

2018

“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.

Román, María Micaela

---

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/62>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*




**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL**  
**CARRERA: LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL**

**Título:** “Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.

**Tema:** El impacto de un diagnóstico de Salud Mental en la conformación de la identidad, a partir de los relatos de usuarios de la ciudad de Mar del Plata.

**Estudiantes:**

-  **Román, María Micaela 11095/10**
-  **Wagner Costanzo, Karen 10935/10**

**Director: Médico Psiquiatra. Curto, Javier**  
**Co-directora: Lic. Bru, Gabriela**

**Año 2018**

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*“Tengo que aprender a volar  
entre tanta gente de pie.  
Cuidan de mis alas unos gnomos de lata  
que de noche nunca ríen”*

***Luis Alberto Spinetta.***

*“Un pájaro vivía en mí.  
Una flor viajaba en mi sangre  
Mi corazón era violín.  
Quise o no quise. Pero a veces  
me quisieron. También a mí  
me alegraban: la primavera,  
las manos juntas, lo feliz.  
¡Digo que el hombre debe serlo!”  
(Aquí yace un pájaro.*

*Una flor.*

*Un violín)*

***Juan Gelmán***

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a nuestras familias, quienes nos acompañaron y apoyaron incondicionalmente en el transcurso de la carrera, brindando su contención y afecto.

A nuestro director de tesis, Javier Curto, y a nuestra codirectora, Gabriela Bru, quienes nos acompañaron y guiaron en esta etapa de aprendizaje e investigación, colaborando y aportando ideas que nos permitieron pensar y repensar desde una mirada crítica.

A los usuarios de las diferentes instituciones que nos permitieron conocer sus historias de vida en profundidad, siempre dispuestos a trabajar en forma conjunta, generando un ambiente cálido, logrando alcanzar los objetivos de este trabajo de investigación de forma amena.

**INDICE:**

FUNDAMENTACIÓN.....	5
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	7
PALABRAS CLAVES.....	8
CAPÍTULO 1:	
EL SISTEMA DE SALUD.....	9
CONCEPTO DE SALUD.....	10
SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.....	11
LOS NIVELES DE ATENCIÓN.....	13
CAPÍTULO 2:	
SALUD MENTAL.....	14
CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....	15
SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA.....	19
SALUD MENTAL PÚBLICA Y PRIVADA.....	22
CAPÍTULO 3:	
DIAGNÓSTICO.....	23
CONCEPTO DIAGNÓSTICO.....	24
CONCEPTO ESQUIZOFRENIA.....	27
SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA.....	30
Etapas en la esquizofrenia.....	30
CAPÍTULO 4:	
ESTIGMA E IDENTIDAD.....	33
CONCEPTO DE IDENTIDAD.....	34
ACERCA DEL ESTIGMA.....	37
Proceso de Estigmatización.....	39
Consecuencias de la Estigmatización.....	40
TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	42
Intervención y aportes del trabajo social en el campo de la Salud Mental.....	42
Intervención en salud mental.....	43
Trabajo social y estigma.....	44

CAPÍTULO 5:	
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	46
HISTORIA DE VIDA.....	48
La entrevista como técnica de investigación	
Cualitativa.....	49
CAPÍTULO 6:	
ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS.....	51
EFECTOS EN LAS RELACIONES VINCULARES A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL.....	52
Los efectos en las relaciones: grupo primario.....	53
Efectos en las relaciones de pareja.....	54
Los efectos en las relaciones: grupo de pertenencia.....	55
TRANSFORMACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO.....	59
Impacto en la condición laboral a partir del diagnóstico.....	59
Transformaciones en las actividades recreativas.....	61
Impacto del diagnóstico en las formación educativa.....	62
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS.....	66
Efectos, reproducción del discurso y aceptación.....	66
FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTIGMA.....	71
CONCLUSIÓN.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	80
ANEXO	
HISTORIA DE VIDA: Emilio.....	87
HISTORIA DE VIDA: Laura.....	100
HISTORIA DE VIDA: Andrea.....	107
HISTORIA DE VIDA: Gabriel.....	115
HISTORIA DE VIDA: Jorge.....	133
HISTORIA DE VIDA: Victor.....	140

## **FUNDAMENTACIÓN**

Este trabajo se propone realizar una investigación de tipo exploratorio y cualitativa acerca del impacto producido por un diagnóstico en Salud Mental, cómo afecta el mismo a la conformación de identidad y su experiencia en los distintos ámbitos de la vida cotidiana.

El interés de esta temática surge a partir de las cursadas a lo largo de la carrera y en especial en la cátedra de Salud Mental, dado que la misma nos brindó herramientas para poder analizar y reflexionar desde el paradigma de la complejidad así como también poder tener una mirada crítica.

El propósito que guía el presente trabajo es intentar dar cuenta de las consecuencias tanto en la conformación de identidad como en las relaciones vinculares a partir del estigma ocasionado por un diagnóstico en Salud Mental.

A partir de lo expuesto anteriormente surgen los siguientes interrogantes: ¿Cómo impacta en la vida de una persona un diagnóstico en salud mental? ¿Qué cambios produce en él y en su entorno? ¿Se reconoce en ese diagnóstico?

Con el fin de responder estos interrogantes, nos propusimos indagar acerca de los cambios producidos en las relaciones vinculares a partir del diagnóstico; cómo el diagnóstico afecta en el desenvolvimiento de la vida cotidiana; cómo los usuarios creen que son percibidos por el resto de la sociedad con el objeto de visualizar cuales son los factores que contribuyen a la construcción del estigma en la sociedad.

En el primer capítulo, se intentara dar cuenta del concepto de Salud y la evolución del mismo desde el modelo biomédico y el modelo social. Luego, realizaremos un desarrollo de la composición del Sistema de Salud Argentino, acompañado de una descripción de los diferentes niveles de atención.

En el segundo capítulo, abordaremos el concepto de Salud Mental, haremos mención a un breve recorrido histórico de la Salud Mental en la Argentina, desde la construcción de los primeros manicomios. Para finalizar se llevara a cabo una comparación de la atención de la Salud Mental pública y privada.

En el tercer capítulo, realizaremos una aproximación al concepto de diagnóstico teniendo en cuenta diferentes perspectivas, tanto desde un modelo

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

médico como social. Y una descripción del diagnóstico elegido para llevar adelante nuestro trabajo de investigación, el cual es “Esquizofrenia”.

Por último, abordaremos los conceptos de Estigma e Identidad, a partir de un diagnóstico en Salud Mental, ya que la interacción de los mismos se manifiesta en la vida cotidiana.

Siguiendo a Goffman (2006) la socialización implica un proceso estructural a través del cual se establecen categorías para ubicar a las personas, asignándoles atributos preestablecidos. Estos atributos forman su «identidad social». Lo cual facilita las situaciones de interacción, al permitir clasificar rápidamente a las personas con las cuales entramos en contacto en función de rasgos externos que hemos interiorizado de un determinado tipo de personas. En función de estas categorías surgirán expectativas, que nos permite tratar a los «otros» sin necesidad de dedicarles una atención especial.

Para finalizar, daremos cuenta de la importancia de la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, los aportes que el mismo realiza en base a su especificidad profesional respecto al estigma que genera un diagnóstico en Salud Mental.

Con el propósito de llevar adelante nuestro proceso de investigación tomamos como técnica la Historia de Vida, dado que la misma prioriza al sujeto en su individualidad, teniendo como eje central el relato que los propios usuarios realizan de su experiencia de vida. Haciendo hincapié en las diferentes etapas de vida y las modificaciones producidas a partir de la transmisión del diagnóstico en Salud Mental, con el fin de lograr una comparación entre el “antes” y el “después”.

En base a lo mencionado anteriormente, podemos afirmar la existencia de ciertas “etiquetas sociales” que limitan el desenvolvimiento en la vida cotidiana, debido a una barrera poco permeable para el acceso de éstos a razonables condiciones de vida y al pleno goce de los diferentes derechos sociales, dando lugar a la presencia de ciertos factores que contribuyen al proceso de estigmatización de las personas que poseen un diagnóstico en Salud Mental.



### **OBJETIVO GENERAL:**

- Analizar cómo impacta el diagnóstico de salud mental en la conformación de la identidad a partir de las historia de vida de usuarios de la ciudad de Mar del Plata.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analizar los cambios producidos en las relaciones vinculares a partir del diagnóstico, tomando como base las historias de vida de dos usuarios en la atención pública y privada de la ciudad de mar del plata.
- Analizar como el diagnóstico afecta en el desenvolvimiento de la vida cotidiana de los usuarios seleccionados.
- Indagar acerca de cómo los usuarios creen que son percibidos por el resto de la sociedad.
- Visualizar los factores que contribuyen a la construcción de un estigma en la sociedad, a partir de las historias de vida analizadas de los usuarios de la ciudad de Mar del Plata.
- Comparar el abordaje realizado desde el sector público y el sector privado en relación a la conformación de un diagnóstico, desde la perspectiva de los usuarios.

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

**PALABRAS CLAVES:**

- Salud Mental
- Diagnóstico
- Identidad
- Estigma

## **CAPÍTULO 1**

### **EL SISTEMA DE SALUD**

En el presente capítulo haremos mención, en primer lugar, al concepto de Salud, teniendo en cuenta su evolución desde las diferentes perspectivas, tanto desde un modelo biomédico como social. Luego, realizaremos un desarrollo de la composición del sistema de salud en Argentina.

Por último, haremos una descripción de los distintos niveles de atención de la salud, considerando a los mismos como una forma escalonada de organización para lograr un equilibrio en la cantidad y variedad de servicios disponibles para satisfacer las necesidades de la población.

## **CONCEPTO DE SALUD**

El concepto de la salud ha ido evolucionando en relación a los diferentes momentos, culturas, contexto social y nivel de conocimientos.

Cuando se intenta comprender este concepto, se observa que ha sido definido desde la perspectiva de diferentes disciplinas.

La Organización Mundial de la Salud, la define como: “el estado completo de bienestar físico, mental y social que tiene una persona, y no simplemente la ausencia de enfermedad”. La salud no puede ser considerada como un “estado”, ya que se trata de un proceso multidimensional, un proceso que podría llamarse de bienestar psicosocial.

Esta definición es el resultado de una evolución conceptual ampliando la definición establecida por el modelo biomédico, el cual se presume a la salud como la ausencia de enfermedades biológicas.

Según el INADI, en el documento titulado “Derecho a la Salud sin Discriminación”, la concepción biomédica naturaliza los parámetros de normalidad/ anormalidad, salud/enfermedad, por los cuales las personas pasamos a ser considerados como objetos. Estas clasificaciones son funcionales a la discriminación y estigmatización de las personas y colectivos sociales.

Así, la enfermedad es pensada en términos individuales, ahistóricos y unicausales y la atención de la salud planteada en términos biomédicos. Ya sea a partir de la medicalización o la promoción de conductas que faciliten la adaptación o readaptación al sistema social.

La perspectiva a la cual adherimos se inscribe en el modelo de los determinantes sociales, que plantea la salud en términos de multiplicidad y complejidad, incluyendo lo biológico, lo psicológico, y jerarquizando lo social como determinante en la vida cotidiana, ya que nos atraviesan como integrantes de una sociedad.

## **SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, define al sistema de salud como un modelo de organización social para dar respuesta a los problemas de salud de la población. A su vez, el sistema es el resultado de la articulación de tres componentes: político, económico y técnico. La articulación de los mismos, comprende un conjunto de combinaciones que da lugar a tres modelos:

- **Modelo Político:** (o de gestión). Define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del Estado en salud. De esta manera, la dimensión política, consistiría en definir qué tipo de informaciones deben ser suministradas a la población, qué servicios debe proveer directamente el Estado y cuáles y cómo debe comprar el Estado al sector privado; y, por último, cómo se debe regular a las empresas de salud.
- **Modelo Económico:** (o de financiación). Define ¿Cuánto debe gastar en salud el país?, ¿De dónde provienen los recursos? y ¿Cómo se asignan los recursos?

Los cambios en la economía llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud.

- **Modelo Técnico:** (o de atención). Define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población; a quién se cubrirá con ellos; y con qué criterios se prestarán y dónde.

El sistema de salud Argentino se encuentra fragmentado y desarticulado en primer lugar en tres grandes subsectores. Esta fragmentación se expresa en: fuentes de financiamiento, diferentes coberturas, coseguros y copagos y órganos de control y fiscalización.

### Clasificación:

- **Público:** A su vez fragmentado en niveles: Nacional, Provincial y Municipal. Quedando sometidos a normativas establecidas por cada jurisdicción.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- De Seguridad Social: hace referencia a Obras sociales nacionales, Obras sociales provinciales, Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, Obras Sociales de las Universidades Nacionales y de los Poderes Legislativo y Judicial.
- Privado: Seguros voluntarios. (Medicinas prepagas). Expresado en numerosas entidades.

Muchas veces la ineficacia e ineficiencia de los sistemas de salud se sustentan sobre el trípode de la escasez de recursos, la indisciplina social y la coherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse. Copian soluciones organizativas, que les parecen exitosas o simplemente son bien propagandizadas por agentes con intereses económicos.

## **LOS NIVELES DE ATENCIÓN**

Un sistema conformado por los distintos niveles de atención, queda constituido de la siguiente manera (Ase, I; Burijovich, J., 2009)

➤ **Primer Nivel de Atención:**

Se denomina a las acciones y servicios destinados a preservar la salud mediante la promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, en casos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria.

➤ **Segundo Nivel de Atención:**

Se denomina a los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias, la cuales requieren de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

➤ **Tercer Nivel de Atención Médica:**

Se denomina a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades. A su vez puede comprender funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

## **CAPÍTULO 2**

### **SALUD MENTAL**

En el siguiente capítulo abordaremos el concepto de Salud Mental, teniendo en cuenta la definición establecida por diferentes autores, como así también por la Organización Mundial de la Salud y la Ley Nacional de Salud Mental n° 26657.

Por otra parte, haremos mención a un breve recorrido histórico de la Salud Mental en la Argentina, desde la construcción de los primeros manicomios. Para finalizar se llevara a cabo una comparación de la atención de la Salud Mental pública y privada.



## **CONCEPTO DE SALUD MENTAL**

En primera instancia, se considera oportuno hacer mención a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual considera que la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental. La misma define a la Salud como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Por otra parte, incorpora a dicha definición la vivencia subjetiva del bienestar dando cuenta de la construcción activa de dicho proceso (Salud – Enfermedad como proceso).

Este proceso según Menéndez (1994) constituye un universal el cual opera estructuralmente en todos los conjuntos sociales que conforman la sociedad. El sujeto desde su nacimiento se constituye e instituye a partir de este proceso. La manera en la cual responde la sociedad a las diferentes enfermedades no solo es un hecho cotidiano, sino que también constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de toda sociedad, en consecuencia se generan representaciones y prácticas además de estructurar un saber para enfrentar, convivir, solucionar y erradicar los padecimientos.

Este proceso puede ser observado desde diferentes modelos: por un lado el unicausal, en el cual se reconoce una causa única y fundamental para la producción de la enfermedad. Bajo el mismo, tanto el parásito, la bacteria o el virus pasan a ser las causas últimas de la enfermedad, dejando de lado los trastornos sociales que son producidos por el sistema económico y social; por otra parte, el modelo multicausal, sustituyendo al anterior planteando que la causa de la enfermedad no es única sino que coexisten varias (Estrada Ospina, 2006).

En síntesis, el proceso de salud-enfermedad, debe ser asumido como una unidad de análisis compleja y dialéctica, debido a que lo natural y lo social siempre están presentes de manera contradictoria, dinámica pero no excluyente.

Por otra parte la ley de Salud Mental número 26.657, expresa que: “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socioeconómico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletentes en la comunidad donde vive la persona.
- c) Elección o identidad sexual.
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

En sus artículos aboga por el respeto y cumplimiento de los Derechos Humanos fundamentales de las personas.

Carpintero (2011) considera oportuno mencionar cuatro aspectos importantes que se modificaron a partir de la sanción de la misma.

- En relación a los Derechos Humanos: establece la defensa de los mismos. En cuanto al criterio de internación, se reemplaza la idea que respondía a la “peligrosidad para sí o para terceros” por “riesgo cierto e inminente”. A su vez, las mismas deben ser por lapsos breves y en hospitales generales. Las internaciones involuntarias, quedan restringidas y sujetas a control por un órgano de revisión. Es responsabilidad de los profesionales y empleados de las instituciones denunciar cualquier trato indigno.
- El equipo interdisciplinario: deja de ser el psiquiatra el eje del tratamiento. La atención de salud mental, debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario (psicología, psiquiatra, trabajo social, enfermería, terapia

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

ocupacional, entre otros), desde la atención primaria de la salud y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

- En relación a las estructuras manicomiales: queda prohibida la construcción de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes. En el caso, de los ya existentes, deben adecuarse a la ley.
- Reivindicación democrática: los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones.

A continuación haremos mención a diferentes concepciones de la Salud Mental teniendo en cuenta la perspectiva de distintos autores:

Siguiendo a Ferrari (2008), la misma diferencia dos aspectos relacionados al concepto de Salud Mental: por un lado, la salud mental caracterizada por un relativo equilibrio e integración de elementos conflictivos de sujetos, grupos y cultura. Destaca la importancia de la participación activa del sujeto en sus cambios y en relación a su entorno. Supone una actitud transformadora del entorno. En este sentido el autor propone la siguiente definición:

“Salud mental es la posibilidad de lograr un estado de relativo bienestar en el que el sujeto pueda funcionar en el mejor nivel posible de su capacidad mental, emocional y corporal ante las situaciones favorables o desfavorables que le toque vivir. Es considerada una condición del individuo, pero también un derecho a esa condición, relativa a sus recursos personales y al contexto familiar y socio ambiental que le rodea”.

Por otra parte, hace mención a la salud mental como campo de prácticas sociales, como espacio interdisciplinario que llevan adelante un conjunto de acciones tendientes a proteger, conservar, fomentar y restablecer a la salud mental de las personas. El mismo se organiza en torno al estudio e intervención en relación a la salud y trasciende el ámbito de las actividades psiquiátricas, lo cual permite mirar experiencias de malestar o sufrimiento psíquico que no necesariamente derivan en enfermedad y que pueden expresar situaciones de vulnerabilidad.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Por su parte, Emiliano Galende (2008), considera que el desarrollo de la Salud Mental se sostiene en una ética que considera al sujeto de sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria como la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es, su participación en el proceso de atención. A su vez, el autor sostiene que, los trastornos mentales son en lo esencial un conjunto de interrogantes de diferentes aspectos de la vida, como son: el sufrimiento psíquico, el fracaso social, conductas inadecuadas, conflictos vinculares, delirios, son algunos de los modos en que se visibilizan este malestar.

En donde la respuesta tradicional de la psiquiatría reducen estas situaciones a una condición personal o a biológica.

Es así que la cuestión de la Salud Mental, debe ser situada en un plano de tensiones entre la psiquiatría médica y un polo de desarrollo que entiende por trastornos mentales a diferentes aconteceres humanos los cuales son abordados desde distintas disciplinas, incorporando de esta forma a las ciencias sociales y a la política. Se genera de esta manera un doble compromiso: reconocer la existencia de enfermedades mentales y la forma en que la sociedad ha potenciado las fragilidades subjetivas; y segundo, la necesidad de aportar colectivamente para lograr una mayor racionalidad en el tratamiento.

Siguiendo las diferentes concepciones relacionadas al concepto de la Salud Mental y en contraposición con el modelo psiquiátrico tradicional, se intentara dar una aproximación de como se ha llevado a cabo los cambios de este campo en la Argentina.

## **SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA**

A continuación realizaremos un breve recorrido histórico de la Salud Mental en la Argentina, desde la creación de grandes estructuras manicomiales hasta la actualidad.

Carpintero (2011) plantea diferentes momentos en este recorrido:

Entre 1880 y 1910, se afirma el dispositivo psiquiátrico a partir del denominado “alienismo” basado en un modelo positivista, el cual consideraba al loco como peligroso y por tal motivo había que apartarlo de la sociedad. Proponía la supuesta curación de la enfermedad mental a través del encierro, acompañado de tratamientos físicos y sociales de diversa índole.

Los primeros manicomios, reflejaban imágenes de encarcelamiento, la cual fue aliviada parcialmente por el alienista Domingo Cabred que creó la Colonia Nacional de alienados Open Door, en 1899. Y en 1906, la Dirección de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales. Luego se promovió la construcción de numerosas Colonias y Asilos, pero las transformaciones sociales comprometieron este panorama, ya que con el modelo agroexportador y las inmigraciones del campo a la ciudad conllevaron a nuevos problemas sociales y sanitarios. Surgen de allí, las ideas “higienista” con el objetivo de prevenir diversos problemas sanitarios (delitos, epidemias) en el conjunto social. Las políticas alienistas como higienistas encontraron sus límites tanto en la propia estructura como en la falta de recursos.

A partir de los años 30, se crearon nuevas instituciones de asistencia social para grupos vulnerables, al mismo tiempo que se iban creando servicios de internación psiquiátrica privada: mientras que los pobres asistían a instituciones públicas, las cuales se encontraban deterioradas y carentes de recursos; aquellos con mejor posición económicas podían acceder a lugares de mayor confort y comodidad.

En la década del 40, con el Estado de Bienestar, surge un nuevo grupo aliado a los psiquiatras manicomiales. Se crea desde el Estado, organizaciones burocráticas sindicales que manejaban las obras sociales, que defendían junto

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

a los psiquiatras los manicomios. Ramón Carrillo, en su función de Ministro de Salud, intenta dar soluciones materiales a la falta de capacidad hospitalaria y coordinación, dando lugar a la inauguración de nuevos lugares de atención (hospicios construidos por pabellones). Pero el gremio médico y ciertos psiquiatras ligados al higienismo, no apoyaron estas reformas.

La situación en el mundo en los años 50 había cambiado y el capitalismo necesitaba un nuevo pacto social con el objeto de asegurar el desarrollo económico. Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, en los hospicios la mitad de las camas de internación eran psiquiátricas, lo cual hacía necesario disminuir los costos que esto ocasionaba, por eso que este proceso de transformación del orden manicomial estará determinado por esa dinámica económica y política. En el año 1953, la OMS recomendó la transformación en Comunidades Terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos. Durante el año 1957 en Argentina, se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el campo de la Salud Mental: en primer lugar se crea el Instituto Nacional de Salud Mental; se funda el primer servicio de psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir, fuera del Hospital Psiquiátrico; y se crea la carrera de Psicología en la UBA (deja de ser el psiquiatra el único que da cuenta de la Salud Mental).

Por otra, se crearon las primeras residencias de Salud Mental, las salas de internación en hospitales generales, los hospitales de día y las comunidades terapéuticas.

Durante la dictadura cívico militar en el año 76, se destruyen los servicios de Salud Mental para llevar adelante la doctrina de seguridad nacional. Es en este momento, que se empieza a afianzar una política privatista en este campo, es decir, empiezan a tomar poder los grupos privados para poner el campo de la Salud Mental al servicio de sus intereses económicos.

Luego, con la transición democrática, se intenta generar una política en Salud Mental que logre recuperar los espacios destruidos, lo cual se vio dificultado por la falta de presupuesto. El mayor de este periodo, fue la reforma antimanicomial realizada en la provincia de Río Negro.

En los años 90, se reafirma una política neoliberal capitalista basada en la desregulación, privatización y competencia. Quedando en manos del

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

mercado, es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicinas. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública para servir a los intereses privados, de esta manera la salud queda en manos de la iniciativa privada donde su eje es costo-beneficio.

## **SALUD MENTAL PÚBLICA Y PRIVADA**

Cuando nos referimos a la Salud Pública, hacemos mención a aquella que está en manos del Estado y que supuestamente sirve para los intereses del conjunto de la población; en cambio cuando hablamos de Salud Privada, la misma responde a las leyes de costo-beneficio, donde solo pueden acceder a sus servicios aquellos que pueden abonar. A su vez, debemos tener en cuenta que el Estado no es neutral, dado que responde a ciertos intereses políticos y económicos desde el cual privatiza la Salud Pública en su beneficio.

En relación al campo de la Salud Mental, la atención difiere según sea pública o privada. En ésta última, las posibilidades de atención terapéuticas variaran de acuerdo a las capacidades económicas del grupo familiar; mientras que en la pública se prioriza el sistema custodial sobre el curativo. De esta forma asistimos a un retorno del modelo asilar, no debido a las internaciones masivas, sino por el modelo asistencialista que se van imponiendo en las instituciones. Las cuales responden a las demandas por medio de la prescripción de medicamentos, sin tener en cuenta los determinantes sociales que producen dicho malestar.

Entendemos que no habrá salud pública sin la participación de los usuarios, los profesionales y los trabajadores, caso contrario seguirá quedando en manos del poder hegemónico que utiliza al Estado para privatizar la salud, los que llevarían a reemplazar el encierro por los chalecos químicos.

Por esta razón debemos tener en cuenta que para oponernos al poder privado es necesario que el Estado desarrolle una política universalista de seguridad social con la participación de diferentes actores mencionados anteriormente, que garanticen el derecho a la salud para la totalidad de la población. Es necesario para esto asignar un presupuesto que logre dar una cobertura de salud a todos los ciudadanos independientemente de su situación económica.



### **CAPÍTULO 3**

#### **DIAGNÓSTICO**

A continuación se intentara realizar una aproximación al concepto de diagnóstico, tanto desde una interpretación médica en contraposición a una interpretación social. Siendo que la primera se basa en ciertos signos clínicos para encuadrarlos en una clasificación preestablecida; y en cuanto a la interpretación social, busca comprender la situación del usuario en su totalidad. Para finalizar con el mismo, haremos una descripción del diagnóstico elegido “Esquizofrenia”, con el de llevar adelante nuestro trabajo de investigación.

## **CONCEPTO DE DIAGNÓSTICO**

El trabajo que intentamos desarrollar en el marco de una investigación cualitativa que tiene por objetivo analizar cómo impacta el diagnóstico de salud mental en la conformación de la identidad a partir de un análisis de relatos de actores sociales en el contexto de la ciudad de Mar del Plata.

A partir de esto se intenta comprender el significado que los actores le atribuyen a esta experiencia. “La noción de experiencia de enfermedad se refiere a la forma por la cual los sujetos se sitúan ante o asumen la situación de enfermedad, otorgándole significados y desarrollando modos rutinarios de lidiar con la situación” (Bru, G.: 2006, 133). Es decir, que constituye un fenómeno social en el cual los actores sociales perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, y una serie de situaciones derivadas del padecimiento y de su atención, estructuradas en base a relaciones y significados sociales que lo determinan.

Vemos así, que en el sobrellevar una enfermedad no es solamente una entidad biológica, sino también una experiencia que adquiere sentido en la vida cotidiana, donde se construyen nuevas formas de vivir con la enfermedad. Esta óptica implica conocer los significados con los que los actores sociales actúan, desean y piensan los procesos que vivencian.

Teniendo en cuenta lo anteriormente desarrollado se intentará brindar una aproximación al concepto de diagnóstico, desde una perspectiva médica en contraposición a una interpretación social.

Según lo desarrollado por Pecheny, el mismo considera al diagnóstico médico como la definición de la enfermedad basada en un conocimiento previo. Lo que permite identificarla, certificarla y normalizarla.

Constituyendo entonces un hito, un punto de partida de una situación personal, en la cual la persona deberá aprender “a convivir”, operando en la mayoría de los casos, como un “antes y después”.

Por otra parte, el diagnóstico, puede ser definido como: “Aquello que se considera enfermedad, explica y da sentido a los síntomas y legitima la experiencia de enfermedad y el estatuto social del enfermo, así como la

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

autoridad médica sobre determinados padecimientos y malestares” (Mantilla; Alonso, 2015:23). De esta manera, podemos dar cuenta de la forma en la cual se estructura la relación médico paciente a partir del mismo, y como opera el diagnóstico como un ritual que organiza, legitima y da sentido a situaciones de padecimiento por las cuales atraviesa el paciente.

Las características diagnósticas definen, predicen y al mismo tiempo ayudan a constituir la realidad que identifican.

Por otra parte, podemos entender el diagnóstico desde una mirada social, la cual es una interpretación más amplia que tiene en cuenta los diferentes aspectos que atraviesan la vida cotidiana de la persona.

Siguiendo lo planteado por Ander-egg y Aguilar, un diagnóstico social es un proceso de elaboración y sistematización de información que permite conocer y comprender las diferentes situaciones problemáticas que se dan en contexto determinado, dando cuenta de los factores y determinantes que conllevan a esta situación, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados.

Por lo tanto, es necesario destacar que para la construcción del mismo, es importante identificar cuáles son las necesidades, problemas y oportunidades; descubrir factores condicionantes y de riesgo; e identificar los recursos disponibles y los medios de acción. Permitiendo de esta manera comprender la situación en su totalidad y complejidad, y no enfocado únicamente en la enfermedad como es definido desde el modelo médico.

Es decir el diagnóstico social nos permite comprender cómo se ha llegado a la situación actual y cuáles son sus tendencias. Por lo tanto, no se trata sólo de una acumulación de datos sino que es necesario contextualizar los hechos, problemas y necesidades en la totalidad social de la que forman parte.

Es importante destacar que la construcción de un diagnóstico desde un modelo médico se realiza a partir de signos clínicos con la posibilidad de encuadrarlos en una clasificación preestablecida, utilizando dos instrumentos de clasificación: la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), de la OMS, y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM), de la American Psychiatric Association.

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

La CIE es una nosografía de características descriptivas del conjunto de problemas salud-enfermedad, utilizado en principios con fines estadísticos y epidemiológicos. Si bien el propósito de consensuar internacionalmente los sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta al siglo XIX, fue recién a partir de la sexta edición del Manual de la CIE, publicado en 1952, cuando se incluyó un apartado específico para problemáticas de salud mental: “trastornos mentales y del comportamiento”, que incluye la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental (Faraone, 2013).

