificación y relevancia.....	6
4. Objetivos.....	8
4.1. Objetivo General	8
4.2. Objetivos específicos.....	8
5. Marco conceptual	9
5.1. Estigma	9
5.2. Estigma como identidad social	10
5.3. Sufrimiento psíquico	12
5.4. Estigma y sufrimiento psíquico.....	13
5.5. Tipos de estigma	16
5.6. Estigma, estereotipos, discriminación y prejuicio.....	18
6. Variables y dimensiones	20
6.1. Estigma social	20
6.2. Estigma institucional	20

6.3.	Estigma familiar	21
6.4.	Autoestigma	21
7.	Hipótesis o supuestos	23
8.	Metodología	24
9.	Población y Muestra.....	27
10.	Plan de análisis	29
11.	Descripción de los datos producidos	33
12.	Presentación de los resultados descriptivos	35
12.1.	Narrativa Rubén.....	35
12.2.	Narrativa Diana.....	40
12.3.	Narrativa Juan.....	43
12.4.	Narrativa Charles	45
12.5.	Narrativa Joel.....	52
13.	Análisis e interpretación de los resultados	57
13.1.	Estigma Público/ Laboral.....	57
13.2.	Estigma social/sexualidad	68
13.3.	Estigma institucional.....	74
13.4.	Estigma familia.....	81
13.5.	Autoestigma.....	84
	Conclusiones.....	88

Bibliografia..... 91

Resumen

Los trastornos psiquiátricos han sido temas de gran tabú, si bien hoy en día se ha ganado terreno en cuanto a políticas que favorecen a la gente con trastornos psiquiátricos, aun es mucho lo que queda por hacer y se continúa hablando desde el prejuicio y el desconocimiento.

Con este documento lo que se pretende es exponer el sentir y pensar de una minúscula población que tiene algún trastorno psiquiátrico, preguntándoles acerca de cuán difícil ha sido para ellos afrontar los estigmas en el campo social, laboral, educativo, institucional, cómo se sienten consigo mismos, y uno de los más controversiales, el de la sexualidad ya que si en la población “normal” es motivo de vergüenza o de ocultamiento hablar de este tema, si nos referimos a gente con trastornos psiquiátricos, lo es aún más.

Se ha decido recurrir a las producciones narrativas para escuchar lo que cada participante de las mismas quiera describir de su propia historia y como cada vivencia les han hecho ser quienes son hoy. Esta metodología recoge los discursos de cada persona que posteriormente serán tejidos con teorías de diversos autores y con la interpretación del investigador.

Se utilizó un enfoque cualitativo ya que lo que nos interesa es el relato y hacer de la persona en un contexto social y cultural. Esto me permitió percatarme que esa misma cultura que en ocasiones castra e inhibe, también es una oportunidad para conocer gente con una historia similar a la tuya y compartir experiencias.

Palabras clave: Trastorno psiquiátrico, Estigma, Discriminación.

Abstract

Psychiatric disorders have been subjects of great taboo, although today ground has been gained in terms of policies that favor people with psychiatric disorders, there is still much that remains to be done and people continue to speak from prejudice and ignorance .

The aim of this document is to expose the feelings and thoughts of a tiny population that has a psychiatric disorder, asking them about how difficult it has been for them to face stigmas in the social, labor, educational, institutional fields, how they feel about themselves themselves, and one of the most controversial, that of sexuality since if in the "normal" population it is a reason for shame or concealment to talk about this issue, if we refer to people with psychiatric disorders, it is even more so.

It has been decided to resort to narrative productions to listen to what each participant wants to describe their own history and how each experience has made them who they are today. This methodology collects the speeches of each person that will later be woven with theories of different authors and with the interpretation of the researcher.

A qualitative approach was used since what interests us is the story and the doing of the person in a social and cultural context. This has made me realize that the same culture that sometimes castrates and inhibits, is also an opportunity to meet people with a history similar to yours and share experiences.

Keywords: Psychiatric disorder, Stigma, Discrimination.

1. Introducción

Desde tiempos inmemoriales han existido diversas formas de discriminación y en todas hay implicada una relación poder entre una mayoría y una minoría. La sociedad tiende a establecer modos de cómo la gente ha de relacionarse con los demás estableciendo categorías que implican una visión simplista y dualista en términos de bueno - malo, amigo – enemigo. En el caso de la gente con un trastorno psiquiátrico, estas categorías van a aludir generalmente a que no pueden ser autosuficientes, no tienen las mismas necesidades que otra gente, entre otras. Todo este discurso, generalmente de carácter negativo, se implanta paulatinamente en la gente con algún trastorno psiquiátrico, llevando esto a que lo asuman como una verdad, y no solo ellos quienes terminan por pasar como válidos estos prejuicios. Incluso el propio personal de salud y la familia o gente más cercana puede tener actitudes discriminatorias, tanto en el caso de familiares y gente cercana como del personal de salud mental, estas actitudes pueden ir desde menospreciar y hostilidad, o en el extremo opuesto, exagerada intromisión en la vida del paciente y paternalismo. Sin embargo esto no siempre se cumple a cabalidad, ya que esto mismo es lo que muchas veces es lo que impulsa y motiva a los pacientes psiquiátricos a no tragarse esos cuentos y a luchar por no ser invisibilizados y que se les reconozca como sujetos con derechos y obligaciones.

Quien posee un trastorno mental puede sufrir porque considera que no cumple con las expectativas que la sociedad impone, pudiendo llevar esto a un conflicto o crisis interna porque siente que haga lo que haga, jamás va a ser bien visto por el hecho de tener un trastorno psiquiátrico. Los pacientes psiquiátricos normalmente no tienen espacios o con quien compartir sus experiencias; los nosocomios usualmente recurren a la cosificación

y sedación de los mismos. Es así que no hay verdaderamente momentos en los que se tejan interrelaciones desde las experiencias de cada individuo. Por todo lo anteriormente mencionado es que surge este trabajo investigativo, para evidenciar los estigmas que son vividos por las personas con sufrimiento psíquico.

2. Planteamiento del problema

Las personas con sufrimiento psíquico se enfrentan al estigma a nivel individual que causa diversos sentimientos y tiene diversos efectos. La exclusión del mercado laboral hace que muchas veces se sientan inútiles, menospreciadas, acrecentándose inclusive dentro de su propio núcleo familiar. A nivel social estos efectos se reflejan en que se aísla a estas personas, muchas ocasiones se las interna y aleja de su entorno, contribuyendo a empeorar su condición, y como ya se mencionó se les niega su derecho al trabajo y los empleadores optan por contratar a gente con discapacidad física antes que con sufrimiento psíquico (Bahamonde Dávalos, 2018). La motivación para llegar al tema de investigación es conocer a qué tipo de prejuicios o estigmas deben enfrentarse las personas con sufrimiento psíquico y más concretamente aquellas que laboran en el emprendimiento.

El tema que se pretende investigar es el estigma y sus efectos subjetivos en personas con sufrimiento psíquico. El lugar de investigación será en Quito particularmente en un proyecto de emprendimiento económico de personas con sufrimiento psíquico que se ubica en Nayón. La investigación se llevará a cabo entre febrero a julio de 2019 y con los colaboradores que trabajan en este emprendimiento.

Algunas fallas detectadas en observaciones realizadas en torno al estigma es que una gran parte de los estudios se han llevado a cabo Europa, Australia, Canadá y los EE.UU, dando esto pie a una significativa brecha si comparamos con indagaciones acerca del estigma en países de en vías de desarrollo ya que en los mismos no hay estudios mayormente significativos o los mismo son escasos (Pedersen , 2005).

Otra gran falla es que si inspeccionamos los estudios realizados, podemos identificar que la mayor parte los mismos han sido encaminados esencialmente en un contexto clínico, por lo que poca o ninguna relevancia se ha dado a lo que sucede en cuanto a la estigmatización fuera de un espacio clínico, como en las residencias de cuidados intermedios y en el ámbito público o privado de cuidado y atención en salud mental. (Pedersen , 2005) A partir de lo expuesto las preguntas de investigación que orientan este trabajo de titulación son: ¿Qué concepciones sobre el estigma tienen quienes tienen sufrimiento psíquico? ¿Qué situaciones de estigmatización han tenido quienes tienen sufrimiento psíquico? ¿Qué concepciones y prácticas sobre la erradicación del estigma tienen quienes han sido diagnosticados con sufrimiento psíquico y los socios de proyecto de emprendimiento.

En pacientes con esquizofrenia o depresión mayor el riesgo de muerte prematura puede incrementar entre un 40 y 60% ya que puede haber existencia de padecimientos físicos sin tratar o porque directamente han optado por el suicidio. Esto nos da una idea de que en ocasiones puede haber vínculos entre un trastorno psíquico y discapacidad o también con mortalidad (Organización Mundial de la Salud , 2013).

Estudios encontraron que en el año 2004 trastornos neurológicos, mentales y por consumo de sustancias reflejaron un 13% de la carga mundial de morbilidad. Si nos referimos únicamente a la depresión, esta arrojó la cifra de 4,3% de carga mundial de morbilidad (Organización Mundial de la Salud , 2013).

Se ha encontrado que los sistemas de salud no siempre cuentan con lo necesario para entender eficazmente a los pacientes psiquiátricos. En cuanto a esto se ha evidenciado que en los países en vías de desarrollo entre un 76% y 85% de pacientes no reciben tratamiento, en los países desarrollados esta cifra es entre un 35% y 50%. A eso hay que agregarle que muchas veces la calidad de servicios en salud mental es deplorable. (Organización Mundial de la Salud , 2013).

Un estudio realizado en Colombia arrojó que en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social, señala que un 4,7% de niños había presentado algún trastorno mental, siendo de predominancia los trastornos de aprendizaje. En cuanto a los adolescentes se identificó que un 4,4% padecía ansiedad o depresión, en los en adultos la tendencia era presentar trastornos de tipo afectivo con un 4% (Obando Posada, Romero Porras, Trujillo Cano, & Manuel Prada Mateus, 2017). A nivel internacional Merikangas et al., (2010) evidencian que se detectó que en adolescentes la inclinación es hacia los trastornos de ansiedad con un 32%, y después están los trastornos del estado de ánimo con un 14% (Obando Posada et al., 2017)

En un estudio realizado por la Secretaría de Salud de Medellín en el año 2012, se dilucidó que de 100 personas, 27 presentarán un trastorno en algún momento de su vida. Situándolos en orden de prevalencia diremos que en primera posición están los trastornos de ansiedad con un 10%, el consumo de sumancias psicoactivas ocupa la segunda instancia con un 5% y por último están los trastornos del estado de ánimo con un 5% (Obando Posada et al., 2017)

De acuerdo a un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos, se esperaría que el 32,7% de la gente experimente un trastorno psíquico en algún punto de la vida (Campo-Arias & Cassiani Miranda, 2008). En el caso de Europa, el Estudio Europeo de Epidemiología de los trastornos mentales, entre 2001 y 2003 reveló que las expectativas son de un 25,0% (Campo-Arias & Cassiani Miranda, 2008). Por último tenemos a Latinoamérica, concretamente Brasil que en el año 2002 arrojó la cifra de un 45, 9% de predominancia de trastornos mentales en mayores de 18 años y Chile, en cuyo caso se encontró que en mayores de 15 años se existe una prevalencia de vida del trastorno de un 36,0%, esto entre los año 1992 y 1999 (Campo-Arias & Cassiani Miranda, 2008).

3. Justificación y relevancia

En Ecuador, de acuerdo con información provista por el Censo Poblacional del 2010, un 7.25% de la población tendría un trastorno psíquico. En la provincia de Pichincha esta cifra es de un 7.88%, de las cuales un 89.47% de personas pertenecían al cantón Quito; y un 69.4% al Distrito Metropolitano de Quito (Chacón Hidalgo , 2015) . De acuerdo con información del Ministerio de Salud Pública, en el Ecuador, en el año 2014 había 94.612 personas con discapacidad intelectual y mental (Chacón Hidalgo , 2015).

De acuerdo con Chacón (como se citó en Diario La hora, 2008) en Quito hasta el año 2007 los trastornos psiquiátricos predominantes serían los siguientes: esquizofrenias con un 31.51%, trastornos del humor con 28.38% y finalmente los trastornos neuróticos con 13.55% (Chacón Hidalgo , 2015).

Si bien no se posee información que vislumbre la situación laboral de la gente con trastornos psiquiátricos, es sabido que muchas veces no consiguen insertarse en el plano laboral debido principalmente a prejuicios sociales. Algo que acotar en este punto es que no solo es importante que los pacientes psiquiátricos consigan empleo, sino de que se les permita conservar el mismo y se les entrene constantemente en sus habilidades y destrezas, además de que los empleadores deben proveer un espacio físico propicio y teniendo en cuenta las necesidades del trabajador para que así el mismo pueda tener un buen desempeño laboral (Bahamonde Dávalos, 2018).

A partir de lo expuesto este trabajo pretende contribuir a la comprensión sobre los estigmas que viven las personas diagnosticadas con sufrimiento psíquico para lograr una su inserción en la sociedad.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Establecer las concepciones y prácticas cotidianas que generan estigma hacia las personas con sufrimiento psíquico que hacen parte de un proyecto de emprendimiento económico que se ubica en Nayón entre febrero a julio de 2019.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar qué concepciones tienen sobre el estigma quienes tienen sufrimiento psíquico
- Reconocer que situaciones de estigmatización han tenido quienes tienen sufrimiento psíquico a nivel social, institucional, familiar y personal.
- Determinar las situaciones cotidianas que han favorecido la superación de los estigmas de las personas que tienen sufrimiento psíquico.

5. Marco conceptual

5.1. Estigma

En cuanto al estigma , podemos decir que Goffman se refiere al mismo como marcas para poner al descubierto a quien las poseía, eso podemos apreciarlo en el siguiente párrafo:

“El término estigma se remonta a las épocas de los antiguos griegos y se utilizaba para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba”(Goffman , 1963/2006, pág. 11).

Como vemos, los estigmas son marcas o huellas por las cuales la gente tiende a identificar a un sujeto o colectivo. Respecto a esto Goffman dice:

Los signos usualmente consistían en cortes o quemaduras y eran símbolo de que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, alguien a quien debía evitarse sobre todo en sitios públicos. Posteriormente, durante el cristianismo, este término tuvo dos nuevas acepciones: la primera hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esta alusión religiosa a los signos corporales de perturbación física. (Goffman , 1963/2006, pág. 11)

El origen del término estigma data de épocas de los antiguos griegos y se utilizaba para designar a colectivos o individuos que se juzgaban como peligrosos. Este término pese a su antigüedad aun en la actualidad tiene vigencia. Civilizaciones posteriores incorporaron sus propios significados a este vocablo y si bien el mismo ha ido transformándose, ha conservado la esencia original de su etimología (Ramos Bernal , 2010).

La sociedad establece medios o parámetros que categorizan a la gente y de ahí que se deriven atributos que son percibidos como comunes o deseados entre los miembros de cada una de estas categorías (Goffman , 1963/2006).

Mascayano Tapia, Lips Castro, Mena Poblete, Manchego Soza (como se citó en Goffman, 1963) definen el fenómeno del estigma como “los atributos de un individuo que le generan profundo descrédito y desvaloración social” (Mascayano Tapia et al., 2015, pág. 2). Según el autor, los procesos de estigmatización surgen debido a una disfunción entre una “identidad social virtual” (las cualidades que debe presentar una persona según las normas de la sociedad) y una “identidad social real” (los atributos que posee la persona en verdad (Mascayano Tapia et al., 2015).

5.2. Estigma como identidad social

Existen dos tipos de identidades: social y personal, mismas que conforman lo que otra gente espera de nosotros así como sus ideas respecto a nuestra persona y puede que esa identidad constantemente se vea cuestionada a nivel social. A nivel de la identidad personal, estos anhelos y definiciones pueden presentarse incluso antes de que el individuo nazca y continuar después de su muerte (Torres Altamirano, 2007).

La sociedad crea categorías para encasillar a la gente y con ello también se designa que atributos son deseables y “normales” entre quienes pertenecen a estas categorías. Esto nos da una idea previa de que podemos esperar de un extraño, basándonos tan solo en lo que vemos inicialmente y en apariencias. Una vez que ya tenemos esta primera impresión, tendemos a etiquetar al individuo en una categoría y con ellos estamos otorgándole una “identidad social” (Torres Altamirano, 2007).

Goffman define al estigma como una divergencia entre las expectativas sociales respecto al sujeto (la identidad social virtual) y sus verdaderas características (la identidad social real) (Goffman , 1963/2006). Goffman (1956) plantea que en el cotidiano las personas emitimos significaciones de lo que debería ser una identidad adecuada (esto sería la identidad social virtual), y las personas por medio de rituales encarnamos estas significaciones. Sin embargo, no siempre podemos actuar de acuerdo a la identidad social esperada porque poseemos atributos que no se corresponden con este ideal. Es en esa falta de correspondencia cuando el estigma opera (García, 2011).

Existen algunos tipos de estigmas, entre ellos podemos señalar los siguientes:

Goffman habla de tres tipos de estigmas: las deformaciones físicas; los defectos del carácter que se perciben como falta de voluntad, pasiones antinaturales, deshonestidad, etc., que se refieren a enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; estigmas tribales de raza, nación, religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar a los miembros de una familia. (Torres Altamirano, 2007, pág. 1)

Mascayano et al., (como se citó en Link et al., 1989) mencionan la “teoría del etiquetamiento” para exponer cómo se produce la estigmatización hacia la enfermedad mental. Esta teoría señala que por medio del lenguaje se captan e incorporan conjuntos de ideas respecto a quienes tienen un trastorno psíquico, que luego se transforman en “etiquetas” con las cuales se les cataloga, agrupa y segrega (Mascayano Tapia et al., 2015).

Mascayano Tapia et al., (como se citó en Yang, 2007) sostienen que estos conjuntos de ideas se apoyan en los preceptos y leyes socioculturales establecidas para cada colectivo o grupo social. Refiriéndonos a la agente con trastornos psíquicos, estos encasillamientos o ideas preconcebidas por lo general aluden a un potencial riesgo, desidia e incompetencia de estos sujetos (Mascayano Tapia et al., 2015). Todo lo anteriormente mencionado está también relacionado con creencias de que hay impedimento para realizar sus actividades cotidianas y desempeñarse como lo harían las personas “normales”. Como resultado tendremos que a este colectivo se lo ignora o hay conductas de discriminación, menosprecio y apatía hacia el mismo (Mascayano Tapia et al., 2015).

5.3. Sufrimiento psíquico

El sufrimiento psíquico se relaciona con dolores mentales o psicológicos asociados a lo en la época clásica se denominó como locura; sin embargo por el carácter estigmatizador de esa palabra en la actualidad se utiliza este nuevo concepto. A lo largo de la historia la locura ha tenido diferentes concepciones. A las personas que se denominaban “locos” al reconocer a un ser humano como distraído. También se la ha otorgado la condición de extravagante y como la persona incapaz de realizar labores cotidianas limitadas. Para el autor en ese mismo reconocimiento se intuye una relación entre locura y peligrosidad, que tiene una duración a largo plazo, por ese motivo siempre se trató de internar al paciente en lugares como manicomios. En la actualidad también se utiliza el concepto trastorno mental (Korinfield, 2003).

