



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO. FACULTAD DE PSICOLOGÍA.
MODALIDAD ENSAYO ACADÉMICO.

EL ESTIGMA SOCIAL COMO BARRERA PARA LA RECUPERACIÓN EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA.

Estudiante: Vanessa García

C.I: 5.366.609-1

Tutora: Rossina Machiñena.

Revisora: Andrea Gonella

**Montevideo
Abril 2024**

Introducción.

A lo largo de mi trayectoria en Facultad de Psicología he podido experimentar transformaciones significativas en múltiples elementos de mi vida, tanto en mi perfil como estudiante, como compañera, como ciudadana, y sobre todo, como individuo que forma parte de un complejo sistema social. La formación en esta carrera me ha brindado la oportunidad de cuestionar los procesos personales y sociales de los que he sido, soy y sobre todo, seré parte una vez culminada esta etapa. Estos años de estudio han sido caracterizados por la posibilidad de criticarme, pensarme, cuestionarme y replantearme en una diversidad de aspectos.

La posibilidad de elegir asignaturas optativas, me permitió descubrir y explorar un interés especial por temáticas relacionadas con la psicosis, y especialmente, con la esquizofrenia. Desde que me adentré en esta línea de materias se presentó frente a mi un nuevo “mundo” antes invisibilizado. Desde mi experiencia personal la psicosis no ha sido parte de mi vida, sino hasta que comencé a estudiarla. Es justamente este fenómeno el que más me ha abierto los ojos a la realidad que lo rodea. Cuestiones humanas básicas como el respeto a los derechos, la igualdad y la dignidad, se ven puestos a prueba diariamente para personas con trastornos mentales, sin embargo, es un fenómeno silencioso para los que no lo padecemos.

El acercamiento al estudio y la posibilidad de participar en una práctica realizada en un centro de rehabilitación psicosocial como el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, Dr. Alberto Martínez Visca me mostró una nueva cara de esta realidad.

Los años de lectura y teóricos extensos dentro de la carrera me habrían hecho caer en el error de creer saber sobre la psicosis y la esquizofrenia lo suficiente, sin embargo, la práctica me colocó en un nuevo escenario; ya no se trata de la esquizofrenia descrita con palabras en las páginas de algún texto, ya no eran síntomas o criterios diagnósticos de un

manual, ahora eran personas, sujetos reales y activos, con historias de vida particulares y procesos de rehabilitación y recuperación singulares. Es frente a esta nueva situación que mi interés por la materia se ve reforzado, intensificado, ahora no sólo por los conceptos, sino por los procesos individuales, por las particularidades de cada uno, por las diversas formas de padecer, vivir o transcurrir el trastorno. Se abrió frente a mí un campo completamente diferente al conocido hasta ese momento a través de los textos y manuales estudiados; ahora podía ver al sujeto que está por delante del trastorno, y no por detrás.

La nueva visión centrada en el ser, da luz a las dificultades a las que se enfrentan diariamente las personas con esquizofrenia, tanto en los servicios de salud, sistemas de trabajo, espacios de uso público e incluso en sus propias familias.

El presente trabajo final de grado se centra en la necesidad de dar visibilidad a estos obstáculos a los que se enfrentan las personas con diagnóstico de trastorno mental. Mi transcurso por esta carrera amerita dedicarle un trabajo final a esta diversidad de complejidades que han moldeado mi formación como psicóloga.

A través de este ensayo se busca hacer una breve historización y conceptualización de la psicosis y la esquizofrenia, así como los fenómenos sociales de la estigmatización y su impacto en cada individuo. Se aborda también el papel de la rehabilitación y el modelo de recuperación desde una perspectiva basada en la inclusión y apoyada en la práctica realizada durante el año 2023 en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Dr. Martínez Visca.

El estigma social es un fenómeno central en el estudio debido a la diversidad de formas en las que se expresa, y principalmente, la multiplicidad de lugares en los que se encuentra presente. La experiencia práctica me ha permitido observar cómo el estigma se manifiesta de forma perjudicial en los discursos y actitudes hacia las personas con diagnóstico de trastorno mental dejando en evidencia los prejuicios, los miedos irracionales y la ignorancia.

Es el estigma la marca y reproducción del constante obstáculo al que se enfrentan los individuos diagnosticados; es aquello que perpetúa la marginalización y exclusión social de estos sujetos. Se presenta como una de las dos caras del diagnóstico de trastorno mental; por un lado lo “médico-psiquiátrico” y con ello el padecimiento del trastorno, y por otro, el padecimiento social y psicológico de ser estigmatizado a causa de éste diagnóstico. Se ve reflejado en la limitación del ejercicio de la ciudadanía, en el goce y uso de lugares compartidos por otros, así como en el propio autoestima y autopercepción.

El estigma, si bien parte de lo social, no permanece solamente allí; lo atraviesa y penetra en el propio individuo, dando lugar al autoestigma. Éste concepto explica la forma en la que los sujetos internalizan los discursos estigmatizantes y los entienden como propios. Fenómeno de no menor importancia ya que marca en gran parte el posible desarrollo y adhesión de éstas personas a futuros tratamientos o procesos de rehabilitación. Si el sujeto internaliza la creencia de sí mismo como alguien sin posibilidad de recuperación, entonces no hay significación del proceso de rehabilitación, no hay participación activa ni elección propia en éste o el por qué de él. En este sentido, es central la perspectiva centrada en el modelo de recuperación donde se da reconocimiento a las capacidades del individuo para tomar decisiones y participar activamente en su proceso de recuperación. Se adopta esta visión ya que se opone a la tradicional concepción del modelo de rehabilitación donde se entiende al individuo como un ser pasivo y receptor de un tratamiento que es llevado a cabo en él y no con él. Es de esta manera que la persona con esquizofrenia se convierte en agente de acción capaz de buscar una significación propia de su vida y su proceso de recuperación luego del diagnóstico de trastorno mental.