El DSM, es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica. Su primera edición data de 1952 y, desde entonces, en sucesivas revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular. Como señala Carpintero (2011), el mismo psiquiatrizó la vida cotidiana en tanto toda conducta puede ser definida como un trastorno. Al presentarse como una situación estática no posibilita la comprensión de las diversas etapas de la situación ni establecer cuáles serían las intervenciones necesarias.

Este Manual se basa en el esquema de síntomas-diagnóstico-tratamiento desde una perspectiva de las neurociencias. Con el mismo, el paciente es etiquetado en un diagnóstico que deja de lado su singularidad y las posibilidades de realizar un trabajo abordado desde una forma interdisciplinaria. Ya que su objetivo es clasificar cada trastorno para poder aplicar la droga correspondiente, y no llevar a cabo un tratamiento psicoterapéutico.

Desde esta perspectiva, es que plantea Mantilla y Alonso (2015) que los problemas psiquiátricos se consideran trastornos neuroquímicos y se propone un modelo de diagnóstico “sindrómico”: en donde la evaluación se basa a partir de la presencia o ausencia de síntomas. Es decir, que para efectuar un diagnóstico basta con que el paciente tenga alguno de los ítems de la lista.

## **CONCEPTO ESQUIZOFRENIA**

En el presente apartado se realizara una aproximación al concepto de Esquizofrenia, dado que es el diagnostico seleccionado para llevar adelante el trabajo de investigación.

Según diversos estudios la esquizofrenia está frecuentemente asociada a un deterioro cognitivo generalizado independiente de los episodios. Entre las alteraciones cognitivas encontradas, las más destacadas se encuentran en las funciones frontales (ejecutivas), el aprendizaje verbal, la memoria y la función verbal.

La esquizofrenia se caracteriza por un conjunto de síntomas que incluyen el delirio y las alucinaciones; desorganización del pensamiento, síntoma deficitarios de función cerebral como la reducción de las emociones, el lenguaje (menor estructura en el discurso) y la motivación, la disminución en la función cognitiva. Los síntomas afectivos son muy comunes, particularmente la depresión, y tiende a manifestarse durante la adolescencia o la adultez temprana.

Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención (Gejman y Sanders: 2012)

Según lo planteado por el DSM IV, el lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («descarrilamiento» o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras»).

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

La esquizofrenia afecta a diferentes personas de diversas maneras. Los síntomas se pueden clasificar en: positivos, negativos y cognitivos.

Los **síntomas positivos** son comportamientos psicóticos. Las personas que presentan estos síntomas, pueden perder el contacto con la realidad. La gravedad de los mismos puede depender de si la persona está recibiendo tratamiento o no. Estos síntomas incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y los trastornos del movimiento.

- Las alucinaciones: son experiencias sensoriales producidas en la ausencia de un estímulo. Pueden ocurrir con cualquiera de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto o tacto). Las alucinaciones auditivas, son el tipo más común de alucinaciones en la esquizofrenia. Las voces pueden ser internas, es decir, que parecen venir de la mente de la persona, o pueden ser externas. Otros tipos de alucinaciones incluyen ver personas u objetos.
- Los delirios: son creencias falsas que se mantienen incluso cuando hay evidencia de que no son verdaderos o lógicos. Pueden tener delirios paranoicos y creer que otras personas están tratando de hacerles daño, sea por engaño, acoso, envenenamiento, espionaje o que están conspirando contra ellos o contra las personas que quieren. Estas creencias se llaman “delirios de persecución”.
- Trastornos del pensamiento: son maneras inusuales o disfuncionales de pensar. Una de esas formas se llama “pensamiento desorganizado”. Esto ocurre cuando una persona tiene dificultad para organizar sus pensamientos o para conectarlos lógicamente, y puede hablar de una manera confusa y difícil de entender. Otra forma puede ser el “bloqueo de pensamiento”, esto ocurre cuando una persona deja de hablar repentinamente.
- Trastornos del movimiento: pueden ser movimientos agitados del cuerpo, y/o catatónica, la cual se entiende como un estado en el cual una persona no se mueve y no responde a los demás.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Los **síntomas negativos** están asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales. Estos síntomas son más difíciles de reconocer y pueden confundirse con la depresión u otros problemas. Entre los síntomas negativos se encuentran:

- “Afecto plano” (disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz)
- Falta de satisfacción en la vida diaria
- Dificultad para comenzar y mantener actividades
- Reducción del habla
- Alogia (baja capacidad asociativa, reducción en la capacidad)
- Apatía (falta de interés en lo cotidiano, manifestándose en falta de higiene, en formas de vestir, etc.)
- Anhedonia: es la falta de disfrute de las cosas, muy ligada a la apatía.

Los síntomas cognitivos a veces se pueden notar cambios en la memoria u otros aspectos del pensamiento. Al igual que con los síntomas negativos, pueden ser difícil reconocer. Se detectan cuando se realizan pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:

- Deficiencia en el “funcionamiento ejecutivo” (capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones)
- Problemas para concentrarse o prestar atención
- Problemas con la “memoria operativa” (capacidad para usar información inmediatamente después de haberla aprendido)

## SUBTIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Se pueden encontrar dentro de la esquizofrenia diferentes tipos, aunque puede ocurrir que en muchas ocasiones aparecen síntomas mixtos en un mismo cuadro.

Entre ellas, podemos mencionar:

Esquizofrenia Paranoide: la cual se caracteriza por tener ideas delirantes y alucinaciones auditivas, es considerada como la más frecuente.

Esquizofrenia Catatónica: se caracteriza por una falta de movimiento y expresión. El paciente puede permanecer inmóvil (estupor catatónico) o con movimientos repetitivos (automatismos) durante días y semanas en los casos más graves. Internamente el paciente atraviesa un momento en que se encuentra desconectado de la realidad y no responde ante estímulos externos.

Esquizofrenia Hebefrénica O Desorganizada: el comportamiento desinhibido del paciente no es adecuado al contexto. El lenguaje es incoherente y desorganizado siendo en ocasiones muy difícil de entender.

Esquizofrenia Residual: se caracteriza por los síntomas que deja un episodio anterior de esquizofrenia o incluso los síntomas resistentes al tratamiento que aún están presentes. Predominan los síntomas negativos que tienen difícil tratamiento (Espinoza, A.; Derito, N. et. al.: 2006)

### Etapas en la Esquizofrenia

#### ➤ ETAPA PRODRÓMICA:

La constituye el primer síntoma inespecífico hasta la aparición del primer síntoma positivo. Esta etapa es variable. La persona puede vivirla dentro de un trastorno de la personalidad, problemas con las drogas, dificultades en las relaciones interpersonales, trastornos del estado de ánimo, problemas en la



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

adolescencia, síndrome negativista desafiante, etc. Esta etapa tiene un promedio de 2 a 6 años de duración.

Entre los síntomas se pueden encontrar: miedos, nerviosismo, inquietud, falta de energía, depresión, desconfianza, disminución del rendimiento, retraimiento social, cefaleas, pérdida de la libido, irritabilidad, ideas de suicidio, comportamiento autoagresivo, ansiedad, dificultades en el pensamiento y concentración, entre otros.

➤ **ETAPA PREPSICÓTICA:**

Comienza con la aparición del primer síntoma positivo hasta que se inicia el brote, de manera gradual o aguda. En esta etapa el paciente puede experimentar alucinaciones, delirio o depresión. A su vez puede presentar comportamientos como el aislamiento, peleas frecuentes, problemas interpersonales.

Aparecen las percepciones delirantes e interpretaciones del entorno de forma autorreferencia. El mundo se vuelve amenazante para el paciente y éste lo vive de forma angustiada. La persona sufre con la sensación de boicot al que cree estar enfrentándose. Esta etapa es corta y tiene un promedio 3 a 12 meses. Aquí surgen los primeros síntomas positivos.

➤ **BROTE PSICÓTICO:**

Del estado anterior emergen la variedad y pluralidad de síntomas positivos que hacen que el paciente pierda el contacto definitivo con la realidad y donde puede volverse peligroso para sí mismo o para terceros.

Los síntomas positivos pueden ser: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento y del lenguaje.

➤ **ETAPA POST-BROTE:**

Constituye la llamada esquizofrenia residual. Tras la sintomatología propia del brote psicótico, aparecen los síntomas negativos en grado variable. Una complicación en esta etapa es la depresión post-brote que puede predisponer al paciente a riesgo del suicidio. Los síntomas que se pueden presentar en esta

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

etapa, son síntomas negativos como: pobreza afectiva, alogía, apatía, entre otras.

En función a las conceptualizaciones planteadas anteriormente y en relación al objetivo de investigación surge nuestro interés por indagar sobre las actitudes sociales hacia las personas que fueron diagnosticadas con esquizofrenia y los efectos que esto conlleva tanto en la construcción de su identidad como en el transcurso de su vida cotidiana.

## **CAPÍTULO 4**

### **ESTIGMA E IDENTIDAD**

Actualmente abordar el estigma que produce un diagnóstico en salud mental puede resultar algo anacrónico, teniendo en cuenta los avances realizados en el campo de la salud en general y en la salud mental en particular. Sin embargo, el estigma que rodea a este tipo de enfermedad mental grave, como la esquizofrenia, no parece disminuir sino que incluso en algunos contextos parece haber aumentado.

En el presente capítulo intentaremos abordar a partir de un diagnóstico en salud mental los conceptos de estigma e identidad, considerando los mismos como conceptos entrelazados que se ven reflejados en la vida cotidiana.

Es importante destacar que estas personas en su vida se encuentran frente a dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno; y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes.

## **CONCEPTO DE IDENTIDAD**

A partir de lo mencionado anteriormente, es importante definir el concepto de Identidad desde la perspectiva de diferentes autores, con el fin de alcanzar nuestro objetivo de investigación.

Stuart Hall, en “Cuestiones de identidad cultural”, plantea que: “Uso ‘identidad’ para referirme al punto de encuentro, al punto de sutura entre, por un lado, los discursos y prácticas que intentan “interpelarnos”, hablarnos o ponernos en nuestro lugar como sujetos sociales de discursos particulares y, por otro, los procesos producen subjetividades, que nos construyen como sujetos susceptibles de ‘decirse’”.

Las cuestiones referidas al uso de los recursos, de la historia, la lengua y la cultura; haciendo referencia no a quiénes somos o de dónde venimos, sino en qué podríamos convertirnos, cómo nos han representado y cómo impacta ello en el modo de representarnos. Motivo por el cual las identidades se constituyen dentro de la representación y no fuera de ella.

Dado que las identidades se construyen dentro del discurso y no fuera de él, debemos considerarlas producidas en ámbitos históricos e institucionales específicos. Las mismas se construyen a través de la diferencia, no al margen de ella. Esto implica la admisión de que el significado del término sólo puede construirse a través de la relación con el Otro, la relación con lo que él no es, con lo que justamente le falta. Las identidades pueden funcionar como puntos de identificación y adhesión sólo debido a su capacidad de excluir, de omitir, de dejar afuera.

Por su parte, Castells (1996), entiende por identidad a un proceso mediante el cual un actor social se reconoce a sí mismo y construye el significado a partir de un atributo o conjunto de los mismos determinados culturalmente, donde las relaciones sociales se definen frente a los otros en virtud de aquellos atributos culturales que especifican la identidad.

En relación a la identidad podemos observar diferentes planos, tales como: identidad del yo, identidad personal y la social. En cuanto a la primera,

involucra el funcionamiento intrapsíquico. A partir de las relaciones entre el individuo y la realidad, mediante la socialización primaria, como se va conformando la Identidad del Yo, es decir, el sentido de continuidad temporal y espacial que reflexivamente construye el individuo de sí mismo, a partir de las formas en que reaccionan los demás a sus características singulares.

Por otra parte, la Identidad Personal abarca los aspectos más concretos de la experiencia individual que surgen de la relación con los otros, de las funciones que va introyectando como significativa en su historia de vida (Vera, N.; Valenzuela, M.: 2012)

Si la identidad del Yo es afectada principalmente por la socialización primaria, en el proceso de formación de la Identidad Personal la influencia de la socialización secundaria es fundamental (Berger & Luckmann, 2001).

Por último, según Goffman (2006) la socialización implica un proceso estructural a través del cual se establecen categorías para ubicar a las personas, asignándoles atributos preestablecidos. Estos atributos forman su «identidad social». Lo cual facilita las situaciones de interacción, al permitir clasificar rápidamente a las personas con las cuales entramos en contacto en función de rasgos externos que hemos interiorizado de un determinado tipo de personas. En función de estas categorías surgirán expectativas, que nos permite tratar a los «otros» sin necesidad de dedicarles una atención especial.

Así surge una «identidad social virtual» en contraposición de la «identidad social real» Esta última es constituida por rasgos y atributos de la personalidad particulares de cada persona. En la interacción con el otro, el proceso de conocimiento permite pasar de una identidad social virtual a una real. Sin embargo, es importante destacar que cuando la persona con la que se interacciona porta un estigma, el proceso cambia. Ya que el estigma está compuesto por uno o varios atributos desacreditadores, que hacen menos “apetecible” a la persona en cuestión, pasando a convertirse en el rasgo central de su personalidad, dejando de lado al resto de los atributos, llevando a la mayoría de los casos a que el estigma represente la totalidad de la identidad.

Reducir a la persona a un atributo desacreditador implica un bloqueo que impide el conocimiento de su identidad social real.

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Por ello es necesario ver que el proceso de estigmatización, como parte del proceso de categorización social, es sobre todo un producto social que surge en un determinado contexto.

## **ACERCA DEL ESTIGMA**

Ese complejo fenómeno social que denominamos estigma no afecta solo a las personas con enfermedad mental, sino que también ha venido caracterizando en la sociedad a la mayoría de las relaciones que se establecen con determinados grupos de personas. Este término hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene respecto de otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos.

Para continuar con esta idea nos adherimos al concepto de Estigma que nos aporta Erving Goffman, el cual ha utilizado este término para definir: “Una serie variada de situaciones deshonradas en términos de lo que una comunidad considera tolerable o no, es decir, las personas estigmatizadas representan para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado [...]. Es habitual encontrar en la literatura sobre el tema, la asociación del estigma a conceptos tales como: deteriorado, estropeado, estereotipado y desgraciado. Y, entre las consecuencias principales, el rechazo social” (Goffman (1963) en Vazquez; Stolkiner, 2009, pág. 296)

Se trata entonces de un “atributo profundamente desacreditador”, lo cual genera como resultado de ello un descredito o desvalorización de la persona que lo posee, siendo esto consecuencia de un estereotipo negativo que mantiene el colectivo social respecto de ciertas características o rasgos.

El autor en su análisis del tema, establece la existencia de tres tipos de estigma: en primer lugar, las abominaciones del cuerpo, siendo estas distintas deformidades físicas; luego, los defectos del carácter del individuo, que se perciben como: la falta de voluntad, la creencia en pensamientos rígidos y falsos, deshonestidad, entre otros; y por último hace mención a los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión. Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma. Y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Debemos tener en cuenta que se trata de un fenómeno social complejo, que va acompañado de actitudes sociales, estereotipos y discriminación.

En primer lugar, y como sucede con los fenómenos sociales que intentamos conceptualizar bajo el término “actitudes”, encontramos componentes cognitivos, afectivos y conductuales, interrelacionados y que hacen referencia a cómo clasificamos o categorizamos a las personas o cosas en términos de “bueno/malo”, “deseable/indeseable” y “aproximable/rechazable”.

En relación a las actitudes sociales vinculadas al estigma, podemos distinguir:

a) Estereotipos, conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan en gran medida la percepción y la valoración respecto de ellos;

b) Prejuicios, predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas.

c) Discriminación, propensión a desarrollar acciones positivas o negativas, que conllevan una distancia social deseada hacia dichos miembros.

Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de unos y otros.



## **Proceso de estigmatización**

Ante las situaciones mencionadas en el apartado anterior, la persona estigmatizada asiste a un doble proceso: por un lado es consciente de que su personalidad abarca muchos más atributos y rasgos de personalidad que los que forman parte de su estigma y, por el otro y en virtud del proceso de socialización, tiene interiorizadas respecto de sí misma las mismas creencias que el grupo social dominante. Por ello reconoce que no es aceptada socialmente en igualdad de condiciones. Esto le lleva a mantener una actitud de alerta permanente frente al atributo estigmatizador, que pasa a convertirse en un rasgo central de su personalidad y los esfuerzos por ocultarlo o corregirlo en parte de su identidad.

La asociación de este complejo de actitudes sociales hacia personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado proceso de estigmatización, el cual supone un conjunto de pasos:

- a) La distinción, etiquetado e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas.
- b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.
- c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: “ellos” frente a “nosotros”.
- d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza).
- e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a situaciones desfavorables y reducción en las oportunidades en su vida cotidiana.
- f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder.

En general este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, incluyendo, en la terminología de Goffman, tanto las ya “desacreditadas”, cuando su calidad de diferente ya es

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

conocida o resulta evidente en el acto; o como las potencialmente “desacreditables”, es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. Pudiendo la persona estigmatizada atravesar ambas situaciones.

En las primeras, promoviendo la distancia social o el rechazo lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios que brinda la sociedad. En las segundas, generando conductas de evitación. En ambos casos, produciendo situaciones que repercuten sobre el autoestima, conducta personal y social, y por lo tanto sobre su identidad.

### **Consecuencias de la estigmatización**

Las consecuencias del proceso de estigmatización son variadas y se presentan en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, afectando así a la totalidad de las áreas de la persona con enfermedad mental y a su entorno más próximo.

Uno de los mayores impactos se da en el acceso a los derechos sociales, a los servicios públicos o a la participación social. Además se producen problemas importantes en cuanto a la incorporación y mantenimiento en el ámbito laboral o dificultades de acceso a la educación.

En muchas ocasiones, las personas estigmatizadas no quieren acudir a los servicios específicos para abordar la enfermedad tanto en el ámbito sanitario como en el social, por el temor a la etiqueta de “enfermo/a mental”. Esta situación dificulta que estas personas acudan a los servicios en las fases iniciales, lo cual contribuye al agravamiento de la enfermedad.

Las situaciones mencionadas conllevan a que las personas con enfermedad mental sientan ansiedad e inseguridad ante el contacto con otras personas, así como el temor a la falta de respeto que con frecuencia se producen, ocasionando muchas veces el aislamiento social.

Este empobrecimiento relacional puede derivar en situaciones de cierta sobreprotección que dificultan el deseable trato igualitario.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

A partir de lo desarrollado y con el propósito de lograr una reducción de las consecuencias de estas formas de discurso, se hace necesario destacar la importancia de la intervención en lo social con el fin de identificar, construir o reconstruir lazos de significación que atraviesan aquellos que son estigmatizados y desde allí elaborar estrategias para desarmar estos discursos dominantes vigentes, teniendo en cuenta que las representaciones en la esfera individual son un producto de los imaginarios sociales que impiden ver lo propio, lo que se tiene, aquello que fragmentó y tal vez ocultó (Carballeda, A.: 2004, 157-158).

## **TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL**

En el presente apartado se intentara dar cuenta de la importancia de la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, los aportes que el mismo realiza en base a su especificidad profesional respecto al estigma que genera un diagnóstico en Salud Mental.

### **Intervención y aportes del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental**

Asumiendo la complejidad de las distintas enfermedades mentales, y en particular de la esquizofrenia, consideramos que las mismas deben ser tratadas en forma integral y compleja, propiciando un enfoque interdisciplinario en el cual participen médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, antropólogos y sociólogos, entre otros.

Es a partir de la promulgación de la Ley de Salud Mental que los distintos servicios de asistencia y atención deben adecuar sus prácticas priorizando un trabajo en forma interdisciplinaria.

Siguiendo a Emiliano Galende (1994) en sus aportes referidos a la Salud Mental Comunitaria, la intervención pasa del paradigma del saber médico a un paradigma basado en la cuestión social, donde todos los integrantes de la comunidad son partes y responsables. En donde sus prácticas son un conjunto de movimientos que generan transformaciones políticas y sociales, tanto desde las formas de atención a los usuarios como de las representaciones colectivas que se tienen de los mismos.

La formación de equipos interdisciplinarios surge por la necesidad de los profesionales de dar respuesta a la nuevas situaciones a las que se enfrentan (Stolkiner, 1987). El planteo de la interdisciplina tiene como fin un abordaje de manera integral y compleja para lograr una mejor comprensión y evitar así la fragmentación. Implica considerar el aporte de otros campos disciplinares y el intercambio y construcción de nuevos métodos. Apoyarse en la interdisciplinaria resulta entonces un modo imprescindible para saber, conocer y saber hacer.

## **Intervención en Salud Mental**

La palabra intervención proviene del término latino *intervenio* que se puede traducir como “venir entre” o “interponerse” (Carballeda, 2008). De ahí que intervención pueda ser sinónimo de mediación, de intersección, ayuda o cooperación y, por otra parte, de intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión. En todo proceso de intervención social podemos encontrar las dos caras de la misma moneda.

Se debe reconocer a la intervención como un dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella y que tiende a la desnaturalización del mismo. Podemos pensarla como una construcción social, inserta en un tiempo y lugar determinado, con un recorrido histórico, un contexto social y político, estos elementos permiten poder analizarla.

Por su parte, la demanda puede provenir tanto desde los usuarios que acuden a las instituciones, pero también puede ser generada desde las instituciones.

De la intervención surgen una serie de expectativas y consecuencias ligadas a la construcción simbólica y a las representaciones políticas y sociales de quien está interviniendo. De esta forma, una modalidad de intervención se vincula a un determinado marco conceptual que, ligado a una serie de aportes teóricos y empíricos relacionado con el contexto, genera determinadas formas de intervención.

Carballeda (2012) al mencionar la intervención en lo social hace referencia a la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. Es en esos encuentros singulares donde se expresan los padecimientos, y es allí donde el Trabajo Social se encuentra. Esta disciplina se construye desde una perspectiva histórica social a fines del siglo XIX como campo de conocimiento e intervención en un contexto cada vez más complejo y fragmentado.

Lo social en términos de intervención puede ser pensado desde diferentes perspectivas:

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Por un lado, la intervención de los trabajadores sociales se desenvuelve, dialoga y transforma a través del sistema de protección que posee una sociedad. Esto es, instituciones, políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión.

Por otra parte, un segundo aspecto del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales, ligadas a la noción de lazo social, pueden ser interpretadas como elemento de articulación e integración del sujeto a la sociedad.

Por último, delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación entre la necesidad social y problema social.

Es decir, en la práctica cotidiana del Trabajo Social, estos aspectos mencionados anteriormente se encuentran presente de diferentes maneras de acuerdo a la singularidad de cada intervención.

En el campo de la Salud Mental, la intervención del Trabajo Social y de las demás disciplinas, tienen la posibilidad de alejarse del lugar de lo normativo, de lo establecido y acercarse al de los derechos del sujeto. Es decir, al derecho a ser asistido, a recibir algo más que una prestación o un subsidio, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra, en definitiva; a ser “visible”. Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado.

## **Trabajo Social y Estigma**

En el presente apartado y teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, se intentara dar cuenta de algunas consideraciones que pueden hacerse desde el Trabajo Social respecto al estigma que genera un diagnóstico en salud mental.

La primera hace referencia a la importancia de realizar un enfoque de los *aspectos psicosociales* que envuelven el proceso salud enfermedad. Dado que en la actualidad dentro del sistema de salud, el modelo medico continúa siendo abrumador. Lo cual conlleva a que los profesionales del trabajo social tengan que fundamentar cotidianamente la relevancia del resto de los factores. Esto

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

implica una lucha implícita por el reconocimiento que debe tener lo social dentro del equipo de salud.

Otra consideración se relaciona con la defensa del principio de *autodeterminación*. El trabajo social defiende el valor intrínseco, las capacidades y potencialidades de cada persona para tomar las decisiones más adecuadas respecto a su propia vida, rescatando todos los elementos positivos que posibiliten aumentar la autoestima de las personas con enfermedad mental.

La defensa de la autodeterminación permite aflorar y minimizar actitudes paternalistas. El trabajo social tiene como rol abogar por los derechos de los colectivos vulnerables.

El *trabajo en red*, es otra consideración relevante que puede llevarse a cabo desde el trabajo social. Permitiendo así, fomentar relaciones de apoyo, coordinación y sinergia entre colectivos e instituciones de diverso ámbito para lograr objetivos comunes en el terreno de la salud mental.

Otra consideración de importancia se relaciona con el *empoderamiento*. Entendiendo al mismo como la posibilidad de que tanto el sujeto como su entorno social logren un mayor protagonismo tanto en la escena pública como en las decisiones referidas a su vida cotidiana.

Finalmente, es preciso señalar la importancia de trabajar a favor de la *inclusión social*. Cuestionando las barreras visibles e invisibles que existen entre la enfermedad mental y el resto de la sociedad, exigiendo cambios en programas y servicios públicos para que sean accesibles para toda la sociedad. A su vez velar por una inclusión social, con el fin de poder desarticular aquellos discursos y estereotipos que clasifican y categorizan a las personas generando así un estigma en ellas.

## **CAPÍTULO 5**

### **MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

La metodología que consideramos propicia para llevar adelante dicha investigación es la de tipo cualitativa, adhiriendo al concepto de la autora Irene Vasilachis (2006). Tomaremos ésta estrategia metodológica dado que la misma indaga en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos a partir del significado que las personas les otorgan.

Tal como se puede advertir, es muy frecuente que se mencionen entre las características de la investigación cualitativa la de ser “naturalista”, o abordar “situaciones naturales”. Sin embargo, cabe destacar el término “natural” no supone el empleo del modelo de las ciencias naturales, con sus presupuestos ontológicos y epistemológicos como vía de acceso al conocimiento de la realidad social. Sino, que el mismo hace referencia a situaciones, acciones, procesos, acontecimientos reales y concretos, a interacciones espontáneas o preexistentes. En donde los investigadores observan, analizan y tratan de captarlos, tan completamente como les sea posible en toda su complejidad, intentando no controlarlos ni influir sobre ellos.

Por su parte, Chitarroni (20008) define al enfoque cualitativo como “un instrumento de análisis, porque ordenan casos con criterios alternativos y nos permiten reparar en las características que reúne cada de ellos, comparándolos con otros que se le asemejan o, por el contrario, se diferencian de él”. Enfoque que se puede incluir en el Paradigma Interpretativista, el cual supone que la realidad no puede ser simplemente observada, sino que debe ser interpretada. Donde el proceso de conocimiento se da a partir de la interacción entre sujeto y objeto, alcanzado solamente por medio de la comprensión. Marcando así una diferencia epistemológicas entre las ciencias naturales y las sociales.

Siguiendo a Vasilachis (2006) dicha metodología consta del estudio, uso y recolección de un conjunto de materiales empíricos tales como estudio de caso, experiencia personal, historia de vida, entrevista, textos observacionales, entre



otros. Logrando de esta forma describir los momentos habituales, situaciones problemáticas y los significados en la vida de los individuos.

El propósito de la misma es dar cuenta de las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido, basándose en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto.

De esta forma, el proceso de investigación cualitativa supone:

- a) el conocimiento de la vida cotidiana de la situación seleccionada;
- b) la valoración y el intento por comprender la perspectiva que los usuarios tienen sobre su vida cotidiana;
- c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y los usuarios, la cual privilegia las palabras de las personas y su comportamiento observable como datos primarios.

La principal técnica de investigación cualitativa utilizada en el presente trabajo es la Historia de vida. Irene Vasilachis, considera a la misma como una técnica en la cual el investigador relaciona una vida individual/familiar con el contexto social, cultural, político, religioso y simbólico en el que transcurre. Analizando cómo ese mismo contexto influencia y es transformado por esa vida individual/familiar.

## **HISTORIA DE VIDA**

La historia de vida como técnica de investigación se enfoca en un sujeto individual, y tiene como elemento central el análisis de la narración que este sujeto realiza sobre sus experiencias de vida.

Siguiendo a Bertaux (1997) considera que “hay relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia de vida”. El autor, supone que es posible encontrar experiencias de vida en relatos centrados en un período de tiempo de la vida, o en un aspecto de esta. Lo cual permite hacer más accesible a la historia de vida. Esta experiencia puede ser contada en forma fragmentada o parcial, y así retomada por el investigador como parte de una realidad más abarcadora.

Se plantean dos ejes relevantes a tener en cuenta a la hora de la comprensión de la historia de vida: por un lado, la centralidad que adquiere el tiempo, dado que construyen su práctica en la relación entre pasado, presente y futuro que expresa el relato del entrevistado; por otra parte, la importancia de la familia en la vida de las personas, rompiendo con la idea de individuos atomizados (Miller, 2000).

Desde las ciencias sociales se recurre a la historia de vida no solo por la información que se pueda obtener acerca de un sujeto individual, sino que buscan expresar, a través del relato, problemáticas y temas de la sociedad, o de un sector de esta. Hablar de la vida de una persona significa mostrar las sociabilidades en la cual está inserta; es hablar de las familias, de los grupos sociales, de las instituciones a las cuales está vinculada, y que forman parte, de la experiencia de vida.

Sintetizando, podemos decir que la historia de vida se trata del relato de la vida de una persona, en el contexto determinado en que sus experiencias se desenvuelven, registrado e interpretado por un investigador. No debemos olvidar que lo que recogemos cuando realizamos un relato de vida son las interpretaciones del entrevistado sobre hechos de los cuales ha formado parte, que se elaboran a partir del presente de la persona, de sus deseos, proyectos y perspectivas en el momento en que realizamos la entrevista.

## **La entrevista como técnica de investigación cualitativa**

Para llevar adelante una historia de vida, es importante la inserción de la misma en el contexto de investigación, la decisión de recurrir a la misma está directamente ligada con la pregunta que estructura la investigación.