El trastorno mental como definición implica una alteración genérica de la salud y puede ser consecuencia o no de una causa orgánica conocida o no. Se debe distinguir del término enfermedad

mental porque este es reservado únicamente para aquellos procesos patológicos en los que la pérdida de salud tiene una causa orgánica conocida. (Caballero Martínez, 2007)

En este trabajo de titulación se adscribe a la noción de sufrimiento psíquico ya que implica una visión fuera del estigma. Asimismo se distancia de la idea de trastorno, pues esta idea se asocia a la comparación con una “identidad social virtual” o “normalidad”, que se cuestiona desde la noción de estigma. El sufrimiento psíquico implica una condición psíquica que en la sociedad es estigmatizada y este proceso genera malestar y sufrimiento en quien lo enfrenta. Sin embargo la ausencia de literatura planteada desde esta perspectiva, ha implicado tener que utilizar bibliografía que aborda esta condición desde el trastorno mental.

5.4. Estigma y sufrimiento psíquico

Ramos Bernal (2010) define el estigma como una “serie de atributos que caracterizan a una persona o grupo de personas y le hacen pertenecer a una categoría social concreta” (Ramos Bernal , 2010, pág. 15). Lo anterior además implica y conlleva una serie de significaciones desfavorables que conducen a una aversión a nivel social. Aludiendo concretamente a la gente con trastorno psíquicos, ellos tienden a ser infravalorados ya que se considera que no cumplen con lo que se espera a nivel social y por lo tanto están fuera de lo “acostumbrado” (Ramos Bernal , 2010).

Las estigmatizaciones se colocaron corazón adentro, porque los individuos que padecen esta enfermedad potencialmente tienen tendencia a discriminación de cualquier índole religiosa, cultural, étnica o biológica. En este caso se trata de manejar a los estigmatizados como personas muy capaces de realizar funciones dinámicas, porque ellos presentan un alto potencial como genios, rebeldes (idealistas) portavoces de algunas verdades que están en la esencia humana. Pero

la realidad es que estos jóvenes están al borde de una ruptura emocional psicológica; así como la iglesia en la época de inquisición canonizó a estos individuos llamándolos herejes de la verdad (Korinfield, 2003).

Según Korinfield (2003) se relaciona a los individuos que padecen la enfermedad y son catalogados como locos o dementes, esta denominación se realizó desde hace mucho tiempo pero con el pasar del tiempo se ha ido modificando y reestructurando, pero la condiciones del entorno hacen que el individuo que padece de la enfermedad posea altos índices de estima baja, aprobación del medio externo y núcleo familiar entre otras (Korinfield, 2003).

De acuerdo con Ramos Bernal (2010) la enfermedad mental de a poco va suscitando lo que se denomina “odio bidireccional” en la persona. La primera dirección es hacia el interior, en el individuo empieza un sentimiento de odio hacia sí mismo y surgen sentimientos depresivos así como pensamientos negativos y mira a casi todos como sus enemigos. La segunda dirección es hacia el exterior, el sujeto, súbitamente, empieza a recluirse y a convertirse en un ser asocial. Este alejamiento tiende a ser mutuo y es así como el círculo social del individuo disminuye cada vez más. Posteriormente, anota el autor, el entorno del individuo se torna monótono y se esfuma toda actividad que para el individuo sea placentera y el gusto por realizarla y se empieza a instalar un conjunto de pensamientos depresivos que paulatinamente merman la poca felicidad que queda para el individuo (Ramos Bernal , 2010).

Muchas ocasiones la enfermedad mental también es una traba respecto al ámbito laboral ya que la enfermedad mental merma las probabilidades de hallar empleo. Esto provoca un malestar no solo a nivel psíquico sino a nivel económico.

Para Ramos Bernal (2010) el individuo no cuenta con los recursos económicos para disfrutar, vivir y subsistir. A esto podemos aunar los problemas de la enfermedad en sí y conflictos a nivel familiar que van apareciendo o que ya existían con anterioridad.

A todo lo anterior se suman un sinnúmero de elementos negativos que perjudican al propio “yo” del sujeto que paulatinamente lo van degradando y apartando del bienestar que la sociedad puede brindarle (Ramos Bernal , 2010).

Para Ramos Bernal (2010) además la persona con enfermedad mental no puede cometer los mismos errores que pasarían desapercibidos en el caso de las demás personas. Los “enfermos mentales” deben proceder con precaución porque su conducta de por sí ya es sospechosa y está rodeada de etiquetas. Según el autor citado todo esto genera desconfianza hacia los demás y empiezan a surgir una serie de interrogantes y dudas en el interior del sujeto como si los demás se habrán percatado de algo, si piensan que actúa extraño, si hace las cosas bien o si lo que hace es producto de su patología mental o no (Ramos Bernal, 2010).

Todo lo anteriormente mencionado deriva en todas estas interrogantes y en un estado constante de lucha contra la enfermedad y la sociedad estigmatizadora. La ignorancia que gira en torno a las enfermedades en muchas ocasiones hace que se generalice o confunda las diversas patologías mentales o se tienda a pensar que todos los “enfermos mentales” son propensos a cometer delitos o son criminales (Ramos Bernal , 2010) Son estas expectativas o anticipaciones las que posteriormente son convertidas en demandas y por ende tendemos a rechazar o a ver como anormal a quien no cumple con las mismas (Ramos Bernal , 2010).

Usualmente no tenemos una noción de haber manifestado estos requerimientos o expectativas ni de lo que ellas incluyen hasta que surge la interrogante de si las mismas podrán ser cubiertas por alguna vía (Ramos Bernal, 2010). Es probablemente aquí que advertimos sobre la concepción de estos supuestos del individuo que tenemos ante nosotros.

Se reduce al individuo dueño de un atributo “indeseable” a alguien menospreciado, sin importancia y cuyas necesidades no merecen ser objeto de atención y viéndose muchas veces obligados a negar o camuflar que tienen un malestar psíquico (Goffman , Estigma, 1963/2006).

5.5. Tipos de estigma

En los últimos años se ha trabajado el término estigma en dos modalidades generales como: estigma público que se asocia como enfermo mental, donde la sociedad lo aparta y lo categoriza de manera discriminatoria, el otro es el auto-estigma que se define como la autoflagelación del individuo a las diferentes situaciones que abordan el entorno social y emocional dependiendo de la circunstancia que está sometido (Mendoza Gaitán & Onofrio, 2018).

Estos términos son empleados para poder categorizar los tipos de estigmas con las diferentes realidades que afectan al individuo, como el estigma público que realizan las diferentes empresas o medios de comunicación y cuyos comportamientos se dan en base al desconocimiento, prejuicio y discriminación (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Respecto al auto estigma podemos decir que consiste en que el individuo empieza a internalizar creencias negativas de su self, y siente que necesita de la aprobación ya sea de su familia o de otra gente (Mascayano Tapia et al., 2015).

El estigma a nivel familiar implica que la familia se ve estigmatizada debido a que uno de sus miembros tiene alguna clase de sufrimiento psíquico. Sin embargo muchas veces la familia puede ser fuente de prejuicios y malos tratos hacia el paciente con sufrimiento psíquico (Mascayano Tapia et al., 2015).

Y por último está el estigma institucional que refleja las actitudes de personal de salud mental hacia lo pacientes psiquiátricos. Si bien estas actitudes son positivas en comparación a la de otra gente, se ha visto que muchas veces que el personal de salud mental incurre en el paternalismo o

en el negativismo ya que sienten que deben estar presentes en todo momento porque el paciente no podrá hacer nada por sí mismo, o que no va a mejorar en cuanto a su diagnóstico. (Mascayano Tapia et al., 2015)

Incluso ha llegado a verse que en las instituciones psiquiátricas los pacientes son maltratados y sometidos a procedimientos innecesarios y tortuosos como el electroshock o son obligados a hacer cosas en contra de su voluntad.

Los estigmas por muchos países, se ha visto de manera usual, razón por la cual se ha hecho una gran esfuerzo en mejorar la vida de esas personas. Donde se han realizado diferentes actividades o programas para reducir este fenómeno. Pero todas las clínicas de salud mental han visto un deterioro de este servicio porque los pacientes que ingresan abandonan la asistencia, por razones desconocidas (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Para intervenir a un sujeto con esquizofrenia necesitaremos de un modelo social constructivo que incluya elementos referentes a la parte cognitiva o intelectual, emocional y sociológica que sea lo suficientemente eficaz como para combatir opiniones o actitudes adversas contra esa enfermedad y contra aquellos que la tienen. Inevitablemente, la literatura relacionada con los estigmas es insuficiente (Mendoza Gaitán & Onofrio, 2018)

Para Muñoz y otros autores (2009) los modelos que se han fomentado, presentan una serie de características delatorias a las personas que padecen esa enfermedad, cargados de estereotipos que producen prejuicios y discriminación (Muñoz , Pérez Santos , Crespo , & Guillén , 2009).

5.6. Estigma, estereotipos, discriminación y prejuicio

Los estereotipos consisten en valoraciones adversas hacia un colectivo social que padece el trastorno. Como resultado de todo lo anterior se origina apatía, desdén y prejuicios que a su vez tienen que ver con el ejercicio de prácticas excluyentes que orillan al paciente a recluirse, rechazar todo contacto con el mundo externo, privarse a sí mismo de hallar un empleo o tener un techo donde vivir y lograr independencia económica (Mendoza Gaitán & Onofrio, 2018).

Montes Berges (como se citó en Dodivio, Evans y Tyler, 1986) señala que los estereotipos son definidos como aquellos elementos relacionados con la parte cognitiva del prejuicio. Puntualizando, un estereotipo es un atributo que se conecta con una categoría cognitiva, misma que es utilizada por quien recibe la información para posteriormente asimilarla y así tener un concepto de este grupo social o de sus miembros (Montes Berges , 2009). Continuando con lo anterior, Montes Berges (como se citó en Gartner, 1973) define al estereotipo como un conglomerado de imaginarios que otorga características igualitarias a un determinado colectivo social (Montes Berges , 2009).

Para David (2017) los estigmas suelen ser estereotipos difundidos por los medios informativos y son fundamental causa de la confusión de la expresión enfermo mental o esquizofrénico, utilizan el término equivocadamente ya que tienden a generalizar actos violentos con el estado de salud mental de quien los perpetra David (2017). De acuerdo con la autora la vinculación del término salud mental con violencia no determina si es correcto o incorrecto, ya que el mismo término se aborda por un prejuicio cultural y social, que está instaurado y profundizado por los diferentes estereotipos que se han empleado para definir la palabra enfermo mental David (2017). Para David (2017) existe una tendencia a magnificar ciertas situaciones que están en el medio, colocando a la

enfermedad como auge en vez de la situación que se plantea. Esto conlleva a una vinculación de la palabra enfermedad mental con violencia. Aunque se han hecho muchas investigaciones sobre el tema no se deja en manifiesto la asociación enfermo mental y violento sea diferente. Sin embargo las personas que padecen de los estigmas son más perseguidos por la violencia externa a la que ellos pueden provocar (David, 2017).

Monges Berges (como se citó en Collins, Ashmore y Aronson, 1970; Esses, Haddock y Zanna, 1993) postula que: “el prejuicio se define como una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo” (Montes Berges , 2009, pág. 1).

Monges Berges (como se citó en Brighan, 1971) señala además que: “como otras actitudes, el prejuicio se compone de tres elementos: cognitivo (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (conducta). Aunque existe cierta correlación entre ellos, estos tres componentes son relativamente independientes y por lo tanto, implican medidas diferentes” (Montes Berges , 2009, pág. 1). Observando los últimos avances científicos en el campo anti-estigma se realizaron teorías en cuanto al desarrollo de prejuicios internos y externos de las personas que sufren la enfermedad, donde se observan perspectivas sociales y psicológicas (Arnaiz & Uriarte, 2006).

En el comportamiento discriminatorio intervendrán muchas variables, de acuerdo con estas, las actitudes de rechazo se manifestarán en mayor o menor cantidad. Algunas variables que podemos decir que facilitan la discriminación pueden ser que haya un ambiente en el que predomina la competencia y antagonía (Montes Berges , 2009). Cabe mencionar que el panorama se agrava si en dichos ambientes existe desigualdad ya sea económica o social. Es así que la discriminación aparece como el único modo para afrontar esta lucha de poderes (Montes Berges , 2009).

6. Variables y dimensiones

6.1. Estigma social

Este es considerado un proceso psicosocial conocido como “categorización social” que con base a unos determinados parámetros o indicadores culturales aprendidos socialmente, se crean distintas categorías, basadas en lo social – colectivo a través de las diversas interacciones cotidianas en las que se agrupa a la gente en a través de ciertas características y rasgos dependiendo de lo que es aceptable o no y las expectativas y en base a esto se decide qué tipo de relación establecer con el colectivo categorizado. (Callejas Fonseca, & Piña Mendoza, , 2005)

6.2. Estigma institucional

Se refiere a las políticas que conciernen al sector de la salud pública y privada. Se ha demostrado que pese a que los profesionales de la salud muestran un mejor trato que el común de la gente, muchas veces se ha incurrido en el paternalismo o en el negativismo, sobre todo en lo que se refiere al pronóstico ya que hay una creencia de que las probabilidades de que el paciente psiquiátrico se recupere son ínfimas, casi inexistentes (Mascayano Tapia et al., 2015).

6.3. Estigma familiar

Esta es una condición que consiste en la devaluación social por estar vinculado a alguien estigmatizado. Algunas consecuencias que se han visto en los familiares de gente con trastornos mentales van desde trastornos del sueño, alteración en las relaciones interpersonales y disminución de la calidad de vida. Comúnmente esto conlleva que se les aisle y excluya socialmente, reflejando esto un nivel similar de discriminación al que vive el propio paciente. Cabe mencionar que muchas veces es la misma familia la fuente de discriminación, prejuicios y maltrato (Mascayano Tapia et al., 2015).

6.4. Autoestigma

Agudiez (como se citó en Livingston y Boyd, 2010) indica que el autoestigma consiste en “un proceso desadaptativo en el que la persona acepta prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de su autoconcepto” (Martín Agudiez, 2017, pág. 3).

Otra definición proporcionada por Agudiez (como se citó en Corrigan, 2004) postula que “el autoestigma es una internalización de estereotipos negativos, actitudes y percepciones de las personas que forman parte de un grupo socialmente devaluado” (Martín Agudiez, 2017, pág. 8).

Agudiez, (como se citó en Ritsher, Otilingam y Grajales, 2003; Corrigan Watson y Barr, 2006) señala que cuando hablamos de la internalización de un autoestigma, nos referimos a un fenómeno a través del cual los estereotipos negativos de las enfermedades que tienen que ver con una supuesta

amenaza o inutilidad, a más de ser aceptados, son introyectados como parte de la identidad de quienes padecen sufrimiento psíquico grave (Martín Agudiez, 2017).

7. Hipótesis o supuestos

El supuesto que orienta este trabajo de titulación es que los estigmas sociales, institucionales, familiares y el autoestima de las personas con sufrimiento psíquico implican procesos de exclusión social en varios ámbitos como el laboral, afectivo, familiar e interpersonal. Sin embargo la participación de los sujetos en procesos de emprendimiento puede favorecer otras concepciones y prácticas.

8. Metodología

Para efectos de esta investigación se realizará una metodología cualitativa ya que este tema ha sido muy poco explorado o son contados los estudios que se han realizado sobre él.

Se ha planteado un enfoque cualitativo ya que de acuerdo con Herrera, (como se citó en Taylor y Bogdan, 1986) “la investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Herrera , 2008, pág. 7).

Esta va a ser una investigación de tipo exploratoria ya que se parte de un contexto y tema del que se conoce muy poco y consiste en recolectar pruebas que sustenten lo que estamos investigando.

Dado que esta es una investigación de tipo cualitativo, se ha optado por la realización de las denominadas producciones narrativas (Balasch & Montenegro , 2005). Se procederá a explicar en qué consisten.

El primer paso es programar con el entrevistado un número de sesiones en la cuales platicarán de diversos aspectos que conciernen al tema de estudio, esto puede ser con un guion previamente establecido o mixto, todo depende del rumbo que tome la sesión, es fundamental hacerle saber al participante que está siendo grabado y que su información no será divulgada excepto con fines académicos y con este fin se protegerá su anonimato.

Algo clave que el investigador debe saber es que las preguntas deben ser realizadas en base a los siguientes elementos: 1) comprensión del tema a abordar 2) prácticas y experiencias en relación al tema y 3) relación concreta con el tema y su comprensión de cómo el mismo debe ser abordado . (García Fernández , 2014) A esto podemos agregar que también se ha se utilizar un

lenguaje claro y comprensible para que no haya mayores confusiones a la hora de responder las preguntas.

Una vez terminada la sesión el investigador transcribe lo dicho en el conversatorio y selecciona las que cree son las ideas centrales. En la siguiente sesión el investigador presenta este escrito a la persona entrevistada, quien decidirá si omite, agrega algo, o lo deja como está. El investigador puede también meter sus aclaraciones o interpretaciones. Una vez que el entrevistado considera que hay ya una versión final de su narrativa y está conforme con la misma, es ahí cuando damos por finalizada esta secuencia de sesiones: Este proceso ha de repetirse con cada participante y solo cuando ya tenemos las narrativas de toda la población que es nuestra podemos continuar al siguiente paso (Balasch & Montenegro , 2005).

Gandarias Goikoetxea y García Fernández (como se citó en Pujol y Montenegro, 2013) señalan que en el siguiente paso ya tenemos un conjunto de narrativas que nos ofrecen una visión más amplia de cada participante acerca de nuestro tema de estudio. Posteriormente recogemos los puntos de vista en común o distintos de cada uno y esto sirve incluso para una mejor comprensión y amplitud por parte del investigador hacia el tema de estudio. Posteriormente todo esto se empata con una extensa búsqueda bibliográfica y con la propia visión del investigador (Gandarias Goikoetxea & García Fernández, 2014).

Es importante aclarar que esta metodología es distinta a la de la entrevista ya que en las producciones narrativas no se hace una transcripción literal, sino que el material proporcionado sirve para elaborar un relato que posteriormente tendrá un sentido narrativo y lógico. Como ya se explicó, un buen inicio es que el investigador recolecte las ideas más relevantes con sus propias palabras (Gandarias Goikoetxea & García Fernández , 2014).

Esta es una metodología que busca romper con el esquema de asimetría entre investigador y participante, por lo que es fundamental tener en todo momento en cuenta la opinión d quien no ha

proporcionado su narrativa y así ambos complementan sus visiones y conocimientos del tema investigado (Gandarias Goikoetxea & García Fernández , 2014).

Respecto a lo anterior Troncoso Pérez , Galaz Valderrama y Álvarez (2017) (como se citó en Haraway, 1991) señalan que la objetividad del conocimiento resultante , solo será posible al reconocer que investigador y participante por si solos, únicamente tienen una parte de la verdad por así decirlo, más si estas posiciones múltiples, situadas y parciales se unen, encontraremos conexiones de conocimientos que no esperábamos y que solo se dan gracias a esta interacción entre iguales, produciendo así una apertura a distintos significados y no un simple retrato de nuestra materialidad (Troncoso Pérez et al., 2017).

Se realizará un máximo de dos conversatorios con cada uno de los cinco participantes, con un guion previamente construido, sin embargo los participantes tendrán la libertad de manifestar cuanto quieran y en base a esto se realizará más preguntas, esto con el fin de profundizar en lo que será el texto final.