Este ensayo busca dar visibilidad no sólo a los aspectos clínicos del diagnóstico o de la esquizofrenia; sino a la relevancia de cuestionamientos que involucren a la sociedad y sus

sistemas dentro de un entramado complejo donde se producen y reproducen discursos que marginalizan y excluyen a aquellos individuos que son víctimas del estigma social.

Breve historización y Conceptualización de Esquizofrenia.

Se plantea aquí una conceptualización de la esquizofrenia para poder comprenderla y darle un marco de entendimiento para el desarrollo y utilización del concepto a lo largo del ensayo.

El actual Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales ha tenido a lo largo de sus publicaciones múltiples variaciones en sus conceptos y contenido. En el capítulo denominado “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” del DSM IV (1995), se manifiesta la dificultad que ha enfrentado el término “psicótico” para encontrar una definición única y universal.

Desde los primeros planteos realizados por Emil Kraepelin con la “Dementia Praecox” caracterizada por estereotipias en actitudes, gestos y lenguaje con un desarrollo indefectiblemente deteriorante marcado por la pérdida de las facultades mentales (Huertas, R y Novella, E., 2010), pasando por Kurt Schneider en 1946 con “Psicopatología clínica”, quien opta por definir a los síntomas esquizofrénicos dentro de los entendidos como la “sonorización del pensamiento”, experiencias corporales alteradas, “robo de pensamiento” y otras alteraciones en el pensamiento y la “percepción delirante” (Huertas, R y Novella, E., 2010). Eugene Bleuler en 1960 (Vogler, R., 1989) más adelante quien utiliza por primera vez el término “esquizofrenia” dentro de “el grupo de las esquizofrenias” y establece la existencia de “síntomas fundamentales” y “accesorios” junto al planteo de sus “4 As”. La alteración en las *asociaciones* (donde los sujetos forman asociaciones de ideas ilógicas que no siguen una continuidad o un hilo haciéndolas incomprensibles e incoherentes para quienes lo rodean); el trastorno de la *afectividad* (caracterizado por el retraimiento, aplanamiento afectivo, como indiferencia, pérdida de sentimientos éticos y más); la *ambivalencia afectiva, volitiva e*

intelectual (donde se presentan de forma simultánea pensamientos o ideas contradictorias, amor-odio a la vez, querer y no querer hacer algo); y por último, el *autismo* (aspecto que denota la prevalencia del mundo interno del sujeto sobre el mundo externo); (Vogler, R., 1989). Entre otros múltiples autores y estudios que a través de la historia se han detenido y dedicado al estudio de la esquizofrenia; la concepción de ésta ha pasado por múltiples visiones y transformaciones que denotan la dificultad y complejidad para definirla de manera única y universal.

De forma muy sucinta -ya que no es el propósito de esta producción indagar en la evolución histórica de estos conceptos a detalle- se pretende ver aquí las variaciones más notorias a lo largo del tiempo para ir dando paso al entendimiento de la psicosis y la esquizofrenia como conceptos con entidad propia en la actualidad. La complejidad expresada en el desarrollo histórico del concepto no es utilizada aquí con el fin de comprender a fondo cada uno de los criterios diagnósticos que han habido, sino, como muestra de la dificultad que atravesado la esquizofrenia desde sus primeras concepciones hasta la actualidad.

Más adelante, en el DSM IV (1995), se presentan definiciones más y menos restrictivas de lo psicótico. Dentro de la concepción más restrictiva se entiende a éste caracterizado por las ideas delirantes y las alucinaciones en ausencia de conciencia de ellas o de la naturaleza patológica de las mismas. Una definición algo menos restrictiva incluye no sólo este tipo de ideas delirantes y alucinaciones, sino, también aquellas que son reconocidas por el sujeto como experiencias delirantes. Por último la concepción amplia de lo psicótico en el DSM IV incluye otros síntomas positivos como pueden ser el lenguaje y el comportamiento desorganizado (o catatónico). Sin embargo, se menciona la existencia de otra definición aún más amplia y menos utilizada debido a ello; ésta define a lo psicótico en base a la gravedad del deterioro funcional -se considera a un trastorno como psicótico si el

deterioro funcional irrumpe con la capacidad para llevar adelante las tareas de la vida cotidiana- (DSM-IV, 1995).

Dentro de este Manual la esquizofrenia se ve determinada como trastorno psicótico ya que se caracteriza por las ideas delirantes, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado y el comportamiento catatónico (la característica definitoria en este manual consiste en los síntomas psicóticos) (DSM-IV, 1995). El diagnóstico para la esquizofrenia radica así en la persistencia de por lo menos 6 meses del trastorno con síntomas de la “fase activa” presentes durante por lo menos 1 mes. Esta duración de por lo menos 1 mes de dos o más de los síntomas activos característicos refiere a las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos (como la abulia, el aplanamiento afectivo, entre otros).

Dentro del DSM-IV, si bien se menciona la disfunción socio/laboral como factor crucial dentro de la esquizofrenia, sólo es tomado en cuenta como criterio diagnóstico, sin embargo, no se ahonda en esta dimensión tan relevante para el funcionamiento en sociedad del sujeto. Esta disfunción social/laboral debe afectar al sujeto durante una parte significativa de tiempo y denotar un bajo nivel de rendimiento en actividades laborales o círculos sociales en comparación a previo al inicio del trastorno (DSM-IV, 1995). La disfunción social y laboral es de crucial importancia en la vida de las personas con esquizofrenia; refiere a las capacidades de mantener en su vida vínculos sociales sanos y rutinas de empleo que los mantienen incluidos en la sociedad. Entender que la disfunción implica una disminución al nivel que previamente tenía la persona es relevante ya que significa una pérdida para ésta de algo que solía tener. Asimilar junto al diagnóstico la disminución de la calidad de vida y de las relaciones sociales que previamente existían conlleva un proceso complejo y extenso.