La entrevista aparece como un instrumento central en la construcción de la historia de vida. Llevándose a cabo por medio de una guía de preguntas sin estructurar, evitando así respuestas cerradas, lo cual hace posible la obtención de información respecto a las diferentes etapas de la vida.

Quien entrevista recurrirá a la repregunta para precisar detalles, o para pedirle al entrevistado que desarrolle temas significativos.

Siguiendo a Corbetta (2007) en la entrevista cualitativa el investigador tiene como objetivo último conocer la perspectiva del sujeto estudiado, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones, sentimientos y los motivos de sus actos. Define a la entrevista cualitativa como: *“una conversación provocada por el entrevistador realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación en un número considerable que tiene una finalidad de tipo cognitivo guiada por el entrevistador y con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado”*.

Se puede decir entonces que la entrevista es provocada por el entrevistador, siendo la misma solicitada de manera explícita. Se realiza a una serie de sujetos seleccionados con el propósito de responder a la pregunta de investigación.

Se trata de una conversación guiada, en la que el entrevistador establece el tema y controla que su desarrollo responda a los fines cognitivos que él se ha marcado.

La entrevista en la investigación cualitativa se caracteriza por los siguientes elementos:

- tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado;
- se pretende conseguir los significados que los usuarios atribuyen a los temas en cuestión;

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado.

Podemos clasificar las entrevistas según su grado de estructuración en tres tipos: estructuradas, semi-estructuradas y no estructuradas.

Con el propósito de lograr la construcción de la historia de vida de los distintos usuarios, utilizaremos como instrumento, la semi-estructurada. Este tipo de entrevista brinda, tanto al entrevistado como al entrevistador, una amplia libertad, y garantiza al mismo tiempo la posibilidad de discutir todos los temas relevantes para obtener la información necesaria.

El entrevistador dispone de un guía de preguntas y temas que debe tratar con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Permitiendo establecer el orden y la formulación de la preguntas, profundizar ciertos temas y a su vez la libertad para desarrollar temas que vayan surgiendo en el curso de la misma y que se consideren relevante para comprender la historia de vida. (Corbetta: 2007)

La entrevista se complementa con otras técnicas de acuerdo a la naturaleza específica de la investigación. A fin de profundizar nuestra interpretación utilizaremos la observación participante. La misma constituye el eje vertebrador del trabajo de campo a partir del cual se lleva a cabo la construcción del producto etnográfico. Si bien existen distintas técnicas de observación, la llamada «observación participante» (OP) supone un tipo de propuesta en la cual intervienen distintas técnicas y métodos, vinculados tanto con formas de observación, modalidades de interacción, como tipos de entrevistas. En cuanto metodología que supone la combinación de distintas técnicas, la OP constituye un método complejo y riguroso de desarrollar el trabajo de investigación en el campo (Vasilachis, I (coord.), 2006, pág. 124)

## CAPÍTULO 6

### ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Para llevar adelante el proceso de investigación decidimos tomar como técnica la historia de vida, que como mencionamos anteriormente en su respectivo capítulo, se enfoca en un sujeto individual, y tiene como elemento central el análisis de la narración que este sujeto realiza sobre sus experiencias de vida.

La entrevista aparece como un instrumento central en la construcción de la historia de vida. Siguiendo a Corbetta (2007) la misma se define como: *“una conversación provocada por el entrevistador realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación en un número considerable que tiene una finalidad de tipo cognitivo guiada por el entrevistador y con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado”*.

Con el fin de dar respuesta a nuestro objetivo, se tuvo en cuenta las diferentes etapas de la vida de los usuarios, los cambios producidos en las relaciones vinculares, el impacto en el desenvolvimiento de la vida cotidiana a partir de la transmisión del diagnóstico en Salud Mental, para lograr una comparación entre el “antes” y el “después” del respectivo diagnóstico.

Por otra parte, indagamos acerca de cómo consideran los usuarios que son percibidos por el resto de la sociedad. Finalmente, y teniendo en cuenta los tópicos mencionados anteriormente, buscamos reconocer cuales son los factores que contribuyen a la construcción de un estigma en la sociedad.

## **EFFECTOS EN LAS RELACIONES VINCULARES A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL**

En el presente capítulo se intentará analizar los efectos producidos en las relaciones vinculares, de los usuarios seleccionados, a partir del diagnóstico en Salud Mental. Con el fin de lograr tal propósito se tomaron como referencia los cambios en su manera de vincularse dentro del grupo primario, grupo de pertenencia y relaciones de pareja.

Entendemos como grupos primarios a aquellos que son relativamente pequeños; caracterizados por relaciones directas con contactos cara a cara, se establecen vínculos emocionales e intercambios psico-afectivos entre sus miembros, los sistemas de normas y pertenencia son implícitos y conforman la identidad del individuo.

A la familia se le considera el grupo primario por excelencia, debido a que la persona, desde su nacimiento, se encuentra inmersa en él y es ahí donde vive y desarrolla las experiencias y habilidades que servirán como base para la vida en todos los ámbitos de su existencia (Bezanilla, J.; Miranda, M.: 2013).

Por otra parte, se entiende por grupo de pertenencia, aquellos en donde quienes los integran tienen un sentido de ser parte de ellos, se sienten integrantes activos y valorados por los otros miembros del grupo.

A partir de las entrevistas realizadas a los usuarios se pueden observar diversos fenómenos en las relaciones vinculares. Al indagar acerca de las historias de vida de los usuarios, podemos dar cuenta de un antes y un después en sus formas de vincularse. Generalmente, previo al diagnóstico, los usuarios contaban con un grupo primario funcional, representado por la familia. La misma considerada como una institución de apoyo, contención entre pares, cooperación y relativa autonomía de los miembros.

*“Entrevistadora: ¿cómo fue tu infancia? ¿Qué recuerdos tenes?”*

*Eduardo: no, de diez. Lindo lindo lindo. Cuando mi padre y mi madre trabajaban o salían me dejaban con la abuela. Con las dos abuelas, por parte de padre y las dos. No no, fue linda. Sí, muy mimado”.*

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Los usuarios en la mayoría de los casos contaban con un grupo de pertenencia, caracterizado por los amigos de la escuela, del barrio, del trabajo, con los que compartían diversas actividades de índole recreativas, culturales, deportivas, entre otras. El mismo caracterizado por miembros unidos por intereses y preferencias en común, donde contaban con apoyo mutuo, compañerismo, confianza, solidaridad y afecto.

*“Gustavo: Con mis amigos, mi mamá nos compraba todo, nos hacía hamburguesa, leche chocolatada y comíamos después de los partidos de fútbol”*

Pertenecer a estos grupos, permite a las personas tener una mayor confianza en sí mismo, una mayor autonomía, equilibrio emocional, reconociéndose como miembro parte de la sociedad. Teniendo en cuenta que la identidad solo puede construirse en relación con el Otro, es decir, que las identidades funcionan como punto de identificación y adhesión.

Castells (1996), entiende por identidad a un proceso mediante el cual un actor social se reconoce a sí mismo y construye el significado a partir de un atributo o conjunto de los mismos determinados culturalmente, donde las relaciones sociales se definen frente a los otros en virtud de aquellos atributos culturales que especifican la identidad.

### **Los efectos en las relaciones: grupo primario**

Podemos observar que a partir del diagnóstico se presentan ciertas modificaciones respecto a su manera de vincularse con los pares. En relación al grupo primario, se puede dar cuenta de una mayor dependencia del mismo hacia el grupo familiar.

*“Anabella: Estoy preocupada porque, porque en el futuro cuando no estén mis padres no sé qué voy a hacer. Bah seguramente voy a tener mi casa y todo, pero no sé qué voy a hacer.”*

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*Porque yo los voy a extrañar mucho, los voy a querer mucho. Ya sé que nos pasa a todos, pero yo no estoy preparada. No estoy preparada, porque yo necesito que alguien me ayude”*

A su vez, notamos en las historias de vida situaciones de sobreprotección en el grupo primario, provocando una disminución en la autonomía personal y en la confianza de sí mismo, lo cual genera una dificultad a la hora de establecer nuevas relaciones vinculares, ya sean amorosas o de amistad, reduciéndose las mismas al mundo médico.

*“Anabella: siempre viajo acompañada con mi papá en colectivo, sola nunca puedo ir. No me animo porque yo siempre tengo miedo de caerme en el colectivo y no se sostenerme bien en los caños porque tengo miedo por eso”*

*“Anabella: con mi abuela me peleaba mucho, que falleció hace 5 años[...] porque ella quería ayudarme tanto tanto tanto que en todo se metía y no entendía mis problemas, no entendía mis problemas”*

## **Efectos en las relaciones de pareja**

En cuanto a lo que respecta a las relaciones de pareja, podemos observar que en la mayoría de los casos analizados las mismas son atravesadas por el mundo del diagnóstico y su respectivo tratamiento, quedando las mismas en un segundo plano, provocando en las personas obstáculos para el inicio o sostenimiento de las mismas.

Esto se debe a que el tratamiento va acompañado de ciertas rutinas, como son los turnos con los diferentes especialistas, asistencia a ciertos talleres y horarios para la medicación asignada, generando esto ciertos síntomas y efectos en el cuerpo, tales como cansancio, dolor de cabeza, entre otros malestares.

*“Entrevistadora: ¿Hace mucho que no tenés pareja?*

*Gustavo: Si hace bastante, por lo menos desde que yo me enferme nunca tuve [...]*

*Entrevistadora: ¿te gustaría conocer a alguien en este momento?*



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*Gustavo: Si me gustaría conocer, lo que pasa que estoy acostumbrado a vivir solo también, cuando sos grande, es como que es difícil convivir con alguien y más con nuestra enfermedad.*

*Entrevistadora: Porqué, ¿qué sentís?*

*Gustavo: Y por ejemplo tenes que tomar la medicación a un horario determinado, por ejemplo poder ir a comer a tomar un café, pero por ejemplo a veces te cuesta porque te duele la cabeza o te sentís con la medicación cansado”*

Otra de las situaciones que se presentan en cuanto a la forma de vincularse con una pareja, es que las mismas se reducen al mundo del diagnóstico. Se puede observar en general, que la vida social de las historias analizadas, se desarrolla en instituciones afines al tratamiento, provocando que la gestación de nuevos vínculos, se presenten en el marco de estas experiencias.

Como plantea Mantilla y Alonso (2015) “las identidades psiquiátricas no implican solo el impacto del diagnóstico de una enfermedad mental, supone un proceso de mayor alcance: la persona, sus vínculos y sus actividades cotidianas se encuentran mediadas por el universo psiquiátrico, en una distancia inseparable de la vida social regular”

*“Entrevistadora: ¿tenes pareja? ¿Novia? ¿Novio?*

*Vicente: no, tuve muchas novias. Pero después de que me enferme, me quede sin trabajo. Y como siempre digo para salir y no tener ni para invitarla un café, no salgo. Así que no tengo ninguna novia*

*Entrevistadora: ¿dónde las conociste?*

*Vicente: ehhh...Una la conocí en el hospital de día, en el Regional... ellas eran pacientes”*

## **Los efectos en las relaciones: grupo de pertenencia**

En relación a los grupos de pertenencia se puede observar, en los diferentes casos analizados, una coincidencia entre el momento de la transmisión del diagnóstico con la exclusión por parte de estos grupos. En las distintas historias de vida se puede notar como los usuarios perdieron la contención y el sostén por parte de los grupos de los cuales eran miembros, ya

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

sea por la exclusión del mismo grupo o por el alejamiento del propio usuario por el temor que le genera atravesar esa exclusión.

*“Eduardo: con mis amigos, cuando me volví del servicio militar, los perdí a todos. Con esos amigos que nos juntábamos siempre, que jugábamos al fútbol, a jugar a los videos, los videos juegos. Los perdí a todos. Y es jodido porque no tenes a nadie.*

*Pero o sea, viví solo y es feo. Está bien que tengo a mi vieja pero no tengo hermanos, soy hijo único y estar solo es jodido, te sentís mal”*

Por otra parte, se puede establecer una relación entre el inicio de diferentes actividades en instituciones afines a la Salud Mental con la gestación de nuevos vínculos dentro de las mismas.

Los relatos analizados dan cuenta de las relaciones de amistad que se generan entre los usuarios, y entre éstos y los profesionales, los cuales son percibidos muchas veces como amigos y/o referentes, debido a la cotidianeidad de sus encuentros, convirtiéndose en su grupo de referencia y pertenencia.

*“Entrevistadora: ¿con quién te gusta pasar el tiempo?*

*Anabella: y con mis padres y con la gente del taller. Y con una amiga que tengo también, que conozco.*

*Entrevistadora: ¿de dónde la conoces a ella?*

*Anabella: de un taller que queda ahí en cerca de la calle Güemes, ¿la ubican? PopArt, ahí me hice amiga [...]*

*Entrevistadora: ¿qué cosas hacen juntas?*

*Anabella: charlamos, tomamos un té, dibujamos pintamos también. Tiene, atiende chicos también [...]*

*Entrevistadora: ¿ella atiende a chicos?*

*Anabella: si si a chicos que no son discapacitados, pero es buena enserio, enserio”.*

Se puede visualizar en los relatos de los usuarios entrevistados, que los mismos atraviesan un doble proceso, ya que por una lado son conscientes de que su personalidad cuenta con diversas características y atributos más allá del diagnóstico, pero por otra parte, interiorizan a partir de los vínculos con los otros ciertas creencias respecto de si mismos, es decir, pasando a ser el diagnóstico

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

el rasgo central de su personalidad. Lo cual lleva a mantener una actitud de alerta, intentando ocultarlo.

*“Entrevistadora: ¿Por qué crees que hubo un cambio en tus amistades?  
Gustavo: [...] Claro note un cambio, como que digo yo está loco, déjalo. Como que me sentí discriminado pero tampoco... Me dejaron de lado, no les importo [...] Primero porque no quiero decirle a nadie que estoy, que soy un enfermo mental, y después que no es gente buena, porque te da la pauta que no es gente buena. Esta con vos por conveniencia, sino me podrían haber dado un pedazo de pan, estoy hablando de 4 días sin comer”*

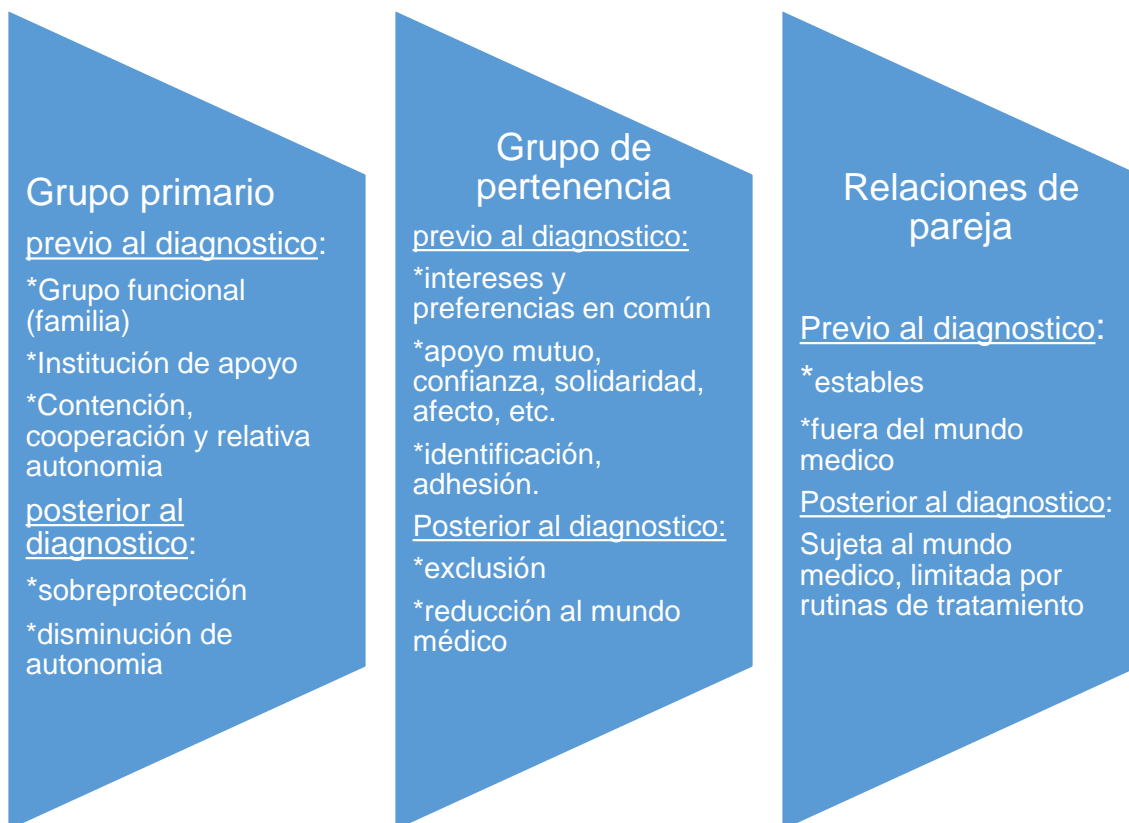
Estas condiciones caracterizan un antes y un después en los grupos de pertenencia, un cambio en los contextos en los cuales se conforman estos grupos, siendo que posterior al diagnóstico las amistades se reducen al mundo médico.

Este fenómeno no solo surge por la cotidianidad de sus encuentros, sino también porque hay una mayor identificación y empatía entre los usuarios, logrando así una mayor contención. Esto se debe a que los mismos atraviesan o atravesaron situaciones similares. Dentro de estas similitudes podemos hacer mención a la coincidencia de las instituciones que frecuentan, tratamientos, profesionales, actividades recreativas e inquietudes.

*“Gustavo: Cuando yo no estaba enfermo tenía muchos amigos, y no tenía problemas económicos y los invitaba a comer hamburguesas, todo. Cuando yo me enfermo, mi mamá fallece, no tuve un solo amigo para comer. No tenía para comer, yo pase 4 días sin comer. Uno solo me dio un pan, eso me sirvió... Esa amistad era conveniencia, porque por ejemplo acá si hay amistad, y no es que se benefician, ponele soy amigo de Gustavo porque me compra cigarrillos, soy amigo de Gustavo porque me compra un chocolate, soy amigo de Gustavo porque me invita a comer. Todos compartimos, todos tenemos el mismo problema, y eso es muy bueno. Es como que me hizo un click. Es como que antes pensaba que mis amigos eran de una forma y no.”*

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Para concluir podemos decir qué en las diferentes historias de vida analizadas, se presenta un antes y un después en su manera de vincularse que coincide con la transmisión del diagnóstico y su respectivo tratamiento. En relación con el grupo primario, se observa una mayor sobreprotección junto con una disminución de la autonomía personal, ya que hay una mayor dependencia respecto de los mismos. Por otra parte, la manera de vincularse en los grupos de pertenencia como en las relaciones de pareja, posterior al diagnóstico, se reducen al mundo médico, perdiendo la continuidad con sus vínculos anteriores.



## **TRANSFORMACIÓN EN LA VIDA COTIDIANA A PARTIR DEL DIAGNÓSTICO**

Con el propósito de analizar los cambios producidos en la vida cotidiana de los usuarios a partir del diagnóstico en Salud Mental, tomaremos como referencia la información referida a las actividades de rutina, como son las actividades laborales, educativas, recreativas, entre otras.

En el análisis de las historias de vida analizadas se pueden notar ciertos cambios producidos en el desenvolvimiento de la vida cotidiana a partir de la transmisión del diagnóstico y su respectivo tratamiento. Provocando un impacto en el desarrollo de las actividades diarias. Entre los cambios percibidos, se destaca la dependencia a la medicación como un elemento central en la vida de los usuarios como así también a la atención médica psiquiatra.

*“Eduardo: Me levanto a la mañana, tomo la medicación. O sea, ya con la medicación, ya arranco el día...”*

*Mi vida es esa...matero, tomando la pastilla también. Tengo que tomarla de por vida, eso ya... ya es sabido, me ha pasado de que no la tomaba...*

*Por eso yo sé que tengo que tomarla. Todos los meses voy al médico, me hace recetas, de paso hablo con el médico y todo”*

### **Impacto en la condición laboral a partir del diagnóstico**

Cada persona que posee un diagnóstico en salud mental atraviesa una serie de experiencias particulares y únicas, percibiendo cambios no sólo en lo corporal, sino también en otras dimensiones de su vida cotidiana como son lo laboral, lo social y emocional.

En relación con la condición laboral, se detecta una reducción de las oportunidades para la inserción en el mundo del trabajo, ya sea por las exigencias mismas del mercado de trabajo, que no son compatibles con la rutina y tratamiento propio del diagnóstico; por razones de discriminación; como así también por el autoestigma, entre otros.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*“Gustavo: tuve trabajos para discapacitados se llama, lo de protegidos [...], tampoco puedo tener un trabajo en una empresa porque yo pierdo mi pensión ¿me entiendes?.. Si yo trabajaría por ejemplo no sé, en la Municipalidad, perdes la pensión por discapacidad, no es que la perdes, no es compatible con el trabajo, me parece que es así. Igual yo no me salió ningún trabajo, me salió trabajo para discapacitados, los tres trabajos que tuve para discapacitados, es como que me anoté en eso yo.*

*Gustavo: no recuerdo a nadie que entre a una empresa o a un trabajo, personas conocidas con alguna discapacidad. Creo que son muy escépticos, dicen ¡no, este loco!, capaz que, no sé [...] ya te digo trabaje para discapacitados eso sí, que es un sueldo inferior, menos horas semanales, pero es para... tenes que llevar el certificado de discapacidad. No es para gente como para vos entiendes”.*

*“Entrevistadora: ¿trabajaste en algún momento?*

*Vicente: si, antes de enfermarme trabajé de mensajero, de ilustrador de altura, estuve en la escuela Sargento Cabral. Estuve embarcado, en un taller de pintura para autos Y ahora la doctora me dijo que más de tres horas no podía trabajar. Por debido a mi enfermedad, la esquizofrenia. No estuve haciendo nada. Va, ayudo en mi casa.”*

El no ser aceptado socialmente en igualdad de condiciones, por ser el diagnóstico considerado como el rasgo central de su personalidad, genera una falta de acceso y/o mantenimiento de ciertos derechos sociales, como el derecho al trabajo formal y a la educación.

A su vez se observa como los mismos adquieren los discursos que conllevan a la discriminación y a la exclusión como válidos, logrando así un autoestigma, que genera obstáculos y limitaciones en sus proyectos tanto personales como los referidos a su inserción en lo social.

En lo relativo al estigma, la manifestación más relevante a erradicar es la internalizada por los usuarios o la llamada autoestigma. Esta condición se refiere a la internalización de las actitudes negativas que ha recibido. Relacionado con creencias de desvalorización y discriminación, disminución de la calidad de vida, autoestima y el agravamiento de su diagnóstico. (Tapia, F; et. al.: 2015)

*“Entrevistadora: Ana, antes de comenzar la entrevista hiciste un comentario de que nosotras éramos más inteligentes que vos, ¿a qué te referías con eso?*

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*Anabella: y... porque yo soy discapacitada y no puedo hacer un montón de cosas, por eso digo que ustedes son más inteligentes que yo.*

*Entrevistadora: ¿por qué? ¿Qué cosas crees que hacemos nosotras que vos no podrías?*

*Anabella: y estudiar en la facultad, trabajar, viajar sola en colectivo”.*

## **Transformación en las actividades recreativas**

En relación con las actividades recreativas se puede observar que las mismas quedan reducidas al mundo del diagnóstico, siendo los usuarios y especialistas, su entorno más próximo.

*“Gustavo: Y por ejemplo tenes que tomar la medicación a un horario determinado, por ejemplo poder ir a comer a tomar un café, pero por ejemplo a veces te cuesta porque te duele la cabeza o te sentís con la medicación cansado”.*

El desarrollo de las diferentes actividades recreativas se lleva a cabo en instituciones afines a la Salud Mental, ya sea Colectivo Crisálida, Movimiento Maramarte, ONG Estar, entre otras. Quedando su rutina diaria de esta manera institucionalizada.

*“Gustavo: Y en este momento, bueno yo tengo varias actividades ¿viste? vengo a crisálida que es un taller de arte y salud mental, para gente discapacitada, los martes y viernes. Los lunes y los jueves a Marmarte que es otro taller de artes plásticas (que queda al lado del teatro diagonal en la biblioteca de juventud moderna)*

*También tengo un programa de radio de gente discapacitada, la radio universidad, los jueves de 5 a 6 de la tarde, estoy como co-conductor o cuando tiene un problema de enfermedad mi compañero el conductor lo suplanto.”*

Al indagar en como los usuarios día tras día atraviesan su diagnóstico en salud mental y todo lo que implica sobrellevarlo, es propicio hacer mención al concepto de la carrera del padecimiento de Mercado Martínez en La perspectiva

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

de los sujetos enfermos, dado que el mismo hace referencia a “el proceso en el cual los sujetos enfermos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento” (Mercado Martínez; et. al: 1999)

Los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta las personas y los medios disponibles, siendo que a partir del diagnóstico, los mismos han cambiado, dando lugar a que ocurra este tipo de fenómeno, donde su vida cotidiana se vea reducida al mundo médico.

### **Impacto del diagnóstico en la formación educativa**

Los usuarios por el hecho de poseer un diagnóstico en salud mental integran un colectivo en el cual el acceso a los derechos sociales, como la educación, cuentan con un conjunto de obstáculos para el pleno acceso. Esto se puede deber a una falta de diseño y accesibilidad universal de ciertas instituciones, conllevando a la exclusión de otros derechos sociales.

*“Entrevistadora: ¿a qué escuela fuiste?”*

*Anabella: primero fui al Provincias Unidas que mucho no quería ir porque me costaba también por mi discapacidad y todo eso, y después me pasaron a la especial al centro de educación especial Alito.*

*Entrevistadora: y en la primera escuela con tus compañeros ¿cómo te llevabas?*

*Anabella: no no no tenía amigos, no me trataba*

*Entrevistadora: ¿por qué no te tratabas?*

*Anabella: y porque no me daban bola, al principio mis compañeros de Provincia Unidas no me daban bola.*

*Entrevistadora: ¿las maestras cómo eran?*

*Anabella: y me daban cosas más fáciles para hacer. Había una maestra que no saben lo que eran, cuando estaba en 4° (Cuarto) era muy jodida, era muy brava siempre me peleaba mucho con ella y yo me quería llevar bien con ella también pero me peleaba mucho con ella”*

La educación es el punto de partida para un acceso efectivo a los derechos sociales, por esta razón, es importante que se logre un sistema de educación inclusivo, ampliando el potencial humano, el sentido de la dignidad y



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

la autoestima, desarrollando al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad, haciendo posible su participación plena como miembro de la sociedad. Siendo únicamente posible con una educación sin discriminación y sobre la base de igualdad de oportunidades.

A fin de hacer efectivo este derecho es importante, que puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita en igualdad de condiciones; que se realicen los ajustes razonables pertinentes, y se les preste el apoyo necesario y efectivo, fomentándose su máximo desarrollo académico y social. (Palacios, 2008)

En base a las vivencias de los usuarios se puede notar que los mismos han atravesado ciertos cambios en su formación educativa, acompañado de situaciones de incomodidad, falta de compañerismo, empatía y apoyo por parte de las instituciones y sus respectivos miembros.

Dentro de estos cambios se puede observar la rotación de institución, la interrupción en el proceso educativo por falta de un diseño curricular acorde a las necesidades de los usuarios, como así también la falta de contención y empatía.

*“Entrevistadora: ¿estudiaste alguna carrera o tuviste la iniciativa?”*

*Liliana: estude la mitad de la carrera de la Licenciatura en Ciencias Políticas, fui buena alumna en la facultad pero muy solitaria. Se me hacía difícil relacionarme. Porque empezó la época en que yo estaba mal y no encontraba solución, no encontraba alivio.”*

Para sintetizar, podemos decir que se observa, en las diferentes historias de vida analizadas, transformaciones en los distintos ámbitos de la vida cotidiana posteriores al diagnóstico. Estos generan limitaciones y obstáculos en el desenvolvimiento de la vida diaria, reduciendo la misma a las rutinas del tratamiento.