9. Población y Muestra

La población seleccionada consiste en una agrupación de entre 8 a 11 participantes de un proyecto de emprendimiento que funciona en Quito. La población tiene edades entre los 20 a los 54 años. Ocho son varones y tres son mujeres entre socios y voluntarios. Cabe mencionar que, por lo menos en lo concerniente a los trabajadores, todos tienen algún tipo de trastorno psiquiátrico ya que esta es una condición para trabajar en el emprendimiento.

Para efectos de esta investigación, se ha optado por la utilización de la muestra de tipo no probabilística ya que la misma obedece a las intenciones de la investigadora, como en este caso, conocer el impacto que ha tenido el estigma en las vidas de los participantes y también debido a la disponibilidad y accesibilidad. En este sentido se trata de una muestra por conveniencia.

Este tipo de muestra ha sido seleccionada para esta investigación también porque en la misma no ha habido procesos mecánicos ni fórmulas de probabilidad, todo se ha hecho en base a las decisiones de la investigadora y otros criterios como la disponibilidad y accesibilidad de los participantes.

Los criterios de la muestra responden a la homogeneidad en referencia a que sean personas que tengan algún tipo de sufrimiento psíquico diagnosticado y que pertenezcan a una experiencia de emprendimiento económico. Mientras que se establecerán criterios de heterogeneidad respecto al género y la edad.

A partir de lo expuesto se seleccionarán a seis personas, cuatro varones y dos mujeres ya que los trabajadores de sexo masculino son de más predominancia en este emprendimiento.

En cuanto a edades, la muestra contemplará a cinco personas con edades oscilantes entre 27 a 56 años, y una joven entre 18 y 25 años. Se excluirá a las personas menores de 18 años, por motivos éticos.

10. Plan de análisis

El plan de análisis se elaborará a partir de las categorías basadas en las dimensiones y emergentes que se identifiquen en los datos recolectados, para ello se elaborará una matriz en donde tengamos las categorías de análisis y los datos recolectados en base a las declaraciones de cada entrevistado.

Se recurrirá al análisis de contenido ya que esta técnica ha probado ser muy eficaz a la hora de analizar textos o documentos y lo relevante no es el análisis del texto o documento en sí lo que nos importa, sino las ideas que se manifiesten en el mismo, en este caso lo que nos compete es valorar el significado de las palabras, temas o frases (López Noguero, 2009)

Para el análisis de lo manifestado por cada uno de los participantes, se ha considerado que lo más óptimo es utilizar el análisis de contenido ya que lo que nos importa es el discurso de la gente. Para esto es indispensable ponerse en el sitio del otro, en su mirada, para que así sea más fácil trabajar con la información recogida. Es así que partimos desde lo particular para posteriormente agregar otros particulares y así tendremos un resultado final que nos permita percatarnos de en qué se parecen y diferencian los sentires de cada uno.

Echeverría (como se citó en Díaz y Navarro, 1995) indica que el contenido del texto no está en el texto en sí, se hace necesario situarnos en otra dimensión desde la cual el texto cobre claridad y sentido para nosotros (Echeverría G, 2005). Como parte del análisis, es necesario distinguir, priorizar y separar cada elemento que nosotros creamos que es importante; esto nos permitirá identificar y distinguir tópicos y lugares comunes de acuerdo con lo que cada participante haya dicho. Posteriormente nos enfocaremos en integrar los discursos de cada participante, para así finalmente tener una totalidad que ponga en evidencia lo manifiesto y lo latente de acuerdo a lo

dicho por cada persona. Todo lo anterior da pie al tejido de un texto que se va hilando a través de las hablas, percepciones y sentires de los sujetos investigados y las preguntas de los investigadores. El investigador es quien desde su subjetividad, deberá analizar el texto, que dará paso a la formación de un nuevo texto, proceso en el cual el investigador es partícipe y también (co) constructor. (Echeverría G, 2005)

En el análisis cualitativo no se pretende replicar los discursos de los sujetos investigados, lo que se busca es arrojar luces sobre ideas, temáticas y sentires hallados en las narrativas. (Echeverría G, 2005). Para Echeverría (2005) el análisis parte de la generación de unidades básicas y menores como punto de partida. Según la autora se pueden utilizar pequeños fragmentos de lo que haya mencionado el sujeto investigado y que se relacionen a la unidad de sentido seleccionada (Echeverría G, 2005).

Según Echeverría (2005) una vez realizado todo el proceso anteriormente mencionado, e obtienen las “categorías”. Hay dos clases de categorías, las emergentes y las *a priori*. Las categorías *a priori* son útiles cuando hay antecedentes de estudio suficientes sobre el tema y el investigador quiere detallar o conocer cosas muy específicas y concretas (Echeverría G, 2005). Cuando se trata de un tema novedoso según la autora sugiere usar categorías emergentes (Echeverría G, 2005).

Para efectos de esta investigación, se optó por el análisis en base a categorías emergentes ya que no es un tema que haya sido muy explorado y las categorías fueron construyéndose conforme a lo que los entrevistados han manifestado en sus respectivas narrativas.

En el caso de las categorías emergentes, se trabaja desde lo más concreto, puntual o limitado literal hacia lo más intangible y amplio buscando integrar toda la información obtenida (Echeverría G, 2005).

Como ya se dijo antes, un recurso útil es valernos de pequeños fragmentos de lo que los entrevistados han mencionado, una vez que tenemos este listado de citas, las agrupamos de acuerdo

a los puntos en común que haya, es así que ya tenemos un tópico. Cuando ya hemos agrupado estas citas en tópicos, volvemos a leer las citas por separado y podemos ponerle un nombre a cada tópico (Echeverría G, 2005)

Cuando ya hemos armado el tópico, realizaremos una breve descripción que dé cuenta de todos los distintos contenidos que hemos juntado en el mismo. Se acompaña esta descripción de citas textuales que refuercen el tópico que estamos analizando. (Echeverría G, 2005)

Llegados a este punto, hacemos otra leída de todos los tópicos y sus descripciones, esto para agruparlos en base a similitudes que nos dirijan hacia las preguntas planteadas. Entonces agrupamos los tópicos en grupos mayores y de mayor nivel de abstracción y comprensión. Cuando ya hemos realizado este agrupamiento, procederemos a nombrar cada categoría. (Echeverría G, 2005)

En este punto, la consigna es conseguir un texto que integre todos los distintos tópicos, esto aunado a la interpretación que el investigador le dé con sus propias palabras, esta interpretación ha de ser sutil y procurando que no empañe lo manifestado por la gente entrevistada. (Echeverría G, 2005)

Ahora lo que procede es una revisión de la construcción de los tópicos para percatarnos si hay alguna información importante que estamos dejando escapar, esto a su vez sirve para mejorar las descripciones de los tópicos y de las categorías. (Echeverría G, 2005)

A modo de finalización, lo que concierne en este punto es realizar un ejercicio que integre e interprete todas las narrativas. A parte de superar el nivel descriptivo y sintetizar las ideas más relevantes, se espera que ya asomen las interpretaciones y conclusiones del análisis.

Puede que sea necesario tener que volver muchas veces a la pregunta de investigación o tener que volver a los primeros pasos. Esto se lo hará hasta que se considere que finalmente la pregunta

de investigación ha sido respondida y siempre basándonos en lo dicho en cada categoría que ha emergido (Echeverría G, 2005).

11. Descripción de los datos producidos

Para obtener los datos producidos se ha acudido a entrevistar a cinco participantes socios de un emprendimiento económico que incentiva la inserción laboral de pacientes con sufrimiento psíquico. El emprendimiento se asocia al cultivo y cosecha de la tierra y la elaboración de productos con valor agregado como mermeladas y salsas. Este emprendimiento está ubicado en Nayón.

Se entrevistó a los participantes el lunes 8 de julio de 2019 en un horario fuera del trabajo en la huerta para no interrumpir sus labores. Posteriormente se les entrevistó una ocasión más y con esto se dio por finalizadas las sesiones de conversatorios. Las personas entrevistadas fueron cuatro hombres y una mujer. El primero a quien llamaremos Rubén es un joven adulto que está cursando estudios superiores. Dos personas son adultas maduras que no finalizaron sus estudios superiores: sus nombres ficticios son Charles y Juan. Joel, es un joven adulto que interrumpió sus estudios superiores debido a su padecimiento mental. Finalmente una de las entrevistadas fue Diana joven que aspira a cursar una carrera universitaria.

Podemos agregar que se había pensado en un conversatorio con una ex trabajadora del emprendimiento, se le contactó para el primer conversatorio telefónicamente, sin embargo después fue imposible ya que decidió internarse por voluntad propia.

Las entrevistas, (que posteriormente se convirtieron en narrativas) tuvieron una duración entre 20 a 30 minutos cada una y se les consultó sobre su sentir, hacer y pensar respecto a diversos temas como los estigmas y tabúes respecto a educación, empleo, políticas públicas, sexualidad familiares, prácticas del personal de salud mental que les atiende, autoestima, entre otros.

Todos firmaron consentimiento informado para participar en esta investigación y para mantener el anonimato se les ha dado nombres ficticios. La entrevista fue grabada y luego transcrita.

Tuve también inconvenientes con Joel también ya que para realizar el primer conversatorio no hubo inconveniente alguno, mas para el segundo hubo dificultades, tuvo que ser internado urgentemente ya que el sufre constantemente de recaídas. Dadas las circunstancias, acudí a entrevistar telefónicamente a un ex trabajador. Sin embargo Joel ya se reincorporó a las labores del emprendimiento y opté por descartar el conversatorio realizado telefónicamente al mencionado ex trabajador.

Con Diana solo fue posible realizar una sesión ya que después ella optó por abandonar sus labores en el emprendimiento, por lo tanto la narrativa que se le hizo, consta únicamente de una parte.

12. Presentación de los resultados descriptivos

A continuación se presentan las transcripciones de los cinco conversatorios realizados a cada uno de los participantes de este emprendimiento.

12.1. Narrativa Rubén

Pienso que mi autoestima se ha visto reducida por estigmas, por lo que dice la gente, por temas relacionados al desconocimiento de la sociedad, de un grupo, también no se ha visto información especializada en eso, no hay mucho conocimiento en los medios de comunicación. Para que haya una mayor información o una mayor divulgación de lo que son las enfermedades mentales y combatir la ignorancia puede ser por charlas, por grupos civiles que intenten luchar por mejoras en el sistema de salud.

Pertenecer a este emprendimiento ha contribuido a aumentar mi autoestima porque me ha dado obligaciones, me ha dado responsabilidades también he sido partícipe de ser coordinador del emprendimiento y eso me ha dado criterios para poder dirigir a varias personas y eso me ha fortalecido en mi persona, en ser cada día mejor y que si se puede salir de este estereotipo que impone la sociedad y estigmas que desconocen eso.

Asumir este rol de coordinador en general estuvo bien porque fue una transición muy importante porque no había estado de coordinador nunca y fue para mí importante entender y saber si estoy haciendo las cosas bien, realizando informes, delegando a cada uno su actividad de acuerdo a su estabilidad mental y sus capacidades.

Para mí trabajar en equipo es la base para actuar sobre los problemas porque en equipo se puede solucionar los problemas, tener una base cordial es la mejor manera de estar bien en la salud de cada persona.

Para mí la discriminación o el estereotipo: Es ser discriminado, ser alejado, ser no tomado en cuenta, ser alejado de la sociedad, también por nuestro... también hay formas de ser discriminado por nuestro aspecto, por nuestra raza, por nuestro color de piel.

Una situación de mi vida en la que me he sentido discriminado fue en el trabajo por no ser como los demás, por ser una persona diferente a los demás, por estar muy callado, muy tímido, muy tranquilo. Son cosas de mi personalidad.

En ocasiones es que generalmente no he podido ser ... no he podido hablar en público, me aterra y veo que este emprendimiento me ha dado la oportunidad de expresar lo que siento, de tener las agallas y superar mis miedos a través del conocimiento que voy adquiriendo en el huerto y eso no es de la noche a la mañana si no consecutivamente y paso a paso..

Lo que vi en este espacio que no vi en los otros es que he tenido la singularidad de pertenecer a un grupo de personas y esas personas han sido como parte de mi vida, tener relaciones personales en el sentido de conversar con alguien mis problemas, de la huerto terapia, de estar en contacto con la tierra, de ser feliz trabajando, de tener con quien conversar, con quien dialogar en un espacio que se presta para eso todos los días y tener mucha facilidad en expresarme, en tener como la especificidad de tener los mismos rasgos y también tener ... de compaginarnos con el resto y de escuchar los problemas que ellos tienen que no son los míos pero me ayudan a ser una mejor persona.

El estigma es para mí un desconocimiento total, unos chismes, unas cosas que se dicen por desconocimiento del padecimiento de algo de la enfermedad y son múltiples factores los que pueden desencadenarla.

Todavía la sociedad ecuatoriana no tiene información. Por ejemplo en otros países se le apoya al enfermo y se le da facilidades de trabajos, es más hasta lo que han sido desplazados de la sociedad por ejemplo los privados de libertad se les da trabajo, a los que son esquizofrénicos, a los que son bipolares, a los que sufren de depresión y eso en sí ayuda a una comunicación y a un ambiente personal muy importante.

Donde creo que hay más discriminación es en el área educativa porque creo que es la base para un ... para tener una base para llegar a un consenso, a un ... de ahí parte todo, de ahí parte los ... el tener un espacio dónde puedes ... no sé ... es que he tenido un ... un problema acerca de la base educativa acerca de ... que al ser tímido, al ser estigmatizado me he vuelto como menos creativo, como menos ... tener muchos estereotipos de que no puedes de que si eres introvertido nunca vas a ser exitoso.

El espacio educativo te impide ser creativo, te impide ser feliz porque las instituciones son así, o sea "esto es así y se mantiene así" y esto es como una ley y le afecta a los "normales" y a los "locos". Las instrucciones son así, tienen una jerarquía que no puedes ni hablar con ellos, ni expresar lo que sientes, porque a ellos no les importa cómo estés tú si no hechos concretos, o sea de producir y producir y es como un consumismo fatal que... que te carcome a ti mismo, que ves los ojos de una esperanza inválida, antes ... antes era mucho peor porque el sistema educativo fue a base del sufrimiento, se ... se hacía una actividad de un aprendizaje digamos estricto.

Por mi situación de introvertido he pasado por discriminación en el campo educativo y he pasado muchos ... muchas ... muchos sin sentidos, muchos sin sentidos en la vida, en el sistema familiar igual, no sentirme querido, no sentirme ... porque también soy muy sensible y eso me ha permitido ser un poco más duro en mi personalidad, a tener que luchar cada día con mi vida, también el sistema educativo cierto que me ha dado ... cierto que es ... es muy oscuro digámoslo así, generalmente muchas veces ... muchas veces mi error también es generalizar todo y muchas

veces tener los mismos síntomas que se repiten y se repiten y los errores de ... de tener muchas cosas me cohibe, me hace sentir mal.

Me he sentido estigmatizado en el campo de la salud mental un día me fui al Centro Psicológico de una universidad y me dijeron que no ... no tenía atención porque era digamos estigmatizado o personalizado por mi aspecto por problemas, quería acceder a una cita y no me la dieron, fui al Centro de Salud y me dieron una cita y no estuvo muy bien que digamos pero eso es lo que hay en el sistema público y además en el sistema público es como una vaga ... una vaga institucionalidad de ellos y una vaga relación médico paciente y paciente médico porque ellos tienen las ganas de tratar al paciente pero como la institucionalidad les dice que tienen que mandar un correo cada semana, un informe cada semana se ... se hace muy tedioso o se hace muy agotador el día y a veces ellos trabajan las demás horas y también no se les paga muy bien.

Una de las causas por las que me negaron las citas psicológicas podría ser por mi aspecto, porque estaba desesperado y entraba corriendo y necesitaba ayuda personalizado porque hace algún tiempo yo ... yo tenía también un tratamiento pero me dijeron que todo estaba bien y... y me descuidé de eso porque me dijeron o sea mi patología no tenía ... todo estaba bien para mí y eso.

Es más, a mi mamá le dijeron que todo estaba bien, que ... que era un niño normal si no que era un niño introvertido, muy tímido y que no ... pero todo está bien o sea, era un niño especial. Se desentendieron de mí y me dijeron que estaba bien. Esto pudo haberse debido a que también mediante pruebas también porque alcanzaba más o menos el ... el mínimo de coeficiente, no el mínimo, el espacio normal de coeficiente intelectual. Esto me trajo consecuencias negativas porque me descompensé, pensé que la vida era... era más o menos la vida de colegio, estuve al borde del colapso en algunas ocasiones, me sentía triste porque no podía expresar lo que sentía, he tenido muchas malas noches, cuando me iba a la universidad no sabía qué hacer y no quería salir de mi

casa en algunas ocasiones por miedo a que me señalen o en el barrio por miedo a que me hagan daño o yo que sé.

Me he sentido excluido en el ámbito educativo, en el ámbito laboral, la salud, en el transporte público porque en el campo laboral me he sentido excluido, me han dicho que soy demasiado lento y no he tenido fuerzas para combatir esas impregnaciones que te dan en tu carácter, esas etiquetas. No sentía que iba a progresar porque siempre ... siempre había un ... un factor importante que se repetía y se repetía , “tú no puedes, tú no puedes hacer esto porque ya lo has hecho”. Nunca me decían “dale tu puedes, eso no importa es un error, dale, no lo tomes a pecho”, no me incentivaban, no ,me ... no me hacían ... no me hacían ... no me alentaban, caso contrario de este emprendimiento, siempre me alientan, siempre me dicen que las cosas van bien y en sí todo es muy acogedor digámoslo así. Por eso creo que mi condición mental no me ha permitido acceder a un empleo, por la demanda, por mucha gente que puede ser lo contrario, puede tener muchas cosas a su favor.

La discriminación en personas con problemas de salud mental es mucho peor que las personas con discapacidad física por desconocimiento, por no salir de su zona de confort, muchas empresas no le meten mucha cabeza a tener un espacio donde poder estar mejor con el individuo, a tener muchos ... muchos acoplamientos del lugar porque por ejemplo una persona con discapacidad física le pueden tener con ... con ... con ... le pueden acoplar el sitio de trabajo con un ascensor en vez de ir a las escaleras pero a una personal mental es mucho ... mucho tener que lidiar con eso y demanda más esfuerzo.

No me gustaría participar en el espacio político porque tendría que especializarme, que trabajar por eso muchas veces, mucho, mucho, mucho, mucho, mucho, tener... tener que cambiar mi vida, mis hábitos.

Si bien para una persona con trastornos mentales puede ser más difícil conseguir pareja todos, creo que yo ... creo que todos tienen muchas ... muchas maneras de enamorarse y muchas

de ellas si ... si tus gustos o tus ... o tus ... o tu manera de ... no impiden, el amor es universal y pienso que una persona con trastornos mentales o una persona que es diagnosticada, el amor supera todo, o sea uno puede enamorarse de alguien y ser feliz y tener a alguien es como una compañera o un amigo que siempre va a estar ahí y ser cada día mejor e incluso se ha visto casos de que los psicólogos se enamoran de sus pacientes y han hecho una familia y todo eso y veo que si se puede hacer eso y se ha oído en varias ocasiones en los periódicos, en la información que nos dan de Internet también, en reportajes de otros países, en Playground, en reportajes de National Geographic y esas personas ... no sé si serán verídicas o no.

12.2. Narrativa Diana

Para mí no ha sido difícil acceder a la educación pero si me falta acabar mis estudios y pienso hacerlo con ayuda de mi equipo técnico y con ayuda de la trabajadora social

Me interesa la participación política porque considero que es muy importante apoyar a las comunidades y porque me hacían bulliyng de niña. Se puede empezar por hacer reuniones, reuniéndose, con los demás, ser independientes.