Dicho esto, no se indaga en profundidad en las barreras que enfrentan los sujetos con un diagnóstico de esquizofrenia a la hora de buscar un trabajo, formar nuevos vínculos

sociales o continuar siendo parte de los que ya frecuentaba, entre otras cosas. Por otro lado, se entiende a la disfunción laboral como parte del criterio diagnóstico, más no se la cuestiona en su origen. ¿Es por acción únicamente de la esquizofrenia que se produce una disfunción socio/laboral? ¿O es la sociedad relacionándose con una persona con esquizofrenia la que permite esta disfunción? Estas cuestiones serán especialmente abordadas más adelante.

Retomando con los manuales diagnósticos, con la nueva edición y publicación del DSM-V™ (2013) y el DSM-V^R (2014) se pueden observar en éstos algunos cambios diagnósticos y conceptuales acerca de los trastornos psicóticos y la esquizofrenia en particular. Como primera diferencia notoria entre esta quinta edición y las anteriores, se ve el cambio en la denominación del capítulo dedicado a estos trastornos; se pasa de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” a “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Se da lugar así a otra visión sobre la psicopatología y los distintos trastornos psicóticos que comparten en parte sintomatología pero conforman cuadros diferenciados.

Con la utilización del término “espectro” se manifiestan las diferentes y posibles presentaciones de la psicosis -o lo psicótico- entendiendo que no sólo es correspondiente a la esquizofrenia, sino a otros trastornos -y dentro de la esquizofrenia puede tener distintas características-. Se ve también una especificación -y ampliación a la vez- de los trastornos y su entendimiento, por ejemplo, al incluir dentro del espectro de la esquizofrenia el “trastorno esquizotípico de la personalidad” -que también es desarrollado luego en el apartado sobre trastornos de la personalidad-.

En cuanto a un cambio en el criterio diagnóstico se puede apreciar que se elimina la “Nota” presente en el DSM-IV donde se destacaba la importancia particular y diagnóstica dentro del Criterio A en cuanto a las ideas delirantes extrañas o consistentes en voces que

leen el pensamiento o comportamiento del sujeto -estrechamente relacionado con el pensamiento sonorizado de Schneider mencionado anteriormente-.

Por otro lado, en el DSM-V se ve la eliminación de los subtipos diagnósticos dentro de la esquizofrenia. Esto se debe principalmente a su “poca fiabilidad” y “estabilidad” diagnóstica ya que se realizan tomando en cuenta la sintomatología predominante al momento de la evaluación, sin embargo, esta expresión sintomatológica puede variar a lo largo del curso del trastorno (Rodríguez, J., Senín, C., y Perona, S., 2014).

Para cerrar, en referencia a lo planteado por Calafell, M., & Giráldez, S (2014) “los cambios introducidos en el DSM-V en los trastornos psicóticos representan solo leves avances en la fiabilidad y utilidad clínica, pero apenas abordan la cuestión crítica de la validez y no suponen un cambio de paradigma”. La psicosis y la esquizofrenia continúan y continuarán siendo conceptos en revisión y estudio en pos de mejorar la comprensión sobre ellos y por ende los modelos diagnósticos. Lo verdaderamente necesario en estos cambios mencionados es la evolución de los paradigmas de los que cada una de ellas surge. Dejar de lado lo estrictamente medicalizante enfocado en la sintomatología como factor principal, para cambiar hacia visiones más integrales donde los síntomas sean parte del diagnóstico pero también lo sea el sujeto que los presenta.

Esta breve revisión histórica tiene como propósito entender las transformaciones y el desconocimiento que ha atravesado a la esquizofrenia desde sus comienzos. Se verá más adelante, cómo se mantienen en pie en la actualidad rasgos de prejuicios míticos o religiosos que fomentan la estigmatización de las personas con esquizofrenia.

La perspectiva histórica deja ver no sólo lo que ha pasado, sino lo que continúa ocurriendo hoy en día en torno a la esquizofrenia y su relación con la sociedad. Prejuicios, ignorancia, temores arraigados, entre otros aspectos infundados pero que aún perduran y trastocan la vida de los sujetos, interpelándolos en su actuar en la sociedad.

Lo interesante a su vez de este recorrido es ver no sólo los cambios principales de su conceptualización, sino también, poner sobre la mesa la visión discapacitante de la enfermedad. Como se mencionó, no sólo es el trastorno mental y sus manifestaciones sintomáticas, sino su carácter discapacitante y el peso social que esto conlleva. La esquizofrenia ha sido catalogada por la OMS como una de las 10 enfermedades más discapacitantes (Robles, F., 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) declara:

El estigma contra las personas con esta afección (esquizofrenia) es intenso y generalizado, es causa de exclusión social y afecta a sus relaciones con los demás, en particular sus familiares y amigos. Ello contribuye a la discriminación, que a su vez puede limitar el acceso a la atención médica general, la educación, la vivienda y el empleo.

Es claro el razonamiento acerca de la diversidad de componentes complejos que rodean a los trastornos mentales y por sobre todo, la complejidad que envuelve a la esquizofrenia en un paradigma a ser estudiado desde lo social y psicológico y no sólo desde la visión médica tradicional.

En este análisis se adopta la perspectiva de la recuperación para comprender a los sujetos en una forma más integral. Se deja de lado el diagnóstico médico para darle paso al sujeto, a la individualidad. Para darle unidad al ensayo, desde este momento en adelante serán referidas como personas con esquizofrenia.

Teniendo en cuenta la importancia de estos aspectos diversos es que se da lugar a cuestionamientos que tienen que ver en primera instancia con la discapacidad. ¿Qué es?, ¿Cómo afecta al sujeto?, ¿Cómo se la entiende desde lo social?, entre otras.

Discapacidad y Barreras Actitudinales.