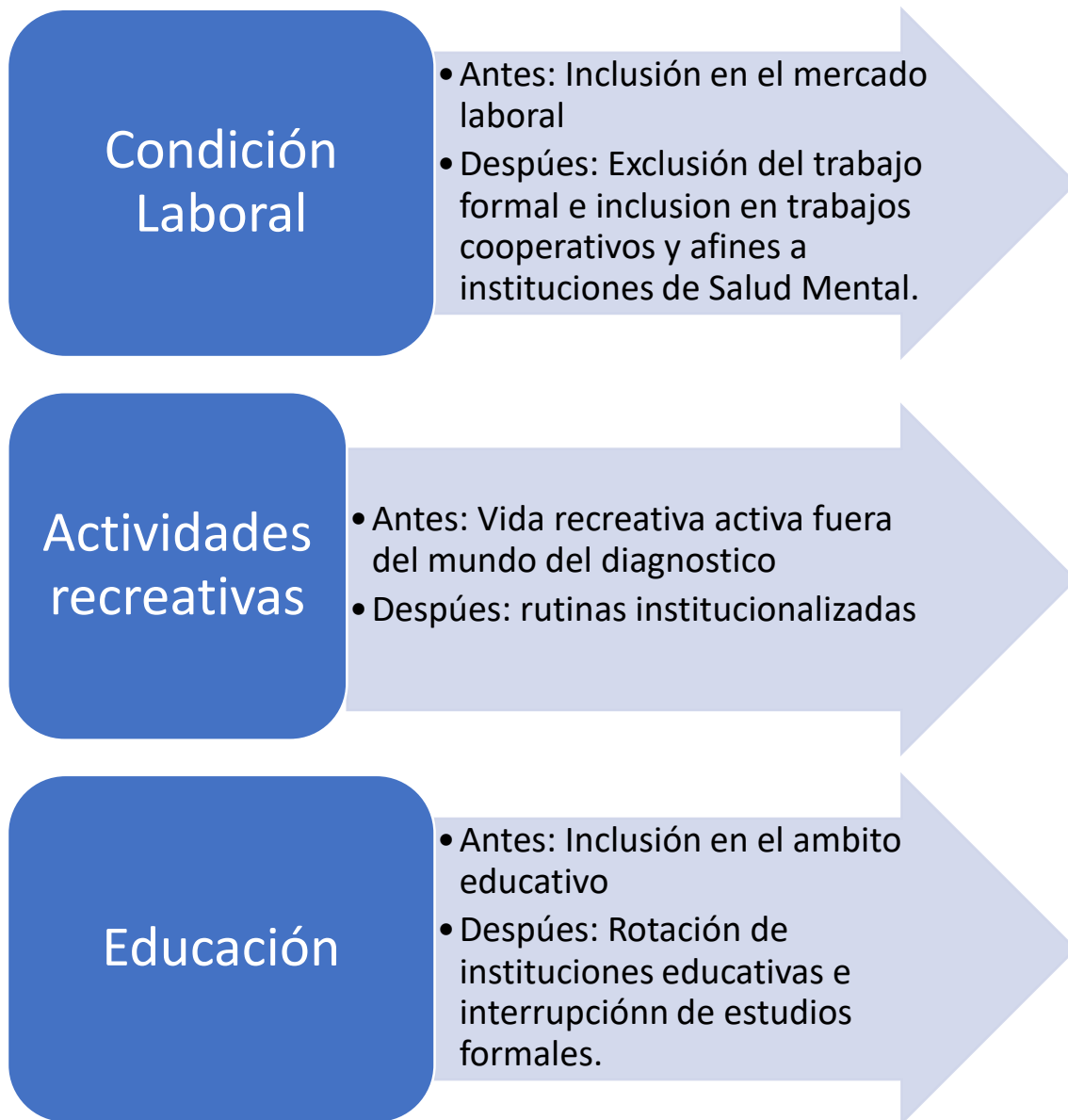
Dentro de estas transformaciones se destacan cambios relacionados a los lugares que frecuentaban habitualmente, reduciéndose éstos a espacios e instituciones afines a la salud mental. Se acompaña esto de cambios en los

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

vínculos diarios, dado a que en estas organizaciones comparten actividades diarias ya sean de óseo, recreativas, culturales, laborales, entre otras, con otros usuarios y especialistas de los cuales surgen nuevos grupos de pertenencia. Esta manera de afrontar su cotidianidad, genera cambios en sus intereses, inquietudes, deseos, necesidades, entre otros aspectos.

En base a lo analizado, consideramos que sería importante asegurar la participación social de todas las personas en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, en base a la inclusión y el respeto, en el marco de los derechos humanos.

Tales objetivos tiene como fin alcanzar una mayor visibilidad social, y alcanzar una mayor toma de conciencia respecto de la marginación y exclusión social a la que tradicionalmente han sido sometidas estas personas, lo cual, entre otras consecuencias, les ha impedido acceder a participar en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de personas.



## **PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS**

En el presente capítulo intentaremos analizar el siguiente objetivo: “Indagar acerca de cómo los usuarios creen que son percibidos por el resto de la sociedad”, a partir de las diferentes entrevistas realizadas.

De las mismas pudimos inferir que, la sociedad se rige por el discurso médico, reconoce a los usuarios en base a su diagnóstico. De esta manera sus capacidades se encuentran limitadas y reducidas al mismo, conllevando a que este discurso sea incorporado por los mismos usuarios.

Con el fin de dar respuesta a dicho objetivo se ha tenido en cuenta la manera en que los usuarios se consideran percibidos por los demás, como así también la forma en que ellos mismos se perciben.

### **Efectos, reproducción del discurso y aceptación**

En el transcurso de las entrevistas, se observa como los usuarios se apropian de los discursos que desarrollan tanto la sociedad como las instituciones, generando éstos un impacto en la construcción de su identidad.

Se define a la identidad como un proceso mediante el cual un actor social se reconoce a sí mismo y construye el significado a partir de un atributo o conjunto de los mismos determinados culturalmente, donde las relaciones sociales se definen frente a los otros en virtud de aquellos atributos culturales que especifican la identidad. (Castells, 1996)

Los usuarios son conscientes de que cuentan con un conjunto de habilidades, conocimientos y capacidades más allá de su diagnóstico, como así también con la predisposición para poder realizar las diferentes actividades que se les presenta, encontrándose las mismas obstaculizadas por el discurso social que ellos mismos aceptan y terminan incorporando.

*“Gustavo: Yo soy diseñador gráfico. Antes de enfermarme ya me recibí [...] hice 3 años en la Malharro, escuela terciaria de gráfica y me pase a Buenos Aires porque quería tener la licenciatura de gráfica, y acá era terciario.*

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*Tuve trabajos para discapacitados se llama, lo de protegidos se llaman. [...] Todos son trabajos para discapacitados.*

*[...] no recuerdo a nadie que entre a una empresa o a un trabajo, personas conocidas con alguna discapacidad.*

*Entrevistadora: ¿crees que es por la pensión?*

*Gustavo: y yo creo que son muy escépticos, dicen ¡no, este loco..! capaz que no sé”*

Se puede notar como el diagnóstico muchas veces es percibido tanto por la sociedad como por el propio usuario como la característica principal de su identidad.

Considerar el diagnóstico como la característica más relevante de la persona, puede generar trabas en el acceso a diversos derechos sociales. Dentro de estos derechos se puede hacer mención al derecho a la educación, que permite desarrollarse en autonomía, igualdad y libertad, así como aquellos que permiten mejores condiciones económicas y el acceso a bienes necesarios para una vida digna.

*“Entrevistadora: Ana, antes de comenzar la entrevista hiciste un comentario de que nosotras éramos más inteligentes que vos, ¿a qué te referías con eso?*

*Anabella: y... porque yo soy discapacitada y no puedo hacer un montón de cosas, por eso digo que ustedes son más inteligentes que yo”.*

Estos obstáculos que presenta la sociedad para con las personas que poseen un diagnóstico en salud mental, limita el accionar de los usuarios y su desenvolvimiento en la vida cotidiana, por el miedo que les genera ser rechazados.

Este miedo se va construyendo a partir de experiencias posteriores al diagnóstico, tales como los cambios sufridos en los vínculos, en su situación laboral y educativa, entre otros. Siendo éstas vivencias impregnadas de rechazo, discriminación y exclusión, con las que se enfrentan día a día.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

*“Entrevistadora: sacando el tema de la pensión, ¿piensas que podrías conseguir un trabajo?”*

*Gustavo: si si yo creo que si. Cualquier persona discapacitada lo puede hacer con algún oficio que tenga, de albañil, de plomero. Pero como era que te iba a decir, te iba a decir algo... yo no recuerdo que alguien conocido entre a una empresa [...] Y es como una discriminación. Yo por lo menos todos los discapacitados que conozco, conozco ese pibe y después yo no conozco a ninguno, casi todos trabajando en los talleres protegidos por discapacidad, o en la ONG Estar. [...] Tendría que cambiar la sociedad. Acá por ejemplo hay 50 y ninguno trabaja en una empresa”.*

Reducir a la persona solo a su diagnóstico, implica un bloqueo que impide el conocimiento total de su identidad, es decir, del conjunto de conocimientos, habilidades y aptitudes con las que podría desarrollar diversas actividades, colocándola en una condición de desventaja con el resto de la sociedad, por no ser aceptada en igualdad de condiciones.

Esto lleva a los usuarios a mantener una actitud de alerta frente al atributo estigmatizador, pasando a convertirse en el rasgo central de su personalidad y los esfuerzos por ocultarlo o corregirlo en parte de su identidad.

*“Gustavo: [...] no quiero decirle a nadie que estoy, que soy un enfermo mental.*

*Entrevistadora: ¿Porque crees que hubo un cambio en tus amistades?*

*Gustavo: note un cambio, como que digo yo ¡está loco, déjalo! Como que me sentí discriminado pero tampoco.*

*E: discriminado, ¿cómo?*

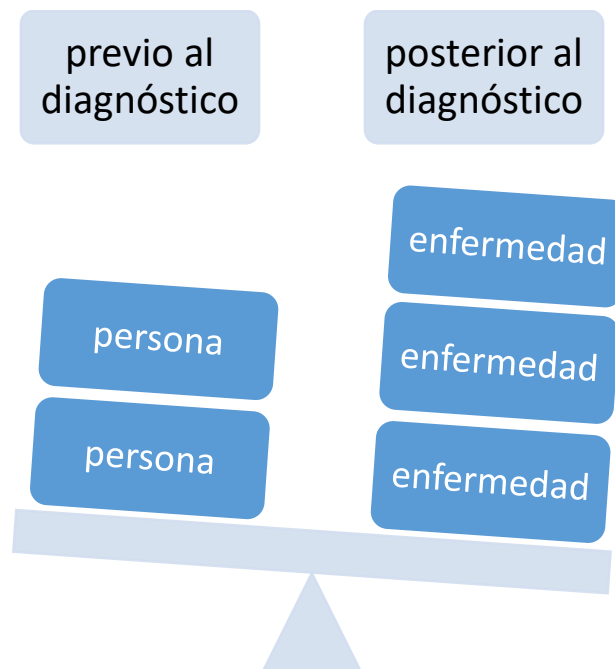
*G: En cuanto a los afectos, más que nada. Es como que, antes cuando era todo más fácil estaban siempre viste, pero ahora no. Todo junto me fallaron. Mis amigos me fallaron [...] Y me daba un poco de vergüenza, no tenía ganas de contar mi vida privada. Pero es como que corte con las amistades, y después volver a hacer amistades nuevas”*

Las situaciones mencionadas conllevan a que los usuarios sientan ansiedad e inseguridad ante el contacto con otras personas, así como el temor

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

a la falta de respeto que con frecuencia se producen, ocasionando muchas veces el aislamiento social.

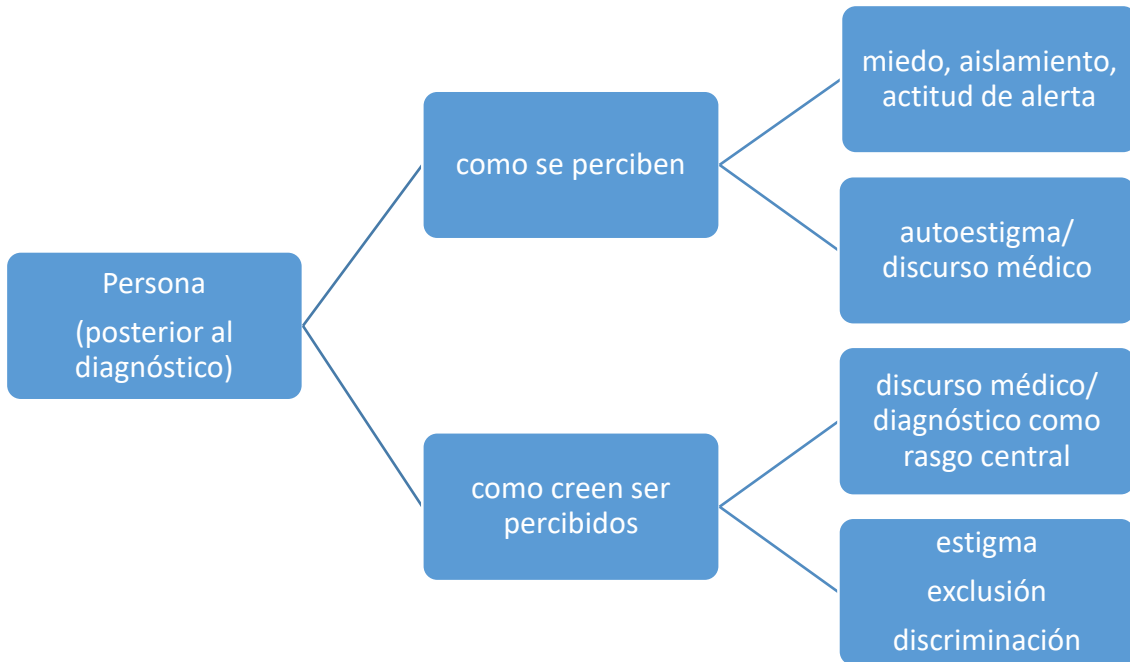
Como consecuencia de estas actitudes sociales el usuario estigmatizado sufre un proceso de exclusión y discriminación, promoviendo la distancia social. Estas conductas de evitación, que funcionan como barrera en el acceso a la vida social plena, impactan sobre la autoestima, la conducta personal y social, y por ende sobre su identidad.



A modo de conclusión y teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede notar que hay un impacto en la conformación de identidad a partir del diagnóstico en salud mental. La percepción que tiene el usuario de sí mismo ha cambiado, como así también la mirada que tiene la sociedad respecto del usuario.

Como consecuencia de estos cambios se genera una interacción que, acompañada del discurso médico, profundiza los fenómenos de exclusión y discriminación.

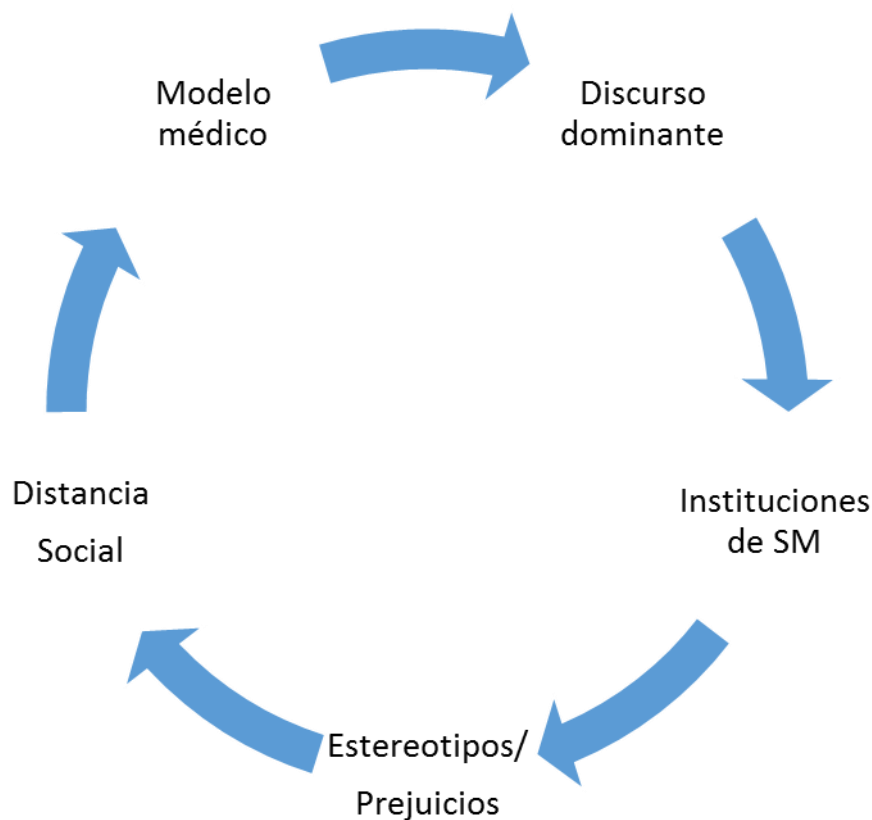
**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**





## FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA CONSTRUCCIÓN DE UN ESTIGMA

En el siguiente apartado intentaremos dar cuenta de los diferentes factores que contribuyen a la formación del estigma. Para dar respuesta a este objetivo, hemos realizado un análisis de las historias de vida de los usuarios seleccionados, teniendo en cuenta los distintos aspectos que generan obstáculos y limitaciones en su vida cotidiana para el acceso a los derechos sociales, por el hecho de poseer un diagnóstico en salud mental.



Para dar comienzo a este apartado se hace necesario dar cuenta lo que entendemos por el concepto de Estigma, el mismo hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene respecto de otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlos.

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Por lo tanto se puede decir, que se trata de un “atributo profundamente desacreditador”, que genera un descredito o desvalorización, producto de actitudes sociales negativas, estereotipos y discriminación, para quienes poseen ciertos rasgos y/o características.

En el transcurso de las entrevistas se puede evidenciar ciertos factores que conllevan a la construcción del estigma, dentro de los más relevantes haremos mención a la existencia y sostenimiento del modelo médico como medio de coerción y organización social, a través de la producción y reproducción del discurso, aceptado y considerado como válido.

Es decir, dado que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y que pueden aparecer ante los grupos sociales como amenazas, genera en éstos la necesidad de construir simbolizaciones y representaciones colectivas respecto de los padecimientos en salud mental. Sobre los cuales se estructuran un saber para enfrentar, convivir y solucionar dichos padecimientos.

Son estas representaciones y simbolizaciones las que forman parte del sentido común o la denominada opinión pública, la cual es aquella que puede ser expresada en público sin riesgo de sanciones, y en la cual puede fundarse la acción llevada adelante en público. El discurso dominante es quien impone una postura y una conducta de sumisión, amenazando con el aislamiento a quien mantenga una postura diferente. Siendo los medios de comunicación uno de los principales elementos que sirven como reforzadores de estos discursos.

De este discurso mencionado anteriormente, se puede observar la existencia de ciertos estereotipos hacia los usuarios con un diagnóstico en salud mental, acompañado de ciertas creencias como la peligrosidad, impredecibilidad, dificultad de relacionarse con el otro y desenvolverse con autonomía en la vida cotidiana, todo ello unido a la creencia de la cronicidad del diagnóstico. Considerando que la persona “es” esquizofrénica y no que “tiene o padece” esquizofrenia.

*“Eduardo: En el servicio militar tuve mi primer brote, y me dieron el raje porque sabían que tenía el problema. Yo tenía que cumplir 14 meses pero me fui antes porque me encontraron eso, estaba en Punta Alta yo”.*

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Junto a estas creencias se encuentran ciertos prejuicios que generan miedo, rechazo y desconfianza que conllevan a una distancia social por medio de la exclusión y el aislamiento, “ellos” frente a “nosotros”.

*“Entrevistadora: y en la primera escuela con tus compañeros ¿cómo te llevabas?”*

*Anabella: no no no tenía amigos, no me trataba*

*Entrevistadora: ¿por qué no te tratabas?*

*Anabella: y porque no me daban bola, al principio mis compañeros de Provincia Unidas no me daban bola”*

*“Entrevistadora: ¿tenés hermanos?”*

*Anabella: si tengo una hermana, pero estoy peleada [...] no sé qué paso dejo de hablar conmigo, dejo de tener dialogo conmigo y no sé qué paso.*

*Entrevistadora: ¿le preguntaste por qué no te hablaba?*

*Anabella: eh...Quise animarme a preguntarle, pero no podía porque reacciona mal también, tiene carácter podrido también”*

Otro de los factores que contribuyen a la construcción del estigma es la existencia de instituciones afines a la salud mental, las cuales son los únicos espacios a los que suelen frecuentar los usuarios, reduciendo su vida cotidiana al mundo del diagnóstico. Identificando estos lugares, no solo como un espacio de tratamiento, sino también como espacios de contención y apoyo, donde están involucrados los diferentes aspectos que componen su vida cotidiana.

*“Gustavo: Y en este momento, bueno yo tengo varias actividades ¿viste? vengo a crisálida que es un taller de arte y salud mental, para gente discapacitada, los martes y viernes. Los lunes y los jueves a Marimarte que es otro taller de artes plásticas. [...] También tengo un programa de radio de gente discapacitada, la radio universidad, los jueves de 5 a 6 de la tarde, estoy como co-conductor o cuando tiene un problema de enfermedad mi compañero el conductor lo suplanto”*

La frecuencia con la que transitan estas instituciones, convirtiéndose en su contexto social habitual, es uno de los factores que contribuye a la formación

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

de etiquetas sociales, como así también el reconocimiento de la posesión de un diagnóstico.

La simple etiqueta dispara ciertas opiniones y sentimientos personales, independientemente de las conductas de las personas que la llevan.

Para concluir este apartado podemos decir que hay ciertos factores que conllevan a la construcción de un estigma, los cuales son construcciones culturales y sociales. Estas construcciones son componentes cognitivos factibles de ser modificados a partir de la información y concientización, pero sus repercusiones en la conducta suelen ser escasas y de poca duración, dado a la resistencia del discurso médico dominante. En general son necesarios procesos complejos de información, interacción social y modificación estructural para que el cambio sea real y sostenido.

Logrando un cambio de discurso, estos factores mencionados anteriormente no contribuirían a la construcción del estigma, ya que se generaría un cambio en las actitudes sociales. De esta manera se podría lograr una verdadera idea de universalidad, dejando de lado una sociedad en donde prime la exclusión de las instituciones, del mercado formal de trabajo, y al acceso del resto de los derechos sociales, poniendo fin a la distancia social que enfrenta a un “ellos” con un “nosotros”.

## CONCLUSIÓN

### DIAGNÓSTICO Y ESTIGMA

Teniendo en cuenta nuestra pregunta de investigación: “¿Cómo impacta un diagnóstico de salud mental en la conformación de la identidad, a partir de las historias de vida de los usuarios de la ciudad de Mar del Plata?” se puede observar la existencia de ciertos factores que contribuyen al proceso de estigmatización de las personas que poseen un diagnóstico en Salud Mental.

El interés por reconocer éstos factores y la consiguiente preocupación por las repercusiones complejas sobre los usuarios, se debe a que constituyen, una barrera poco permeable para el acceso de éstos a razonables condiciones de vida y al pleno goce de los diferentes derechos sociales.

Esto se debe a que las características diagnósticas definen, predicen y al mismo tiempo ayudan a constituir la realidad que identifican. La esquizofrenia no implica solo el impacto del diagnóstico de una enfermedad mental, suponen un proceso de mayor alcance: la persona, sus vínculos y sus actividades cotidianas se encuentran mediadas por el universo psiquiátrico, en una distancia inseparable de la vida cotidiana. Debilitando el posicionamiento como ciudadano activo de la sociedad, y por ende una considerable disminución de las oportunidades para el acceso a los distintos derechos sociales, lo cual conlleva a una disminución de la calidad de vida, es decir, a lo referido a las relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, educación, entre otros.

A su vez la etiqueta de “enfermo mental” conlleva a opiniones y sentimientos personales, independientemente de las conductas de las personas que la poseen. Donde el conocimiento de la existencia de un diagnóstico, el uso de los servicios de salud mental, como la adherencia al tratamiento se consideran como reforzadores del estigma.

Es importante destacar que el término o etiqueta diagnóstica facilita la comunicación, pero también puede reforzar la desvalorización y el rechazo, además de funcionar como elemento que caracteriza por sí mismo a toda la persona.

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

El tratamiento puede ayudar al usuario a atravesar su diagnóstico, pero a su vez genera efectos secundarios y ciertas etiquetas diagnósticas cargadas de discriminación y exclusión que los señalan “para siempre” ante los demás, donde el mismo es considerado sólo “un esquizofrénico” (López; Laviana y otros: 2008)

Es necesario mencionar que los factores que contribuyen a la conformación de ésta “etiqueta diagnóstica”, no solo surge del entorno social, sino que también del mismo usuario que se adhiere a ese discurso y lo toma como propio, generando así, un autoestigma.

Siguiendo con los objetivos propuestos para llevar a cabo el proceso de investigación, se observan ciertas modificaciones que coinciden con la transmisión del diagnóstico, que han impactado en la conformación de la identidad, lo cual se debe a los cambios sufridos en el desenvolvimiento de su vida cotidiana.

Es importante destacar, que consideramos no relevante para dar respuesta a nuestra pregunta de investigación el objetivo específico *“Comparar el abordaje realizado desde el sector público y el sector privado en relación a la conformación de un diagnóstico, desde la perspectiva de los usuarios”*, dado que es un dato que no contribuye a nuestra propuesta de investigación.

De tal forma, admitimos que los usuarios frecuentan instituciones tanto del sector público como del sector privado a lo largo del tratamiento, donde manifiestan no haber atravesado situaciones donde se diferencien ambos sectores en cuanto al abordaje del diagnóstico.

Por otra parte, en el objetivo referido a su manera de vincularse con el Otro se manifiesta “un antes y un después”. Dentro del grupo primario, se observa una mayor sobreprotección hacia los usuarios, junto con un cambio de roles dentro del mismo y esto acompañado de una disminución de su autonomía.

En cuanto al resto de sus vínculos, se observa una pérdida de continuidad con sus relaciones preexistentes, dando lugar a la gestación de relaciones dentro del mundo médico.

El desenvolvimiento del usuario en su vida cotidiana, se ve reducido a la rutina del tratamiento, lo cual genera limitaciones y obstáculos. Esto no solo se

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

debe a los efectos que producen los psicofármacos (dolor de cabeza, descompostura, sueño, cansancio, entre otros), sino también a la regularidad con la que frecuentan instituciones y organizaciones por dicho tratamiento. Esto ha generado cambios en el desarrollo de las actividades que mantenían previo al diagnóstico. Generando así una modificación en sus intereses, inquietudes, deseos y necesidades.

Las situaciones mencionadas conllevan a que los usuarios sientan inseguridad para con el resto de la sociedad, esto se debe al temor de atravesar ciertas situaciones de discriminación y exclusión, y de no obtener el deseable trato igualitario, ocasionando muchas veces el aislamiento social,

Para concluir este apartado podemos decir que hay ciertos factores que conllevan a la construcción de un estigma, los cuales son construcciones sociales y culturales. Estas construcciones son componentes cognitivos factibles de ser modificados a partir de la información y concientización, pero sus repercusiones en la conducta suelen ser escasas y de poca duración, dado a la resistencia del discurso médico dominante. En general son necesarios procesos complejos de información, interacción social y modificación estructural para que el cambio sea real y sostenido.

Logrando un cambio de discurso, estos factores mencionados anteriormente no contribuirían a la construcción del estigma, ya que se generaría un cambio en las actitudes sociales. De esta manera se podría lograr una verdadera idea de universalidad, dejando de lado una sociedad en donde prime la exclusión de las instituciones, del mercado formal de trabajo, y al acceso del resto de los derechos sociales, poniendo fin a la distancia social que enfrenta a un “ellos” con un “nosotros”.

En base a lo analizado, consideramos que sería importante asegurar la participación social de todas las personas en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, en base a la inclusión y el respeto, en el marco de los derechos humanos.

Tales objetivos tiene como fin alcanzar una mayor visibilidad social, y alcanzar una mayor toma de conciencia respecto de la marginación y exclusión social a la que tradicionalmente han sido sometidas estas personas, lo cual, entre

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

otras consecuencias, les ha impedido acceder a participar en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de personas.

Asumiendo la complejidad de este fenómeno social, consideramos de suma importancia la intervención del Trabajo Social dentro de un equipo interdisciplinario de Salud Mental.

En la intervención el trabajador social, intenta alejarse de lo normativo, de lo establecido y acercarse a los derechos del sujeto. Es decir, el derecho a ser escuchado, a la valoración de la palabra, a ser “visible”. Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado.

El trabajo social debe defender el valor intrínseco, las capacidades y potencialidades de cada persona para tomar las decisiones más adecuadas respecto a su propia vida, rescatando todos los elementos positivos que posibiliten aumentar la autoestima. Además de abogar por los derechos de los colectivos vulnerables.

El fin de su accionar es lograr el empoderamiento de los usuarios, y de esta manera alcanzar una participación activa tanto en la esfera pública como en las decisiones referidas a su vida cotidiana.

Finalmente, es preciso señalar la importancia de trabajar a favor de la inclusión social, con el fin de poder desarticular aquellos discursos y estereotipos que clasifican y categorizan a las personas generando así un estigma en ellas.

Dentro de los objetivos que nos proponemos para nuestras futuras intervenciones profesionales serán interrumpir los procesos de estigmatización, buscando cambios en las actitudes sociales, eliminando factores de refuerzo, por un lado, y acompañando a esto, disminuir el impacto que el estigma tiene sobre los usuarios afectados con el fin de poder lograr una mayor calidad de vida.