Considero que una persona con sufrimiento psíquico debe buscar una pareja de su misma condición porque si estás con alguien “normal” se te van a reír y esta persona “normal” puede maltratar a la persona con sufrimiento psíquico u obligarle a hacer cosas.

Si bien no conozco políticas públicas a favor de las personas con sufrimiento psíquico, intento leer lo que más pueda en Internet ya que ahí está toda esa información.

Creo que algunos médicos tratan bien a los pacientes, sin embargo hay que les tratan mal porque yo estaba en el Pablo Arturo como no me dejaba tanto pinchar y entonces yo le maltraté a

una doctora entonces la doctora como que me pegó entonces yo dije no pues, así no es como funciona porque yo no quería que me pinchen y es como que te obligan o sea para ponerte los sueros.

Voy al psicólogo y al psiquiatra y mi relación con ellos es buena porque sé que alguien me aconseja que es lo bueno y que es lo malo. A parte que mi trabajo me pide que tenga un psicólogo y un psiquiatra.

Muchas ocasiones los médicos solo ven a sus pacientes como alguien que debe seguir un tratamiento y nada más. Voy al psicólogo y al psiquiatra y mi relación con ellos es buena porque mi trabajo me pide que tenga un psicólogo y un psiquiatra y también por mi propia voluntad para para saber que es bueno y que es malo. En ocasiones los médicos ven a los pacientes como que tienen que seguir un tratamiento y nada más.

Mi relación con mi familia es buena porque ya me he acoplado, yo pasé primero por los hogares Sagrado Corazón, ahora pasé por Aldeas S.O.S que aunque no sea de sangre pero es mi familia.

Mi familia en ocasiones ha constituido dificultad para mí, primero porque mi mami cuando yo estaba ya acostumbrada con mi tío me sacó de donde mi tío a vivir con ella entonces hubo un señor que quiso abusar de mí, yo le dije que asco le dije, entonces yo me separé, me fui al Baca Ortiz, le dije ese señor quiso que le crean a él, porque él quería abusar de mí entonces yo no me dejé, entonces yo dije que asco entonces y ya.

Mi familia fomenta de Aldeas fomenta mi autonomía, de ahí la de afuera no sé, porque yo me voy donde un juez a que tú decidas que si quieres irte en adopción o independiente . también fomentan mi autonomía llevándome en los buses hasta unos ciertos lugares para que yo me grabe ya las rutas por donde tengo que ir.

La relación de tu familia con otra gente, con amigos, vecinos es buen porque son dos tías que trabajan conmigo porque son dupla, se apoyan.

Las relaciones dentro de mi familia antes eran un poco complicadas pero ahora ya han mejorado. Porque yo con la chiquita, con la Raíza, yo peleaba, ella peleaba conmigo bastante, entonces ahora ya no peleamos tanto porque ella era como que invadía mi espacio

Las ideas de mi familia sobre el sufrimiento psíquico es que me critican o murmuran como soy pero yo les digo que no que las personas que tiene una discapacidad y que saben porque tienen eso y que piensan mucho mejor que ellos

Mis fortalezas y debilidades como persona seguir estudiando y graduarme en algo y mis debilidades son llorar, gritar, enojarme cada rato, enojona

Me interesaría tener pareja y no he tenido dificultad para encontrar una pareja. Porque si tú a un chico le quieres de verdad no tienes que traicionarle ¿no? o sea y también tiene que funcionar bien la relación, que no te obligue ni que tú tampoco le obligues a hacer las cosas, que él mismo haga solito

Para mí sobrellevar mi enfermedad mental al principio era triste pero ahora ya no es tan triste, ahora la llevo tranquila, con calma

Mi autoestima no se ha visto reducida debido a mi padecimiento porque a mí en Aldeas me dicen que yo no tengo enfermedades y que yo soy capaz de hacerlo todo

Para mí cumplir metas es hacer un plan de vida, quiero seguir estudiando, terminar de estudiar, graduarme en algo y ser ingeniera o abogada. En ocasiones me cuesta las metas que te planteo pero no así con mis metas individuales en este emprendimiento porque yo desde chiquita fui criada en el campo.

12.3. Narrativa Juan

Las principales dificultades a las que me he enfrentado para encontrar empleo o acceder a la educación han sido principalmente la discriminación, pero lo he resuelto viniendo a este emprendimiento y he aprendido a relacionarme con los compañeros, a llevarme muy bien con todos, son como una familia.

No me ha interesado la participación política pese a que en Cuba cuando vivía allá participé en algunas reuniones y actividades y lo que implicaban estas actividades era reuniones de la juventud, cuando era el partido

Para una persona con problemas de salud mental es más difícil tener un empleo o acceder a una educación porque los estigmas son los que conllevan a que se discrimine a la persona.

Considero que las enfermedades psíquicas afectan la sexualidad ya que estas radican en el sistema nervioso y el sistema nervioso afecta las relaciones sexuales también y en el cerebro está todo.

Pienso que la gente tiende a creer que una persona con sufrimiento no sienten atracción sexual y eso es por la mala información que hay y por la creencia de que los “locos” son asexuales, no sienten... y que padecen

Aquí en Ecuador estamos avanzando en cuanto a políticas públicas ya se dan actividades, reuniones y charlas. Incluso recientemente hubo una charla en la Universidad Central de este tema y las mismas son buenas porque nos enseñan que no hay que tenerle ese prejuicio a las personas que son psiquiátricas.

Considero que las prácticas del personal de salud mental hacia las personas con sufrimiento psíquico son muy buenas y las relaciones humanas son muy buenas con nosotros.

Yo voy al psiquiatra y mi relación es buena porque la doctora es muy buena, muy comprensiva y muy atenta. Me gusta ir a estas sesiones porque ella me enseña mucho y aprendo mucho de mi enfermedad y creo que las ideas o emociones que tiene el personal de salud mental hacia las personas con sufrimiento psíquico son buenas.

La relación con mi familia es buena, con mi hermana y con mi cuñado vivo y mis relaciones con ellos son muy buenas porque ellos me comprenden con mi enfermedad y han constituido un apoyo siempre porque me ayudan a vivir, a relacionarme, a convivir con los demás. También fomentan mi autonomía porque me apoyan para que yo me desempeñe y me desarrolle y me dan información sobre algunos libros que puedo leer sobre eso.

La relación de su familia con otras personas, con vecinos y amistades es muy buena, se llevan muy bien con los vecinos son muy comunicativos expresivos, por eso la relación es muy buena

Las relaciones dentro de mi familia son buenas, entre nosotros tres nos llevamos muy bien porque nos relacionamos entre nosotros, nos comunicamos bien, cualquier enfermedad nos apoyamos.

Mi familia piensa del sufrimiento psíquico que es una cosa que le hace mucho daño a la persona

Entre mis fortalezas podría decirse que está mi fortaleza física y entre mis debilidades no sabría decir una.

Por ahora no tengo pareja pero si me interesaría. No he tenido dificultad para encontrar una pareja pero pienso que para una persona con sufrimiento psíquico es más difícil encontrar pareja porque los estigmas son lo que les hacen daño a la persona.

Sobrellevar mi enfermedad mental para mí ha sido difícil porque cuando vivía en Cuba no me relacionaba mucho y ahora sí me relaciono bastante.

En ocasiones mi autoestima si se ha visto reducida debido a mi padecimiento pero no sabría decir con exactitud porque.

Para mí cumplir metas es muy importante porque nos ayudan a mejorar cada día más. A veces me son difíciles las metas individuales y las que otros me han planteado porque nos conllevan mejorar cada día.

12.4. Narrativa Charles

Las principales dificultades que he tenido para acceder al empleo es prácticamente no conseguir mismo un empleo, no tener una actividad laboral que realizar y he permanecido buscando, buscando y buscando y nunca he hallado y ahora principalmente estoy muy contento porque he buscado el trabajo ideal que es para mí, que es este emprendimiento. Sin embargo he podido resolver esto buscando y buscando a través de mis padres con influencias de fundaciones, con influencias de los diarios ¿no?, cada día tratando de ver que trabajo es el ideal para mí

No me he visto interesado por la participación política no me gusta la política porque son habladurías y porque no necesariamente llega a un consenso de lo que es este emprendimiento. Tampoco me he visto involucrado en la política, ni en la Universidad, cuando estudiaba Economía, tenía un grupo de personas que lideraban un grupo de política pero nunca entré, nunca, nunca, nunca. Yo pienso que son habladurías de la gente, no tienen un consenso de lo que exactamente quiere este emprendimiento o quiere cualquier institución como esta

Algunas ideas que se asocian con esta dificultad para las personas con problemas de salud mental para encontrar empleo es cuando están con mucho problema de salud, entonces ellos prácticamente lo que hacen es encontrar un espacio donde puedan recrearse con trabajos como la

siembra y la cosecha en el huerto ¿no? y prácticamente es un pasatiempo, una terapia que hay ayuda muchísimo a que las personas no sean solamente institucionalizadas o segregadas de la sociedad.

Como las personas con sufrimiento experimenten su sexualidad depende de la salud mental de ellos porque las personas que realmente quieren curarse algún problema psicológico lo hacen y pueden después conocer a su pareja y vivir tranquilamente una vida sana, una vida sin problemas

Algunos sentimientos que creo que sustentan estas ideas o estas prácticas sobre la sexualidad de las personas con sufrimiento psíquico se deben a mala educación a través de nuestra familia, los padres a veces no son muy comprensibles con los hijos, y los hijos prácticamente tienen un grado de inseguridad cada vez que a la edad de dieciocho años, el momento en que prácticamente empiezan a vivir.

No creo mucho en las políticas públicas apoyen a las personas con sufrimiento psíquico o que les beneficien. Yo creo que los mismos profesionales y los familiares son los encargados de velar por la gente con problemas de salud mental

Respecto a las prácticas del personal de salud mental hacia las personas con sufrimiento psíquico yo pienso que en un hospital realmente la gente que tiene problemas mentales la gente no es curada, más bien se enferman peor porque son gente que empiezan a vivir desde el exterior y no desde el interior. Prácticamente la persona empieza a tener deterioro de su vida, de las cosas que realiza, tiene un grado de inseguridad y prácticamente la persona se va enfermando cada vez más- O sea en un hospital prácticamente es la persona... si es que realmente está muy grave de salud debería ir a un hospital. Las demás personas deberían tener otra forma de aficiones, habilidades y vainas que le ayuden a hacer una vida mejor, a tratar de que la vida no sea un encerramiento, una claustrofobia, no sé, no sé exactamente que decirte

Yo voy al psiquiatra y mi relación es buena porque yo le cuento todos mis problemas pero al mismo tiempo él tiene la solución de medicarme de acuerdo a lo que ve y prácticamente me medica

y me da una dosis de antipsicóticos para poder estar más tranquilo, sin delirios, sin alucinaciones y todo eso. Me gusta ir por conversar con mi psiquiatra porque es el único que me escucha bien y el único que puede ayudarme como médico

Acerca de las ideas y emociones que tiene el personal de salud mental hacia las personas con problemas de salud mental yo pienso que deberían ser personas muy enteradas de la situación que se vive con las personas que tiene problemas mentales pero a veces eso no se da y los pacientes quedan totalmente sin una guía, sin ¿cómo se dice?, sin alguien que les ayude a vivir, a cambiar la vida de ellos y todo eso.

Mi relación con mi familia es muy buena, muy buena es mi relación con mi familia, yo he aprendido a conocerle a mi papá, antes no me llevaba mucho con mi papá, pero ahora ya me llevo con él, prácticamente es una persona que me escucha también y que forma parte de mi vida como es mi padre y mi madre también, a ella le quiero muchísimo, es mi confidente, con ella podemos hacer muchísimas cosas lo que antes... bueno con ella, con mi papá lo que antes no podíamos hacer, por ejemplo conversar con mi papá y todo eso . Al principio mi familia era una traba porque antes no me llevaba con mi papá, pero ya poco a poco con el pasar de los años la familia fue mejorando sus relaciones con nosotros porque yo ya me llevo mejor con mi papá . ahora fomentan mi autonomía porque yo estoy tratando de aprender a valerme por mí mismo y hacer las cosas solo, esa es la idea, a pesar de que tengo problemas mentales el asunto es tratar de ya buscar un horizonte con el pasar de los años porque los padres no son eternos y realmente tratar de vivirlo y me ayudan a nivel psicológico, intelectual y económico...

La relación de mi familia con otras personas, con vecinos, amistades es buena porque mi mamá se lleva súper bien con mis tías, con ellas siempre ha tenido una relación muy abierta y realmente todo lo que saben de cada sobrino, saben todas mis tías, el caso que tienen de cada uno

y se llevan súper bien desde que son niñas, se han llevado súper bien desde la infancia y prácticamente son sus hermanas

Las relaciones dentro de mi familia son bastante buenas, bastante buenas, muy buenas, sí, ahora ya cada uno es más independiente, pero cada cosa que le pasa a cada uno mis tías y mi madre saben y están para ayudarles.

Las ideas de mi familia acerca del sufrimiento psíquico son que la familia realmente es prácticamente un momento de... debería ser un momento siempre de unión, de convivencia y no ser... no sé un lugar donde tú no te enseñes, donde tú no crezcas saludablemente y todo eso

Mis fortalezas son tratar de hacer lo que me gusta hacer y ya con más personalidad y con más... con metas, objetivos en que basarse y tratar de cumplirlos y tratar de ser una persona que vale la pena, que lucha por su vida, que no se deja dominar de la enfermedad, que trata de que las cosas con stress no le lleguen, de que no sean vulnerables, de que traten de enfrentar las crisis de otra forma, no solamente con antipsicóticos, medicamentos y fármacos sino tratar de ellos mismo psicológicamente ayudarse y llegar a conocerse y tratar de ser personas eficientes en la vida. Mis debilidades son a veces ser inseguro.

No tengo pareja pero si me gustaría tener una compañera, una chica sí, con el pasar de los años, claro que sí pese a que he tenido dificultades para encontrar una pareja.

Creo que para una persona con sufrimiento psíquico es más difícil conseguir pareja porque primeramente la chica tiene que conocerte a ti y si no te conoce lo suficiente no creo que sea una buena compañera si es que realmente no hay amor, no hay... no sé qué decir, compañerismo, ayuda, no sé

Para mí sobrellevar mi enfermedad mental al principio me costó muchísimo, alrededor de los veinte, veintiún años, pero ya poco a poco he ido superando. En ocasiones se ha visto reducida autoestima por mi padecimiento y me he sentido un poco inseguro, algún tiempo cuando estaba

en la edad de veintidós, veintitrés años tenía problemas psicológicos serios de inseguridad pero fui superando, fui superando bastante bien, con médicos, con psiquiatras, con psicólogos que me han ido viendo todo el tiempo y que han estado pendientes de mi tratamiento, yo he podido superar todo este tipo de cosas y con la relación con mi familia que ahora me llevo con mi papá mejor y con mi mamá también que nos llevamos súper bien y conversamos de las cosas más bonitas de la vida y tratamos de hacer una vida tranquila ¿no?

Para mi cumplir metas es tener sueños e ideales y no me cuesta cumplir mis metas porque yo creo que si voy a poder realizarme, doy tiempo al tiempo, en diez años yo ya tengo mi carrera como músico, de los cuales puedo acceder, estoy estudiando Psicología también, una carrera que también me va a ayudar bastantísimo si logro afianzarme, son metas. Tampoco me cuesta cumplir las metas que te plantean los demás porque yo a me conozco a mí mismo y mis hermanos tiene otras inquietudes, otras aficiones, otras habilidades y yo tengo otras

Una experiencia de discriminación que tuve fue en un transporte público, cuando vi mal a una chica en un bus y esa chica lloró y prácticamente comunicó a la policía y me metieron a la cárcel un día, sí eso, eso puede ser una experiencia mala de discriminación porque todos somos iguales y nadie tiene porque juzgar a una persona solamente por una mirada.

Logré salir del embrollo por mi hermano que me ayudó a arreglar en el juzgado todo lo que tenía encima y realmente con A también, los dos apoyaron para que ese problema termine de suceder y yo vaya tranquilamente a la casa, prácticamente sin problemas legales. Me marcó muchísimo porque no sabía exactamente que me iba a pasar. Realmente me metieron un día a la cárcel y no sabía exactamente si tenía una pena de tres o cuatro años en Latacunga, o sea era una cuestión de no saber, hasta que mi hermano Juan pudo solucionar en el juzgado y yo salí libre. Ya ahora si me quedo curado ante estas cosas porque prácticamente ya no salgo a las calles sin mis padres, me quedo en mi casa haciendo cualquier otra actividad más sana que estar en un transporte

paseándose. Realmente una mala experiencia porque nunca me había pasado y terminé súper mal. En estos casos las alternativas que tienen “los enfermos mentales” son que se van de por vida internado o permanecen en la cárcel la pena que dure, lo que haya cometido, el caso que haya cometido

Fuera de esta experiencia, me va muy bien en el huerto, no creo que tengo ningún problema aquí al trabajar, ninguno me discrimina, somos amigos entre todos trabajando y el estado de compensación ha llegado prácticamente a mi vida porque antes no tenía trabajo y siempre estaba buscando que hacer y no había forma de ayudarme. Yo creo que he conseguido el trabajo más ideal para estar bien

Para una persona con problemas de salud mental es más difícil acceder a un empleo porque primeramente esa persona tiene peros y la gente no sabe que peros son y siempre le va a juzgar y encontrar alguna anomalía y decir de cosas. En cambio en los huertos comunitarios ‘puede suceder pero es una terapia que todo mundo y cada uno de nosotros tiene, no solamente soy yo el que tiene problemas sino que es R, B, J, mis compañeros, o sea aquí no estamos excluidos de estar enfermos ninguno y me siento comprendido.

No me gustaría participar de ninguna manera, en ningún espacio político porque no me gusta la política, simplemente no me gusta tener habladurías de la gente, no, no, no me gusta. No me gusta que solo se queda en palabras y no se hace algo concreto

Para una persona con problemas de salud mental es más difícil que le vaya bien en el amor porque primeramente tiene peros y si no le conoce bien a la persona con quién está pueden tener una mala relación y esa relación puede durar años y puede perjudicar tranquilamente a las dos partes y puede terminar en un divorcio.

Una persona “enferma mental” sí se puede involucrar con una “sana”, pero todo está en que la persona sepa valorarse un poco y crea tener su carácter para que la otra persona le acepte.

Precisamente es en la convivencia, en la convivencia realmente, las relaciones afectivas no se dan si es que uno no aprende a conocer a la otra persona. No he sido discriminado en sí por los médicos o el personal de salud mental pero una vez que estuve en el Hospital del Seguro que prácticamente tenía mi tratamiento con las medicinas, no quería ir a las citas con mi psiquiatra, estaba súper asustado y no y no quería y no quería porque pensaba que algo me iban a hacer y no y no y las veces que iba tenía un miedo terrible porque no les tenía confianza a los médicos, no sabía que acciones tenían que tomar conmigo y eso me causó un poco de temor, creía que me iban a poner alguna cosa en el medicamento, cosas así y tenía miedo o que querían subirme la dosis a dosis a lo máximo, sin tratar de estar un poco curado del asunto, como que no me gustaba ir al psiquiatra del Seguro, no, el clima de hospital tampoco me parecía bueno

No he tenido experiencias previas en internaciones pero no me gusta la vida institucional, la vida en que una persona sea necesariamente por un problema encerrada por tantos años, es algo en lo que no tiene libertad, no tiene sindéresis, no tiene nada de vida. Realmente es terrible. Lo que necesitamos es tener aficiones, habilidades, para que la persona se sienta útil, exactamente, así es El trato no es el mismo, simplemente a la persona afectada con esquizofrenia los médicos no le tratan bien, ni a otros enfermos

A veces mi autoestima si se ha visto disminuida porque cuando no puedo lidiar con el problema me enfermo. Trato de salir de mis pensamientos estúpidos pero no todo el tiempo es así, hay veces que si me sugestiono duro . A veces no me siento sano, cuando una persona no se siente sana, es propensa a todas las actividades que pueda hacer en la vida

Para mí la discriminación, el estereotipo es delegar el estigma, dejar a un lado a la otra persona sin conocerle, eso es discriminar para mí.