De igual manera que con el concepto de esquizofrenia, se realiza en este apartado una breve conceptualización sobre el término “discapacidad” y “barreras actitudinales” para poder desarrollar así sobre ellos y su profunda vinculación.

Se puede argumentar que ambos fenómenos mantienen un vínculo de intercambio recíproco, donde uno produce y refuerza al otro y viceversa. Desde paradigmas estigmatizantes, la discapacidad se presenta como una barrera para los sujetos quienes la padecen.

Jiménez, A., y Huete, A (2010) resumen en tres bloques los principales modelos para entender a la discapacidad. El modelo tradicional, el médico o de rehabilitación y el social. Desde el modelo tradicional se asocia a la discapacidad con cuestiones de índole mítica y creencias de tipo religiosas, lo que tiende a generar como respuesta en la sociedad una búsqueda del alejamiento y el aislamiento del sujeto que se ve “desviado” del resto. Estos sujetos son así no sólo excluidos, sino además, desvalorizados quedando expuestos a la exclusión. De este planteo emergen cuestionamientos de la actualidad acerca del estigma hacia los trastornos mentales pues, al reproducirse la creencia en cuestiones míticas causales o explicativas de la esquizofrenia se crea alrededor de ésta un desconocimiento real de su existencia; se fomenta a su vez, miedo o temor a la esquizofrenia y por ende a los sujetos con éste diagnóstico.

Sin embargo, parece acertado pensar que lo mítico no se reduce únicamente a los cuestionamientos sobre el origen o la explicación histórica de la esquizofrenia; se encuentra presente también en las creencias actuales en torno a ella, los temores sin fundamentos que perduran aún en la actualidad y que se fundamentan en los prejuicios sociales.

En otra línea, el modelo médico refiere a la discapacidad como “aspectos biológicos” y carencias o deficiencias inherentes al sujeto. Desde esta perspectiva se percibe socialmente al individuo como un ser pasivo en su proceso de rehabilitación puesto que posee desventajas

“biológicas” con las que nada puede hacer por su recuperación. Esta visión discapacitante posiciona a la persona con esquizofrenia desde la inferioridad, en un rol despojado de voz propia. Planteando que desde su estructura biológica la persona se ve en “desventaja”, quedan por fuera sus propias capacidades y deseos de recuperación.

El modelo social, por el contrario, da lugar a la concepción de la discapacidad como el resultado de la interacción del sujeto con su entorno, por lo que no se trata de una cuestión con la que el individuo nace, ni de una cuestión mítica, ni es sólo responsabilidad del sujeto su condición, sino de un complejo más amplio que involucra no sólo al individuo, también implica a su entorno social completo. Posicionarse desde el modelo social permite en este ensayo entender a la discapacidad como un fenómeno compuesto por aspectos sociales y políticos. El análisis de la esquizofrenia y el estigma desde el paradigma de la inclusión y el modelo social da luz a las complejas relaciones que se dan entre las personas con esquizofrenia y los sistemas colectivos con los que conviven diariamente. Sacar al sujeto del lugar vulnerado, donde se lo entiende como carente de capacidades de rehabilitación para darle paso a un lugar con más autonomía favorece el desarrollo de la recuperación.

Andrea Padilla-Muñoz (2010) define a la discapacidad como una “situación heterogénea” compuesta por la interacción de una persona con sus capacidades físicas y psíquicas y la sociedad en la que vive. Siendo entendida de este modo y de igual manera que como la entiende el modelo social, la discapacidad deja de ser una condición inherente al sujeto solamente, para entenderse como una situación dada entre éste y el medio. Desde esta postura se propicia el análisis de las características del medio que rodea al individuo y cómo éste se conforma e interactúa con él.

La perspectiva social permite no sólo entender a la discapacidad desde un enfoque menos estigmatizante y desacreditador, sino también, ver al problema dentro de una sociedad que lo crea y reproduce. Permite pensar estrategias y herramientas para cambiar esta realidad.

Tomando las palabras de Irisarri, B (2021), “las personas con discapacidad son (o deberían ser) concebidas como sujetos de derechos”. Es necesario reflexionar acerca de las consecuencias de entender a la discapacidad como algo propio del sujeto. Desde esta postura se deja a la persona con esquizofrenia sin posibilidad de recuperación. Esta sentencia lapidaria de la discapacidad permite entonces la creación y reproducción colectiva de sistemas y políticas que no buscan favorecer la recuperación de éstos sujetos, sino por el contrario, aprovecharse de ésta condición para aislarlos y excluirlos.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU en 2006 define a las personas con discapacidad como aquellas que teniendo deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, vean en su interacción con barreras un impedimento en su libre participación en la sociedad (Irisarri, B., 2021). Desde lo planteado en la Convención se aprecia en el literal a) del preámbulo la importancia del principio de libertad y justicia a través del reconocimiento de la dignidad e igualdad de los sujetos en sus derechos humanos. Mientras que en el literal h) se reconoce que la discriminación a una persona por su discapacidad constituye una vulneración de la dignidad y por lo tanto, de los derechos humanos (ONU, 2006).

En contraposición a la perspectiva del modelo médico y su concepción pasiva del sujeto, la convención aboga por la importancia del individuo como ser activo, tanto en su proceso de rehabilitación como en su vida diaria en sociedad. Este enfoque implica y propone el derecho a una participación activa en decisiones políticas y programas teniendo éstos efectos directos sobre los tratamientos que recibe. Se trata de reposicionar al sujeto en un lugar de acción, donde se reconocen sus derechos y su capacidad de toma de decisiones.