**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**



#### VIDA COTIDIANDA

- Discriminación y exclusión en el acceso a los derechos sociales (educación, trabajo, vivienda, otros)
- Pérdida de oportunidades por discriminación

- Temor
- Aislamiento Social
- Desvalorización
- Ansiedad

#### RELACIONES VINCULARES

- Grupo primario: pérdida de autonomía.
- Grupo de pertenencia: ruptura con vínculos anteriores al diagnóstico y gestación de nuevas relaciones dentro del mundo médico
- Relaciones de pareja: Dificultad para conservar vínculos y reducción al mundo médico

## BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002) *El sistema de salud en argentina*. Documento 60 Recuperado de <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Aguilar Idañez, M. y Ander-Egg, E. (2002) *Diagnóstico Social. Conceptos y metodologías*. (2ª Ed.) Buenos Aires: Ed. Humanitas
- Alves, P. (2006) *La experiencia de la enfermedad: consideraciones teóricas*. Centro de Estudios Epidemiológicos y socio antropológicos de la Salud. Departamento de Sociología de la Universidad Federal de Bahía. Salvador, Brasil.
- Amarante, P. (2007) *Superar el manicomio*. Capital Federal: Ed. Topia.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2009) *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Revista Scielo: Vol. 5 (1) pp. 27-47.
- Augsburger, A. (2002) *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Rosario: (81) pp. 61-75
- Baruch, G; Basaglia, F; et. al. (1982) *Psiquiatría Crítica: La política de la Salud Mental*. España, Barcelona: Ed. Crítica.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2001) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Bezanilla, J. y Miranda, M. (2013) *La familia como grupo social: una re-conceptualización*. Revista Scielo Vol.17 (29).
- Carballada, A. (2006). *El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Carballada, A. J. (2008). *Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Carballada, A. J. (2012) *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista Margen Nª 65.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- Carballada, A. J. (2012) *La intervención en lo social / exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales* (4ª. Reimpresión) Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Carpintero, E. (2010) *La medicalización de la subjetividad: el poder en el campo de la salud mental*. Buenos Aires: Argentina del Bicentenario.
- Carpintero, E. (2011) *La subjetividad asediada: medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Ed. Topia.
- Castells M. (1996) *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. México: Siglo XXI, Vol. 1.
- Castoriadis, C. (1997) *El imaginario social instituyente* (en línea) Zona Erógena, núm. 35. Disponible en: <http://www.educ.ar>.
- Cesilini, G.; Guerrini, M.; Novoa, P. (2007) *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario: De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Chitarroni, H., (2008) *La investigación en Ciencias Sociales: lógicas, métodos y técnicas para abordar la realidad social. Capítulo 10, “La selección de la evidencia empírica. Universos y muestras”*. Edición Universidad del Salvador.
- Corbetta, P. (2007) *Metodologías y técnicas de la investigación social*. (2ª Ed.) España: Ed. McGraw-Hill.
- Custo, E. (2008) *Salud Mental y Ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- *Derecho a la Salud sin Discriminación*. (2012). Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires.
- Díaz Bravo, L.; Torruco, U.; et. Al. (2013) *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Revista Scielo Vol. 2 (7).
- Dillon, C.; Villar, V.; et. Al (2005) *Estudio de las Alteraciones Cognitivas en Pacientes con Diagnóstico de Esquizofrenia*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica ALCMEON 48 Año XV - Vol.12 (4) pp. 402-408.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- Echandía, C; Gómez, A; et. Al (2012) *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. Biblioteca latinoamericana de subjetividades políticas. (1ª Ed.) Bogotá: CLACSO
- Eidelsztejn, A. (2003) *Diagnosticar el sujeto*. Revista Imago Agenda N°73.
- Espinoza, A.; Derito, N.; et. Al (2006) *Inicio y curso del proceso esquizofrénico. Factores de riesgo y detección temprana. Diagnóstico diferencial, cuestiones sobre el tratamiento*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica ALCMEON 5 Año XV - Vol.13 (3).
- Estrada Ospina, V. (2006) *Salud y Planificación Social ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?* Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Faraone, S. (2013) *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*. Revista Salud Mental y Comunitaria. (3ª edición) Ed. UNLa.
- Ferrari, H. (2001) *¿Qué es la Salud Mental? Una experiencia en Medicina, en Aportes para un cambio curricular en Argentina*. Buenos Aires: Facultad de Medicina UBA, OPS/OMS.
- Galende E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Galende E. y Kraut, A. (2006) *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Galende, E. (1988) *Modernidad y modelos de asistencia en Salud Mental en Argentina*. Ed. UNLa.
- Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. (1ª Ed.) Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Galende, E. (2012) *Consideraciones de la subjetividad en la Salud Mental*. Revista Salud Mental y Comunidad: Año 2, núm. 2 pp. 23-29.
- García Salor, S. (1991) *Especificidad y rol en Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Gejman, P. y Sanders, A. (2012) *La etiología de la esquizofrenia*. Revista Scielo Vol. 72 (3).
- Goffman, E. (2006) *Estigma: la identidad deteriorada*. (1ª Ed. 10ª reimpresión) Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- Grimberg, M. (2001) *Vih-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con Vih*. Cuadernos Médico Sociales (82) pp. 43-59.
- Hall, S; Du, G. (2003) *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu. Pp. 13-39
- Héller, A (1977) *Sociología de la vida cotidiana*. España, Barcelona: Ed. Península.
- lamamoto, M. (1989) *Relaciones Sociales y Trabajo Social*. Buenos Aires. Humanitas.
- Iglesias, M. (2012) *La reforma al Código Civil Argentino. Mirando y Mirada*.
- Katz, J. y col. (1993) *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura económica/ Serie de Economía.
- Krmptic, C. (2008) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud: Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud*. Buenos Aires: Ed. Espacio Pp. 17 – 33.
- Laurell, A. (1986) *El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médicos Sociales, (37) pp. 3-18.
- Lejarraga, A. (2004) *La construcción social de la enfermedad*. Revista Scielo, 102 (4) pp.271-276.
- Ley Federal de Trabajo Social N° 27072. 22 de Diciembre de 2014. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Boletín oficial.
- Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657, 2010.
- Malajovich, N.; Onocko, R. Et. Al (2014) *La experiencia, el conocimiento y la narrativa: la perspectiva del psiquiatra y el usuario*. Rio de Janeiro, Brasil. Revista Scielo: Vol. 24, Nro. 4.
- Mantilla, M. (2010) *“Riesgo”, “peligrosidad” e “implicación subjetiva”: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ed. Artigos Vol. 14 (32) pp. 115-126.
- Mantilla, M. y Alonso, J. (2015) *Transmisión del Diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales*. Buenos Aires: Ed. Artigos. Vol. 19 (52) pp. 21-32.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- Marcelino López; Laviana, M. Et. Al (2008) *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría. vol. 28, num. 101, pp. 43-83.
- Martínez Mazzola, R. (1998) *Salud y población. Cuestiones sociales pendientes*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Menéndez, E. (1979) *Cura y control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Ed. Nueva Imagen pp. 13-60
- Menéndez, E. (1994) *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* México: Alteridades 4 (7) pp. 71-83
- Mercado Martínez, F; Robles Silva, L; et. Al. (1999) *La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico*. Rio de Janeiro, 15(1):179-186
- Mercado Martínez, F; Robles, L.; et. Al. (1999) *La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico*. Rio de Janeiro, 15(1):179-186.
- Obiols, M. (2012) *Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida*. Revista Salud Mental y Comunidad: Año 2, núm. 2 pp. 59-64.
- Palacios, A (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ed. Cinca.
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (2004) *Soledad, sociabilidad y autonomía en personas viviendo con enfermedades crónicas (hepatitis c, vih/sida)*.  
Revista Salud Mental y Comunidad: Año 2, núm. 2 pp. 67-75.
- *Políticas de Salud* (2009) Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires.
- Ricci, E; Leal, E; et. Al. (2016) *Cotidiano, Esquizofrenia y narrativa de la experiencia del padecimiento*. Brasil: 24 (2) pp. 363-372.
- Ross, R. (2008) *Crónicas desde el Borda*. Buenos Aires.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

- Rozas Pagaza, M. (2001) *La intervención Profesional en Relación con la Cuestión Social. El Caso del Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio Editoria
- Saizar, M. (2003) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud: Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación médico-paciente*. Buenos Aires: Ed. Espacio pp. 35-51.
- Skliar, C. (2000) *La invención de la alteridad deficiente<sup>1</sup> desde los significados de la normalidad*. Revista Propuesta Educativa. Núm. 22 pp. 34-40
- Spinelli, H (2010) *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva, Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1987) *De interdisciplina e indisciplinas*. Publicado en Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Ed. Nueva visión. Pp. 313-315
- Stolkiner, A. (2005, Octubre) *Interdisciplina y Salud Mental*. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización. Posadas, Misiones.
- Szasz, T. (1994) *El mito de la enfermedad mental: ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tapia, F.; Castro, W.; et. al. (2015) *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. Revista Scielo Vol. 38 (1).
- Testa, M. (1997) *Pensar en Salud*. (5ª Ed.) Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Toselli, L., Cordonnier, M., Fernández Sapino, A. (2012) *Instituciones discapacitadas*. Mar del Plata. Grupo red por la inclusión social.
- Vasilachis, I. (2006) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (1ª Ed.) España, Barcelona: Ed. Gidesa
- Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2009) *Procesos de estigma y exclusión en salud: articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, usos de drogas y drogadependencia*. Revista Scielo: Anuario de Investigaciones Vol. 16 pp. 295-303.
- Vera, N.; Valenzuela, M. (2012) *El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones*. Revista Scielo 24 (2) pp. 272-282.

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

## **ANEXO**



## **HISTORIA DE VIDA: Emilio**

### **PRIMER ENCUENTRO:**

Entrevistadora: ¿Tu nombre es?

E: Emilio

Entrevistadora: ¿Qué edad tenes E?

E: 47 voy a cumplir en Diciembre. En diciembre, que lindo con el calorcito

Entrevistadora: Contame ¿qué haces en un día?, ¿en un día habitualmente?

E: ¿En un día común?

Entrevistadora: Si en un día cualquiera

E: Me levanto a la mañana, tomo la medicación. O sea, ya con la medicación, ya arranco el día. A la mañana, tomo unos mates.

O sea, son distintos. Por ejemplo, de lunes a viernes tengo actividad. O sea, martes y viernes vengo acá. De tres y media a cuatro y media. Y después de las seis voy al gimnasio.

Pero los lunes, miércoles y jueves voy a otro horario. Antes de las seis. Y los días que estoy en el centro voy después de las seis.

Entrevistadora: ¿qué es lo que más te gusta hacer?

E: ¿qué es lo más me gusta hacer? Y la verdad que acá me cambio mucho la vida. O sea, cuando empecé el gimnasio y cuando empecé acá en estos grupos.

Entrevistadora: ¿Si?

E: O sea, me cambio mucho la vida en el sentido de que, era un... un ermitaño total. Era una persona que siempre hacia lo mismo, seguía lo mismo. Pero después no, cambio mi vida.

Entrevistadora: ¿te gustan las actividades?

E: Si si si, no sé si está bien lo que te estoy diciendo, ¿está bien?

Entrevistadora: Obvio que está bien lo que me estás diciendo ¿y con quien te gusta pasar el tiempo?

E: En realidad, soy mi madre y yo. Y los compañeros los tengo, los tengo a los compañeros. Tengo compañeros del gimnasio también

Entrevistadora: ¿hiciste amigos?

E: si, me siento contenido. Y, estoy ahí, como se dice... En el conjunto de todo

Entrevistadora: Y en tu barrio ¿participas en alguna institución, organización?

E: no no, porque vivo con mi madre en un hotel. O sea...

Con mi madre, o sea...estoy ahí hace cuatro años

Entrevistadora: ¿estás trabajando?

E: y no, eh... Recibo una pensión, o sea...vengo al taller protegido. ¿Viste?

Entrevistadora: Si, sí. Muy bien

E: No sé, ¿las preguntas están bien contestadas?

Entrevistadora: obvio que están bien. Está todo perfecto

(Risas) ¿Y has trabajado en algún lugar en otro momento?

E: si si, trabaje en un supermercado. O sea, después de dos años estuve nueve meses parado. O sea, he estado mucho tiempo sin hacer nada pero conozco lo que es trabajar.

Conozco lo que es levantarme temprano para ir a trabajar

Conozco, saber lo que es el trabajo, lo conozco. Y lo que... vine acá y cambio mi vida.

Trabaje dos años en un negocio de electrónica, y estuve cuidando coches, conocí unos muchachos. Me dieron una mano en ese momento, no tenía trabajo. Perdí el trabajo, había perdido el trabajo. Y después conocí y fue cuando pude entrar acá.

Y la verdad no me puedo quejar.

Entrevistadora: Y volviendo al tema, en el hotel ¿vivís con tu madre, verdad?

E: si, con mi madre. Soy hijo único

Entrevistadora: ¿Y cómo se llama tu mamá?

E: María

Entrevistadora: ¿siempre viviste con ella?

E: si si. A mi padre lo perdí a los 15 años. Pero no si...

Entrevistadora: hasta ese entonces ¿vivías con tu papá y tu mamá?

E: no no. Ah... si sisi

Entrevistadora: ¿tenés algún otro pariente?

E: pariente no, por eso te decía que estaba medio solitario, medio un ermitaño. Bueno... empecé a hacer cosas, me gusta pintar, ¿viste? Me gusta escribir también, lo que pasa es que a veces me siento como encerrado y no puedo pensar

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Pero a veces hay días que uno puede

Yo quisiera contarte todo

Entrevistadora: Bueno, contame... ¿Y cómo es la relación con tu mamá?

E: bien, si. Mi madre siempre se levanta temprano. Pero está bien, la verdad que está bien

Entrevistadora: ¿pasas mucho tiempo con ella?

E: si, prácticamente vivo con ella. Lo único que, o sea... me gusta tomar unos mates.

Soy muy matero en mi casa, mi vida es esa...matero, tomando la pastilla también. Tengo que tomarla de por vida, eso ya... ya es sabido, me ha pasado de que no la tomaba...

Por eso yo sé que tengo que tomarla. Todos los meses voy al médico, me hace recetas, de paso hablo con el médico y todo. O sea, me hace bien y estar acá también... sino no vengo, así directamente.... Pienso yo de que si no me gustara no vendría

Muchas cosas más, y se vive... tomando un café... mi vida es media... de todo un poco hay...

Y en ese todo, trato de en lo posible, organizarme

Entrevistadora: está muy bien

E: pero mi vida empezó acá, a partir de acá...hace ya dos años y medio, y mi vida empezó acá. A tener un cambio, aunque no solo un cambio.

Entrevistadora: ¿y cómo llegaste acá?

E: ¿Cómo llegue? por una asistente social, que me hablo del lugar

Entrevistadora: ¿de dónde? ¿Te estabas atendiendo en algún lugar?

E: No, perdí la casa, el departamento, todo perdí. Tuve problemas... me ayudo una asistente social, o sea... que me dijo de este lugar, “¡hace taller protegido!”

Y en este centro se hace... se pinta, lenguas. Me gusta mucho estamos haciendo esos espejos, ¿vio? y hacemos todo, siempre estamos haciendo. Siempre algo hacemos.

Entrevistadora: Vos recién me contabas que tomabas una medicación...y esa medicación ¿te la recomendó, un médico?

E: si el psiquiatra, ah te cuento también... Yo tenía, tomaba medicación. Pero tomaba clozapina, y andaba, teniendo pastilla y todo andaba más o menos,

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

¿viste? Después me la cambiaron, ¿viste? O sea, me dieron clonazepam y nunca más me agarro la angustia, ¿viste?

Ya hace de que estoy acá, creo que dos años y medio, que no me agarro nunca más.

Entrevistadora: ¿qué fue lo que te llevo a que te receten esa medicación?

E: me sentía angustiado, y me dieron clonazepam. Ósea, soy consciente de la pastilla. Me hace sentir bien.

Entrevistadora: ¿cómo empezaste a ir al psiquiatra?

E: en ese momento estaba yendo al doctor, iba a buscar las recetas, todo...

Entrevistadora: ¿ibas solo? O ¿te acompañaba alguien?

E: no no no, cuando empecé a ir al médico empecé a ir con mi madre. Después, solo

Entrevistadora: ¿y te gusto que te acompañe ella?

E: si, si... a veces de vez en cuando. Por ejemplo este mes, ahora tengo que ir el 18 devuelta al doctor. Discúlpame si te aburro.

El primer lugar que me atendí fue antes de que estuviera internado. Estuve internado, salí y ahí un poco cambio mi vida. Ahí me atendí la gente, tomaba medicación... pero hace dos años y medio que no me siento mal. Que no me siento mal por el tema que yo tenía.

Entrevistadora: y anteriormente ¿rotaste por diferentes lugares para atenderte?

E: O sea, después de que estuve internado siempre me atendí en el hospital regional. Pero lo que te quiero decir que me dieron las pastillas

Entrevistadora: y antes de estar internado, ¿dónde te atendiste?

E: en el Regional

Entrevistadora: ¿te gusta cómo te atienden ahí?

E: si, me gusta

Entrevistadora: ¿te sentís cómodo?

E: si si

Entrevistadora: ¿te atendiste siempre con el mismo médico?

E: y tuve muchos médicos porque... o sea, el primer médico nada que ver, tuve tres o cuatro más o menos un tiempito. Y después me llevaron a otra doctora, y justo cuando se fue tuve que buscar a un médico y me atendió este...

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: cuando fuiste ¿qué te decía? ¿Por qué te medicaba? ¿te explicaba lo que tenías?

E: no me quiso... esquizofrenia leve tenía, pero... no te dicen ellos en el momento. Porque ya saben cómo es el problema y te dan las pastillas y eso...

Entrevistadora: ¿estabas con tu mamá en ese momento?

E: si si si... y si

O sea, ya hace treinta y cinco años que tengo a mi madre después de que falleció mi padre

Y anda bien

Entrevistadora: ¿cuándo sucedió eso?

E: de que estuve en el regional fue en 2001

Entrevistadora: ¿qué sentiste cuando te dijeron que tenías ese diagnóstico?

E: Y andaba muy mal, muy muy mal. Demasiado mal, O sea, y después agarre y pedí ayuda de todos lados... mi vieja me llevo al médico y al toque.

Entrevistadora: A partir de ese diagnóstico ¿sentiste que hubo un cambio en tu vida?

E: hoy en día hay cambio, me siento más liberado, si me siento más... más libre, más libre

Como que, como que hago algo. Como que ocupo la mente

O sea, cuando escribimos. A veces estoy medio bloqueado y no me sale nada. Y después de ahí, un tiempo...

Entrevistadora: volviendo a ese momento cuando te dijeron que tenías ese diagnóstico, con la gente que vos te tratabas, ¿notaste algún cambio?

E: no, lo que me pasa en el día de hoy... que no era buena gente, sino no estaría mal. O sea, por eso te estoy hablando del centro, del taller protegido este y el gimnasio, ¿no?

Y que me puedo organizar, me puedo organizar para ir al médico. Porque todos los meses me atiende, pero un miércoles tengo que ir al médico. Y lunes, martes, jueves y viernes tengo esas actividades acá, y en el gimnasio. Y cuando voy al doctor si hago tiempo, sí.

Una vez estuve cuatro horas esperando para que me atienda. No... tranquilo, ¿viste?

Fui cuatro horas para que me haga la receta. Entonces voy y ya sé cómo es

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: ¿cómo crees que hubieras reaccionado vos si hubiera sido otra persona a la que le daban ese diagnóstico?

E: ¿a otra persona?

Entrevistadora: si le hubieran pasado lo que te paso a vos en ese momento.

E: y es difícil eso, medio misterio. ¿Viste?

Es otro misterio, no tiene nada que ver. Estamos hablando de algo feo. O sea, como te puedo decir, quererte sacar la vida, estar mal así... ¿viste? Pero esas pastillas te vienen al toque.

Entrevistadora: en algún momento ¿te sentiste solo o incomprendido cuando te dieron ese diagnóstico?

E: no, estuve ahí y me tuve que adaptar ese tiempo en que estuve internado. Pero ahí ya, siempre iba siempre iba y venía cuando me atendía. Y estuve quince días

Entrevistadora: En la relación con tus pares, la gente que te rodeaba ¿cambio?

E: y si si si, porque no me gustaba. Salí de acá, por algo me fui con mi madre al hotel. He perdido pero he ganado

Hace dos años y medio, hace dos años y medio... que vengo al centro... martes y viernes de tres y media a cinco y media. Y lunes, miércoles y jueves tengo el gimnasio...

Pero martes y jueves puedo ir después de las seis de la tarde... y los lunes, miércoles y jueves puedo ir antes. Y me organizo con el tema del médico, ¿viste? Yo trato de si puedo venir acá...

Entrevistadora: ¿te sentís cómodo viniendo acá?

E: si, porque la verdad es si... creo que si

Entrevistadora: buenísimo

E: vengo con ganas. Porque te desenchufas un poco, no sé cómo le dicen...te hace bien, es una especie de medicación sin tomar pastillas

Entrevistadora: ¿qué inquietudes tenés? ¿Tenés ganas de hacer cosas nuevas?

E: si, mira cómo sería mi vida que hay algo que no hice en mi vida, y a los veinte años no pude hacer, que recién ahora estoy haciendo, y me siento bien y me siento bien. Me siento libre, liberado.

Entrevistadora: que bueno, me alegra mucho que te sientas bien

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

E: yo tenía 18 años y trabajaba e iba al gimnasio. Y después no pude, me fui. Y hace seis meses que estoy en el gimnasio. Si puedo ir todos los días voy todos los días. Por eso digo eso de organizarme.

Entrevistadora: que bien. Bueno, volviendo un poco a tu historia.

E: ¿atrás?

Entrevistadora: ¿cómo fue tu infancia? ¿Qué recuerdos tenes?

E: no, de diez. Lindo lindo lindo. Cuando mi padre y mi madre trabajaban o salían me dejaban con la abuela. Con las dos abuelas, por parte de padre y las dos. No no, fue linda. Si

Muy mimado, de los cuatro a las once me festejaron el cumpleaños. Después de los once mi vieja ya dijo no. A los doce termine la primaria y tuve que empezar.

Entrevistadora: ¿empezar qué?

E: a la secundaria

Entrevistadora: ¿hubo cambios cuando empezaste el secundario?

E: si, pero era chico. No entendía nada

Entrevistadora: ¿cambios de qué?

E: no entendía nada de la vida, no entendía nada. Trece tenía.

Entrevistadora: ¿pero sentiste cambios en la escuela o en otras cosas?

E: Y en la escuela, hice tres veces primero

Entrevistadora: ¿de primario o de secundaria?

E: de secundaria. No de primaria la termine

Entrevistadora: ¿y cuántos años tenías ahí?

E: 13

Entrevistadora: ah claro...

E: empecé el secundario y no me daba la cabeza, sabes que doce materias

Entrevistadora: ¿cómo te llevabas con tus compañeros?

E: bien, pero... si, si. Bien. Con algunos me iba bien. Lo que pasa que como te digo... un grupo que no, los de la escuela, los del barrio, no era el mismo, no era igual

Entrevistadora: ¿te llevabas bien con los del barrio?

E: si, si. En un momento si

Esto es distinto, esto es diferente. O sea, yo trabaje en un negocio de electrónica antes de entrar acá, y antes de cuidar coches. Y no sabía nada, iba a pagar los

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

impuestos, la luz, el gas, todas esas cosas ¿Viste? y ahí pedía permiso para ir a buscar las pastillas, todo.

O sea, soy consciente de que me siento bien. Tal vez, con un futuro muy tranquilo o muy sin pensar en el futuro. Un presente tranquilo, sin poder pensar en el pasado ni el futuro.

Es como que, volví a nacer.

Entrevistadora: y en tu adolescencia cuando pasaste de la primaria a la secundaria ¿notaste algún cambio?

E: si si, si

Entrevistadora: ¿siempre fuiste a la misma escuela?

E: no me cambie. La primaria era la José de San Martín, la nº5. Toda mi primaria la hice ahí

Entrevistadora: ¿y la secundaria?

E: primero entre Mitre y Alberti, Mariano Moreno que era comercial. Después también tuve que ir a la noche, que fui a la escuela de pesca en Rivadavia y 14 de Julio. Y después hice lo último en un hospital, digo... en un colegio privado. Pero no me fue bien

Entrevistadora: ¿por?

E: Cuando estaba en el colegio privado se murió mi padre. Y bueno, tuve que cambiar mi vida, trabaje.

Entrevistadora: ¿ahí fue cuando empezaste a trabajar?

E: si, está bien

Entrevistadora: ¿seguiste en ese mismo colegio?

E: no, nunca más. Deje, deje de estudiar. Lo que tengo es que se ingles pero no lo hablo, me faltan algunas palabras. Pero ando, dentro de todo ando

Entrevistadora: ¿con tus compañeros como te llevabas ahí?

E: ¿en dónde?

Entrevistadora: en la escuela secundaria

E: ah, y viste no se ahí... tenías un 1 (uno) y ya todos se reían, y algunos siempre estaban para la maestra. No era buen alumno, porque no entendía nada. Tenía once materias y no tenía capacidad para estudiar tantas materias, tenía 13 años

Entrevistadora: ¿con tus maestros como te llevabas?



E: y no, porque en un año hice uno, otro año conocí otro, y al tercer año conocí otro.

Entrevistadora: ¿y después de eso fue cuando empezaste a trabajar?

E: si, ahí trabaje dos años, después estuve parado. Me toco el servicio militar, allá en Punta Alta. ¿Viste Puerto Sarmiento?

Y después de ahí, vine más o menos piantao. Y después tuve los problemas del 2001

Estuve de fiaca, de vacaciones, y después, volví a trabajar en un negocio que quedaba a la vuelta de casa, que ahora ya no está más. Igual que el estudio y negocio de electrónica. Entonces, empecé a cuidar coches

Entrevistadora: ¿a tus compañeros de la secundaria los volviste a ver?

E: no, no

Entrevistadora: y volviendo a tu adolescencia, a tus amigos del barrio, ¿de qué te acordas?

E: no, no nada. Esto no lo conocí nunca. Para mí esto no solo es nuevo, sino que es mejor. Estoy en otro lugar, vivo a once cuadras de acá y me voy y me vengo caminando, la plaza la tengo a dos cuadras.

Entrevistadora: ¿lo ves como mejor a los vínculos que tenías antes?

E: y si, esto sí. Porque todos somos con problemas viste. Debe ser por eso también, pero no lo digo de la forma mala “Uy, son todos problemas”. Sino que, más o menos nos cuidamos entre nosotros. De los amigos de antes no me veo con ninguno más.

Entrevistadora: ¿por qué crees que no?

E: y el lugar, la gente, o sea que si sí. Es así

Entrevistadora: ¿no sabes que hacen ellos de su vida?

E: sé que casi todos están casados

Entrevistadora: ¿no los has vuelto a ver?

E: y no... nunca más, enserio. Desde que estoy así y acá, no.

Entrevistadora: ¿eso fue por una decisión propia?

E: y me han pasado muchas cosas jodidas...

Entrevistadora: ¿cómo cuáles?

E: ¿Cuáles? Y mira...te digo, perdí una casa, un departamento, tuve a la justicia. Que alejarme de una persona 300 metros, no sé cómo es que le dicen

Entrevistadora: ¿a vos aislarte?

E: no más que todo a mi madre. Pero paso. Ahora estoy acá, bien bien.

Entrevistadora: ¿qué cosas te gusta hacer?

E: y acá por ejemplo, venimos acá a la noche que hay unas bandas.

Entrevistadora: ¿Unas bandas?

E: comemos algo, que esta económico. A veces estamos durmiendo, estamos en casa. Venimos los sábados o los viernes. Y de vez en cuando se engancha alguien más

Entrevistadora: Buenísimo, un placer entrevistarte

E: Micaela, ¿en serio? no te pareció nada aburrido. Bueno, encantado.

## **SEGUNDO ENCUENTRO:**

(Encuadre)

Entrevistadora: ¿Cuándo tuviste tu primer brote?

E: en el servicio militar tuve mi primer brote. Me había dicho la doctora ahí que tenía que estar en tratamiento. Seguí el tratamiento, tome las pastillas. Trabaje a la vuelta de mi casa en un negocio de maderas, y trabaje en negocio de electrónica.

Después sabía que me iba a quedar sin trabajo. En el servicio militar tuve mi primer brote, y me dieron el raje porque sabían que tenía el problema. Yo tenía que cumplir 14 meses pero me fui antes porque me encontraron eso, estaba en Punta Alta yo.

Después vine a casa todo tranquilo, ahí fue que después trabaje, después cobre la pensión tratándome. Estuve internado hace...desde el 2002.

Fue duro porque con mi mamá andábamos mal económicamente y en ese momento trabajaba en el negocio de electrónica, no ganaba mucho y estaba en negro. Después empecé a cuidar los coches, con los compañeros, está bien que estaba en la calle pero había compañerismo y encima trabajaba tres horas y ganaba el triple de lo que ganaba allá.

Entrevistadora: Y volviendo un poco a hace momento del brote, cuando regresaste del servicio militar ¿Qué cambios notaste en tus relaciones vinculares?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

E: con mis amigos, cuando me volví del servicio militar, los perdí a todos. Con esos amigos que nos juntábamos siempre, que jugábamos al fútbol, a jugar a los videos, los videos juegos. Los perdí a todos. Y es jodido porque no tenes a nadie. Y estos otros chicos eran chicos de la calle que cuidaban coches. O sea lo bueno era que eran todos buenos, no como los compañeros porque ¿qué? ¿Iba a ir solo a bailar? ¿Iba a ir solo al cine?, bueno por ahí sí, iba a ir solo al cine, me iba a tomar un café sí, me miraba un partido de fútbol sí. Pero o sea, viví solo y es feo. Está bien que tengo a mi vieja pero no tengo hermanos, soy hijo único y estar solo es jodido, te sentís mal. Pero cambie, tenía un problema, me diagnosticaron todo, me dieron el certificado de discapacidad, me han controlado médicos, y tuve un sueldo de una manera distinta.

No puedo armar todas las palabras en una, todo lo que te dije en una. No sé si tiene introducción, nudo y desenlace, como que es difícil. Porque estar solo es jodido, con la vieja está bien tomo mate, pero más o menos... y digo ¡algo pasa!, y después conocí a una asistente social que me hizo venir acá. Un día acá vine con mi madre, y desde ahí estoy acá, es mi segunda casa

Entrevistadora: ¿previo a eso?

E: la soledad no es una buena palabra, porque piensas cosas, piensas cosas, antes de pensar escribo, pinto, me gusta el arte. Pero a veces me salen las palabras y a veces me bloqueo tanto que no puedo no me sale nada. Capaz que después me sale.

Pero acá hay compañerismo, y aprendes de todos muchas cosas, como de vos que estas escuchando, ¿me entiendes lo que me estas escuchando?

Entrevistadora: si si

E: Uno se siente bien a veces porque otro te cuenta una historia, es como que estoy... a mí me gustaba abogacía, yo cuando era chiquito quería ser abogado o doctor, abogado o médico, me hubiera gustado ser. Pero a los quince años falleció mi padre y en ese momento estudiaba y jugaba al fútbol. Y después tuve que trabajar. Viste como es, y acá me abrió la mente

Después de los dos años en el supermercado estuve dos años sin hacer nada

Entrevistadora: ¿Lo del supermercado fue después del servicio militar?

E: no, antes del servicio militar

Entrevistadora: lo de la casa de electrónica ¿fue después también?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

E: no, eso fue después. Antes de los autos.

Entrevistadora: y lo del servicio militar, ¿En qué año fue?