Apartando la experiencia de discriminación que tuve con la muchacha, no he tenido más experiencias de discriminación en la vida.

Para mí el estigma es como marcas que tiene la persona en la vida, sellos que ha tenido y que no ha podido salir de eso.

12.5. Narrativa Joel

Algunas de las principales dificultades que he tenido que enfrentar para acceder a un empleo o a la educación es que tal vez no me contratan en una empresa porque tengo un problema de salud mental, pero lo he resuelto trabajando en este emprendimiento.

Me ha interesado la participación política porque podemos tener distintos criterios, no solo aferrarnos a uno solo y tener varios conocimientos y varios puntos de vista y ver la realidad de la vida. He participado en procesos relacionados a la política estudiando derecho.

Algunas ideas que creo que se asocian con esta dificultad para acceder al empleo o a la educación para las personas con problemas de salud mental son que las personas de las empresas no les van a contratar porque dicen no van a entender las cosas, van a hacer mal, van a hacer... van a ocasionar algún peligro, o sea algún desbalance en su conciencia, entonces va a errar en algo y en vez de ser provechoso va a perjudicar a la empresa

Algunas erróneas respecto a la sexualidad de las personas con problemas de salud mental son que prácticamente les atan a las personas enfermas de salud mental a que no pueden tener pareja, que no pueden reproducirse porque no van a saber cuidar de sus hijos pero creo que si... o sea todos tenemos el derecho en la vida a la reproducción, a tener familia y creo que hacer prevalecer nuestros derechos es lo fundamental. Algunos sentimientos que apoyan estas ideas o prácticas sobre la sexualidad son que tal vez que no van a comportarse bien, a ser padres, así, no van a ser responsables y que no pueden cuidar a sus hijos

Algunas políticas públicas a favor de las personas con sufrimiento psíquico son que la mayor protección que se le puede dar a la persona con sufrimiento psíquico es prácticamente que esté en tratamiento ambulatorio con el cuidado de sus familiares o si es que ha cometido alguna falta grave y es inmanejable esa persona la retención en un hospital psiquiátrico durante toda su vida y que por ejemplo en las leyes, en los códigos orgánicos penales y civiles está que una persona con problemas de salud mental no puede comparecer ante un juez, no puede ser testigo de un acto delictivo porque supuestamente no es capaz de ser responsable ni de razonar. Yo opino que estas políticas son buenas, sea es un muro de protección para la persona que en su momento no está reguladamente establecido anímicamente no está en sus cabales, no está compensado, me parece bien esas leyes porque tampoco no es que si comete un delito le van a meter en la cárcel con los criminales ahí le pueden violar, le pueden matar, le puede hacer de todo a esa persona, a ese loquito como se le dice a una persona con problemas de salud mental porque él es vulnerable más que todo.

Respecto las prácticas del personal de salud mental hacia las personas con sufrimiento psíquico considero que ciertas personas si tienen calidez, tienen amor, ternura, cariño, sí, ciertos profesionales de la psiquiatría, de la psicología tiene esa atención, esa cautela, esa forma de tratar al usuario o al paciente de una forma buena muy comprensiva. Por ejemplo tenía una psiquiatra que se llamaba Dra. Villacreses del Hospital Julio Endara, yo cuando entré ahí estaba en otro mundo, totalmente desorientado y ella me restableció, me ayudó a integrarme a la sociedad, me mandaron medicamentos y a hacer ejercicio, me mandaron una terapia bien adecuada para que yo pueda salir y sobrellevar mi problema, la carga que estaba pasando en mi vida

Voy tanto al psicólogo como al psiquiatra y mi relación con ellos es buena, pero no como la Dra. Villacreses, ella también atendía antes en el hospital pero ya se fue, se fue a trabajar particularmente porque tenía que hacer unos cursos en Estados Unidos y ella trabaja particularmente. Me gusta ir a estas sesiones y porque es interesante primeramente porque me gusta

el conocimiento y me gusta aprender y porque también ellos te equilibran el estado de ánimo para que tú puedas comportarte bien en la sociedad y puedas tener nuevas formas de educación.

Algunas ideas y emociones que pienso que tienen los médicos hacia las personas con problemas de salud mental son que los médicos, generalmente los psiquiatras ellos ya conocen la materia entonces ellos saben que recetar, que medicar de acuerdo al trastorno o problema de salud mental del paciente o de la persona. Ellos saben profesionalmente entonces saben controlar en ese aspecto a la persona.

Mi relación con mi familia es buena y me llevo bien con mi familia porque me tratan como si fuera sano. Ellos se olvidan de la enfermedad, o sea ellos me tratan como si fuera normal porque dicen que es como siempre me han conocido entonces dicen que no estoy enfermo. Han constituido un porque en los momentos de crisis ellos han estado ahí para ayudarme, para solventarme mi salud acompañándome a las terapias, sacándome a pasear y considero que fomentan mi dependencia porque siempre he vivido con ellos, con mis papás, bueno ahora con mi papá porque mi mami falleció pero mi papi siempre me ha dado dinero para los estudios, bueno ahora él me ayudó conseguir este trabajo y ahora yo me estoy solventando un poco, a ser más independiente y principalmente el valor económico, la economía, o sea principalmente la protección también, el hogar, una casa un techo un vaso de agua, algo que comer como un medio de subsistencia.

La relación de mi familia con otras personas, por decirte vecinos, amistades es buena, se lleva bien mi papá, mi papá en general es buena persona, no tiene vicios, se lleva bien con mis vecinos, es muy colaborador, muy que extiende la mano a todo el mundo, será porque mi papi tiene esa afán, esa forma de ser, de colaborar, de ayudar al que está caído, mi papi siempre ha sido así, aunque no tenga para él pero siempre ha estado con los demás, ayudando a los demás

Las relaciones dentro de tu familia son buenas, nos llevamos bien, nuestros lazos familiares son buenos, en general la familia aunque estamos distantes tal vez por la lejana en que vivimos es porque no tenemos tanto contacto pero de ahí nos reunimos, nos tratamos bien.

Mi familia del sufrimiento psíquico piensa que no es para toda la vida, así como dice la directora de este emprendimiento si es que la vida te enfermó, la vida te tiene que curar, ellos también están de acuerdo en eso, en que siempre fui sano y que... me tratan como si fuera sano y me hacen integrar a la sociedad, me hacen conversar con las demás personas, conversar con sus amigos y son muy buenas personas.

Entre mis fortalezas están la creatividad, el trabajo, la educación, el conocimiento y entre mis debilidades están no controlarme, las iras a veces, también o sea no saber con qué voy a salir cuando me enojo, cuando no estoy... generalmente no me gustan los conflictos.

No tengo pareja, pero sí me interesaría tener una. Tampoco he tenido dificultad para encontrar pareja.

Respecto a porque para una persona con sufrimiento psíquico es más difícil encontrar pareja pienso que si se me ha hecho complicado, o sea mejor dicho, las parejas que he tenido ha sido de improvisado, les he conocido así de casualidad porque la vida dijo esta persona te pongo en tu camino y le conocí y fue mi novia, la otra también fue mi novia y ahora trato de buscar a la persona pero que sea adecuada para mi vida pero yo he sido el que no he querido porque de ahí he buscado a la persona que yo he querido y la he conseguido

Sobrellevar mi enfermedad mental yo pienso que es otro estado de la vida no más, otro estado de la vida que yo pienso que es una etapa de la vida, no es que estoy... o sea es mi forma de ser creo, porque todos tenemos comportamientos y solo porque uno no se ajusta a la regla dicen que ya está mal, que está enfermo, ni tampoco se ha visto reducida mi autoestima por mi padecimiento

porque las experiencias amorosas que he tenido me han restablecido para tener una alta autoestima, una súper alta autoestima.

Para mí cumplir metas es cumplir los sueños que uno se ha puesto en la vida, cumplir los objetivos. No me ha costado cumplir las metas que me he propuesto pero si se me dificulta cumplir las metas que me proponen otros porque ellos tienen su manera de pensar y muchas veces no van con la mía. Esto puede deberse también a que yo me valoro mucho a mí mismo, me quiero bastante y digo yo voy a conseguir esto como sea, tarde o temprano y la vida me sorprende y me cumple.

13. Análisis e interpretación de los resultados

En este apartado se procederá a elaborar la interpretación de los resultados basándonos en las categorías del recuadro anterior y en lo manifestado por los entrevistados. Con esta finalidad se ha dividido en dimensiones lo que cada entrevistado declaró. Para efectos de esto se ha recurrido también a empear lo que cada participante expuso con la bibliografía producida por distintos autores respecto a estos temas.

A continuación se presentará la interpretación de datos de acuerdo a las categorías planteadas y trabajadas en el anterior recuadro.

13.1. Estigma Público/ Laboral

En cuanto al estigma público, son comportamiento prejuiciosos y estereotipos que etiquetan al paciente psiquiátrico, haciéndole sentir devaluado (Mascayano Tapia et al., 2015). El atributo que hace que la persona “resalte” de entre los demás pasa a ser la principal característica de la personalidad, lo cual hace pasar desapercibidas sus demás cualidades (Chang Paredes, Ribot Reyes, & Pérez Fernández, 2018)

Otra definición que podemos dar es que consisten en una serie de reacciones o concepciones que tiene la gente hacia un determinado grupo basadas en etiquetas estigmatizantes hacia el mismo (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Esto conlleva un etiquetamiento basado en las características del grupo social estigmatizado y en cuales de estas son aceptadas socialmente o no así como en las expectativas sociales y cuáles de

estas se cumplen y cuáles no. Es aquí automáticamente se produce una división entre ellos y nosotros, “ellos” son diferentes a “nosotros” (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Incluso el lenguaje hacia el grupo social estigmatizado es peyorativo y en este caso, divide. En general no suele haber una razón de peso que valide estos comportamientos. (Arnaiz & Uriarte, 2006) Podemos ver como desde el lenguaje tiende a haber un reduccionismo al pensar que todos los padecimientos psíquicos son iguales, que presentan los mismos síntomas y el mismo tratamiento puede aplicarse a toda la gente. Se generaliza ya que se tiende a pensar que toda la gente con sufrimiento psíquico y violenta y agresiva, holgazanes, que no pueden valerse por sí mismos, incapaces de razonar, etc (Ochoa , y otros, 2011).

Todo lo anteriormente mencionado, dificulta la rehabilitación e inserción social de la gente con sufrimiento psíquico. Muchas veces estas concepciones se ven reforzadas por los medios de comunicación, desde los cuales se desinforma y tergiversa la verdad, incluso se ha visto que, contrario a lo que se pensaría, la gente con un padecimiento mental es la que sufre violencia por parte de otros (Ochoa et al., 2011). Esto repercute negativamente en el ámbito laboral, social y familiar ya que pueden experimentar dificultad para hallar un empleo, para mantener su relaciones interpersonales, así como una pérdida de roles sociales. Conllevando esto una baja autoestima, depresión y percepción de ellos mismos como una carga para su familia (Ochoa et al., 2011). Se han realizado estudios en los que se ha comprobado que la gente con sufrimiento psíquico no es más violenta que la gente “normal” o esta creencia de que la medicina es clave para mantener a raya el padecimiento mental. Esto no siempre se cumple ya que en algunas ocasiones la medicina puede llevar a que el paciente esté anestesiado la mayor parte del tiempo perdiendo así el control de su vida y decisiones, llevando esto a un paulatino despojamiento de su voluntad y a que se le vea como un objeto (Ochoa et al., 2011).

Otro elemento que podemos citar aquí es el de la culpa ligada a la enfermedad. Se tiende a creer que el sufrimiento psíquico es producido por un exceso de alcohol o drogas y que de algún modo este es “merecido”. Otro elemento que emerge es que se cree que fingen tener un padecimiento mental y que simplemente no quieren poner empeño en recuperarse (Ochoa et al., 2011)

Esta clase de estigma abarca tres elementos: estereotipo, prejuicio y discriminación. Además de que debe haber una relación de poder del grupo estigmatizador hacia el estigmatizado (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Se ha visto incluso que hay una mayor aceptación de las enfermedades físicas y quienes las padecen están aun dentro del grupo de “nosotros” y hay un poco más de facilidades para que puedan desenvolverse normalmente. Lo mismo no ocurre con un padecimiento mental porque se cree que no pueden hacer las cosas bien y de hecho en las empresas se ha admitido abiertamente que prefieren contratar personal con discapacidad física antes que con un padecimiento mental (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Pienso que mi autoestima se ha visto reducida por estigmas, por lo que dice la gente, por temas relacionados al desconocimiento de la sociedad, de un grupo, también no se ha visto información especializada en eso, no hay mucho conocimiento en los medios de comunicación. Para que haya una mayor información o una mayor divulgación de lo que son las enfermedades mentales y combatir la ignorancia puede ser por charlas, por grupos civiles que intenten luchar por mejoras en el sistema de salud (Narrativa de Rubén, julio del 2019).

Rubén cree que su autoestima se ha visto reducida en algunos aspectos, por el modo cómo la sociedad tiende a ver a la gente con algún trastorno psiquiátrico, y los medios de comunicación, que deberían ser las principales fuentes de información contra los estigmas, terminan muchas veces

impulsando los mismos. Se ha evidenciado que los medios de comunicación, sobretodo prensa escrita, cine y televisión, son responsables de diseminar actitudes de rechazo y discriminación y la gente prefiere dejarse llevar por la imagen que ellos presentan de personas peligrosas e impredecibles, antes que simple y llanamente estar en contacto con un paciente psiquiátrico y ver por sí mismo la realidad de cómo es alguien con un trastorno psiquiátrico. Con la idea anteriormente mencionada concuerda Magallares (como se citó en Lawrie, 2000) cuando menciona que se ha comprobado que la cobertura que hacen los medios de comunicación de una enfermedad física, frente a un trastorno psiquiátrico, incide hasta cuatro veces más en que la gente vea con recelo los trastornos psiquiátricos (Magallares Sanjuan , 2011).

Magallares (como se citó en Wahl, 1992) señala que los medios de comunicación tienden a priorizar mostrar trastornos psiquiátricos graves y agravando la probabilidad de ser insertados en la vida laboral (Magallares Sanjuan , 2011). Esto es también lo que menciona Rubén cuando dice lo siguiente:

Una situación de mi vida en la que me he sentido discriminado fue en el trabajo por no ser como los demás, por ser una persona diferente a los demás, por estar muy callado, muy tímido, muy tranquilo. Son cosas de mi personalidad (Narrativa de Rubén, julio del 2019).

Rubén manifiesta que antes de pertenecer a este emprendimiento sentía que no tenía a nadie con quien platicar de sus problemas, especialmente porque se trata de gente con condiciones mentales similares a la suya, esto acarrea que con sus compañeros de trabajo exista una mayor empatía y comprensión de las circunstancias que cada uno atraviesa. Respecto a esto, Magallares (2011) menciona la importancia de que la gente con trastornos psiquiátricos comparta espacios con gente que tenga problemas similares a los suyos. En esto las instituciones pueden jugar un rol trascendental ya que es necesario un trabajo en conjunto entre pacientes y especialistas para así

difundir una visión más positiva del paciente con un trastorno psiquiátrico (Magallares Sanjuan , 2011).

Rubén declara que en Ecuador hay un atraso bastante significativo en temas de salud mental en comparación a Europa en el siguiente párrafo:

Todavía la sociedad ecuatoriana no tiene información. Por ejemplo en otros países se le apoya al enfermo y se le da facilidades de trabajos, es más hasta lo que han sido desplazados de la sociedad por ejemplo los privados de libertad se les da trabajo, a los que son esquizofrénicos, a los que son bipolares, a los que sufren de depresión y eso en sí ayuda a una comunicación y a un ambiente personal muy importante. (Narrativa Rubén, julio del 2019)

Continuado con el párrafo anterior y complementando lo dicho por Rubén, en Bulgaria desde 2003 se vienen implementando reformas y políticas en lo concerniente a la protección e integración de pacientes psiquiátricos (European Social Network, 2011).

En el área que se ha hecho énfasis es en la desinstitucionalización y los servicios sociales comunitarios. En Alemania se hacen esfuerzos por una atención de calidad, incluidos seguros médicos y atención médica, en Italia por ejemplo, si un individuo tiene problemas en lo relacionado a trabajo, vivienda o de cualquier otra índole, existe un departamento de salud mental que ofrece ayuda a través de equipos médicos profesionales integrados por psicólogos y psiquiatras (European Social Network, 2011).

Para Rubén pertenecer a este emprendimiento ha sido de gran importancia en cuanto a lo laboral ya que señala que ha tenido la oportunidad de ser responsable de algunas actividades e incluso ha estado a llegar al mando de sus otros compañeros para que las cosas se hagan. Esto lo podemos apreciar en las siguientes líneas:

Pertenecer a este emprendimiento ha contribuido a aumentar mi autoestima porque me ha dado obligaciones, me ha dado responsabilidades también he sido partícipe de ser coordinador del

emprendimiento y eso me ha dado criterios para poder dirigir a varias personas y eso me ha fortalecido en mi persona, en ser cada día mejor y que si se puede salir de este estereotipo que impone la sociedad y estigmas que desconocen eso. (Narrativa Rubén, julio del 2019).

Cabe destacar también que si bien los trabajadores en algún momento se hacen cargo de todas las actividades, se procura que cada uno seleccione con la que cree que se siente mejor y es más idóneo.

Para él también es muy importante el trabajo en equipo ya que considera que si tienes con quien relacionarte, tendrás una mejor salud mental, considera que ahora se siente alentado por los demás ya que antes no se sentía alentado ni motivado cuando menciona lo siguiente:

Nunca me decían “dale tu puedes, eso no importa es un error, dale, no lo tomes a pecho”, no me incentivaban, no me ... no me hacían ... no me hacían ... no me alentaban, caso contrario de este emprendimiento, siempre me alientan, siempre me dicen que las cosas van bien y en sí todo es muy acogedor digámoslo así (Narrativa de Rubén, julio del 2019).

Con todo lo anteriormente señalado concuerda Velázquez (2012) quien postula que el trabajo contribuye a la satisfacción y realización personal proporcionando una seguridad financiera que es fundamental para que el paciente pueda seguir su tratamiento. Esto sin contar que cuando hay ausencia de trabajo o pérdida del mismo, agravan el estado de quien ya tiene un trastorno psiquiátrico o puede aparecer uno en quien aparentemente no lo tenía. Estos síntomas son también propensos a aparecer cuando el entorno laboral está mal organizado, la carga laboral es mucha o hay fricciones entre compañeros de trabajo. (Velazquez, 2012)

Me interesa la participación política porque considero que es muy importante apoyar a las comunidades y porque me hacían *bulliyng* de niña”. Se puede empezar por hacer reuniones, reuniéndose, con los demás, ser independientes (Narrativa de Diana, julio del 2019).