La convención menciona el derecho de acceso a un lenguaje sencillo y accesible para todos, derecho a “ajustes razonables” para que los sujetos puedan gozar de un libre ejercicio de su ciudadanía en los casos que lo requiera, el “diseño universal” de programas y servicios

en busca de la inclusión efectiva de los individuos y su pleno ejercicio en sociedad, así como el reconocimiento de la “discriminación por motivos de discapacidad” -como una barrera establecida que irrumpe con los derechos humanos e impide una convivencia en sociedad digna y en pleno reconocimiento de la igualdad de los sujetos- como algunos de los puntos planteados que dan lugar a visibilizar y pensar estas cuestiones que suelen ser pasadas por alto dado los sistemas de exclusión y aislamiento que actúan a nivel colectivo (ONU, 2006).

El razonamiento que se desprende de este planteo da paso al desarrollo del concepto de “barreras actitudinales”. Éstas establecen y manifiestan la marca y reproducción diaria de la imposibilidad de acceso al paradigma de la “inclusión” para los sujetos catalogados como diferentes por diversos motivos, en este caso, ser diagnosticado con esquizofrenia. En este sentido, se puede hablar de barreras excluyentes y la diversidad de actitudes, conductas y fenómenos que las integran. Desde la negación de derechos, hasta cualquier actitud de prohibición, restricción o distinción en ámbitos sociales impidiendo la libertad e igualdad de los individuos. Las barreras excluyentes se manifiestan como “todas aquellas que dificulten o limiten la seguridad y autonomía de la persona” (Rodrigues, M., Bernardino, J., y Moreira, M., 2022). Atraviesan de esta manera al sujeto en su proceso de recuperación en múltiples escenarios, desde las actitudes negativas presentes en la comunidad, como las dificultades de acceso a los servicios de salud, las pocas posibilidades de acceso a un empleo, los prejuicios impuestos por la sociedad que dificultan la integración a círculos sociales y espacios públicos, entre otros. Los sujetos estigmatizados deben enfrentarse a estas barreras solos puesto que se ven “creadas” y reproducidas por lógicas político-sociales que las avalan.

Sin ir más lejos, en nuestro país, el Sistema Nacional Integrado de Salud y la Ley de Salud Mental N°19.529 definen y determinan diversos aspectos que tienen que ver con el acceso y ejercicio pleno a los servicios de salud para los usuarios. Pensando ésto en relación a

la situación de las personas con esquizofrenia, se contradice con la realidad que experimentan efectivamente.

La Ley 19.529 (Uruguay, 2017) expone que “La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.” A pesar de esto, parece ser que los derechos humanos quedan simplemente plasmados en los documentos y no en el actuar del día a día.

En Uruguay el estigma se ve fuertemente instituido como una barrera actitudinal; las personas con esquizofrenia ven dificultado su acceso a empleos, servicios educativos, servicios de salud, entre otros. De acuerdo al informe realizado en el 2022 por la Oficina Nacional del Servicio Civil, el número total de ingresos al Estado de personas con discapacidad fue únicamente de 33, siendo el 27% de éstos por discapacidad psíquica, lo que se traduce a 9 personas. La Ley de Salud Mental en el Artículo 3 establece dentro de sus principios rectores D) “La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.” E) “La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.” G) “El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.”; sin embargo, como se observa, no es llevado adelante con total efectividad. Estos datos denotan lo necesario del cuestionamiento de las prácticas diarias, de los discursos sociales y la información circulante. Se puede observar fácilmente la utilización de los medios de prensa de títulos llamativos y poco detallados acerca de estas realidades. Para nada sería extraño encontrar en un noticiero el informe de la ONSC exclamando que hubo un 27% de ingresos dentro del cupo de discapacidad que corresponde a discapacidad psíquica sin detallar el número real detrás de ese porcentaje. De esta manera se alimenta la ignorancia, el desinterés y la no preocupación por dar visibilidad a la realidad de las personas con

esquizofrenia, a las barreras de acceso con las que se enfrentan, a la vulneración de sus derechos, etc.

Una herramienta útil para la promoción del entendimiento de los trastornos mentales sin prejuicios y de la inclusión es la psicoeducación. Ésta incluye las intervenciones sociales destinadas a brindar información relevante para las familias de sujetos con trastorno y para éstos mismos así como estrategias y planes para facilitar el tránsito del proceso de rehabilitación (Lemos, S et al., 2010). La psicoeducación conforma una herramienta para la lucha contra el estigma ya que no reproduce las lógicas basadas en prejuicios que permiten que la sociedad se rija de acuerdo a un sistema de exclusión y control (Hernández, J y de Maya Sánchez, B., 2020).

Dentro de lo transitado durante la práctica en el Centro Dr. Martínez Visca he podido presenciar las múltiples posibilidades y escenarios en los que se desarrollan intervenciones enfocadas en la psicoeducación. Desde talleres pensados de forma específica con el sujeto puesto en el centro, hasta intervenciones extra-talleres en el predio del complejo, convocatorias e intercambios con familias y allegados, etc. La psicoeducación se encuentra presente en estos ámbitos a través del habla, de la puesta en práctica de diferentes actitudes para con los sujetos, a través de la escucha al otro, del intercambio con el individuo entendido en su integridad y complejidad. Desde la experiencia, en particular, es la escucha abierta y sin prejuicios la que ha permitido conocer a los sujetos en su totalidad, en sus historias personales y sus relatos de vida. Es en estos intercambios que se visibilizan en ellos y en mí las ideas internalizadas y prejuicios; siendo común escuchar a sujetos autodenominarse como incapaces, inmaduros, inútiles, enfermos, entre otros adjetivos que derivan del estigma y del entendimiento de la discapacidad como un factor determinante y limitante en su vida. La psicoeducación permite el surgimiento de un espacio donde todas estas cuestiones estigmatizadas e invadidas por el prejuicio puedan ponerse en cuestionamiento.

A su vez, debiera buscarse y lograrse por lo tanto en la actualidad la creación y ejecución de programas de corte psicoeducativo para promover la lucha contra el estigma y el desconocimiento que -como se viene planteando- envuelve a la esquizofrenia de forma perjudicial.