E: en 1989. Tenía que entrar

Entrevistadora: ¿Y cómo cambiaron tus días a partir del momento en que te dijeron que necesitabas de atención médica y tenías que volver?

E: la medicación, desde que me cambiaron la medicación no tuve más problema. Me cambiaron la medicación y no me dio nunca más angustia, a veces me agarra porque es normal. Pero soy consciente de que no me agarra nunca más, ni angustia, nada. Ya estaba más despierto, había días que me agarraba en la cama, esa angustia que no se la deseo a nadie.

Entrevistadora: ¿cómo te describirías como persona?

E: ¿Cómo persona?, no tengo ni idea, no sé

Entrevistadora: ¿Cómo sos con los demás? ¿Y cómo crees que te ven?

E: me gusta observar, me gusta mirar, le doy gracias a Dios por tener ojos para ver todo lo que me rodea. Las demás personas, creo que bien, supongo

Entrevistadora: ¿pero qué crees que ven en vos? Para que sean tus amigos, compañeros

E: yo creo que es la energía que hay al lado de uno. Porque si uno tiene una energía mala no va a ningún lado. Si uno va a lugares que tiene energía negativa. Yo creo en las energías y es así

Entrevistadora: ¿con qué energía te ves?

E: así soy como ves, vestido así, me podes ver con un pantalón, como me puedo poner una remera e irme a la playa o un buzo e ir al gimnasio

Entrevistadora: ¿te sentiste alguna vez apartado, o que no te tenían en cuenta para algo?

E: los amigos del barrio, pero viste las cosas que hacían. Pero bueno es así, ahora vivo en otro lado. Pero no se sabe, por ahí en una de esas uno se entera de cosas por otras personas. Pero acá estamos todos bien

Entrevistadora: y te hago otra pregunta ¿qué cosas valoras ahora que antes no?

E: la plata

Entrevistadora: ¿antes la valorabas y ahora no, o ahora la valoras y antes no?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

E: Pasa que cuesta mucho conseguirla, o sea es que me doy cuenta que teniendo plata puedo comer, y si la tiro me muero porque no como. Y la tengo para ir a tomar un café con mi madre

Entrevistadora: ¿qué otras cosas?

E: valore todo hasta que se murió mi padre, se murió, al año siguiente se murió mi tío

Entrevistadora: Y si te encontrarás con una persona en la misma situación que vos, suponte que hubiera sido otro de tus compañeros (del servicio militar) al que le paso eso que se tuvo que ir ¿vos, como hubieras reaccionado ante él?

E: y me gustaría que le pase lo mismo que ahora me pasa a mí, que está bueno. Hay que ayudar siempre, soy consciente de eso.

Entrevistadora: ¿si no hubieras atravesado vos por esa situación hubieras reaccionado igual?

E: también lo ayudaría, de otra manera no se cual sería. Tomamos un café y contame el problema, te escucho y si te puedo ayudar te ayudo. Yo no soy médico.

## **HISTORIA DE VIDA: Laura**

Entrevistadora: ¿tu nombre es?

L: Laura

Entrevistadora: ¿cuántos años tenes?

L: 52

Entrevistadora: ¿cómo es un día tuyo?

L: Bueno me levanto, prendo la computadora, escucho música, tomo mate, chateo o miro el Facebook hasta que se hace la hora de almorzar

Entrevistadora: bien, ¿y qué te gusta hacer?

L: me gusta caminar, me gusta escuchar música, me gusta dar y recibir afecto, me gusta bailar, me gusta el cine

Entrevistadora: muy bien, y ¿sos de ir al cine?

L: si

Entrevistadora: ¿y con quién vas?

L: sola

Entrevistadora: en el resto de las actividades ¿estás acompañada?

L: voy sola. Son actividades grupales pero hasta ahí voy sola

Entrevistadora: ¿te dirigís sola pero ahí te encontrás con alguien?

L: en el cine me quedo sola, pero en las otras actividades voy a los grupos

Entrevistadora: ¿participas en alguna institución o en alguna organización?

L: voy a Crisálida, al movimiento Marimarte, y a un grupo de autoayuda

Entrevistadora: está muy bien ¿estás trabajando actualmente?

L: no trabaje un poquito en un taller de costura, un poquito en un negocio de mis tíos, llevando cheques y haciendo cosas así. Trabaje un poquito de secretaria con una terapeuta. Sí, eso fue lo más interesante que hice

Entrevistadora: Esta bien ¿eso fue en la ciudad de Mar del Plata?

L: no, acá en la ciudad de Mar del Plata y en Rosario

Entrevistadora: ¿viviste mucho tiempo en Rosario?

L: si, viví 20 años en Rosario

Entrevistadora: ah un montón

L: si, no soy Rosarina pero viví 20 años allá

Entrevistadora: ¿de dónde sos?

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

L: De Misiones. Desde los 26 años vivo sola. He vivido con mi mamá y hermana intermitentemente. Pero más tiempo, la pase sola. Mi papá vive en Misiones y nos hablamos con el casi todos los días. Y el único familiar que vive en Mar del Plata es mi hermana, que ahora tenemos buena relación porque antes no la teníamos.

Entrevistadora: ¿antes no se llevaban bien?

L: no, pero ahora mejoro

Entrevistadora: ¿compartís cosas con ella?

L: no, no pasó tiempo con ella porque ella está muy ocupada y hace sus cosas pero por lo menos no estamos peleadas

Entrevistadora: ¿en tu casa como te arreglas con los quehaceres y actividades?

L: mañana viene una empleada, por ejemplo. Me cuesta mucho el orden y la limpieza tanto personal como del lugar donde vivo.

Esta semana empecé a limpiar un poco pero de meses que no podía arreglar nada y entonces mañana viene la empleada para dejar limpio el lugar.

Entrevistadora: ¿vivís en casa o departamento?

L: en un departamento

Entrevistadora: ¿tenés vecinos?

L: tengo vecinos

Entrevistadora: ¿cómo te llevas con ellos?

L: y es depende del vecino. Si es un buen vecino es un buen trato, si no es un buen vecino no es un buen trato

Entrevistadora: ¿qué vecinos te tocaron?

L: y de todo hay buenos vecinos y malos.

Entrevistadora: en el resto del barrio, ¿cómo te llevas con la gente?

L: no, en el barrio no conozco a nadie. Salvo un chico que trabaja en el restaurant de enfrente de mi departamento. Pero no me relaciono con gente del barrio porque es un barrio muy urbano.

Entrevistadora: ¿tenes pareja?

L: no

Entrevistadora: ¿tuviste pareja?

L: un poco no mucho. Un poco con dos o tres novios que tuve, nada más que eso. Y algún encuentro esporádico

Entrevistadora: ¿eran de acá de Mar del Plata?

L: en Rosario y en Mar del Plata

Entrevistadora: ¿te gustaría conocer a alguien en este momento?

L: Mira, la verdad es que hay muchos chicos que gustan de mí pero a mí no me gusta ninguno de ellos. Y hasta que no encuentre alguien que me guste no. Antes me angustiaba mucho por esa cuestión, por estar sola. Yo amaba y no era correspondida, pero ahora me siento aliviada no necesito eso tanto como lo necesitaba antes. Está más sano eso. En Facebook conozco gente, tengo amigos de afuera y amigos de Facebook

Entrevistadora: ¿con qué frecuencias usas esa red?

L: todos los días, un rato

Entrevistadora: ¿así conociste personas nuevas?

L: sí, algunas nuevas he conocido

Entrevistadora: Buenísimo y volviendo un poco, voy a hacerte unas preguntas en torno a tu vida

L: bueno

Entrevistadora: ¿qué recuerdos tenes de tu infancia?

L: bueno mi infancia fue bastante buena. El problema fue que cuando tenía 10 años mis padres se separaron. Y mi mamá migro del lugar en que vivíamos

Entrevistadora: ¿ustedes donde vivían?

L: en Misiones, entonces sufrimos algo que se llama desarraigo, junto con la separación de mis padres y a eso hay que sumarle la locura de mi papá, de mi mamá y de las familias de mi padre y de mi madre

Entrevistadora: ¿cómo eran esas familias?

L: familias disfuncionales, personas que no eran afectuosas, que no nos contuvieron. Yo sufrí mucho cuando mis padres se separaron, y más cuando me mudé.

Había un motivo para que nosotras fuéramos consoladas y la familia no nos consoló. Es muy personal lo que te digo

Entrevistadora: sí, te entiendo... ¿y más allá de eso? ¿Qué otro recuerdo tenes?  
(Silencio)

¿Qué te gustaba hacer?



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

L: me gustaba ir al mar, de paseo íbamos a las playas brasileras, eso era lo que me gustaba

Entrevistadora: qué lindo ¿Y algo que no te gustaba?

L: las reuniones en las que se reunían todos para comer, y eso no me gustaba, no me sentía cómoda. No me sentía integrada

Entrevistadora: ¿en las que había mucha gente?

L: claro

Entrevistadora: ¿cómo te iba en el colegio?

L: en el colegio tanto en la primaria como en la secundaria me fue muy bien. Yo era muy buena alumna, alumna de notas altas

Entrevistadora: ah mira que bien ¿cómo te llevabas con tus compañeros?

L: me llevaba bien, siempre me llevaba bien

Entrevistadora: ¿con los maestros?

L: con los profesores también, porque era buena alumna

Entrevistadora: ¿eras de jugar con tus compañeros en los recreos?

L: si si

Entrevistadora: ¿alguna vez te pusieron en penitencia?

L: no

Entrevistadora: ¿te gustaba participar en actos?

L: si, participábamos. La profesora de gimnasia nos hizo hacer una coreografía y estuvo buenísima la coreografía, estuvo genial y salió bien. Bueno nadie me lo dijo pero salió bien

Entrevistadora: ¿qué actividades hacías fuera del colegio?

L: iba a danza contemporánea, clásica y moderna

Entrevistadora: mira que bien ¿te gustaba?

L: me gustaba mucho

Entrevistadora: que bueno ¿y en la adolescencia?

L: en la secundaria me mude tres veces. Hice primer año en una técnica, segundo y tercero en turno tarde en una escuela normal. Y cuarto y quinto año en el turno mañana de la escuela normal. O sea que me cambie tres veces de escuela

Entrevistadora: ¿todo en la misma ciudad?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

L: si, en la misma ciudad. Porque cuando mis papas se separaron mi mama vivió primero un tiempito en Buenos Aires, unos meses. Y después fue que vivió dos años en Córdoba y después fuimos a vivir a Rosario

Entrevistadora: ¿qué recuerdos tenes de los cambios de esa etapa?

L: fue muy traumática. Yo tenía muchos problemas de comunicación, muchos problemas para dar y recibir afecto, muchos problemas para relacionarme para socializarme, mucho desencuentro con mi deseo. Y mucha carencia afectiva. Falta de comunicación con los hombres, también. Muy difícil entablar un vínculo. En mi caso se sumaron aspectos que incrementaron lo complejo, que lo profundizaron

Entrevistadora: ¿trabajabas durante la escolaridad?

L: no, no

Entrevistadora: ¿estudiaste alguna carrera o tuviste la iniciativa?

L: estude la mitad de la carrera de la Licenciatura en Ciencias Políticas

Entrevistadora: ¿esto en Rosario también?

L: si, en Rosario

Entrevistadora: ¿qué recuerdos tenes de esa etapa?

L: ahora se me viene a la mente que me gustaban unos muchachos que eran muy histéricos, que no me daban bola. Yo también fui buena alumna en la facultad pero muy solitaria. Se me hacía difícil relacionarme. Porque empezó la época en que yo estaba mal y no encontraba solución, no encontraba alivio

Entrevistadora: ¿por qué te sentías así?

L: porque fue un cumulo de cosas. Cuando tuve 27 años tuve mi primer brote, por todas las cosas que venía acumulando y ahí me brote. Y en la cara me salieron granos, el pelo estaba re duro

Entrevistadora: ¿qué hiciste ahí?

L: fui a un psiquiatra y a una psicóloga

Entrevistadora: ¿quién te acompañó?

L: nadie, fui sola

Entrevistadora: ¿dónde te atendiste?

L: el psiquiatra y la psicóloga eran privados

Entrevistadora: ¿tenías obra social?

L: no, no tenía obra social. Lo pagaba de mi bolsillo. Mi papá me ayudaba

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: ¿siempre fuiste sola o te empezó a acompañar alguien?

L: no, fui sola. Siempre fui sola. Todo en mi vida y lo que yo hice por mí lo hice sola

Entrevistadora: ¿te hubiera gustado que te acompañe alguien?

L: sí, y no estar tan sola

Entrevistadora: desde ese momento ¿cuánto estuviste en Rosario?

L: hasta los 30 años y ahí me fui a vivir a Mendoza, y estuve 2 años y medio en Mendoza

Entrevistadora: ¿por qué te fuiste a Mendoza?

L: y porque fue como un viaje para salir de una ciudad que no me contenía

Entrevistadora: ¿fuiste sola para allá?

L: y fui sola para allá

Entrevistadora: ¿te sentiste más cómoda en Mendoza?

L: a mí me gusto, termine muy deprimida pero a mi gusto

Entrevistadora: ¿y la atención en ese lugar como era?

L: busque psicóloga, busque psiquiatras también. Pero no daba pie con bola, no había ninguno que durara ni que me sirviera. No me dijeron bien que tenía, yo tomo una medicación para eso

Entrevistadora: y a partir de estos brotes y cambios ¿notaste algún cambio en relación a tu familia?

L: seguía estando separada de la familia físicamente, pero con mucho resentimiento, entonces seguía apegada. Con mucho rencor, mucho mucho rencor.

Y en la facultad tenía amigos, muchos amigos. Pero no por eso dejaba de sentirme sola.

Entrevistadora: ¿en algún momento les comentaste lo que te estaba sucediendo y que estabas haciendo un tratamiento?

L: no, pero algunos amigos sabrían, se darían cuenta

Entrevistadora: te hago otra pregunta, si vos conocieras a alguien que está atravesando la misma situación que vos pasaste ¿cómo reaccionarías?

L: le sugeriría que haga un par de cosas para ayudarse

Entrevistadora: ¿cómo qué?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

L: como biodanza, ir a terapia. En realidad yo tuve mucho padecimiento de dolor psíquico y me costó mucho salir de eso. La pelee mucho, la reme mucho. Fui a profesionales sola, nadie me llevo. Siempre fui sola y ahora parece que estoy saliendo adelante y ¡parece no!, ¡estoy saliendo adelante!, pero me costó mucho superarlo

Si pudiera le daría afecto a esa persona, y si con el afecto no bastara. Le diría que hiciera cosas para estar bien consigo mismo.

Entrevistadora: ¿estos consejos son prácticas que llevas adelante, verdad?

L: si. Conocí gente, a veces estoy ensimismada

Entrevistadora: ¿te hiciste amiga de ellos?

L: no los considero mis amigos, pero somos compañeros. Entonces existe la lealtad de un compañerismo

Entrevistadora: ¿te reunís con ellos por fuera de las actividades?

L: no

Entrevistadora: ¿tenes alguna inquietud nueva? ¿Te gustaría empezar algo?

L: si me gustaría trabajar

Entrevistadora: ¿de qué te gustaría trabajar?

L: y me gustaría trabajar en un restaurante lavando platos.

Entrevistadora: de bachera

L: ah ¿así se llama?

Entrevistadora: si si. Volviendo un poco, remontándote a ese momento, al de tu primer brote. ¿Qué cambios viste en el antes y el después?

L: yo me empecé a atender pero el alivio me llevo recién ahora. Hice un montón de cosas, hice terapias corporales, técnicas psicofísicas, yoga. Hice muchas cosas, musicoterapia, para mejorar para estar mejor hice muchas cosas. Pero los resultados no sé porque se ven recién ahora

Entrevistadora: lo bueno es que los sentís, que los podes ver en vos

L: yo me siento mucho mejor

Entrevistadora: ¿querés contarme algo más? ¿Querés agregar algo más?

L: no sé, sufrí mucho pero bueno ahora estoy un poquito más optimista y soy relativamente joven.

Entrevistadora: bueno muchas gracias Lili

## HISTORIA DE VIDA: Andrea

Entrevistadora: ¿cómo es tu nombre?

A: Andrea

Entrevistadora: ¿cuántos años tenes?

A: 27

Entrevistadora: contame ¿cómo es un día tuyo? ¿Qué haces?

A: y vengo acá, salgo un poquitito a caminar, voy a Marimarte que es otro taller un centro de día que voy, si hago cosas también.

Entrevistadora: ¿qué cosas haces?

A: eh... hacemos dibujo y pintura, hacemos teatro, expresión corporal, teatro

Entrevistadora: y ¿qué es lo que más te gusta hacer?

A: me gusta expresión corporal y pintar y dibujar. Aunque sea para chicos

Entrevistadora: ¿con quién te gusta pasar el tiempo?

A: y con mis padres y con la gente del taller. Y con una amiga que tengo también, que conozco.

Entrevistadora: ¿de dónde la conoces a ella?

A: de un taller que queda ahí en cerca de la calle Güemes, ¿la ubican? PopArt

Entrevistadora: ah mira, ¿ahí te hiciste amiga?

A: si, ahí me hice amiga

Entrevistadora: ¿hace mucho que son amigas?

A: si, como cuatro años

Entrevistadora: ¿qué cosas hacen juntas?

A: charlamos, tomamos un té, dibujamos pintamos también. Tiene, atiende chicos también

Entrevistadora: ¿ella atiende a chicos?

A: si si a chicos que no son discapacitados, pero es buena enserio, enserio

Entrevistadora: ¿participas de alguna institución de tu barrio, en alguna organización?

A: no, antes participaba en escuelas especiales, por mi diagnostico psiquiátrico por eso.

Entrevistadora: ¿cuándo te diagnosticaron?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

A: primero eh, la doctora una doctora dijo que tenía un retraso madurativo cuando yo tenía un año. Después a los 8 años me dieron la Espirona que está mal que me la hubieran dado, porque no me calmaba los nervios para nada. Y después a los 17 años me empecé a tratar con el medico en el HPC y me dio otra medicación para que este bien. Y ahora estoy tomando Aripadol, media a las ocho de la noche, porque no estoy más en hospital privado, estoy en Osdepym, en obra social osdepym.

Entrevistadora: ¿cómo te sentís ahora?

A: bien bien, estoy bien.

Entrevistadora: cuando fuiste al médico ¿cuáles fueron tus primeros síntomas? ¿Cómo se te manifestaron? ¿Qué fue lo que te hizo tomar la decisión de ir a un psiquiatra?

A: eh mis padres la tomaron, porque tenía muchas explosiones, muchos nervios, no estaba tranquila, eso.

Entrevistadora: ¿te acompañaron ellos?

A: si me acompañaron ellos

Entrevistadora: ¿te gusto que te acompañen ellos?

A: si, porque sola no podía ir

Entrevistadora: ¿en qué lugar te sentiste más cómoda? ¿Cuándo te atendiste en el HPC o en el otro?

A: no, en este me siento más cómoda. Porque ya en el HPC ya nos conocen a nosotros, encima aparte que tengo discapacidad tengo diabetes tipo 1 también, que me la agarre en los dos años.

Entrevistadora: a partir de esos primeros brotes ¿notaste algún cambio en relación a tu familia?

A: ¿cómo en relación a mi familia no entiendo?

Entrevistadora: si notaste algún cambio en el trato o relación con tus papás o familia ¿tenés familia acá?

A: tengo una tía que es hermana de mi mamá que vive en Buenos Aires que la quiero mucho.

Entrevistadora: con tus papás, ¿la relación siempre buena?

A: si si yo los he ayudado mucho

Entrevistadora: ¿con tus compañeros en el colegio? ¿a qué colegio ibas?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

A: a escuelas especiales, pero porque no podía hacer la primaria y todo eso. Al principio no pude hacer la primaria, hice hasta cuarto nada más. Primero fui a la escuela común y después me pasaron a una especial.

Entrevistadora: ¿a qué escuela fuiste?

A: primero fui al Provincias Unidas que mucho no quería ir porque me costaba también por mi discapacidad y todo eso, y después me pasaron a la especial al centro de educación especial Alito.

Entrevistadora: y en la primera escuela con tus compañeros ¿cómo te llevabas?

A: no no no tenía amigos, no me trataba

Entrevistadora: ¿por qué no te tratabas?

A: y porque no me daban bola, al principio mis compañeros de Provincia Unidas no me daban bola. Me acuerdo también que me peleaba con mi mamá hasta los 12 años, pero después ya mejoro la relación. Y después quiero mucho a mi papá, igual la quiero mucho a mi mamá también

Entrevistadora: ¿con quién hablabas las cosas que te pasaban?

A: con mi mamá y con mi papá

Entrevistadora: ¿tenés hermanos?

A: si tengo una hermana, pero estoy peleada

Entrevistadora: ¿cuántos años tiene?

A: tiene 20, es más chica, nos llevamos seis años y medio. Y estudia derecho en la facultad de ahí de 25 de mayo, no me salía la palabra.

Entrevistadora: estas peleada con ella ¿por qué?

A: no sé qué paso dejo de hablar conmigo, dejo de tener dialogo conmigo y no sé qué paso.

Entrevistadora: ¿hace mucho?

A: hace un tiempito, si

Entrevistadora: ¿por qué sentís que no tiene trato con vos?

A: y porque no me habla, no nos hablamos nosotras

Entrevistadora: ¿le preguntaste por qué no te hablaba?

A: eh... Quise animarme a preguntarle, pero no podía porque reacciona mal también, tiene carácter podrido también.

Entrevistadora: ¿tu mamá que dice?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

A: mi mamá y mis padres me dice que la deje que está estudiando, que es de la adolescencia y todo eso. Pero para mí uno es adolescente a los 17 a los 18, me parece que se retrasó un poquito

Entrevistadora: vos que pensas ¿qué es de la adolescencia que es así o por qué?

A: para mí no es de la adolescencia, para mi siento como que me odia no sé.

Entrevistadora: ¿por qué sentís eso?

A: y porque como no tiene tanto dialogo conmigo, porque no tiene dialogo conmigo prácticamente, no me dirige más la palabra, no sé qué le hice.

Entrevistadora: de más chicas ¿cómo se llevaban?

A: bien, cuando éramos chicas nos llevábamos mejor, nos queríamos mucho cuando éramos más chicas.

Entrevistadora: en tu casa ¿haces alguna actividad?

A: me gusta escuchar la música los fines de semana

Entrevistadora: ¿ayudas con las cosas de la casa?

A: hago las ensaladas y ayudo a poner la mesa. Ustedes ¿cómo me notan de la entrevista que me están haciendo?

Entrevistadora: muy bien

A: ¿seguro?

Entrevistadora: claro, tenés que contarnos lo que vos quieras, lo que tengas ganas, no estamos evaluando si está bien o mal, solo queremos conocer tu historia.

A: ah bueno, pensé que me querían evaluar. Yo necesito una opinión de ustedes. Pero yo siento que mi niñez no la pase muy bien, hasta los 12 años.

Entrevistadora: ¿cómo fue tu niñez?

A: fue más o menos, porque empecé a tener mis problemas de salud. No sé ¿qué opinan ustedes? Mi problema de diabetes me jorobo mucho, me internaba de vez en cuando, después mi problema psiquiátrico también me jodió porque no podía aprender muchas cosas.

Entrevistadora: y con tus compañeros notaste el cambio, ¿sentiste que te dejaban de lado?

A: también.

Entrevistadora: ¿las maestras cómo eran?



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

A: y me daban cosas más fáciles para hacer. Había una maestra que no saben lo que eran, cuando estaba en 4° (Cuarto) era muy jodida, era muy brava siempre me peleaba mucho con ella y yo me quería llevar bien con ella también pero me peleaba mucho con ella

Entrevistadora: ¿hablabas con tus papás lo que te pasaba en la escuela?

A: ya saben, ya sabían ya.

Entrevistadora: ¿qué te decían?

A: me cambiaron de escuela

Entrevistadora: y esta actitud de los demás para con vos ¿empezaron en primer grado o fueron avanzando en el tiempo?

A: yo primero empecé primer grado con otras escuelas más que fui también no podía aprender a hacer cosas eso y después se fue avanzando con el tiempo, fueron avanzando los años y ya no podía aprender tantas cosas por mi discapacidad.

Después me atendía con la doctora en Alito, y cuando también tenía ocho años también y todo eso. Después con mi abuela me peleaba mucho, que falleció hace 5 años.

Entrevistadora: ¿te llevabas mal con ella?

A: si más o menos, porque ella quería ayudarme tanto tanto tanto que en todo se metía y no entendía mis problemas, no entendía mis problemas. Entonces fui a la escuela especial a los 12 años, eso, nada más. Después fui a las 512 que me ayudaron mucho. Después fui al centro de formación laboral y al centro de formación integral.

Entrevistadora: ¿cómo te llevabas ahí con tus compañeros?

A: eh bien bien, por lo menos un poco mejor. Tenía una amiga.

Entrevistadora: ¿seguís teniendo relación con ella?

A: no no, no la vi más.

Entrevistadora: ¿tenes pareja?

A: no, no tengo pareja

Entrevistadora: ¿estuviste de novio en algún momento?

A: no, ni quiero saber nada. No me gusta, prefiero estar sola. Estar con mis padres.

Entrevistadora: ¿para algún futuro te gustaría?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

A: no. también tengo un pensamiento recurrente también, les tengo que contar. No sé qué opinan ustedes de mi niñez y eso.

Entrevistadora: va muy bien.

A: ¿seguro? porque la pase muy mal hasta los 12 años, por eso. Ahora estoy mejor. Estoy preocupada porque, porque en el futuro cuando no estén mis padres no sé qué voy a hacer. Bah seguramente voy a tener mi casa y todo, pero no sé qué voy a hacer.

Porque yo los voy a extrañar mucho, los voy a querer mucho. Ya sé que nos pasa a todos, pero yo no estoy preparada. No estoy preparada, porque yo necesito que alguien me ayude, no sé si con mi hermana voy a poder contar, presiento que es enemiga mía también. Yo los quiero mucho a mis padres, y mi abuela también me quería pero, mis padres decían que mi abuela me quería pero me llevaba mal igual. Pero a mis padres yo también los quiero mucho. Y me dicen tu niñez fui también muy buena, no te preocupes, porque anda a saber que queda de tu vida y que se yo. Yo a mi hermana no le hice nada, y mis padres dicen que yo hablaba mal de ella y yo no hablaba mal de ella. Yo cuento lo que pasa. ¿Ustedes que les parece?

Ojala que la locura esa se le vaya, porque sino. Encima ella va a la playa, y no quiere invitarme a la playa. Antes íbamos a la playa juntas, también, porque nos queríamos, cuando éramos más chicas. No sé, tiene un problema en la cabeza. También me ignora, no saben lo que es, y no es fácil.

Entrevistadora: y las amigas de ella cuando van a tu casa ¿cómo te tratan?

A: no no, no van a mi casa, se juntan en otro lugar, se juntan en la facultad que yo sepa.

Entrevistadora: ¿te hablo alguna vez de sus amigas?

A: no, me hablo de los muchachos que conocía, pero este...

Entrevistadora: ¿cómo te describirías como persona?

A: soy despelotada un poco en mi casa, después cuando voy a los talleres me siento bien, soy alegre. Soy buena, soy buena con mi familia también, y todo eso.

Entrevistadora: ¿qué crees que piensan las otras personas de vos?

A: ¿cómo?

Entrevistadora: que piensan de vos. ¿Tus vecinos, tenes?

A: no, no tengo trato con mis vecinos

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: ¿qué crees que piensan de vos?

A: y... Cómo no me conocen por ahí piensan que soy extraña, no sé. Pero porque no me conocen por ahí. Siempre nos saludamos pero relación así de charlar no, más que eso no.

Entrevistadora: ¿tus compañeros del colegio por qué piensas que te dejaban de lado?

A: no querían jugar conmigo, me dejaban de lado. Porque me portaba mal, un poquito mal, porque por ahí habrán pensado que yo era una mal educada, por ahí puede ser eso también. Y estaba despelotada también y enquilombada y todo eso. Y tenía mis problemas también en esa época.

Entrevistadora: ¿qué problemas?

A: problemas esos, problemas psiquiátricos.

Entrevistadora: ¿crees que esos problemas podían ser alguna de las causas de que te dejen de lado tus compañeros?

A: si, puede ser también. si si también. Yo no lo hablaba con ellos, y me dejaban de lado también.

Entrevistadora: si te encontrás a una persona en la misma situación que vos, ¿cómo reaccionarías?

A: y yo no reaccionaría tanto mal, porque sé que tienen dificultades y todo eso. Tienen problemas de salud como yo y todo eso, me animaría a hablarles y todo eso. Los aconsejaría.

Entrevistadora: ¿querés contarnos algo más?

A: si me encanta charlas con ustedes que no me quiero ir, son muy buenas. Pero ¿cómo me notan ustedes?

Entrevistadora: Andrea, antes de comenzar la entrevista hiciste un comentario de que nosotras éramos más inteligentes que vos, ¿a qué te referías con eso?

A: y... porque yo soy discapacitada y no puedo hacer un montón de cosas, por eso digo que ustedes son más inteligentes que yo.

Entrevistadora: ¿por qué? ¿Qué cosas crees que hacemos nosotras que vos no podrías?

A: y estudiar en la facultad, trabajar, viajar sola en colectivo.

Entrevistadora: ¿siempre viajas acompañada?

A: si siempre viajo acompañada con mi papá en colectivo, sola nunca puedo ir.

Entrevistadora: ¿por qué decís que no puedes? ¿No te animas o que sentís?

A: primero no me animo porque yo siempre tengo miedo de caerme en el colectivo y no se sostenerme bien en los caños porque tengo miedo por eso. Y porque siempre el colectivo, no sabes cómo son los colectiveros, tienen unas ínfulas, van muy rápido y van como bestias.

Entrevistadora: ¿qué más te hace pensar eso?