Diana expresa que no ha tenido mayor obstáculo para acceder a la educación pero espera concluir sus estudios superiores con ayuda de su equipo técnico y de una trabajadora social, todo esto proporcionado por la casa de acogida en la que estaba.

Alega que si le interesa la política y le gustaría estudiar algo relacionado como lo es Derecho y hacer prevalecer los derechos de las personas ya que le hacían *bullying* desde pequeña. Esto que menciona Diana es muy importante ya que es por las políticas a través de las cuales se empieza a hacer algo por la gente con trastornos psiquiátricos y que se haga prevalecer sus derechos, además de continuar en la lucha contra los estigmas.

Si bien la entrevistada manifiesta no haber tenido mayores percances para acceder al empleo, a la educación y a la participación política expresa que sufría *bullying* lo cual puede desencadenar en algunas consecuencias y experiencias traumáticas como depresión, trastornos de ansiedad problemas en las relaciones interpersonales, ideación suicida, problemas psicósomáticos, baja autoestima, sentimientos de poco control sobre sus vidas, ansiedad, percepción del mundo como un sitio peligroso. Es decir, no se agrade a la persona con problemas de salud mental sino que son estas agresiones las que desembocan en traumas y problemas de salud mental.

Lo que menciona Diana es clave ya que hace falta que haya más dispositivos de psicología social y comunitaria para pacientes con trastornos psiquiátricos en los que puedan sentirse útiles, estar con otra gente y realizar actividades que les permitan de algún modo tener independencia más que nada financiera. Este emprendimiento de algún modo busca eso. Es desde las reuniones y acuerdos que se puede lograr que haya más dispositivos de índole inclusiva y a la vez que se promueva el contacto y conocimiento de las labores que desempeñan los trabajadores. Algo que podemos acotar a esto es que de acuerdo con Carrazana (2005) la salud mental va a tener que ver con cómo nos relacionamos con los demás y con las actividades que cotidianamente realizamos, además de como armonizamos anhelos, sentimientos, habilidades, etc, con lo que sea necesario

para afrontar las demandas que el entorno nos plantea. Es así que la salud mental abarca elementos como: sentimientos frente a uno mismo, sentimientos frente a los demás y modo de responder a las demandas del entorno (Carrazana, 2005).

La salud comunitaria en lo social engloba temas como: percepción de la salud y calidad de vida de parte de la gente, cómo cubren sus necesidades básicas, aseguramiento de los derechos humanos y atención en salud mental. De ahí que la salud mental sea de vital importancia para que así cada trabajador pueda tener un buen desempeño y en un área en la que sienta que está capacitado (Carrazana, 2005).

Vemos que como dice Bang (2014) aun hoy en día las prácticas de salud mental se las realiza desde un modelo manicomial. No es si no desde hace unos años que se promueve acciones de prevención y promoción (Bang, 2014).

Continuando con lo anterior, vemos que la salud mental comunitaria es aquella que promueve la consolidación de lazos comunitarios en vínculos solidarios y que los sujetos sean partícipes y activos en sus propios procesos de transformación de sus realidades y estén en capacidad de tomar decisiones en pos de beneficios tanto del sujeto individual como de la comunidad a la que pertenece (Bang, 2014).

Una de las principales trabas para acceder a empleo, educación y participación política es la discriminación, pero lo he superado viniendo a este emprendimiento, he aprendido a relacionarme con los compañeros, a llevarme muy bien con todos, son como una familia. (...)Para una persona con problemas de salud mental es más difícil tener un empleo o acceder a una educación porque los estigmas son los que conllevan a que se discrimine a la persona (Narrativa de Juan, julio de 2019)

Como podemos ver, Juan al intentar insertarse en otros espacios laborales se ha sentido discriminado, mas venir a este emprendimiento ha sido una oportunidad no solo para que se

sienta inserto en el mundo laboral sino que aparte ha sido un espacio en el que se siente satisfecho y siente a sus compañeros como una segunda familia. Con lo anterior concuerdan Mingote, Del Pino, Sánchez, Gálvez y Gutiérrez (2011) al señalar que tener un empleo es de vital importancia para una buena salud mental y de hecho se ha observado que pacientes esquizofrénicos que cuentan con una fuente de ingresos económicos presentan menos ansiedad y más iniciativa y son más activos a la hora de hacer las cosas. Es importante que los empleadores desarrollen constantemente programas que estimulen las capacidades y potencial de sus trabajadores para que puedan afrontar mejor los factores estresores y estos no perjudiquen su salud (Mingote et al., 2011).

Las principales dificultades que he tenido es prácticamente no conseguir mismo un empleo, no tener una actividad laboral que realizar y muchos he permanecido buscando, buscando y buscando y nunca he hallado y ahora principalmente estoy muy contento porque he buscado el trabajo ideal que es para mí, que es este emprendimiento. (...) Algunas ideas que se asocian con esta dificultad para las personas con problemas de salud mental para encontrar empleo es cuando están con mucho problema de salud, entonces ellos prácticamente lo que hacen es encontrar un espacio donde puedan recrearse con trabajos como la siembra y la cosecha en el huerto ¿no? y prácticamente es un pasatiempo, una terapia que ayuda muchísimo a que las personas no sean solamente institucionalizadas o segregadas de la sociedad. (Narrativa de Charles, julio del 2019)

Respecto a este tema Magallares (2011) señala que en general los empresarios no contratan a gente con trastornos psiquiátricos debido a que hay una percepción de que van a ausentarse constantemente del trabajo y muchas veces lo ocultan. Incluso se ha visto que alguien con un trastorno mental que en su entorno es sabido que lo posee, tiene menos probabilidades de ganar un

mejor salario que alguien que oculta su trastorno y que su entorno desconoce que lo tiene. (Magallares Sanjuan , 2011)

Otros factores que perjudican el desempeño laboral de los pacientes psíquicos son: una mayor exigencia y carga laboral o que la medicina recetada por el especialista les provoque estragos y por lógica no puedan rendir eficientemente (Magallares Sanjuan , 2011).

Continuando con lo anterior Arribas Marina (como se citó en Dominguez, Rodriguez y Castillo, 2009) señala que entre las consecuencias de la utilización de psicofármacos está la dependencia, la misma puede llegar a tal magnitud que el paciente siente que no puede realizar sus actividades diarias si no ha tomado su medicina. A esto hay que agregarle que si no toma su medicina, el paciente puede experimentar ansiedad, inestabilidad emocional, cambios de humor repentinos, entre otros. (Arribas Marina, s/f) Es así que nos encontramos ante el dilema de si los psicofármacos son beneficiosos o dañinos, ya que si tomarlos puede ser perjudicial y no hacerlo, también.

A lo anterior, Mingote y Núñez López (2011) agregan que un trastorno psíquico de mediana a severa intensidad puede provocar conductas como exceso de confianza, desidia o postergación de las labores a realizar, interfiriendo así en las capacidades psicomotoras, emocionales y cognitivas necesarias para llevar a cabo un desempeño laboral eficiente, esto puede ser por falta de conciencia de la enfermedad (Mingote Adán & Núñez López, 2011).

En diversos estudios se ha podido corroborar una relación entre sobrecarga de trabajo, ambigüedad y conflicto de rol. Ante circunstancias en las que se deba ejercer múltiples roles, va a haber un incremento de sensaciones de mayores niveles de exigencia y de estar más fácilmente expuesto a estresores, buscando con las adicciones afrontar los problemas y contribuyendo así a agravar el cuadro clínico (Mingote et al., 2011).

Algunos obstáculos a los que me he enfrentado es que tal vez no me contratan en una empresa porque tengo un problema de salud mental pero lo he superado trabajando en este emprendimiento. (...) Las personas de las empresas no van a contratar a gente con problemas de salud mental porque dicen no van a entender las cosas, van a hacer mal, van a hacer... van a ocasionar algún peligro, o sea algún desbalance en su conciencia, entonces va a errar en algo y en vez de ser provechoso va a perjudicar a la empresa. (Narrativa de Joel, julio del 2019).

Lo que menciona Joel es la cotidianidad de mucha gente con trastornos psiquiátricos: se cree que no van a desempeñar sus labores eficientemente y por eso se les rechaza del campo laboral y está demostrado que esto no es así y que con un clima laboral en el que haya compañerismo, buena organización y correcto manejo de estresores, el paciente puede ser tan eficiente como cualquier otro trabajador y como vemos, estas necesidades son las mismas de cualquier otro trabajador. (Narrativa Joel, julio del 2019)

En cuanto a lo mencionado anteriormente por Joel, Mingote et al., (2011) indican que es fundamental desarrollar programas de prevención secundaria en los que los trabajadores puedan poner a prueba las destrezas y habilidades a la hora de manejar estresores. A esto se le conoce como "ajuste persona - ambiente" y permitirá un análisis más preciso a la hora de asignar a un trabajador el área en la que ha de desempeñarse. Lo aconsejable es que a cada trabajador le corresponda un área de acuerdo a sus competencias, estado de salud, motivaciones. Esto en definitiva contribuirá a que su rendimiento laboral sea el esperado (Mingote et al., 2011).

13.2. Estigma social/sexualidad

Por estigma social entendemos el fenómeno a través del cual la mayoría establecemos relaciones interpersonales. Son todas las actitudes que un grupo social mantiene frente a un minoría debido a una señal que esta minoría posee, la cual la hace distinguirse de los demás y así identificarlos. Este es un proceso que reúne bases biológicas, psicológicas y sociales, esta es una visión simplista y de términos duales, por ejemplo: amigo – enemigo (López, y otros, 2008).

Este estigma está formado de estereotipos, prejuicios y discriminación, mismos que están estrechamente conectados y no hay una medida clara de cuánto se influyen unos a otros (López, y otros, 2008).

Dentro de lo que denominamos “actitudes” existen también incluidos elementos afectivos, cognitivos y conductuales, estos son distintos pero a su vez se interrelacionan y dan cuenta de cómo tendemos a agrupar y catalogar en extremos opuestos: apetecible - no apetecible, bueno – malo (López, y otros, 2008).

En cuanto al estigma en la sexualidad de los pacientes psiquiátricos, nos referimos a esa visión que infantiliza y niega la sexualidad de los mismos, se cree que no sienten necesidad sexual alguna y está rodeada de tabúes, mismos que impiden a quienes tienen un trastorno psíquico disfrutar y desarrollar su sexualidad plenamente. Todo esto, más que del propio paciente, proviene de la cultura, que no es bueno que experimenten su sexualidad ya que la misma es inocente y permanece dormida (Lois Lama, 2015).

Es importante que el Estado garantice los derechos de los pacientes psiquiátricos en esta y cualquier otra área y por tanto ha de dotárseles de todo lo necesario para que puedan ejercer plenamente sus derechos y por tanto, de su sexualidad (Marti-Mestre & Cazorla, 2016).

Se puede decir que no hay mayores proyectos ni estrategias que promuevan e informen a los pacientes psiquiátricos como llevar una sexualidad sana y responsable por lo que se estaría incurriendo en una violación de sus derechos (Marti-Mestre & Cazorla, 2016)

Estudios han demostrado que los pacientes psiquiátricos tienen los mismos mitos que la población “normal”. Por otra parte, estudios en pacientes con psicosis han demostrado que en cuanto a la autocomplacencia, los mitos en estos pacientes no eran tan fuertes ya que ellos no pueden ponerse en el sitio del otro y simplemente lo ven como algo que para ellos es satisfactorio. (Da Luz Rodríguez, 2016)

Si bien para una persona con trastornos mentales puede ser más difícil conseguir pareja todos, creo que yo ... creo que todos tienen muchas ... muchas maneras de enamorarse y muchas de ellas si ... si tus gustos o tus ... o tus ... o tu manera de ... no impiden, el amor es universal y pienso que una persona con trastornos mentales o una persona que es diagnosticada, el amor supera todo, o sea uno puede enamorarse de alguien y ser feliz y tener a alguien es como una compañera o un amigo que siempre va a estar ahí y ser cada día mejor. (Narrativa Rubén, julio del 2019).

Con esta idea de Rubén concuerdan Marti Mestre y Carzola Palomo (2016) quienes postulan que muchas veces la sexualidad de la gente con trastorno psiquiátrico se ve infantilizada o la niegan ya que la misma está repleta de tabúes y mitos como que no tienen necesidades sexuales o que no pueden sentirse atraídos por alguien (Marti-Mestre & Cazorla, 2016).

Primero una persona sufriendo psíquico tiene que relacionarse o sea, tiene que buscar una persona que sea de su misma enfermedad, no va a estar con alguien “normal” porque obvio que se la va a reír o sea no es lo mismo (Narrativa Diana, julio del 2019).

Como vemos en el párrafo anterior, este no solo es el sentir de Diana, si no de mucha otra gente ya que se tiende a creer que alguien con un trastorno psíquico no puede estar con un “normal”

por qué la gente va a juzgar o va a ver mal esa relación y la verdad que es muchas veces estas ideas solo están en la cabeza de los pacientes. Esto tampoco es verdad porque los problemas que pueda haber en una pareja "loco - normal" no son diferentes ni más o menos graves de los que pueda haber en una pareja de "normales".

Con lo anterior coincide Lois Lama (2015), quien señala que muchas veces la gente con trastorno psiquiátrico se ve limitada a la hora de experimentar su sexualidad ya que la misma está cargada de mitos y falacias e incluso se ha llegado a considerar que la gente con trastornos psiquiátricos no tiene derechos afectivos y sexuales sin contar además las creencias de que no deben casarse, de que no van a ser buenos padres, entre otras (Lois Lama, 2015).

Considero que las enfermedades psíquicas afectan la sexualidad ya que estas radican en el sistema nervioso y el sistema nervioso afecta las relaciones sexuales también y en el cerebro está todo. (...) Pienso que la gente tiende a creer que una persona con sufrimiento no sienten atracción sexual y eso es por la mala información que hay y por la creencia de que los "locos" son asexuales, no sienten... y que padecen. . (...) Respecto a la sexualidad, las enfermedades psíquicas radican en el sistema nervioso y el sistema nervioso afecta las relaciones sexuales también. Los otros piensan que los enfermos psiquiátricos o con enfermedades psicóticas no sienten atracción sexual por la mala información que hay y por la creencia que los locos son asexuales y que no sienten (Narrativa Juan, julio del 2019).

Lo que ha dicho anteriormente Juan es de vital importancia ya que muchas veces se reduce la sexualidad a la genitalidad y no se tiene en cuenta el área psíquica y si de por hay tabúes respecto a la sexualidad, esto se da con mayor razón hacia la gente con trastornos psiquiátricos.

Marti Mestre y Cazorla Palomo (2016) señalan la importancia de saber que todos los pacientes con trastorno psiquiátrico, como cualquier otra persona, son libres de decidir si formar un hogar o no, así también se debe velar por que tenga los suficientes recursos para llevar una vida

digna. El estado además debe garantizar políticas que velen por el amparo y atención del paciente, incluyendo lógicamente el área de sexualidad y que se les apoye en función de diagnóstico que les haya sido proporcionado (Marti-Mestre & Cazorla, 2016).

Como las personas con sufrimiento experimenten su sexualidad depende de la salud mental de ellos porque las personas que realmente quieren curarse algún problema psicológico lo hacen y pueden después conocer a su pareja y vivir tranquilamente una vida sana, una vida sin problemas (Narrativa Charles, julio del 2019)

Algunos sentimientos que creo que sustentan estas ideas o estas prácticas sobre la sexualidad de las personas con sufrimiento psíquico se deben a mala educación a través de nuestra familia, los padres a veces no son muy comprensibles con los hijos, y los hijos prácticamente tienen un grado de inseguridad cada vez que a la edad de 18 años, el momento en que prácticamente empiezan a vivir (Narrativa Charles, julio del 2019).

En resumen lo que Charles dice es que muchas ocasiones estas creencias sobre la sexualidad de los pacientes psiquiátricos son inculcadas desde la misma familia debido a la mala educación, lo que hace crecer a los hijos inseguros, y si a esto le aunamos que hay pacientes que en algunos aspectos son dependientes de sus familias, entonces nos enfrentamos a un cuadro de alguien cuya sexualidad está reprimida o infantilizada, que no se sienta capaz de formar un hogar con buenos cimientos y una familia que constantemente estará atrás del paciente, no con el ánimo de alentarle, sino para cuestionar lo que hace y porque lo hace.

Respecto a lo anterior, la familia puede tener diversas reacciones, desde la resistencia y negación, hasta desarrollar hipervigilancia, sobreprotección y codependencia sobre el paciente.

De acuerdo con Rodríguez Moya y Peláez, (como se citó en Olabarría, 2009) visto desde la Teoría Sistémica, la familia puede ser tanto generadora del trastorno, como la que contribuya al proceso de restablecimiento (Rodríguez Moya & Peláez, 2013).

Por un largo tiempo se creyó que la terapia familiar intensiva con familias disfuncionales podía provocar efectos terapéuticos a largo plazo. Sin embargo dado lo difícil de la intervención con las mismas, se creyó que no se podía hacer nada por ellas ya que tampoco mostraban disposición a colaborar, al contrario, se sentían juzgadas y no querían admitir que podrían tener algo de responsabilidad en los males que le aquejan al paciente (Rodríguez Moya & Peláez, 2013).

Según señalan Rodríguez Moya y Peláez (como se citó en Goldstein, 1995; Leff, 1989; McFarlane y Dunne, 1991) por irónico que pueda parecer, se ha observado que aquellos pacientes que una vez dados de alta volvían con sus familiares, tenían índices de recaídas hasta de un 50% más frente a aquellos pacientes que después convivían con otra gente, en este caso el índice de recaída fue apenas de un 14%, esto en un lapso de 9 a 12 meses (Rodríguez Moya & Peláez, 2013).

Según indican Rodríguez Moya y Peláez, el término que se emplea cuando nos enfrentamos a una familia con estas características será el de “emoción expresada” (como se citó en (Leff, y Vaughn, 1981), con esto nos referimos a las circunstancias en las que los familiares demuestran sobreimplicación así como comentarios hostiles o con afán de criticar (Rodríguez Moya & Peláez, 2013). Lo ideal en casos así es proceder con intervenciones psicoeducativas para explicar a los familiares en que consiste la enfermedad y proporcionar guías para saber cómo lidiar con el trastorno. Rodríguez Moya Peláez (cómo se citó en (Leff y Vaughn, 1981) señalan que esto contribuía a reducir las emociones expresadas y consecuentemente la tasa de recaída de los pacientes (Rodríguez Moya & Peláez, 2013).

Respecto al tema anterior Marti Mestre y Carzola Palomo (como se citó en Salvador, Rodríguez Salas y Magallares, 1996) refieren que muchas veces en los pacientes hay falta de información y educación sexual y muchas veces no tienen acceso a servicios concernientes a la salud sexual y reproductiva, se les ve como seres pasivos que no pueden hacerse cargo de este

aspecto de su vida, esto sin mencionar los efectos secundarios que las medicinas pueden tener en su desempeño sexual (Marti-Mestre & Cazorla, 2016).

Marti Mestre y Cazorla Palomo (como se citó en Nussbaum, 2012) dicen que tampoco existen estrategias políticas ni económicas que les garanticen que los pacientes puedan valerse de estos servicios de acuerdo a sus posibilidades (Marti-Mestre & Cazorla, 2016).