Retomando lo planteado anteriormente, la concepción discapacitante del sujeto no sólo incide en el entorno, sino en su propia percepción. La internalización de la discapacidad como un factor determinante en la vida del individuo y en su proceso de recuperación ejerce influencia en cómo el sujeto significa el diagnóstico y cómo se enfrenta a él. Esta connotación negativa de la discapacidad es lo que denota en la sociedad lo que se conoce efectivamente como “estigma”. A pesar de ya haber utilizado el término previamente, se desarrollará ahora acerca de este fenómeno y del proceso de estigmatización que es de vital importancia en el análisis.

Estigma Social.

El estigma se configura como un fenómeno social de gran alcance que afecta a la sociedad entera y a sus individuos. El presente ensayo se propone indagar el concepto de estigma y autoestigma con el fin de visibilizar y comprender el impacto y el funcionamiento colectivo e individual. Como ya se mencionó antes, las personas con esquizofrenia se ven enfrentadas no sólo a un diagnóstico de trastorno mental, sino también a las consecuencias sociales que éste trae consigo. El estigma surge como una manifestación latente presente en el proceso de diagnóstico y de rehabilitación; es la otra cara del padecimiento de aquellos quienes han sido diagnosticados con esquizofrenia.

En su obra “Estigma; la identidad deteriorada” Erving Goffman (2006) plantea que dentro de la sociedad se establecen categorías sociales donde se ubican las personas. El trato con los otros basado en estas categorías implícitas es lo que nos permite tener interacciones “sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial” a cada uno. Entendiendo a los

sujetos como parte de grupos predefinidos y con características estipuladas como comunes a todos, se dan intercambios sociales superficiales. Superficiales ya que no se basan en la interacción con el otro entendido como un distinto, como un verdadero Otro, sino simplemente como parte de una etiqueta ya conocida que no requiere una atención especial ya que cumple con lo preestablecido. A su vez y como consecuencia, la categorización sistematizada en sociedad establece consigo expectativas normativas con las que los individuos deben cumplir. Cuando los sujetos no cumplen con éstas, se dan interacciones basadas en el alejamiento, en el rechazo, en la distinción negativa de aquel que no ha cumplido con lo esperado.

Erving Goffman (2006) plantea:

Mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente a los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible -en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil- (p.12).

El encuentro con un individuo cuyas características no se ajustan a las expectativas o categorías sociales que le fueron asignadas configura un choque en la sociedad. Ante este asombro del encuentro con un ser distinto a los “otros” -aceptados por las categorías sociales- es que se da lugar al surgimiento del fenómeno de “estigmatización”. Cuando un individuo no cumple con los atributos asignados socialmente, se lo desacredita como tal; de ésta manera y siguiendo con la línea de pensamiento, se entiende que el estigma es un fenómeno desacreditador del sujeto, lo impide en su pleno ejercicio como parte de una sociedad. Posicionarse desde esta postura limita las posibilidades de relacionamiento en sociedad. El primer fenómeno que ocurre ante el encuentro con un distinto es el de estigma, el etiquetamiento y alejamiento del sujeto; sin embargo, cuán productivo sería si el encuentro

con un distinto abriera camino al interés por el otro, al descubrimiento de esto nuevo, a la mirada sin prejuicios ante lo extraño.

Por otro lado, el planteo que realiza Goffman, E (2006) es interesante ya que menciona dos caras de un mismo concepto. Se plantea así la interrogante sobre el sujeto estigmatizado; ¿es estigmatizado pues lo que lo hace diferente es evidente y conocido? o por el contrario, ¿es diferente pues es desconocido para los demás?.

El desconocimiento es el fenómeno principal por el que el sujeto estigmatizado se ve a su vez marginado, discriminado, apartado de la sociedad. Se ve recubierto de temor, ignorancia, destrato, etc. La experiencia demuestra día a día que dentro de la sociedad las personas se encuentran más cómodas ignorando estos aspectos, manteniendo y reproduciendo la ignorancia; no se ve a nivel social el interés por traspasar este desconocimiento, sino la reproducción de éste a través del estigma. Como se ha planteado, el estigma funciona así como una barrera para el acceso de los sujetos a quienes aísla de la sociedad reduciéndolos a un grupo categorizado por el prejuicio.

Cazzaniga Pesenti, J y Suso Araico, A (2015) desarrollan de forma esquemática los 3 planos en los que se manifiesta el estigma y su forma de llegar al sujeto estigmatizado; estos son estereotipos, prejuicios y actitudes discriminatorias. Las actitudes discriminatorias, los prejuicios y los estereotipos parten de la lógica del aislamiento y favorecen la permanencia y reproducción del desconocimiento ya que alejan a los sujetos de los círculos sociales, impidiendo así su libre ejercicio de la ciudadanía. Se puede entender que a través del aislamiento y el alejamiento no se marca solamente una distancia física -como puede ser la búsqueda del encierro de estos sujetos en instituciones manicomiales- , sino también una distancia psicológica y social. La visión estigmatizada lo aísla de las posibilidades de decidir y actuar libremente en pos de su recuperación. Se entiende de esta manera que es un planteo obstaculizante del ser y se opone a la visión de derechos humanos.

Un análisis realizado por Link, B y Phelan, J (2001) expone diversas fases dentro del proceso de estigmatización. En primera instancia se plantea la etapa de “etiquetado”; se distingue a quien o quienes no cumplen con los estereotipos culturalmente compartidos y establecidos y se los etiqueta, dando lugar a la creación de un “ellos” y un “nosotros”. Se genera así una visión reduccionista de los individuos donde a través de un “ellos” y “nosotros” se divide a la sociedad en base a dos grupos con características pre-entendidas basadas en prejuicios que han de cumplir. Al igual que lo planteado previamente, una vez más se percibe el carácter distintivo del estigma y los vínculos que de él surgen.