A: eso que nunca puedo estudiar ni trabajar, ni puedo viajar sola en colectivo, no puedo vivir sola tampoco, porque tengo mis problemas. ¿Qué opinan, que les parece a ustedes?

Entrevistadora: ¿puede ser que no te animas?

A: bueno también, ojala. También me peleaba mucho con mi abuela también. Que en paz descansa, mi amiga psicóloga me dice que por no puedes hablar mal de tu abuela y yo le dije que no puedo hablar mal de mi abuela porque ya se murió y que en paz descansa, se equivocó tenía sus defectos, y se equivocó tenía errores, así que. Me encanta hablar con ustedes, ¿por qué ustedes se tienen que ir? ¿Cómo me notan? les vuelvo a preguntar... Yo siempre quiero aprovechar a mis padres, yo los quiero mucho, y si no están me muero yo, si no llegan a estar yo sufro. Cuando a mi mamá la operaron, estaba todo el tiempo yo sola en mi casa, porque estaba sufriendo en serio, pero después se curó ya.

## **HISTORIA DE VIDA: Gabriel**

### **PRIMER ENCUENTRO:**

Entrevistadora: ¿cómo te llamas?

G: Gabriel

Entrevistadora: ¿cuántos años tenes?

G: 54 años

Entrevistadora: ¿cómo es un día tuyo? ¿Qué haces?

G: Y en este momento, bueno yo tengo varias actividades ¿viste? vengo a crisálida que es un taller de arte y salud mental, para gente discapacitada, los martes y viernes. Los lunes y los jueves a Marimarte que es otro taller de artes plásticas (que queda al lado del teatro diagonal en la biblioteca de juventud moderna)

Entrevistadora: ¿qué hacen ahí?

G: también como crisálida, lo que pasa que antes se unieron y ahora se separaron. Ahora no, hace como 5 años que se separaron, bastante. Pero antes estábamos en SMATA estábamos, era un solo taller y ahora este hace más de 5 años que se dividieron. También tengo un programa de radio de gente discapacitada, la radio universidad, los jueves de 5 a 6 de la tarde, estoy como co-conductor o cuando tiene un problema de enfermedad mi compañero el conductor lo suplanto.

Entrevistadora: ¿eso es lo jueves de 5 a 6?

G: si, voy a la universidad a las 12 para hacer el cronograma, hacer todo el formato.

En mi trayecto de enfermo mental trabaje, estuve en el AIPE, me dieron el alta en el AIPE, estuve dos años viviendo en el Hogar del AIPE, aprendí muchas cosas como cocinar, limpiar, yo no tengo problema.

Entrevistadora: ¿Cocinas mucho, te gusta cocinar?

G: si, cocino mucho. En este momento estoy viviendo en un hotel. Porque viví dos años con 3 compañeros del AIPE, dos chicas y un chico, y hacíamos todas las actividades. Hacíamos las compras, contábamos el dinero, venían las terapistas del AIPE una vez por semana a ver si estaba todo bien, cocinábamos,

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

limpiábamos, bueno todo. Pero como yo estaba muy cansado preferí venirme a un hotel, y en el hotel tengo mi habitación, mi televisión, mi computadora, mi baño privado y estoy mejor, porque no tenía mucho tiempo para hacer nada, encima en ese momento trabajaba.

Entrevistadora: ahora ¿estás viviendo solo?

G: Estoy viviendo solo en un hotel, en la habitación solo, pero con compañeros en el hotel, no es que estoy solo ahí. Pero si hace eso dos años.

Bueno padezco esquizofrenia crónica, me atiende la doctora Ayelén, que es muy buena.

Entrevistadora: Bueno. ¿Qué te gusta hacer? Además de las actividades que me has contado (radio)

G: Yo soy diseñador grafico

Entrevistadora: ¿dónde estudiaste?

G: En Buenos Aires. Antes de enfermarme ya me recibí.

Entrevistadora: ¿alguna vez ejerciste la profesión?

G: Si, el logotipo de programa de radio los hice yo. El logo que hice del programa de radio, hice el logo del AIPE.

Entrevistadora: Entonces ahora cada tanto ¿algún trabajo de diseño podés hacer?

G: Si. En este momento como me mude del hotel, me van a poner internet, falta el Wi-fi, estoy esperando que me lo coloquen. Tengo el Corell, que es de gráfica. Bueno y tengo idea de ir a un gimnasio ahora, con Eduardo con otro compañero, para hacer un poco de gimnasia viste, quiero dejar de fumar. No fumo mucho pero quiero dejar de fumar. Quiero fumar menos. Bueno ya te digo hago artes plásticas, en este momento como viste estaba haciendo espejos con mosaiquismo para una Cooperativa de Crisálida.

Entrevistadora: Como hacen venden y ¿con la plata?

G: Eso lo vendemos y la plata dividimos para comprar materiales y para comprar mesas y sillas porque somos 50 no alcanza cada vez somos más. Antes éramos 10 ahora somos 50.

Entrevistadora: son un montón. ¿Cómo te llevas con ellos?

G: bien, no tengo problema con ninguno.

Entrevistadora: ¿Tenés algún amigo acá?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

G: amigos tengo muchos, venimos a comer acá, con amigos, compañeros. Con otros no tengo tanta onda, pero no me llevo mal con ninguno. Ni ahora ni nunca tuve problema.

Entrevistadora: ¿Con alguno de ellos realizas alguna actividad fuera de Crisálida?

G: A veces vamos a tomar un café, o comemos alguna porción de pizza o vamos a la costa a tomar unos mates en verano.

Con respecto a los estigmas que ustedes decían... yo no me siento discriminado. Yo pienso que es una enfermedad, como el que tiene una disminución visual por ejemplo, que tiene que usar lente de por vida, bueno en el caso mío, tengo que tomar el medicamento de por vida. Y Bueno, tomando el medicamento es una de las patas, y la otra de las patas mis familiares que me quieren mucho.

Entrevistadora: Contame un poco, ahora vivías en un hotel y antes ¿con quién vivías?

G: Vivía solo que me enferme, vivía solo que me llevo a su departamento mi hermana pero me enferme cuando se murió mi mamá, me enferme.

Entrevistadora: ¿Hace cuánto tiempo que murió tu mamá?

G: hace, para... 12, 13 años.

Entrevistadora: y ¿tenes hermanos?

G: tengo una hermana, Patricia.

Entrevistadora: ¿cuántos años tiene?

G: 3 años más.

Entrevistadora: ¿cómo es la relación que tienen?

G: Bien bien, lo que pasa que tiene un nene muy enfermo, entonces está ocupada. Era mi curadora pero hace un año, año y pico que mis tíos y mis primos son mis curadores porque tienen más tiempo, porque ella no tiene tiempo de ir a tribunales. Ahora son mis tíos, me quieren mucho.

Entrevistadora: como es la relación con ellos, ¿se ven mucho?

G: Si los fin de semana, almorzamos en lo de mis primos. Eso es importante también.

Entrevistadora: es importante la contención familiar.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

G: si si es importante. Acá tengo a mi tengo a mis tíos, mi hermana y mi prima. Mi primo esta en Italia, se casó con una italiana, hace diez años que está. Eh no me acuerdo mi mamá, si hace diez años, 8 años hará

Entrevistadora: Con tu hermana ¿te vez seguido?

G: a veces si, a veces no. Por el tema de mi sobrino, tiene que estar atenta porque le agarra como epilepsia, tiene problema mental, entonces es embromado. Y no podía ir a tribunales a todos lados, porque no tenía tiempo.

Entrevistadora: En el hotel, ¿Cómo se distribuyen las actividades?

G: Bueno limpio mi habitación, hay una chica que limpia y las demás actividades, la cocina todo lo hace el dueño del hotel o los suegros del dueño del hotel.

Entrevistadora: ¿Cómo te manejas en la calle?

G: caminando, tengo la tarjeta de sube igualmente, la del colectivo.

Entrevistadora: Con tus compañeros del hotel, ¿Tenes alguna amistad? ¿Salen?

G: si si, no son mis mejores amigos. No salimos mucho porque algunos carecen de dinero, ¿viste? Hay gente que gana más pensiones, y otra que no gana tantas pensiones. Tengo compañeros del hotel que van a comer al comedor de PAMI, que se come muy bien, mejor que en el hotel.

Entrevistadora: Ahora estas en pareja, ¿alguna novia?

G: Nada nada, ya estoy viejo.

Entrevistadora: ¿Hace mucho que no tenés pareja?

G: Si hace bastante, por lo menos desde que yo me enferme nunca tuve. Tuve una novia cuando yo vivía en Luro al fondo, en una pensión de una señora venezolana que era muy buena, pero no duro mucho.

Entrevistadora: ¿hace cuánto tiempo fue eso?

G: Y eso fue hace 5 años. Porque tuve dos acá en el hotel, dos cuando viví con los compañeros y antes dos años viví en lo de la señora esta, ahí estuve. Después no nos vimos más pero todo bien.

Entrevistadora: ¿Por qué se separaron?

G: no peleamos, dejamos de vernos. Por qué se dio así, no había más onda. No hubo problema ni nada, no nos vimos más no funciono.

Entrevistadora: ¿te gustaría conocer a alguien en este momento?



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

G: Si me gustaría conocer, lo que pasa que estoy acostumbrado a vivir solo también, cuando sos grande, es como que es difícil convivir con alguien y más con nuestra enfermedad.

Entrevistadora: Porqué, ¿qué sentís?

G: Y por ejemplo tenes que tomar la medicación a un horario determinado, por ejemplo poder ir a comer a tomar un café, pero por ejemplo a veces te cuesta porque te duele la cabeza o te sentís con la medicación cansado. Yo lo que quiero ahora es trabajar, yo trabajé mucho. Trabajé en la revista del AIPE, no perdón en la radio del AIPE. Trabajé en la revista de la ONG Estar, que esta acá a media a mitad de cuadra, que antes estaba en otro lugar, trabajé en artesanía de cuero, y ahora estoy anotado en el pequeños talleres ahí en Cerenil que es para gente discapacitada. El problema que me queda lejos. Y yo padezco de ataques de pánico también, es psicológico lo mío. Esta el colectivo lleno y con la ventana cerrada y me agarra como que me falta el aire. Y como es una hora de viaje no sé si agarrarlo o no. Más que nada porque ahora arranca el verano, peor, porque hace tanto calor. Mucha gente por el verano. Pero bueno.

Entrevistadora: ¿Usas redes sociales?

G: Si Facebook, tengo mi Facebook, tengo mi email y nada más.

Entrevistadora: ¿conoces gente por medio de ellas?

G: No no, yo soy medio reservado, hablo con la gente que conozco, como mis primos, la hija de mi hermana.

Entrevistadora: De tu infancia ¿qué recuerdo tenes?

G: No, mi infancia fue muy buena, mi papá se divorció de mi mamá cuando yo tenía un año. Mi papá fue mi abuelo, fue como mi papa (abuelo materno). Me compro la primera camiseta de futbol de Racing. Mi abuelo materno. Y mi mamá fue médica. Mi mamá estaba estudiando medicina, después que se divorcia del marido, retorna la medicina, entonces mi abuelo nos ayudaba. Tuve una infancia muy buena, muy buena.

Entrevistadora: ¿Con tu papá tuviste relación después?

G: no no, nunca nunca. Ni yo ni mi hermana, ninguno de los dos.

Entrevistadora: ¿Se habló alguna vez de la ruptura?

G: No, alguna vez quiso pero mi mamá no quería verlo.

Entrevistadora: ¿Sabes los motivos de la separación?

G: No no, porque no tenía no nos quería, no existíamos para él. La trataba mal a mi mamá y bueno. Mama decidió divorciarse cuando yo era muy chico, un año.

Entrevistadora: ¿Te surgió la curiosidad, la necesidad de verlo, de tener algún tipo de relación?

G: No, suponte mi padre fue mi abuelo, y mi tío, mi tío también. Me llevaban a la cancha a ver futbol, me compraban los botines los pantalones cortos, me malcriaban, me compraban alfajores, me compraron un metegol cuando era chiquito que me acuerdo, una bicicleta. No tuve una infancia re buena, re buena con mis primos y mis tíos, vivían al lado.

Entrevistadora: ¿con tu hermana tenías una buena relación?

G: si si, no peleábamos muy poco, no mucho. Hacia la comida. Cuando se casa mi hermana, ahí empiezo a hacerle yo la comida a mi mamá, por eso se cocinar.

Entrevistadora: Tu mamá se recibió de medicina, ¿ejercía la profesión?

G: si si, era socia fundadora del hospital privado de la comunidad. Y por ahora cobro la pensión que me dejo mi mamá.

Entrevistadora: ¿Qué te gustaba hacer cuando eras chico?

G: jugar al futbol, andar en bicicleta, jugar al metegol, jugar al Ludomatic, me acuerdo. A las bolitas, a las payanas, era otra época. Ahora están con la Play en todos lados.

Entrevistadora: ¿En el colegio como te iba?

G: bien, bien. Lo único, me operaron de los oídos cuando yo iba a tercer año. Me sacaron un tumor benigno, y a los 30 me sacaron otro tumor benigno en los dos oídos. Perdí un 50 por ciento de audición. Pero ahora escucho bien, me puse unas gotas que me dio el otorrino que la verdad la re pego, porque escucho bien. Recupere mi audición, antes no escuchaba nada. Horrible porque te están hablando y vos no entendés lo que te dicen, viste, es una discapacidad fuerte.

Entrevistadora: ¿con los maestros como te llevabas?

G: bien, bien. Tuve maestras que eran re macanudas. En cuarto mi maestra que se llama Nora, que la quiero mucho. Porque mi tía es maestra del colegio Esquíu donde yo estudie.

Entrevistadora: ¿Siempre fuiste al mismo colegio?

G: no, después fui al Sarmiento y después fui a la facultad, hice 3 años de ciencias económicas, no me gusto. Después hice 3 años en la Malharro, escuela

terciaria de gráfica y me pase a Buenos Aires porque quería tener la licenciatura de gráfica, y acá era terciario.

Entrevistadora: En el pase de colegio, ¿cómo fue el cambio con tus amigos?

G: Nos seguíamos viendo, jugábamos a la pelota, nos seguíamos viendo, iba a parque Luro, tenía amigos en parque Luro. No tuve problema, no me peleé nunca te digo la verdad.

Entrevistadora: El cambio de la primaria a la secundaria, ¿cómo fue?

G: A mí no me altero para nada, lo tome como un año más y listo.

Entrevistadora: Mientras ibas al colegio, ¿trabajabas?

G: no. Mi mamá como decía una amiga, que está en Europa viviendo que es amiga mía que estudiábamos grafica en la Malharro, mi mamá me trataba como un rey a mí, nunca me faltó nada, tenía tarjeta de crédito American Express, Mastercard y Visa, para mí, la extensión de mi mamá. Viajamos por todo el Caribe. Caribe no, fui a Puerto Rico. A veces con mi hermana, pero como mi hermana estaba con los nenes y el marido no podía todo. Pero si viaje a Cancún y a México con mi hermana y los dos nenes, cuando eran chicos. Me dio todos los gustos, nunca me faltó nada. Tuve una muy buena infancia. Te aclaro que nunca más viaje.

Entrevistadora: ¿Te gustaría viajar?

G: me gustaría viajar sí, lo que pasa que esta caro. Para colmo la época que viaje era la época de Menem que estaba 1 a 1 el dólar, entonces ahí más accesible. Ahora no, esta re caro.

Entrevistadora: Con quien viajarías, ¿con quién te gustaría ir?

G: Yo viaje a Brasil con mis tíos, en abril ahora, hacía mucho, hacía más de 7 años que no viajaba porque desde que falleció mi mamá dos años antes no viaje más. Tenía que renovar el pasaporte todo, porque se me había vencido. Pero viaje muy lindo con mis tíos. Y pude viajar en avión, no me agarró nada, no me siento como un discapacitado, hago las cosas. Por supuesto, por ejemplo con el ataque de pánico, en el avión no me agarró. Lo único que en Brasil hay todos montes, entonces va girando la combi y me agarró descompostura, me tome una pastillita y se me paso. Casi me muero porque era montaña e iba en círculo la combi, para el lado de Brasil.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: lo de tu mamá fue hace 8 años, fue un momento muy feo ¿con quién estabas acompañado?

G: Si fue el peor momento, estaba con mis tías, mi hermana. Estaba bastante solo, estaba muy mal. Después me internaron.

Entrevistadora: Más allá de la separación de tus papás, ¿la muerte de tu mamá fue como un momento clave en tu vida?

G: Por mi mamá, por mi papá no siento nada. Yo iba al psiquiatra, pero estaba muy mal, me descompense. Me llevaron al Interzonal, ahí me curaron estuve dos meses. Y ahí fui, vivía con una señora que vivía camino a Batán, un hogar muy lindo, una pensión. Pero, no podían pagar mi hermana, porque no me salía la pensión, ni mi hermana ni mi tío. Entonces me internaron de nuevo en el Interzonal y estuve 7 meses internado porque no tenía para comer. Cuando me sale la pensión de mi mamá, me derivan a la clínica atlántica, mis tíos pagan con plata mía, me corresponde pagar a mí la clínica atlántica y de ahí me derivan al AIPE. Y vivo en el AIPE por dos años. De esa época hasta acá, hace 8 años sigo cobrando una pensión, que me dejó mi mamá.

Entrevistadora: ¿siempre te apoyaste en tus tíos, en la familia?

G: Si. Por eso te decía la salud, la familia, el dinero, porque lamentablemente tenés que pagar las cosas no te queda otra, eso es fundamental para tener un equilibrio mental, ¿me entendés? Por supuesto no descompensarse, pero le puede pasar a cualquiera, que te sientas mal y que bueno tengas que ir a la clínica, a que te compensen o cambiar la medicación y todo. A mí cuando estuve 7 meses en el Interzonal me cambiaron toda la medicación, me cambiaron todo y bueno hace 8 años que no me descompenso. Y hago actividad. Y la psiquiatra me vio este jueves, y me dice cada vez te veo mejor Gustavo. Lo bueno que puedo hacer cosas también.

Entrevistadora: ¿Haces algún deporte?

G: Me voy anotar en un gimnasio, cuando era chico jugaba al fútbol, al tenis, a la paleta en la playa, al vóley. No, me gusta, a mí el deporte siempre me gusto. Ahora voy a hacer gimnasio porque quiero bajar la panza, lo que quiero es fumar menos. Mi mamá fumaba atendiendo, medica atendiendo. Mi hermana fumaba embarazada.

Entrevistadora: Próxima meta ¿dejar el cigarrillo?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

G: Dejar de fumar sí, sentirme bien, vivo el día tras día. Porque nunca sabes que te puede pasar en el día de mañana. Yo me enferme, nunca pensé que me iba a pasar esto, sin embargo trate de superarlo, poniéndole buena onda, buena energía. Acá Crisálida me hace muy bien, venir acá. La verdad que los compañeros son re macanudos.

Entrevistadora: ¿Tenes un grupo que te contiene, que están siempre?

G: Sí, las profesoras está siempre bien. Hace diez años que vengo acá, te atienden con buena onda, te quieren mucho, te tratan bien. Cuando se cumple años te hacen una torta no, muy bueno. Es como una familia. Te cargan de muy buena energía.

Entrevistadora: en relación a tu diagnóstico, ¿cuáles fueron tus primeros síntomas?

G: Yo si dejo de tomar la pastilla... Yo escuchar voces no escucho, por ejemplo. Escuchaba música chacra a la noche, música de iglesia, órgano ¿viste? Pero voces no escuche nunca. Bueno me agarraba ansiedad, me ponía mal, me sentía deprimido, tuve polaridad. Fui bipolar al principio.

Entrevistadora: ¿Hace cuánto arrancaron esos síntomas? ¿Fue a partir de lo de tu mamá?

G: No, yo antes de lo de mamá ya estaba mal. No estaba tan mal porque mi mamá me contenía. Cuando fallece mi mamá quedo sin nada.

Entrevistadora: ¿Los síntomas te diste cuenta primero vos o tu mamá pudo percibirlo antes?

G: eh... no yo me di cuenta y mi mamá era medica me derivó a la psiquiatra.

Entrevistadora: ¿Quién tomó la decisión de ir al médico, vos o fue iniciativa de tu mamá?

G: no, los dos los dos.

Entrevistadora: ¿quién te acompañaba?

G: Yo iba solo, porque mi mamá trabajaba todo el día en el hospital, y mi hermana estaba con los nenes y era joven, los nenes chiquitos a quién se los dejaba. Pero bueno iba solo.

Entrevistadora: ¿Y cuándo te dieron el diagnóstico?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

G: yo no tuve tema. Trate de tomarlo como una enfermedad crónica, bueno que tengo que tomar la pastilla de por vida, porque si no me descompenso. Y bueno, nada más.

Entrevistadora: ¿te hubiese gustado que te acompañe alguien en ese momento?

G: no no, porque estaba a dos cuadras del hospital, me atendía en la extensión del hospital privado de la comunidad.

Entrevistadora: ¿Siempre te atendiste en el mismo lugar?

G: no, siempre me atendí en el hospital donde trabajaba mi mamá, porque tenía la obra social del Hospital privado de la comunidad. Cuando fallece mi mamá y no tengo dinero para pagar la obra social, me sacaron del hospital privado de la comunidad. Y ahora tengo Unión personal, porque pago con el Monotributo social.

Entrevistadora: ¿Con quién hablabas de todo esto?

G: con mi mamá. Otra cosa, si bien la experiencia de la enfermedad que cuando yo no tenía amigos. Cuando yo no estaba enfermo tenía muchos amigos, y no tenía problemas económicos y los invitaba a comer hamburguesas, todo. Cuando yo me enfermo, mi mama fallece, no tuve un solo amigo para comer. No tenía para comer, yo pase 4 días sin comer. Uno solo me dio un pan, eso me sirvió, lo que vos decías del casamiento, no creo mucho en la amistad.

Entrevistadora: ¿Vos notaste que después del diagnóstico cambio?

G: esa amistad era conveniencia, porque por ejemplo acá si hay amistad, y no es que se benefician, ponele soy amigo de Gabriel porque me compra cigarrillos, soy amigo de Gabriel porque me compra un chocolate, soy amigo de Gabriel porque me invita a comer. Todos compartimos, todos tenemos el mismo problema, y eso es muy bueno. Es como que me hizo un click. Es como que antes pensaba que mis amigos eran de una forma y no.

Entrevistadora: ¿No tenes trato con ninguno de ellos?

G: no no me trato exactamente. Primero porque no quiero decirle a nadie que estoy, que soy un enfermo mental, y después que no es gente buena, porque te da la pauta que no es gente buena. Esta con vos por conveniencia, sino me podrían haber dado un pedazo de pan, estoy hablando de 4 días sin comer.

Entrevistadora: ¿ellos saben de tu diagnóstico?

G: no sé si sabían, pero tampoco aparecieron.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: la relación con tu médico ¿siempre fue buena, sentiste contención?

G: muy buena, muy buena, yo la quiero mucho. Y eso también, esa es una de las patas también para que vos te sientas equilibrado, que te lleves bien con el médico.

Entrevistadora: ¿Vos lo cambiaste, cuando cambiaste de institución?

G: Ah sí sí, pero ella es la mejor. Y Amalia que también es otra médica que me cambio toda la medicación. Esta médica siguió continuando con lo que yo tomaba, porque me vio muy bien. Más que nada que pueda realizar actividades, hay gente que no puede viste, porque se queda dormida.

Entrevistadora: ¿Con esa medicación no tenes ningún tipo de síntoma?

G: no no no. Tomo Atironol que para la frecuencia cardiaca, porque con otra me agarra taquicardia. Y me saco sangre todos los meses.

Entrevistadora: Porque crees que hubo un cambio en tus amistades ¿por los cambios económicos, a partir del diagnóstico?

G: Porque no me daba, no es que, no me pareció que corresponde. Claro note un cambio, como que digo yo está loco, déjalo. Como que me sentí discriminado pero tampoco.

Entrevistadora: discriminado, ¿cómo?

G: En cuanto a los afectos, más que nada. Es como que, antes cuando era todo más fácil estaban siempre viste, pero ahora no. Todo junto (diagnóstico, trabajo, mamá) me fallaron. Mis amigos me fallaron.

Entrevistadora: ¿te gustaría poder recomponer la relación?

G: no no porque tengo amigos en otro lado. Amigos y amigas de otros lados. No son buenos amigos.

Me tengo que ir, me voy porque ya terminamos.

**SEGUNDO ENCUENTRO:**

(Encuadre)

Entrevistadora: que paso en el momento ese que te dieron el diagnóstico, ¿el antes y el después?

G: no lo tome como una enfermedad crónica, normal. Bueno que tenía que hacerme tratar y bueno tomar la medicación.

Entrevistadora: ¿hace cuánto fue esto?

G: y como 12, 14, 15 años. Mi mamá vivía, mi mamá vivía. Con lo de mi mamá se agudizaron. Antes yo estaba un poco, como que fui cambiando la enfermedad, de bipolaridad me fui a esquizofrenia crónica. Se agudizó cuando falleció mi mamá.

Entrevistadora: antes, ¿siempre estabas acompañado por ella?

G: claro, era mi sostén mi mamá

Entrevistadora: ¿las relaciones con tus amigos, con tu familia en ese momento?

G: bien, a alguna gente la deje de ver, porque te explico porque. Porque es como que me daba un poco de vergüenza de ser enfermo mental y no sé si lo aceptarían o no, pero es como que cambie de amistad, me hice amigo de acá de crisálida. Pero cuando me dieron el diagnóstico, estaba solo, con la única que me llevaba era mi hermana.

Entrevistadora: y ahí ¿tenías amigos?

G: si pero no salía con mis amigos, estaba como aislado, cuando me dieron el diagnóstico más aislado

Entrevistadora: ¿qué te daba vergüenza?

G: y me daba un poco de vergüenza, no tenía ganas de contar mi vida privada. Pero es como que corte con las amistades, y después volver a hacer amistades nuevas. Cuando empecé en el AIPE, cuando estaba en la clínica Atlántica también tenía amigos, y después mi vine acá, al otro taller de pintura Marimarte, la radio.

Entrevistadora: ¿y con tu familia?

G: no, mi familia me apoyaba

Entrevistadora: digamos qué, en el momento del diagnóstico, ¿el cambio se notó con tus amigos?

G: si con mis amigos. El problema mío, que tenía un problema económico, que no tenía dinero para vivir, estuve mal, y la única que me ayudaba era mi hermana, porque mi mamá no me podía ayudar mucho, encima para colmo mi hermana tiene enfermo un hijo, el más chiquito, entonces tiene que estar cuidando a los nenes, entonces no tiene tiempo. Bueno ahora mi prima y mis tíos son mis curadores y no me falta nada. Me falta algo me lo da mi prima o mis tíos. El domingo voy a comer un asado con ellos, me sacan, estoy acompañado. Eso



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

me hizo bien, una de las patas es el sostén mío, no es solamente crisálida o la pensión o la medicación, sino el cariño, la contención familiar es importante.

Entrevistadora: En ese momento que te dieron el diagnóstico, ¿tu día a día como fueron?

G: y pero estaba mal viste, porque ponele yo me acostaba mira vos, a las dos de la tarde y dormía hasta las tres de la mañana, toda la tarde hasta las tres de la mañana, a las tres de la mañana me despertaba, tenía cambiado el horario. Tres de la mañana me despertaba, me tomaba un cafecito me fumaba un pucho y miraba el cable, la parte deportiva, a mí me gusta le deporte, pero así estaba totalmente desincronizado en el horario del sueño. Cuando voy al Interzonal es como que me cambian, porque empiezo a dormir bien de noche, me regularizan el sueño, eso me acuerdo.

Entrevistadora: y en relación al trabajo, antes del diagnóstico ¿dónde trabajabas?

G: no no, yo estude diseñador gráfico allá en Buenos Aires, pero en ese momento no estaba trabajando.

Entrevistadora: y después de ese momento ¿no trabajaste? Si bien trabajaste en la radio, en AIPE.

G: en AIPE ganaba mi dinero, porque hacíamos, estábamos en el taller de diseño gráfico, hacíamos tarjeta, afiches no se logos. Hice el logo de la revista del AIPE, todo muy bueno.

Entrevistadora: Desde el momento del diagnóstico hasta estos trabajos en la radio, en AIPE. ¿En el medio trabajaste en algún otro lugar?

G: tuve trabajos para discapacitados se llama, lo de protegidos se llaman. Trabaje en una revista en la ONG ESTAR, que estaba acá a la vuelta, que ahora está en otro lugar, trabaje en la radio del AIPE y trabaje en la salita Jara en taller de artesanía de cuero. Todos son trabajos para discapacitados.

Entrevistadora: ¿no trabajaste en alguna empresa, o en algún oficio por ejemplo?

G: no en ninguna empresa, ni en oficio

Entrevistadora: ¿buscaste?

G: no no, porque me gusta el trabajo para discapacidad que tenía, tampoco puedo tener un trabajo en una empresa porque yo pierdo mi pensión me entendes. Si yo trabajaría por ejemplo no sé, en la Municipalidad, perdes la

pensión por discapacidad, no es que la perdes, no es compatible con el trabajo, me parece que es así. Igual yo no me salió ningún trabajo, me salió trabajo para discapacitados, los tres trabajos que tuve para discapacitados, es como que me anote en eso yo. No pregunte en otro lado. Igual es muy jorobado un trabajo para un discapacitado y a mi edad, entendes, muy complicado

Entrevistadora: si vos te tendrías que describir como persona ¿cómo lo harías?

G: ¿cómo me describiría? una persona normal, vivo normalmente, alegre, trato de vivir el día tras día, porque tengo 55 años, es como que ya estoy dando la vuelta, y bueno lo aprovecho a vivir a estar con amigos, con mi familia, me gusta viajar mucho. Fui con mis tíos a Brasil en abril, me gustó mucho.