Respecto a este tema Marti Mestre y Cazorla Palomo (como se citó en Salvador, Rodríguez Salas y Magallares, 1996) refieren muchas veces en los pacientes hay falta de información y educación sexual y muchas veces no tienen acceso a servicios concernientes a la salud sexual y reproductiva, se les ve como seres pasivos que no pueden hacerse cargo de este aspecto de su vida, esto sin mencionar los efectos secundarios que las medicinas pueden tener en su desempeño sexual (Marti-Mestre & Cazorla, 2016).

Las creencias que prácticamente les atan a las personas enfermas de salud mental a que no pueden tener pareja, que no pueden reproducirse porque no van a saber cuidar de sus hijos pero creo que si... o sea todos tenemos el derecho en la vida a la reproducción, a tener familia y creo que hacer prevalecer nuestros derechos es lo fundamental. (Narrativa Joel, julio del 2019)

Complementando lo declarado por Joel, Da Luz Rodríguez (2016) menciona que aunado al tema de la sexualidad, está cómo los psicofármacos pueden perjudicarla producir efectos secundarios, mas esto no quiere decir que en algunos casos la libido desaparezca del todo, lo que obviamente indica que esta es igual en los pacientes psiquiátricos que en la gente "normal". Da Luz Rodríguez (como se citó en Salvador – Carulla y otros ,s/f) hace hincapié en la relevancia de conocer la sintomatología del paciente para que el mismo no desista del tratamiento y siempre buscar otras alternativas como puede ser una dosis más baja o reemplazar por otro psicofármaco, terapias sexuales, informar al paciente, entre otras. Como ya se ha mencionado, la

institucionalización no siempre es el mejor remedio y en muchos casos incluso puede agravar el cuadro del paciente (Da Luz Rodríguez, 2016).

A todo lo anterior podemos agregar que contrario a lo que se cree, la gente con trastornos psiquiátricos ha demostrado que pueden ser excelentes padres y mucho más cuidadosos que los padres "normales. Además Joel menciona algo de suma relevancia como son los derechos, por años se ha visto a este colectivo como sujetos sin derechos y que simplemente están ahí entre las sombras, cuando la verdad es que tienen los mismos derechos que cualquier otra persona y eso es algo por lo que este colectivo ha venido luchando arduamente, por el reconocimiento de sus derechos y por ser visibilizados.

13.3. Estigma institucional

Este término se refiere a las políticas y prácticas tanto del sector gubernamental como privado que imponen límites y disminuyen las oportunidades para los pacientes psiquiátricos de ser autónomos, independientes, vivir una buena vida , establecer más relaciones interpersonales y cubrir sus necesidades básicas. Por otra parte tenemos el extremo opuesto y que sea muy poca la gente con un trastorno psiquiátrico que recibe atención (Mora-Ríos, Natera-Rey, Bautista-Aguilar, & Ortega-Ortega, 2014).

Algunos factores que imperan a la hora de buscar ayuda son: ignorancia, desconocimiento, desconfianza, no saber a quién acudir y porque temen a ser juzgados por otra gente, esto sin contar que muchas veces recibir un atención en salud mental de calidad es costoso y por lo tanto la misma no llega a gente de escasos recursos económicos (Mora Ríos et al., 2014)

Este término se refiere a las políticas y prácticas tanto del sector gubernamental como privado que imponen límites y disminuyen las oportunidades para los pacientes psiquiátricos de ser autónomos, independientes, vivir una buena vida , establecer más relaciones interpersonales y cubrir sus necesidades básicas. Por otra parte tenemos el extremo opuesto y que sea muy poca la gente con un trastorno psiquiátrico que recibe atención (Mora Ríos et al., 2014)

Algunos factores que imperan a la hora de buscar ayuda son: ignorancia, desconocimiento, desconfianza, no saber a quién acudir y porque temen a ser juzgados por otra gente, esto sin contar que muchas veces recibir un atención en salud mental de calidad es costoso y por lo tanto la misma no llega a gente de escasos recursos económicos (Mora Ríos et al., 2014)

El espacio educativo te impide ser creativo, te impide ser feliz porque las instituciones son así, o sea "esto es así y se mantiene así" y esto es como una ley y le afecta a los "normales" y a los "locos". Las instrucciones son así, tienen una jerarquía que no puedes ni hablar con ellos, ni expresar lo que sientes a ti mismo (Narrativa Rubén, julio del 2019)

Podemos ver que Rubén se ha sentido muchas veces discriminado más que nada en el campo laboral y educativo debido a ideas de terceros que fueron incorporándose en su cabeza como que no podía hacer las cosas, además de que expresa que le ha faltado apoyo ya que cualquiera puede equivocarse pero nadie ha estado ahí para decirle que puede salir del bache y que para otra lo hará mejor.

Como vemos en las anteriores líneas, Rubén menciona haberse sentido y cohibido en el espacio laboral y educativo ya que los mismos no dan cabida a la creatividad y cambio, el paciente no es más que un objeto que es mucho mejor si se le puede sacar algún provecho haciéndoles producir. No se tiene en cuenta los gustos del paciente y se ha visto en algunos centros psiquiátricos la creatividad es una gran terapia para los pacientes y de hecho han salido hermosos poemas, pinturas, etc.

Respecto al anterior tema Magallares (como se citó en Noble y Collington, 1987) indica que los estereotipos constituyen una gran barrera para un paciente con trastorno psíquico a la hora de buscar trabajo ya que esto se asocia a una mayor probabilidad de violencia o ataques. Para Magallares (como se citó en Stuart, 2006) la discriminación en el mundo laboral puede ser de dos clases. Se distingue entre discriminación directa (prejuicios y discriminación de parte de empleadores y compañeros de trabajo) y discriminación indirecta (que se da por la discriminación a lo largo de la historia y que ha conllevado a que haya políticas nulas o negligentes cuando se trata de salvaguardarlos). (Magallares Sanjuan , 2011)

Rubén manifiesta también que otro campo en el que se ha sentido discriminado es en el de la salud mental ya que muchas veces no hay citas médicas para pacientes con trastornos psiquiátricos o puede suceder que el personal médico considere que el paciente está recuperado y ya no necesita más atención, no se tiene en cuenta las posibilidades del paciente para acceder al sistema de la salud mental o cuando se le da un diagnóstico puede resultar que no es lo que realmente tiene el paciente. Por increíble que pueda parecer, se ha visto que hay estigmas incluso de parte del personal de salud mental. Esto lo podemos ver en Campo – Arias y Erazo (2013) y se oyen cosas como que el paciente no tiene nada o que debe poner de su parte para salir de la circunstancia en la que está, llevando esto a que haya dificultades a la hora de diagnosticar qué tratamiento es el mejor para el paciente y se incrementa el sufrimiento del paciente y de su entorno cercano o se cree que solo quiere llamar la atención. A parte que se ha visto que los recursos económicos que determina el Estado para los tratamientos de los pacientes con trastornos psiquiátricos es mucho menor a comparación del que se destina a patologías de otra índole (Campo-Arias & Herazo, 2013).

Los médicos les tratan bien y algunos les tratan mal porque estaba en el Pablo Arturo como no me dejaba tanto pinchar y entonces yo le maltraté a una doctora entonces la doctora como que me pegó entonces yo dije no pues, así no es como funciona porque yo no quería que me pinchen

y es como que te obligan o sea para ponerte los sueros. Muchas ocasiones los médicos solo ven a sus pacientes como alguien que debe seguir un tratamiento y nada más.(Narrativa Diana, julio del 2019).

Diana señala que muchas veces al paciente solo se le ve como un objeto, o alguien que sencillamente está para seguir las normas y más en el caso de un paciente con trastorno psiquiátrico ya que se cree que estos no tienen voluntad o capacidad de tomar sus propias decisiones. El paciente está inmerso en una relación de poder en la que él no sabe nada y el médico sabe todo. Respecto a este tema Crespí Mas (2019) señala que hay muchas barreras para acceder a un buen sistema de salud mental, esto se corrobora en que la búsqueda de ayuda es tardía, menor adherencia al tratamiento, relación paciente – terapeuta poco satisfactoria, inseguridades en el paciente y atención en salud física y mental deficiente para los pacientes psiquiátricos (Crespí Mas, 2019). Ha sucedido que profesionales de la salud mental, no han tomado con seriedad si un paciente psiquiátrico presenta alguna dolencia física o reciben tratamientos incompletos recibiendo como única “medicina” la sedación, dando a entender con esto que ellos consideran que lo que está experimentando el paciente es una mera somatización o querer llamar la atención y lo ven como una dolencia imaginaria y no real (Crespí Mas, 2019).

En lo anteriormente señalada coincide Gamboa (1997) cuando dice que siempre cuando se da una internación hay una situación de poder en el que se ven implicados principalmente médicos y familiares o de externos al paciente como puede ser policía, de ahí que el paciente es conducido y tratado hasta el centro psiquiátrico cual si fuese un delincuente, haciendo que el paciente se aísle. A la vez se acumulan conocimientos sobre la corporalidad del paciente muchas veces utilizando procedimientos más invasivos que rehabilitadores. Se le hace ver al paciente que el centro psiquiátrico es su única realidad y no hay más. Es así que hay ocasiones en que el especialista

médico puede convertirse en un autoritario ya que no se siente la existencia del Otro, simplemente hay órdenes y no un verdadero diálogo médico – paciente (Sanchez Gamboa, 1997).

El estigma y la falta de información son los que muchas ocasiones dificultan que las personas con problemas de salud mental accedan a un empleo, educación y participación política (Narrativa de Juan, julio del 2019)

Juan manifiesta que en su país natal fue bastante discriminado y no tenía muchas oportunidades, sin embargo una vez que vino a Ecuador y se enteró de este emprendimiento supo que podría trabajar en el mismo y su plan es permanecer algunos años más.

Muchas veces debido a estas estigmatizaciones es que los pacientes evitan solicitar ayuda aun cuando sus problemas les sobrepasen, esto es lo que dicen Mascayano Tapia et al. (2015) al mencionar que pese al alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, como en el caso de América Latina, la desinformación y los prejuicios son muchos y a su vez el paciente experimenta temor al qué dirán o a su diagnóstico (Mascayano Tapia et al., 2015).

Respecto a las prácticas del personal de salud mental hacia las personas con sufrimiento psíquico yo pienso que en un hospital realmente la gente que tiene problemas mentales la gente no es curada, más bien se enferman peor porque son gente que empiezan a vivir desde el exterior y no desde el interior. Prácticamente la persona empieza a tener deterioro de su vida, de las cosas que realiza, tiene un grado de inseguridad y prácticamente la persona se va enfermando cada vez más- O sea en un hospital prácticamente es la persona... si es que realmente está muy grave de salud debería ir a un hospital. (Narrativa Charles, julio del 2019)

Continuando con lo anterior Charles agrega también lo siguiente:

No he tenido experiencias previas en internaciones pero no me gusta la vida institucional, la vida en que una persona sea necesariamente por un problema encerrada por tantos años, es

algo en lo que no tiene libertad, no tiene sindéresis, no tiene nada de vida(Narrativa Charles, julio del 2019).

Como vemos, si bien Charles no ha estado internado, es tanto el temor que tiene alguna gente a pasar por esta experiencia que la sola idea le aterra, y es verdad, a cualquiera le espantaría el hecho de que puedan quitarle su capacidad de decisión o estar lejos de los seres queridos. Es por todo esto que Charles propone que el paciente sea internado como último recurso.

Concordando con lo declarado por Charles, Hernández Loeza y Sarquis Alarcón (2009) indican que muchas veces la institución psiquiátrica no cumple con las expectativas del paciente, se tiene olvidado por completo que cada paciente tiene su historia individual y todo se lo trata desde lo social. Hernández Loeza y Sarquis Alarcón (como se citó en Goffman 1972) postulan además que este es un proceso en el que paulatinamente se merma la subjetividad el paciente ha de adaptarse a la cotidianidad del psiquiátrico (Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009).

Para Hernández Loeza y Sarquis Alarcón (como se citó en Herder 1996) el paciente empieza a sentirse extraño y distante consigo mismo y con quienes le rodean ya que no cumple con las leyes que la sociedad impone (Hernández Loeza & Sarquis Alarcón, 2009).

Podemos decir entonces que el encierro ya no solo está externamente, sino que el paciente se ha se ha vuelto preso de sí mismo.

Concordando con las anteriores líneas Charles declara: “las demás personas deberían tener otra forma de aficiones, habilidades y vainas que le ayuden a hacer una vida mejor, a tratar de que la vida no sea un encerramiento, una claustrofobia”. Es decir que Charles propone que se maneje el trastorno psiquiátrico desde cualquier cosa que para el paciente sea placentero de realizar y desde la convivencia con otra gente, de lo contrario, con el encerramiento, la vida pierde todo sentido

En concordancia con lo declarado por Charles, podemos citar a Sánchez Gamboa (1997) al señalar que la institucionalización empezó como una "limpieza" social de quienes eran mal vistos,

entre ellos mendigos, pobres, y por supuesto, "los locos". Es aquí que la figura del psiquiatra aparece como alguien que tiene poder sobre el paciente, sobre cómo debe sentirse, lo que debe hacer, lo que está bien o mal, si el paciente se queda o se va, etc. Se da además una mirada clasificatoria y dualista, por ejemplo: sano - enfermo, saber - ignorancia (Sanchez Gamboa, 1997).

Igualmente se clasifica a las enfermedades por orden, tipo, especie. En pocas palabras hay un reduccionismo del paciente y no se tiene en cuenta su totalidad. A esto se le denominó "tecnología del poder" y es someter y dominar al paciente, haciendo esto que al mismo tiempo se convierta en un objeto, esta "tecnología del poder" actúa sobre la corporalidad, pensamientos y alma del paciente y absurdamente se cree que haciendo esto va a alcanzar un supuesto estado de pureza, felicidad o sabiduría (Sanchez Gamboa, 1997).

El poder se ejerce clasificando a la gente en categorías, es decir, se intenta encontrar en ellos alguna característica en común y en base a la misma se les aglutina en un grupo, son provistos de una identidad y se les obliga a adueñarse de la misma, a la vez que se les intenta implantar una verdad en ellos, que tanto ellos mismos como los demás deberán reconocer (Sanchez Gamboa, 1997).

El médico es poseedor de un conocimiento que le permite saber acerca de la enfermedad y del paciente, sin embargo el precio por adquirir tal conocimiento ha sido la cosificación del paciente. Aquí aparece la figura del psiquiatra como quien tiene poder, puede decir lo que el paciente no, puede nombrar lo que no tiene nombre, tiene poder sobre el dolor y el sufrimiento. Es un discurso con tal poder, que se ha ido quedando a lo largo del tiempo y se ha vuelto casi que incuestionable (Sanchez Gamboa, 1997).

13.4. Estigma familia

Entiéndase por estigma familiar a las actitudes prejuiciosas que la propia familia puede tener hacia el paciente y también se refiere a las creencias (basadas en la realidad o en simples suposiciones) de que estas familias son rechazadas por la comunidad por tener entre sus miembros a alguien con un trastorno psiquiátrico (Izquierdo Sánchez, 2015).

Lo anterior implica también una cadena de sucesos que desembocan en estresores, mismos que interferirán en la unión familiar como: diagnóstico del trastorno, angustia frente al mismo, probable decadencia en la situación económica de la familia (Alcalá Pompeo, De Carvalho, Morgado Olive, Da Graça Girade Souza, & Frari Galer, 2016).

A ver, las ideas de mi familia de la otra casa es que me critican o murmuran como soy pero yo les digo que no que las personas que tienen una discapacidad y que saben porque tienen eso y que piensan mucho mejor que ellos (Narrativa de Diana, julio del 2019).

Muchas veces se cree que la familia siempre apoya y está al lado de la gente que tiene un trastorno psiquiátrico. Como podemos ver en el caso de Diana, no siempre es así y muchas veces es la familia la que ha ocasionado algún tipo de trastorno en el paciente y la que primero está a favor de que este sea internado, muchos pacientes terminan años o para siempre abandonados por sus familiares, convirtiéndose el centro psiquiátrico en su casa y algunos incluso mueren así en el más absoluto abandono y olvido.

Lo anteriormente mencionado es debido a que los pacientes que han recibido atención médica en un psiquiátrico por largos periodos de tiempo, posteriormente es muy difícil que puedan reinsertarse en la sociedad, sobre todo los que han sido diagnosticados con trastornos psiquiátricos graves. Ha habido casos en que los mismos familiares han participado para que el paciente sea

internado, no sin antes dar información personal falsa para que así el personal del hospital no pueda ubicarles. Es así que el personal del psiquiátrico se ve obligado a dar asistencia al paciente por tiempo indefinido o incluso para siempre. Así entonces el paciente se vuelve dependiente de la vida en el psiquiátrico y le sería muy difícil enfrentarse a otra realidad. (Gómez-Figueroa, Gutiérrez Zurita, & Campos Castolo, 2011)

Se podría pensar en asilos o albergues, mas los mismos tendrían que contar con políticas que permitan a los pacientes ser admitidos, además de que esto implicaría un esfuerzo extra de tener que capacitar al personal del asilo o albergue para atender a los pacientes psiquiátricos y preparar a quienes vivan ahí para que no sea sorpresivo para ellos convivir con pacientes psiquiátricos (Gómez-Figueroa et al., 2011).

Otra alternativa que puede ser viable es la denominada “atención en la comunidad” en la cual el paciente puede asistir a consulta médica o acceder a hospitalizaciones por cortos periodos de tiempo, lo que se busca es que la familia también se involucre y pueda acceder a una mejor atención y calidad de vida, evitando así el abandono (Camargo Ortega, Lozano Noriega, & Rizo Amézquita, 2018).

Lo anteriormente mencionado puede deberse en parte a que el modelo asilar es el predominante y no ha habido mayor cabida cuando se ha intentado implementar otros modelos como por ejemplo el Modelo Comunitario de Salud, en el cual aparte de las instituciones, también se ve involucrada la sociedad y la familia. Como vemos, todo el peso cae sobre la institución y su personal y muchas veces no se dispone de los recursos económicos suficientes para atender a todos los pacientes destinados a permanecer por siempre institucionalizados (Camargo Ortega et al., 2018). Sin embargo, Diana ha tenido la oportunidad de estar en una casa de acogida que en palabras de ella la siente como suya y la gente de ahí ya es como su familia

porque siente que ahí ha recibido más apoyo que de su propia familia biológica. En esta casa de acogida ha hecho un plan de vida para que sepa que camino quiere seguir más adelante y tener con qué defenderse.

Respecto a lo anterior Liberman y Corrigan (1993), así como Wallace y otros (1992) señalan que en general para que el paciente pueda desenvolverse solo se puede empezar por los siguientes puntos: 1) objetivo(s); 2) la descripción de destrezas a impulsar, así como 3) utilización de la metodología denominada “actividades para el aprendizaje de habilidades sociales” (Medina Mora et al., 2015) (Medina Mora, Sarti Gutiérrez, & Real Quintanar, 2015).

Medina Mora et al., (como se citó en Liberman y Corrigan, 1993; Wallace et al., 1992) mencionan que con todo lo anteriormente señalado lo que se busca es: 1) explicar y alentar al paciente a la potenciación de sus habilidades; 2) demostración por parte del terapeuta de las habilidades a ser aprendidas; 3) práctica de las habilidades en las sesiones con la respectiva orientación y su retroalimentación; 4) conversatorio acerca de lo que se requiere para la ejecución de nuevas habilidades; 5) búsqueda en conjunto para la resolución de problemas relacionados al ejercicio de nuevas habilidades; 6) puesta en práctica de las habilidades en la vida real; 7) asignación, realización y terminación del desarrollo de habilidades en la comunidad; y 8) sesiones extra , en caso de ser requeridas a fin de robustecer el aprendizaje de habilidades (Medina Mora et al., 2015).