El complejo sistema en el que suceden estos fenómenos es entendido como la sociedad; sistema compuesto no sólo por las partes individuales, sino por los espacios, los discursos, las políticas, los sistemas, entre otros. La sociedad implica una búsqueda de un espacio en común donde, por ende, se ve implícito un intento de unificación de quienes constituyen ese espacio; espacio que a su vez posee sus límites de unificación que son definidos en base a lógicas culturales dominantes y compartidas, donde las desviaciones quedan por fuera de esa unificación y por tanto del espacio común (Hernández, J. y de Maya Sánchez, B., 2020).

El etiquetamiento de los sujetos en categorías reduccionistas, no sólo los ubicaría en base a una distinción con los demás, sino también, siguiendo con las lógicas estigmatizantes, los deja por fuera de alguna de las categorías socialmente asignadas. En esta distinción de las personas es que se afianza el paradigma de exclusión y prevalece la estigmatización y marginación de los sujetos (Link, B y Phelan, J., 2001). Siendo la sociedad entendida como esa búsqueda de un espacio común para la coexistencia, se entiende cómo actúa de forma perjudicial el paradigma de la exclusión. El espacio común, es sólo común para aquellos que son socialmente catalogados como iguales; los demás, los que quedan por fuera de esa

categoría, quedan también por fuera de ese espacio y de los fenómenos sociales que allí suceden.

Dada la etiquetación de la persona con esquizofrenia, se marca luego una desigualdad social y se convierten estos sujetos en “objeto de discriminación”; se relaciona a los sujetos con características “indeseables” (Link, B y Phelan, J., 2001). Esta desigualdad se basa en -y promueve una- situación asimétrica de poder. La asimetría de poder lleva consigo graves consecuencias para el sujeto estigmatizado. Planteado desde las consecuencias objetivas, se observa una imposibilidad del ejercicio pleno de la ciudadanía (Cazzaniga, J y Suso, A., 2015). Dentro de esta imposibilidad es que los sujetos estigmatizados se enfrentan a la discriminación social y a los obstáculos para acceder a los servicios básicos en sociedad. Una vez más, se puede afirmar que el estigma constituye una barrera para los sujetos, quienes ven afectado su acceso a los servicios de salud, de educación, de integración laboral, impidiendo que gocen de una atención integral y digna (Campo-Arias, A et al 2014). Se manifiesta como una “restricción de derechos con carácter global” (Aretio, A., 2009) ya que -como se ha planteado- afecta en diversos planos de la vida en sociedad e impide su libre ejercicio.

A nivel interpersonal se producen dificultades para adherirse a círculos sociales y mantener de forma efectiva un funcionamiento en ellos sin temor a que éstos los rechacen de igual manera que lo hacen en otros ámbitos los sistemas colectivos. Lo perjudicial de estas barreras es su efecto más allá del momento del rechazo; planteado de esta manera, el sujeto con un trastorno mental que ha sido estigmatizado tiende a evadir ámbitos sociales por temor a ser “etiquetado” y discriminado nuevamente (Aretio, A., 2009).

Se entiende a estas dificultades como parte de las diversas barreras actitudinales y de acceso a las que se enfrentan diariamente las personas con esquizofrenia. Las barreras son justamente, como su nombre lo indica, un obstáculo para que estos individuos puedan gozar

de sus derechos y recibir un trato basado en la igualdad y no desde una mirada centrada en la discapacidad como un aspecto negativo.

De acuerdo con Padilla-Muñoz, A (2010) existen múltiples enfoques para comprender a la discapacidad, el enfoque que la plantea como el resultado de la interacción del sujeto con el medio que lo rodea cuando éste medio presenta “barreras y desventajas” es de especial interés en este análisis ya que continúa con la línea de pensamiento que no coloca al sujeto como “culpable” por sus capacidades y por sus obstáculos al enfrentarse a la vida en sociedad; sino, en una relación conectada en la que el sujeto y el medio forman parte ambos de lo que da como resultado la “discapacidad”. Las barreras actitudinales son en este caso la manifestación de esta interacción individuo-medio cuando el medio no permite la libre circulación del individuo. Cuando la persona se encuentra con estas barreras en su día a día queda expuesta a las dificultades de atravesarlas sin apoyo de programas o políticas que efectivicen la equidad. De la misma manera, queda expuesto a ser identificado a través de esta dificultad como un distinto.

Hernández, J. y de Maya Sánchez, B (2020) postulan una disciplina de organización del espacio social en función de un eje “normal-anormal” o “salud-enfermedad”. Este sistema se convierte en la barrera de acceso más notoria. Se basa en la exclusión como principio; todo aquel que no encaje en la norma es dejado de lado imposibilitando así su derecho a una vida digna y en igualdad dentro de una misma sociedad. Es necesario por lo tanto, el planteo de una lucha contra la sistematización de la exclusión; sistematización ya que, en su visión, es la sociedad misma y sus instituciones las que se encuentran impregnadas con esta lógica estigmatizante. La experiencia diaria al acercarse a instituciones de rehabilitación y a los sujetos que a ellas concurren permite observar justamente ésto. La distinción en lugares apartados con el fin de “rehabilitar” a las personas con esquizofrenia continúa perpetuando el aislamiento de éstos sujetos, la separación con la sociedad, el prejuicio y por ende el estigma.