Entrevistadora: ¿cómo pensas que te ven las demás personas, esos amigos con los que no te viste más? ¿Tu entorno?

G: es problema de ellos, yo trato de... son visiones de ellos. Algunos me verán bien algunas no me verán tan bien.

Entrevistadora: ¿alguna vez sentiste, que te dejaron de lado o que no te tenían en cuenta?

G: cuando era chico si, como que me dejaban de lado o ponele quería jugar a la pelota, no jugaba tan bien y me sacaban del equipo, eso me molestaba. Cuando era chiquito viste.

Entrevistadora: ¿y en el momento del diagnóstico?

G: no no, porque estaba solo, mi hermana y mis tíos estaban. Después los amigos se fueron todos. Con mis amigos, mi mamá nos compraba todo, nos hacía hamburguesa, leche chocolatada y comíamos después de los partidos de fútbol. Y bueno a esa gente no la vi más. Era como que aprovechaban el momento.

Entrevistadora: ¿porque crees que no?

G: no, primero porque se fueron casando y nos fuimos distanciando. Algunos se casaron otros se fueron a otro lugar, porque era la época que se viajaba más barato, en la época de Menem, y aprovecharon a viajar a España, Europa o Estados Unidos, algunos, un amigo mío esta en Miami hace mucho se erradico allá. Pero bueno, no los vi más.

Entrevistadora: ¿crees que el diagnóstico pudo haber afectado esa relación?

G: Yo creo que fue todo un momento de conveniencia, en el sentido de que bueno éramos chicos comíamos hamburguesa y aprovechaban.

Entrevistadora: vos me comentaste que en el momento del diagnóstico y con la muerte de tu mamá se borraron, ¿es así?

G: claro, se borraron. Me acuerdo que a un amigo le pedí plata para comer, bueno pasa por la esquina de libertad y la costa, y nunca paso, es un ejemplo que me acuerdo.

Entrevistadora: ¿te dejaron de lado?

G: si, me dejaron de lado, no les importo. Y yo había hecho mucho por mis amigos y amigas, mucho. Pero no eran verdaderos amigos. Los amigos me los encuentro acá (Crisálida), en la radio, que te quieren o le gusta la onda que tenes vos o que vos haces todo.

Entrevistadora: ¿hoy que cosas valoras que por ahí antes no valorabas?

G: y por el ejemplo el domingo me aplaudieron de pie en el Auditorium, fuimos al acto de acá, y mil personas nos aplaudieron de pie, es un orgullo. Les dije nunca, no pensé que a los 55 años le agradezco me aplaudan de pie, tres minutos aplaudiendo, nunca vi eso, estaba lleno, mil personas. Y bueno eso me gusta, me gusta cuando pinto, cuando a la sociedad le gusta lo que yo pinto, me da pila para seguir con eso, bueno me gusta la gráfica me encanta, trato de evolucionar día tras día. Ahora tengo un problema de internet que lo tiene que conectar en el hotel que estoy yo, porque nos mudamos hay que buscar el cambio, pero estoy siempre con internet, me gusta escuchar música, me gusta la radio. En la radio hago todo, hago la hoja de ruta, elegimos los temas musicales, elegimos las entrevistas, con Belén una chica no vidente que es un ejemplo, porque es no vidente y trabaja como yo, como cualquier persona normal, en la radio que es jodido, porque no ve ella y hace con el idioma Braille, y bueno los demás compañeros son todos muy buenos, me gusta lo que hago que es un trabajo, aunque no me paguen es un trabajo, porque salís al aire y tenes que salir bien. La gente que escucha no sé si vos escuchaste, le parece peor el programa y buena la performance digamos de las personas que estamos a cargo del programa, y bueno, eso es bueno. Estoy contento, estoy más contento con mi presente que con mi pasado.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: por ejemplo, si te encontraras a una persona que está atravesando la misma situación que vos, ¿qué harías?

G: no no, hay gente que está un poco mejor que vos, otra gente que está peor que vos, eso es normal. Son distintas enfermedades y patologías, lo veo acá también, pero bueno trataría que vaya al médico, a una psicóloga, al asistente social, al terapeuta, que necesita un acompañante, que tome la medicación, que haga terapia, que si necesita hablar con alguien de su problema, que se inserte en la sociedad como pueda, porque esta jodida, pero como pueda.

Acá el ejemplo de Crisálida que nos unimos todos, qué da fuerza, pila, amistad, cariño, amor. Bueno, que siga para adelante que es una enfermedad crónica, como la persona que es corto de vista que tiene que usar lente de por vida, vos tenes que tomar la medicación de por vida. Yo pienso que tenemos el derecho a vivir dignamente.

Entrevistadora: cuando te dieron el diagnóstico, uno de los cambios que notaste fue en relación al trabajo ¿no?

G: claro, yo no conseguí, mira que en el AIPE averiguaron. Ojo yo no fui. Primero en principio era como que no tomaba ni el colectivo, partamos de eso. Fue una evolución, me tome el colectivo, ahora me tomo el colectivo. No es que me perdía, tenía miedo, tenía miedo a todo yo. No era que me perdía y escuchaba voces como otra gente, tenía miedo, tenía pánico.

Entrevistadora: ¿miedo a qué?

G: a que me pase algo malo. No me animaba a tomar el colectivo, porque tenía miedo de que me pase algo malo. Cuando empecé a tomar el colectivo te hablo hace, hace diez años atrás, fui evolucionando, evolucionando. Y bueno ahora me vengo caminando. Lo que pasa que con el laburo, pasa una cosa, yo no puedo ni ninguno de nosotros podemos conseguir trabajo porque perdemos la pensión, no podes trabajar en una empresa y tener la pensión por discapacidad, no es compatible, te la suspenden.

Entrevistadora: sacando el tema de la pensión, ¿piensas que podrías conseguir un trabajo?

G: si si yo creo que si. Cualquier persona discapacitada lo puede hacer con algún oficio que tenga, de albañil, de plomero. Pero como era que te iba a decir, te iba a decir algo... yo no recuerdo que alguien conocido entre a una empresa.

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: ¿cómo?

G: no recuerdo a nadie que entre a una empresa o a un trabajo, personas conocidas con alguna discapacidad.

Entrevistadora: ¿crees que es por la pensión?

G: y yo creo que son muy escépticos, dicen no este loco, capaz que no se...

Entrevistadora: ¿que ellos mismos los marcan?

G: claro yo creo que sí, ya te digo trabaje para discapacitados eso sí, que es un sueldo inferior, menos horas semanales, pero es para... tenes que llevar el certificado de discapacidad. No es para gente como para vos entendes.

La radio se quiso cobrar un trabajo, y quedo en la nada porque no era compatible con la pensión. Y a mí ahora en Cerenil, yo me anote en verano un año y me dijo la jefa que hay 300 personas esperando, que no hay lugar, 300 discapacitados esperando, no hay lugar. Y que mi pensión como es un poco más elevada porque es de centro médico porque mi mamá era médica, es derivada, no es compatible al trabajo, ¿me entendes lo que te quiero decir? Otros que ganan menos que yo que puede ser Profe o loma o Pami, ellos pueden ser que puedan, es según cada caso, te evalúan cada caso.

Pese a la enfermedad conocí buenas cosas, que antes no valoraba, es bueno estar enfermo porque vivís el día tras día y te das cuenta que hay cosas que antes no valorabas, que no son materiales, que son espirituales que da gente que conoces, que está peor que uno, clínicamente hablando o económicamente, y bueno que sigan para adelante. Que salga la Ley de Salud Mental.

Yo estuve muy mal, pero es curable la enfermedad, yo te digo que es curable, porque hay muchos chicos acá, compañeros que están trabajando en los talleres de discapacitados ahora y trabajan re bien, y hacen bien las cosas, y van para allá y vienen para acá. No, yo el trabajo de discapacitado, cuando me salga tengo que llamar ahora a la jefa, cuando me salga ella tiene mi celular me llama, porque me gusta, pero trabajo de empresas no se

Entrevistadora: empresa fue a modo de ejemplo, me refería a un trabajo formal,

G: y si, hasta por la edad te miran mal. Yo tengo 55 años este viejo no puede laburar, más en las empresas. No es como era antes en la época de mi mamá o de mis abuelos. Si no sabes computación no te toman por ejemplo. Pero igualmente si esta embromado a nivel laboral. Para un discapacitado que se

inserte en la sociedad en una empresa... Yo creo sí que lo quieren hacer, quiere que ser inserte.

Yo conozco a un chico de Síndrome de Down que trabaja en Cabrales, en no sé qué parte, me parece en la parte contable, eso es lo único que yo conozco viste, que lo conocí en la radio, fue le hicimos una entrevista, el pibe es DJ viste, y todo, pero lo demás no conozco, no se ve tanto. Por lo menos no se ve tanto.

Entrevistadora: ¿y qué pensas?

G: y es como una discriminación. Yo por lo menos todos los discapacitados que conozco, conozco ese pibe y después yo no conozco a ninguno, casi todos trabajando en los talleres protegidos por discapacidad, o en la ONG Estar.

Entrevistadora: ¿sentís que los dejan de lado?

G: claro, eso hay que invertirlo, un tema pendiente. Creo que si inserta a los discapacitados le abaratan los impuestos pero yo no conozco gente, tendría que cambiar la sociedad. Acá por ejemplo hay 50 y ninguno trabaja en una empresa. Agustina, Diego pero trabajan en Talleres Protegidos, que son para discapacitados, trabajos para discapacitados.

¡Bueno espero que te sirva!

## **HISTORIA DE VIDA: Jorge**

Entrevistadora: ¿cómo es tu nombre?

J: Jorge.

Entrevistadora: ¿Cuántos años tenes?

J: 62

Entrevistadora: ¿tenés algún sobrenombre?

J: no, Jorge

Entrevistadora: ¿cómo es un día tuyo?

J: Y un día mío, me levanto a la mañana ocho y cuarto, ocho y media porque tengo mamá en silla de ruedas.

Entrevistadora: ¿vivís con tu mamá?

J: vivo con mi mamá

Entrevistadora: vivís con alguien más

J: no, yo y mi mamá solitos. Estamos los dos, mamá está en un tema complicado porque está en sillas de ruedas y viste, yo mientras la tenga la voy a tener. Cuando no puedo la meteré en algún hogar, y tengo a mi hermano, mi cuñado, mi sobrina, el marido de mi sobrina y tengo un sobrinito de 18 meses, y una criatura alegre la familia. Le da vida.

Entrevistadora: ¿Viven cerca de ustedes?

J: si cerca.

Entrevistadora: ¿qué te gusta hacer?

J: cocinar, cantar. Me gusta cantar.

Entrevistadora: ¿vas a clases de canto?

J: No acá están por hacer un taller de canto, van a empezar. Si, si dios quiere.

Entrevistadora: ¿y qué te gusta cantar?

J: me gusta mucho el folklore

Entrevistadora: ¿te gusta bailar folklore?

J: no, no sé bailar. Me gusta cantar folklore, pero nunca aprendí a bailar. Pero no debe ser difícil aprender. Tengo un primo que baila y toca en el conjunto Huellas Argentinas con la señora. Y a veces actúa en el Radio City. A veces lo voy a ver.

Entrevistadora: ¿Con quién vas?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

J: voy solo.

Entrevistadora: ¿con quién te gusta pasar el tiempo?

J: con mi mamá, con la familia.

Entrevistadora: ¿con amigos?

J: dos tengo, dos amigos tengo amigos míos.

Entrevistadora: ¿de siempre tus amigos o son de acá de crisálida?

J: ex compañeros de trabajo.

Entrevistadora: ah mira, ¿dónde trabajabas?

J: en una casa de pastas, en los fideos.

Entrevistadora: ¿hace mucho que no trabajas más ahí?

J: no no, desde que me enferme no pude trabajar más.

Entrevistadora: ¿te despidieron o te fuiste?

J: no no, renuncié yo

Entrevistadora: ¿renunciaste vos?

J: sí. Aparte mi profesión era pizzero. Trabajaba en una pizzería en el centro. Rivadavia entre santa fe y corrientes, pero no está más. Como sos joven no la viste.

Entrevistadora: ¿eso fue antes que en la fábrica de fideos?

J: exactamente.

Entrevistadora: ¿participas en alguna institución u organización de barrio?

J: no no no, lo que pasa que antes de venir acá. Venía los lunes, acá venía los martes solo, porque miércoles y viernes iba a pileta.

Entrevistadora: ¿y que no vas más?

J: si si voy, voy los miércoles

Entrevistadora: ¿Dónde vas a pileta?

J: a Champagnat y Colón.

Entrevistadora: ¿te gusta?

J: si esta bueno, hace bien el agua para los huesos. Y hay que hacer cosas por uno, porque si no. El cuerpo se agota, se gasta, todo, pasa factura viste.

Entrevistadora: Es muy lindo natación.

J: si pero no sé nadar, hago gimnasia en el agua.

Entrevistadora: ¿qué te dan actividades?



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

J: actividades en el agua, les canto también en el agua. Me gusta hacer cosas por mí. Lo que pasa que yo tengo buena onda con todos, no me gusta pelear ni discutir con nadie.

Entrevistadora: de natación, ¿tenés algún amigo?

J: si, tengo amiga. Amigo y amiga.

Entrevistadora: Volviendo a los trabajos, antes de los fideos trabajaste en pizzería. ¿Y anteriormente?

J: te cuento, primero trabaje en una panadería ahí enfrente al casino, en una panadería, ahí estuve como 10 años; después de ahí fui a la pizzería esa que te digo y después fui a los fideos. El último trabajo que hice fue el de los fideos.

Entrevistadora: ¿qué fue hace cuanto más o menos?

J: y en el año 85

Entrevistadora: ¿cómo es la relación con tu mamá y familia?

J: buenísima completamente

Entrevistadora: ¿se ven seguido con tu familia?

J: si, nos vemos, nos mantenemos comunicados.

Entrevistadora: ¿hacen reuniones, se juntan a comer?

J: si, el domingo como fue el día de la madre, hice un asado para toda la familia. Hay que compartir las cosas, porque el día del mañana podemos necesitar uno del otro.

Entrevistadora: ¿tenés buena relación con todos?, y ¿ellos viven cerca?

J: no, ellos viven en La Perla.

Entrevistadora: ¿Cómo vas hasta allá?

J: en colectivo. Pero mucho no puedo ir porque no puedo dejar a mamá sola.

Entrevistadora: ¿tenes alguien que te ayude?

J: si, me ayuda una señora

Entrevistadora: A cuidarla, ¿ahora está con la señora?

J: no, ahora está mi hermana

Entrevistadora: ah bien, ¿se distribuyen las actividades?

J: si, nos vamos como es... turnando.

Entrevistadora: Y en el barrio, ¿tenes amigos? ¿Te tratas con ellos?

J: si tengo

Entrevistadora: ¿vivís por acá cerca?

**“Se dice de mi”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

J: más o menos

Entrevistadora: ¿te venís en colectivo?

J: si, en colectivo

Entrevistadora: ¿tenés pareja ahora?

J: no

Entrevistadora: ¿hace mucho que no tenés pareja?

J: hace rato

Entrevistadora: ¿te gustaría o estás tranquilo así?

J: estoy tranquilo. Dicen que el buey solo bien se lame. Y llega una edad que ya uno, como te puedo decir, es feo estar solo, hay que tener una compañera aunque sea para ir a tomar un café, charlar.

Entrevistadora: ¿te gustaría?

J: si

Entrevistadora: ¿hace cuánto que no estás pareja?

J: hace rato, y tengo 62 ya. Y del año 95, 97.

Entrevistadora: ¿Qué tuviste una relación larga?

J: si, si. Lo que pasa que salía con mujeres más grande que yo, entonces por ahí venían los problemas, viste como es.

Entrevistadora: ¿hijos tenés?

J: no, no. Soy soltero y sin apuro.

Entrevistadora: ¿usas redes sociales para conocer gente?

J: no no nada.

Entrevistadora: ¿cómo era tu infancia?

J: y mi infancia fue muy triste.

Entrevistadora: ¿Por qué?

J: y porque mi padre me pegaba, mi padre murió a los 47 años, 48. Le agarró una cirrosis hepática fulminante, por el alcohol, se le reventó el hígado, y no había forma de salvarse.

Entrevistadora: Él estaba con ustedes, ¿con tu mamá o se separaron?

J: no, no todos juntos. Estábamos yo, mi hermana, mi mamá y mi papá. Hasta que conoció a mi cuñado y se casaron.

Entrevistadora: ¿tu papá era violento solo con vos, o con alguien más de la familia?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

J: conmigo era violento.

Entrevistadora: ¿con tu mamá no?

J: también

Entrevistadora: ¿nunca se hizo una denuncia?

J: no no. Era pegador.

Entrevistadora: ¿Qué te gustaba hacer?

J: si iba a la escuela. Termine toda la primaria, la secundaria no hice nada.

Entrevistadora: ¿no la iniciaste?

J: porque no quise estudiar, me dice no querés estudiar, bueno anda a trabajar dijo mi padre. Mi papá trabajo con los camiones, era acompañante de chofer y boliche que paraban, boliche que paraban a tomar la copa, por eso le agarro cirrosis.

Entrevistadora: ¿y hasta el último día que vivió estuvo en tu casa?

J: si

Entrevistadora: ¿arranco todo cuando eras chiquito o de más grande?

J: no, cuando era más grande. Cosas que pasan de la vida. Las vueltas de la vida.

Entrevistadora: ¿qué recuerdo te queda de eso?

J: horrible

Entrevistadora: y en la adolescencia, ¿qué te gustaba hacer?

J: siempre trabaje, salía, tenía novia, me iba a buenos aires a ver el futbol los partidos.

Entrevistadora: no tenías interés de estudiar

J: no, no. Estoy arrepentido.

Entrevistadora: pero siempre hay tiempo, hay cursos cortos

J: no, el saber no ocupa lugar

Entrevistadora: ¿Qué te gustaría?

J: que me gustaría hacer, en este momento, canto.

Entrevistadora: está muy bien, podrías comentar acá para ver cómo se puede hacer.

J: si, ya comente. Tenés buena voz me dijo, porque una vuelta cante acá, le cante para todos.

Entrevistadora: ¿Qué cantaste?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

J: una zamba. Y me gusta la canción, aparte según el doctor dice que tengo buena voz. No sé si habrá escuchado algún otro que cante mejor que yo, hay cantante por todos lados.

Entrevistadora: bueno pero cada uno tiene lo suyo, cantas desde adentro.

J: si, si me nace del alma

Entrevistadora: me contabas que tenes dos amigos del trabajo, ¿te seguís juntando con ellos?

J: si, nos vemos

Entrevistadora: ¿Qué hacen juntos?

J: a veces van a tomar unos mates a casa

Entrevistadora: ¿siempre en tu casa por tu mamá?

J: si, porque yo no puedo ir, salvo cuando hay algún cumpleaños o eso se queda mi hermana para que yo pueda ir a saludar.

Entrevistadora: ¿y con tu mamá podés salir a pasear?

J: no lo que pasa que para sacarla a mamá, la tenemos que llevar en la combi, en Servisa.

Entrevistadora: ¿pero con la silla a pasear y tomar aire?

J: si, si un ratito. Tampoco estar encerrado tanto no es bueno

Entrevistadora: ¿hacen cosas juntos?

J: no, no ella está en otro mundo, va a cumplir 85 años en diciembre, y se olvida todo, no se acuerda de nada. La memoria le está fallando. Ya le falla. No se acuerda de nada, ¿entendés?

Entrevistadora: en relación a tu diagnóstico, ¿Cuál es?

J: ¿mi diagnostico? ¿Cómo me siento yo? Bien

Entrevistadora: ¿te dieron algún diagnostico?

J: ehh, como se dice discapacidad por la salud mental, por eso me atiende el doctor.

Entrevistadora: ¿tuviste algún síntoma?

J: estuve mal en el año 85, estuve internado en La Plata como 10 meses, en La Plata. Mi mamá iba a verme, del trabajo se iba a verme sin dormir, iba todos los fines de semana. Para La Plata, salía del trabajo y viajaba a verme. Mi abuela y mi madrina también me iban a ver, pero ya son fallecidas.

Entrevistadora: ¿Por qué fue la internación?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

J: porque, por un estado de depresión

Entrevistadora: y ahora ¿cómo te sentís?

J: bien, estoy controlado con la medicación

Entrevistadora: y al médico ¿te acompaña alguien?

J: solo, siempre solo

Entrevistadora: ¿siempre te atendiste con el mismo médico?

J: si

Entrevistadora: ¿tenés una buena relación?

J: si, si

Entrevistadora: en relación con el diagnóstico ¿notaste algún cambio?

J: si, claro perdí el trabajo por la discapacidad

Entrevistadora: ¿y en relación con tus amigos?

J: bien, todo bien

Entrevistadora: siempre fue bien, ¿con tu familia?

J: bien, con todos

Entrevistadora: con las parejas ¿no tuviste más?

J: no, bien, pero todo bien. Sin pasarse de atrevidos ni nada de eso, pero todo bien. Entendes como son las parejas. Hoy por hoy a los 10 minutos se casan, a los 20 están separados.

Entrevistadora: y en las actividades que haces diariamente, ¿notaste algún cambio? Además del trabajo, ¿actividades que hacías antes que ahora no haces más?

J: no, todo bien

Entrevistadora: ¿bueno quieres contarme algo más?

J: no, no listo la entrevista. ¿Te gusto? Te voy a cantar una canción, ¿la quieres escuchar?

Entrevistadora: si, obvio

J: (canta)

**HISTORIA DE VIDA: Victor**

Entrevistadora: ¿tu nombre es?

V: Victor

Entrevistadora: muy bien, ¿cuántos años tenes?

V: 51

Entrevistadora: ¿cómo te dicen?

V: Bochi

Entrevistadora: ah mira... ¿cómo es un día tuyo?

V: Un día mío, me levanto tarde porque si me levanto temprano me descompenso

Entrevistadora: ¿sí? ¿Por qué?

V: porque es como que me faltara completar el sueño

Entrevistadora: ¿cómo que no dormís bien?

V: si

Entrevistadora: ¿qué te gusta hacer en tus días?

V: y en verano, en primavera, me gusta ir a la playa, tomar mate. Ayudar un poco con los mandados de mi casa

Entrevistadora: está bien, ¿con quién pasas el tiempo?

V: con mi hermana, en la casa de mi hermana

Entrevistadora: ¿vivís con tu hermana?

V: si

Entrevistadora: a parte de esas cosas que haces a diario ¿participas de alguna organización, alguna institución, alguna organización de tu barrio?

V: no, los únicos talleres que yo hago, yo voy a Marimarte y Crisálida

Entrevistadora: ¿qué actividades haces ahí?

V: y más o menos lo mismo que hacemos acá... ehh...pintura, poesía, narración. También juegos, teatro,

Entrevistadora: buenísimo... y ¿trabajas actualmente?

V: no, no

Entrevistadora: ¿trabajaste en algún momento?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

V: si, antes de enfermarme trabajé de mensajero, de ilustrador de altura, estuve en la escuela Sargento Cabral. Estuve embarcado, en un taller de pintura para autos

Y ahora la doctora me dijo que más de tres horas no podía trabajar. Por debido a mi enfermedad, la esquizofrenia. No estuve haciendo nada. Va, ayudo en mi casa.

Pero cuando vine por primera vez a Mar del Plata trabajé en un taller, en calefacción, carpintería y soldadura

Entrevistadora: Recién me comentabas que tu diagnóstico es esquizofrenia ¿cuándo te la diagnosticaron?

V: a los 30 años

Entrevistadora: ¿cuándo fueron tus primeros síntomas?

V: y por ejemplo, cuando me faltaba la medicación me acurrucaba, me quedaba dormido. Me tiraba en la cama y me quedaba sin la medicación. Y no podía hacer nada, me quedaba dormido

Entrevistadora: ¿dónde fue que te empezaste a atender?

V: y yo...yo me empecé a atender cuando falleció mi tía que era mi curadora. Me atendieron en la clínica ahí que estaba enfrente de mi casa. Ahí estuve internado, después estuve en el Suipacha, estuve en Oliveros. Y después mi hermana me saco de todo eso y me vine para Mar del Plata. Acá en Mar del Plata nunca estuve internado

Entrevistadora: ¿quién te acompañó cuando te atendiste por primera vez?

V: y cuando me internaron creo que, no sé si fue mi primo o mi prima

Entrevistadora: ¿todo esto en que ciudad?

V: en Rosario

Entrevistadora: ¿vos naciste ahí?

V: si, en Rosario

Entrevistadora: ¿tenes algún recuerdo de tu infancia?

V: si, tengo muchos recuerdos, pero no me vienen en este momento a la cabeza...

Entrevistadora: ¿ibas al jardín?

V: iba a al jardín de infantes a la escuela primaria, a la secundaria de noche

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

Entrevistadora: ¿siempre fuiste a la misma institución o te fuiste cambiando de lugar?

V: me fui cambiando de lugares

Entrevistadora: está bien. ¿Tenes algún recuerdo de algún amigo, de alguno de tus compañeros?

V: si, de un amigo de la secundaria que íbamos de noche y después quedamos amigos hasta que yo me vine acá a Mar del Plata y no lo vi mas

Entrevistadora: mientras estuviste allá ¿tu vínculo era diario?

V: nos reuníamos los fines de semana a comer asado, a tomar cerveza. Y ahora como no puedo tomar nada, no puedo fumar porque la enfermedad me lo impide

Entrevistadora: ¿esos son algunos de los cambios que vos notaste a partir del diagnóstico?

V: claro, por un lado mejor no se con la vida que llevaba de fumar de tomar cerveza quién sabe si hubiera llegado a los 51 años.

Entrevistadora: claro. Y a partir de ese diagnóstico ¿notaste algún cambio más en tu vida? ¿En tus relaciones, con la gente que frecuentabas?

V: Yo a partir de que me internaron perdí todo vínculo con mis amigos. No los veía, estaba internado. La misma palabra te lo dice internado

Entrevistadora: ¿por qué crees que no continuó ese vínculo?

V: porque ellos siguieron con la forma de vida que yo llevaba y yo no podía seguir que la vida que yo llevaba. De tomar, de fumar

Entrevistadora: ¿alguna vez te acercaste a ellos para hablar?

V: los que los encontraba por casualidad los saludaba

Entrevistadora: claro, ¿eran todos de Rosario, no?

V: si

Entrevistadora: y ¿acá tenes amigos?

V: y acá como amigos si, compañeros y amigos. Después muchos amigos de Crisálida.

Entrevistadora: ¿qué actividades haces con ellos? ¿Haces algo aparte de los talleres?

V: no salgo, tomo la medicación a las 7 de la tarde y ya después como, veo un poco de televisión y me voy a acostar

Entrevistadora: ¿qué te gusta mirar?



**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

V: me gusta el futbol, mucha variedad no hay, alguna película buena, extranjera. Después le doy un vistazo así más o menos a Tinelli, pero no me llama mucho la atención Tinelli y el bailando, no me es atractivo.

Entrevistadora: ¿ahora actualmente dónde estás viviendo?

V: en el Bosque Peralta Ramos

Entrevistadora: ¿solo vivís con tu hermana, verdad?

V: con mi hermana, en la casa de mi hermana. Antes vivía con mi sobrino, mi sobrino ya formo su familia. En diciembre me va a regalar un nietito, un sobrino nieto

Entrevistadora: ¿eso te pone contento?

V: si, está viviendo en Capital. En la casa de la esposa de él

Entrevistadora: ¿tenes pareja? ¿Novia? ¿Novio?

V: no, tuve muchas novias. Pero después de que me enferme, me quede sin trabajo. Y como siempre digo para salir y no tener ni para invitarla un café, no salgo. Así que no tengo ninguna novia

Entrevistadora: ¿te gustaría tener pareja?

V: Si, con la chica que me corresponda. No con cualquiera, con la chica que me corresponda

Entrevistadora: ¿usas redes sociales?

V: no, no manejo muy bien la computadora

Entrevistadora: ¿usas teléfono?

V: tampoco

Entrevistadora: te pregunto porque muchas veces es un medio para “relacionarse”

V: no, acá en Mar del Plata salí con dos chicas, una mayor que yo y otra de mi edad más o menos.

Entrevistadora: ¿cómo era tu relación con ellas?

V: buena, buena. Hasta el final

Entrevistadora: ¿anduviste mucho tiempo con ellas?

V: no, poco tiempo

Entrevistadora: ¿cuánto es poco tiempo?

V: meses

Entrevistadora: ¿dónde las conociste?

**“Se dice de mí”: El estigma producido a partir del impacto que genera un diagnóstico en Salud Mental en la conformación de identidad.**

V: eh...Una la conocí en el hospital de día, en el Regional.

Entrevistadora: ¿ellas eran usuarias de ahí?

V: sí, ellas eran pacientes

Entrevistadora: ¿te seguiste tratando con alguna de ellas?

V: no

Entrevistadora: ¿no las viste más?

V: no, yo me conforme con mi vida de estar soltero, de irme a dormir temprano, no tener problemas. Ya después me quede solo y no salí con ninguna

Entrevistadora: ¿te gusta como es tu vida? ¿Las cosas que haces?

V: sí, yo a veces me quejo. Quisiera más pero digo Dios es bueno conmigo, tengo una casa, tengo un lugar donde dormir, donde comer, donde tomar la medicación. Además, de vez en cuando mi hermana me saca a tomar algo. Y me conformo con eso.

Si podría ser que me enamoraría de alguna chica, porque me gustaría salir pero si sería enamorado. No salir por salir. Así, podría ser. Y aparte tendría que estar un poquito mejor con mi salud. Y encontrar algún taller donde, que se yo, pudiera ganar algo para salir

Entrevistadora: ¿actualmente tenes pensión? ¿Tenes algún ingreso?

V: sí, tengo pensión. Pero mi hermana, o sea, tengo que colaborar con mi hermana porque tiene que pagar impuestos, la comida. Aparte me está terminando una casita. Me está haciendo en el fondo.