Respecto a este tema Muñoz et al., (como se citó en Maj et al., 2004) mencionan que la familia puede tener mejores conocimientos de algunos aspectos del trastorno psiquiátrico, pero es menor en otros como por ejemplo al intentar saber que ha ocasionado ese trastorno. A parte que como ya se dijo, muchas veces es la misma familia la que impulsa los estigmas o los

menosprecian al creer que no podrán hallar empleo ni formar un hogar, otro modo de propulsar el estigma es escondiéndolo o negándolo (Muñoz et al., 2009).

Sobre el sufrimiento psíquico mi familia piensa que es una cosa que le hace mucho daño a la persona. (Narrativa de Juan, julio del 2019)

Si bien Juan declara que el trastorno psíquico es algo que daña a quien lo tiene, esto no ha sido una traba para que su familia lo apoye e incluso le motivan para que lea y se documente acerca de su trastorno y comprenda mejor lo que le sucede. Respecto a eso podemos mencionar que existe la carga subjetiva y la carga objetiva. La primera de ellas consiste en que los familiares experimentan sentimientos de dolor y pérdida y muchas veces no saben cómo actuar frente a los altibajos que puede presentar el paciente en su salud mental. La carga objetiva en cambio consiste en que además de tener que lidiar con el trastorno mental, los familiares deben velar por el cuidado y bienestar del paciente psiquiátrico, verse expuestos a estrés, además de enfrentar que no siempre el sistema de salud es el mejor o este no siempre contempla a los familiares como una parte vital en el tratamiento del paciente, entre muchas otras cosas. (Marsh, Pickett-Schenk, & Cook, 2013)

13.5. Autoestigma

El autoestigma son una serie de respuestas de quienes han sido estigmatizados y vuelven contra ellos mismos estos prejuicios y creencias negativas. En el caso de los pacientes psiquiátricos es muy común oír: “es verdad, soy un inútil”, “no puedo valerme por mí mismo”. Se autosabotean conllevando esto a que les sea muy difícil ser independientes y alcanzar sus metas. (Arnaiz & Uriarte, 2006)

La autoestima baja así como la capacidad de que el paciente crea que puede hacer las cosas por sí mismo y muchas veces que no puedan realizar lo que se proponen es debido a lo arraigadas que tienen estas ideas, no porque sea un indicio real de sus destrezas y habilidades. . (Arnaiz & Uriarte, 2006). Aunado a esto, pueden también manifestar signos de paranoia o esquivar el contacto con otra gente por temor a ser descubiertos y continuar siendo estigmatizados. Hemos de mencionar que todo esto a larga desencadenará en el denominado efecto rebote, mismo que consiste en que el paciente dedica largas horas a pensar en su trastorno psiquiátrico para así evitar hablar del asunto, lo que tendrá repercusiones en su bienestar (Magallares Sanjuan , 2011).

Sobrellevar mi enfermedad mental al principio era triste pero ahora ya no es tan triste, ahora la llevo tranquila, con calma (Narrativa de Diana, julio del 2019).

Como ya se explicó antes en este documento, el autoestigma sucede cuando el paciente incorpora creencias (mayormente negativas) como parte de su identidad. Diana menciona que en un inicio fue duro y difícil sobrellevar su trastorno, mas con ayuda principalmente de la casa de acogida en la que ha estado, ella ha podido ser capaz de apartarse de esos estigmas e incluso está planificando su futuro y quiere tener que ver más que nada con políticas que favorezcan a los pacientes psiquiátricos y ha sido capaz de hacer frente a las críticas y murmuraciones de su familia biológica al decir que alguien con un trastorno mental es mucho más capaz que alguien “normal”.

Para Arnaiz y Uriarte (2006) la experimentación del estigma es algo totalmente relativo ya que habrá gente que es excluida socialmente por su condición psiquiátrica, más esto no va a influir en su bienestar mental ni en cómo se perciben a sí mismos, mientras otros serán más susceptibles de sentirse perjudicados (Arnaiz & Uriarte, 2006). En pocas palabras, si se cree que el estigma social es una verdad, inevitablemente voy a ver mi autoestima y eficacia disminuidas, pero si se lo ve como algo que no tiene fundamento e injusto, eso me llevará a fortalecerme y a luchar por una mejor atención y trato ya que es mi derecho.

Para mí ha sido difícil sobrellevar mi enfermedad mental porque cuando vivía en Cuba no me relacionaba mucho y ahora sí me relaciono bastante. Si bien no tengo claro porque, mi autoestima si se ha visto reducida por mi padecimiento mental. (Narrativa de Juan, julio del 2019)

Lo declarado por Juan en las anteriores líneas es lo que experimentan muchos pacientes, no comprenden lo que tienen o sucede, pueden experimentar altos y bajos y no saber siquiera la causa de los mismos o no saben que deben hacer para sentirse mejor.

Para Agudiez (2017) el autoestigma es una construcción que se produce paulatinamente y atraviesa por algunas fases como: toma de conciencia, estar de acuerdo con el estereotipo. Estar de acuerdo con el estereotipo implica que se lo aplicará y se tomará como una fiel descripción de uno mismo y consecuentemente habrá una baja autoestima (Martín Agudiez, 2017).

Agudiez (como se citó en Corrigan y Gao, 2012) postula que el poder del autoestigma puede llegar a ser tal, que los pacientes psiquiátricos pueden llegar a sentirse discriminados o rechazados sin que necesariamente esto sea verdad (Martín Agudiez, 2017).

Ser inseguro, sí, me he sentido un poco inseguro, algún tiempo cuando estaba en la edad de 22 o 23 años tenía problemas psicológicos serios de inseguridad pero fui superando, fui superando bastante bien, con médicos, con psiquiatras, con psicólogos que me han ido viendo todo el tiempo y que han estado pendientes de mi tratamiento, yo he podido superar todo este tipo de cosas y con la relación con mi familia que ahora me llevo con mi papá mejor y con mi mamá también que nos llevamos súper bien y conversamos de las cosas más bonitas de la vida y tratamos de hacer una vida tranquila ¿no? . (Narrativa Charles, julio del 2019)

Concordando con lo dicho por Charles están Badallo Carbajosa et al., (2018) al indicar que el individuo estigmatizado se relacionará con los demás con su autoestigma de por medio, es así que el individuo va a sentirse devaluado en su identidad y mucho más si esto se produce

reiterativamente (Badallo Carbajosa, y otros, 2018). Como vemos, en el caso de Ch esto se manifestó por medio de inseguridades y pensamientos que solo estaban en su cabeza. Esto lo corroboramos cuando dice lo siguiente: “A veces mi autoestima si se ha visto disminuida porque cuando no puedo lidiar con el problema me enfermo. Trato de salir de mis pensamientos estúpidos pero no todo el tiempo es así”.

Como vemos, en ocasiones tener un trastorno, más que una batalla contra lo exterior, muchas veces implica una batalla del paciente contra su propio mundo interno y por comprenderse a sí mismo. Si a esto le adjuntamos que en ocasiones es la propia familia o gente cercana la que implanta estos pensamientos tontos de: "eres viejo para hacer lo que quieres", "no vas a lograr nada", "no tienes talento para eso", etc, entonces vamos a tener un cuadro realmente crítico y un paciente que cree toda la basura que le han querido hacer pasar como una verdad.

Conclusiones

A continuación procederemos a evidenciar algunos de los hallazgos realizados. Con dicho fin se han retomado los objetivos e hipótesis y supuestos de este documento

Los objetivos específicos propuestos fueron los siguientes. En primer lugar identificar qué concepciones tienen sobre el estigma quienes tienen sufrimiento psíquico. En segundo lugar reconocer que situaciones de estigmatización han tenido quienes tienen sufrimiento psíquico a nivel social, institucional, familiar y personal. Y en tercer lugar determinar las situaciones cotidianas que han favorecido la superación de los estigmas de las personas que tienen sufrimiento psíquico.

Los hallazgos en torno a estos objetivos son que las concepciones respecto al estigma que tienen los trabajadores de este emprendimiento es que un estigma son como huellas o marcas con las que se les sella desde el desconocimiento y la ignorancia y es poca la gente que se toma el tiempo de convivir con ellos y conocerles un poco más.

En los campos que más se han sentido estigmatizados podemos decir que son el laboral y el académico ya que son espacios que tienden a cohibir, espacios en los que ya hay una jerarquía y por lógica van a sentir que no son escuchados o directamente se les discrimina negándoles su derecho a trabajar.

Entre las cosas que les han ayudado a ir superando paulatinamente el estigma podemos decir que ha sido fundamental el apoyo de otra gente, sea esta familia o no ya que consideran que siempre es importante tener una guía, alguien que te aliente, que te ayude a trazar una senda por la que has de conducirte en la vida.

Continuando con lo anterior, también podemos decir que ellos mismos han sido su propia fortaleza ya que no se han dejado derrumbar y ahí tenemos el testimonio de Diana, quien pese a

todas las murmuraciones de su familia, ha demostrado que sabe lo que quiere y que es capaz de tener metas claras.

Respecto al objetivo general, establecer las concepciones y prácticas cotidianas que generan estigma hacia las personas con sufrimiento psíquico, los hallazgos que podemos mencionar son: malas prácticas por parte de los profesionales de la salud ya que incluso a Rubén han llegado a negarle citas médicas o en el caso de Diana, a quien maltrataban por rehusarse a procedimientos médicos que ella considera eran invasivos.

En cuanto a lo laboral también se han sentido estigmatizados ya que no les ha sido fácil conseguir empleo por más que hayan buscado y es por eso que hoy pertenecen a este emprendimiento que se sale de los modelos tradicionales de lo que uno creería es un trabajo.

Otro campo en el que hay un amplio acuerdo es en el de la sexualidad ya que consideran que está plagado de mitos y algunos de los participantes manifestaron que si desearían disfrutar de una sexualidad más plena.

Finalmente, el supuesto de este trabajo de titulación fue que los estigmas sociales, institucionales, familiares y el autoestima de las personas con sufrimiento psíquico implican procesos de exclusión social en varios ámbitos como el laboral, afectivo, familiar e interpersonal. Sin embargo existe experiencia cotidianas que se convierten en oportunidades para que puedan demostrar que son tan capaces como cualquier otra persona. Al respecto podemos concluir que en el caso de quienes participaron de los conversatorios, esa experiencia cotidiana que les ha permitido demostrar sus capacidades, ha sido este emprendimiento ya que en el mismo han aprendido a socializar más, a ayudarse entre ellos, sentirse más autónomos y hacer sus cosas solos y reducir algunos de sus temores como por ejemplo: hablar en público.

Para cerrar este texto quiero indicar que la vinculación con las personas participantes de esta investigación dejaron una huella importante en mí. Desde mi experiencia personal muchas veces

los especialistas juzgan al paciente. De parte de algunos médicos he tenido que oír cosas como: "infantil", "niña problema", "tu familiar no es alguien bueno", "¿te drogas?, porque por como actúas, parece que estuvieras drogada", "sigue así y habrá que internarte y te aseguro que la internación no es nada agradable". Oír cosas así de parte que quienes se supone son especialistas, es sencillamente deprimente. También se piensa que la familia o gente cercana siempre está ahí para ayudarte y no en todos los casos es así, ya que en el mío particularmente he oído cosas como: "delincuente", "intérnala", "eres vieja para hacer eso", "en lugar de hacer eso haz esto" y así podría continuar. Incluso he tenido que oír palabras despectivas y malsonantes. Es por todo eso que quienes participaron de este trabajo de titulación merecen mi admiración, porque yo también sé lo que es lidiar con situaciones así.

Bibliografía

- Alcalá Pompeo, D., De Carvalho, A., Morgado Olive, A., Da Graça Girade Souza, M., & Frari Galer, S. (2016). *Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales*. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Ballesteros Pérez, F., Badallo Carbajosa, A., Bertina, A., Cerezo Quintana, Y; Magro Sanchez, Ma., Polvorinos Galán, F. (2018). *La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana*. Madrid: Colegio Nacional de Psicólogos de Madrid.
- Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.
- Caballero Martínez, L. (2007). *Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales*. Madrid: Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Camargo Ortega, E., Lozano Noriega, R., & Rizo Amézquita, J. (2018). *Abandono de pacientes psiquiátricos*. Boletín Conamed - OPS.
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2013). *Estigma, prejuicio y discriminación en salud mental*. REVISTA CIENCIAS BIOMÉDICAS.

- Crespí Mas, M. (2019). *¿Existe estigmatización por parte de los profesionales de la salud en el trato a los enfermos con trastornos mentales graves y cuáles su impacto?* Universidad de las Islas Baleares .
- Hernández Loeza, O., & Sarquis Alarcón, Z. (2009). *EL ENCIERRO INSTITUCIONALIZADO* . Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Lois Lama, A. (julio de 2015). *“La percepción que tienen las personas con trastorno mental sobre su sexualidad, la visión de sus familiares y profesionales sociosanitarios que trabajan en el campo.* Recuperado el 15 de julio de 2019, de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16792/LoisLama_Amaya_TFG_2015.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible.* Madrid : Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Marti-Mestre, M., & Cazorla, J. (2016). *La sexualidad y la diversidad mental Reflexión sobre el derecho al acceso y el ejercicio de la sexualidad en personas con diversidad mental.* Universidad de La Rioja.
- Martín Agudiez, N. (2017). *Cuando el estigma se aplica a uno mismo: una revisión bibliográfica del autoestigma en Salud Mental* . Universitat Jaume I.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & I Manchego Soza, C. (2015). *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones.* Valparaíso,

Santiago de Chile : Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.

Mingote Adán, J., del Pino Cuadrado, P., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M., & Gutiérrez García, M. (2011). *El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención*. Madrid: Programa de Atención Integral al profesional sanitario enfermo (UVOPSE_PAIPSE). Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Mora-Ríos, J., Natera-Rey, G., Bautista-Aguilar, N., & Ortega-Ortega, M. (2014). *Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Ochoa , S., Martínez , F., Ribas , M., García-Franco , M., López , E., Villellas, R., . . . Haro , J. (2011). *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia*.

Rodríguez Moya, L., & Peláez, J. (2013). *Terapia familiar en los trastornos de personalidad*. Madrid.

Anónimo. (2007). *Resumen de Estigma la identidad deterioradada de Erving Goffman*.

Arnaiz, A., & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad Mental. *Norte de Salud Mental*(26), 49-59. Recuperado el 21 de Enero de 2019, de <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>

Arribas Marina, J. (s/f). *Psicofármacos ¿curación o adicción?* Biblioteca Uniroja.

- Balash , M., & Montenegro , M. (2005). *Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas*. Barcelona : Universidad Autónoma de Barcelona .
- Callejas Fonseca, , L., & Piña Mendoza, , C. (2005). *La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil*. Distrito Federal, México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco.
- Carrazana, V. (2005). *El concepto de salud mental en psicología humanista - existencial*. Universidad Católica Boliviana.
- Chang Paredes, N., Ribot Reyes, V., & Pérez Fernández, V. (2018). *Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas*. Revista Habanera de Ciencias Médicas.
- Da Luz Rodríguez, Y. (2016). *La sexualidad en la Psicosis*. Universidad de la República Uruguay.
- David, L. (13 de Enero de 2017). *Contra el estigma, estereotipos, medios de comunicación y salud mental*. *Metode*(91), 23-27. Recuperado el 22 de Enero de 2019, de https://metode.cat/wp-content/uploads/2017/01/91ES-contra-estigma.pdf?_ga=2.158284730.1418022313.1548171904-325967031.1548171904
- Echeverría G, G. (2005). *Análisis Cualitativo por categorías* . Santiago de Chile : Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- European Social Network. (2011). *Salud mental y bienestar en Europa: Un enfoque comunitariocentrado en la persona*.

Gandarias Goikoetxea , I., & García Fernández , N. (2014). *Producciones narrativas: una propuesta metodológica para la investigación feminista*. Guipuzkoako Foru Aldundia .

Gandarias Goikoetxea, I., & García Fernández, N. (2014). *Producciones narrativas: una propuesta metodológica para la investigación científica* . Bilbao: Gipuzkoako Foru Aldundia.

García Fernández , N. (2014). *Re/pensar las producciones narrativas como propuesta metodológica feminista: experiencias de investigación en torno al amor romántico*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Goffman , E. (1963/2006). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu Editores España S.L.

Goffman , E. (1963/2006). *Estigma la identidad deteriorada*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu editores.

Gómez-Figueroa, C., Gutiérrez Zurita, J., & Campos Castolo, M. (2011). *Análisis de la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en pacientes crónicos no rehabilitables*. Rev CONAMED.

Herrera , J. (2008). *La investigación cualitativa* .

Izquierdo Sánchez, B. (2015). *ESTUDIO SOBRE EL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL*. Tenerife: Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería Y Fisioterapia. Universidad de La Laguna. Tenerife.

Korinfield, D. (2003). *Estigma y sufrimiento psíquico*. Recuperado el 21 de Enero de 2019, de latin.sysprop.net:

http://latin.sysprop.net/latintraining/punto/biblio/Adol/Korinfeld_Estigma.doc

- Magallares Sanjuan , A. (2011). *El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión* . Madrid : Universidad Nacional de Educación a Distancia .
- Marsh, D., Pickett-Schenk, S., & Cook, J. (2013). *Las Familias y las Enfermedades Mentales*. Chicago: La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales.
- Martín Agudiez, N. (2017). *Cuando el estigma se aplica a uno mismo: una revisión bibliográfica del autoestigma en Salud Mental*. Universitat Jaume.
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. Valparaíso, Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Escuela de Psicología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.
- Medina Mora, M., Sarti Gutiérrez, E., & Real Quintanar, T. (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Academia Nacional de Medicina / México.
- Mendoza, E., & Onofrio, G. (2018). *Estigma en Psiquiatría perspectiva y nudos problemáticos*. Recuperado el 21 de Enero de 2019, de www.apalweb.org:
<http://www.apalweb.org/docs/estigma2018.pdf>
- Mingote Adán, J., Cuadrado, P., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer , M., & Gutiérrez García, M. (2011). *El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención*. Recuperado el 15 de julio de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012
- Montes Berges , B. (2008). *Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo comonueva forma de prejuicio*. Jaén : Universidad de Jaén.

Muñoz , M., Pérez Santos , E., Crespo , M., & Guillén , A. (2009). *Estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid : Complutense .

Muñoz , M., Pérez Santos , E., Crespo , M., & Guillén , A. (2009). *estigma y enfermedad mental análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* . Madrid : Complutense .

Pedersen , D. (enero de 2005). *Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación*. Recuperado el 26 de marzo de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el analisis_e_investigacion

Ramos Bernal , A. (2010). *Stop al estigma de la salud mental* . Club Universitario .

Sanchez Gamboa, M. (1997). *Poder y Locura*. Quito: Abya - Yala.

Troncoso Pérez, L., Galaz Valderrama, C., & Alvarez , C. (2017). *Las producciones narrativas como metodología de investigación feminista en Psicología Social Crítica: Tensiones y desafíos* . Santiago de Chile : Universidad de Chile .

Velazquez, M. (2012). *La salud mental de las y los trabajadores* . Wolters Kluwer España, S.A.