Como se mencionó anteriormente, es común en varios autores el planteo que entiende que la estigmatización surge en mayor parte por el desconocimiento del fenómeno estigmatizado. En el caso de los trastornos mentales es muy común en el medio escuchar ideas del tipo “son peligrosos”, “son inútiles”, “no pueden estar libres”, “deberían estar encerrados”, entre otras. Es a través de estas ideas que se justifican sistemas de exclusión y aislamiento, como por ejemplo las instituciones con lógicas manicomiales. Éstas son las manifestaciones físicas de las formas sociales de exclusión. Desde esta perspectiva, se puede afirmar que la asimetría del poder ya mencionada, es en la sociedad moderna, el intento por el dominio y “control biopolítico” de las conductas que la componen y por ende de aquellas que no concuerdan. La exclusión a través de la estigmatización tiene así un intento de ser institucionalizada. En términos de Hernández, J y de Maya Sánchez, B (202) los hospitales psiquiátricos y la implantación de la psiquiatría como la medicina de referencia para los trastornos mentales continúa con el intento por controlar y encasillar a los sujetos que no encajan en los estereotipos de la sociedad en la que viven. Se convierte al “hospital del loco, el manicomio, en un espacio meramente terapéutico donde el encierro se convierte en factor esencial para la curación” (Hernández, J. y de Maya Sánchez, B., 2020). El razonamiento que deriva de éste planteamiento da lugar a entender nuevamente, cómo las lógicas manicomiales y de encierro promueven el aislamiento del sujeto de la sociedad, de sus círculos sociales y hasta de su propio entorno familiar ya que refuerzan y reproducen ideas estigmatizantes basadas en la peligrosidad de los individuos o en la carencia de autocontrol.

El estigma es llevado a la materialización, alejando al sujeto físicamente de su entorno cercano y promoviendo la internalización de estos prejuicios y el aislamiento. Continuando con esta línea de pensamiento el estigma funciona como una “marca lapidaria” que define y regula los métodos de relacionamiento e intercambio del sujeto con la sociedad (Loubat O et al., 2017). Esta interacción que parte del estigma obedece al etiquetado del “loco”, de ese que

no encaja y debe tener un trato y un espacio diferente dentro de la comunidad. Al igual que como se plantea en “Antropología de la locura”, y de la mano con el razonamiento propio en este ensayo, ha de realizarse una fuerte crítica al modelo médico psiquiátrico basado en la marginación y el aislamiento, ya que éste reafirma al “enfermo mental” y su discapacidad como imposibilitado de “cura” y recuperación, siendo el aislamiento y encierro la única “solución”.

La persona con esquizofrenia no sólo padece del trastorno, sino también, de las consecuencias sociales y subjetivas de ser parte de una sociedad estigmatizante. Domingo Díaz del Peral (2017) habla sobre cómo el estigma “borra las diferencias individuales”, proceso que para nada es favorable ya que reduce a los sujetos a grupos con características “similares” donde la particularidad de cada uno es dejada de lado. Como se puede entender fácilmente, se reduce al sujeto a un diagnóstico, permitiendo de este modo que la enfermedad lo ocupe por completo, se convierta casi en su identidad. Continuando con esta línea de pensamiento, se agrega la característica del aspecto dual al que se enfrenta la persona estigmatizada; por un lado, el saber del sujeto sobre su calidad de persona con derechos, con una personalidad que abarca más que los atributos y rasgos que le han sido asignados a través del estigma; pero, por otro, percibirse de igual manera como un “distinto” internalizando estos estigmas y atributos para autoimponerselos (Aretio, A., 2009).

El cuestionamiento que emerge del fenómeno del estigma permite explorar su otra dimensión, la cual trasciende el ámbito meramente social del individuo. Como se ha discutido anteriormente, el proceso de estigmatización no se circunscribe únicamente a la esfera de las interacciones sociales del individuo, manifestándose en los servicios que utiliza, los círculos sociales en los que participa y en su interacción diaria con el entorno social. También influye de manera significativa en la dimensión interna del sujeto, en su percepción y evaluación de sí mismo.

La internalización del estigma implica un proceso a nivel personal donde el individuo se ve enfrentado a una nueva interpretación y asimilación de las etiquetas socialmente impuestas, del medio que lo rodea y que lo atraviesa. El estigma toma de esta manera un nuevo lugar de acción y manifestación, el sujeto mismo. Se da de esta forma una suerte de dualidad del sujeto. Se pone en juego la autopercepción estigmatizada cargada de preconceptos y prejuicios sociales por un lado y la autoconciencia del “ser” que trasciende al diagnóstico y las etiquetas sociales, dando lugar a la propia identidad más allá del estigma.

En este punto es interesante el análisis del fenómeno de la estigmatización cuando no está enfocado únicamente en el ámbito social, dando lugar así a interrogantes acerca de cómo este fenómeno se ve reflejado en los sujetos y en sus procesos de recuperación. ¿Cómo se ve el estigma internalizado?, ¿cómo afecta a los sujetos y a su autopercepción?, ¿qué herramientas de recuperación luchan contra éste?, entre otras.

El Autoestigma.

La internalización y autoimposición del estigma conduce, a nivel subjetivo, a un fenómeno conocido como autoestigmatización. Proceso por el cual los sujetos incorporan el estigma prevalente en la sociedad que habitan y éste comienza a incidir en su funcionamiento en comunidad. Como se verá, el autoestigma penetra en lo más individual del sujeto, en su autopercepción, en la significación del diagnóstico, en el sentido de la recuperación, en su interacción con el medio que lo rodea, entre otros (Cazzaniga, J., & Suso, A., 2015).

El estigma actúa de forma perjudicial sobre el grupo que recae, siendo la desmoralización, la baja de autoestima, la desesperanza y el aislamiento algunos de los efectos perjudiciales sobre el sujeto. Dado esto, también afecta a nivel individual en cuestiones como la adherencia al tratamiento farmacológico o al proceso de rehabilitación, la búsqueda de ayuda, entre otros (Uribe, M et al., 2007). El estigma parte del entorno social

pero de acuerdo a su permanencia y persistencia, puede traspasar este círculo y penetrar en el individuo de forma tal que éste se autopercibe como el estigma lo categoriza.

Un estudio llevado adelante por Brohan et al., (2010) con una muestra de 1229 personas con diagnóstico de esquizofrenia en 14 países europeos demostró que el 77% de los participantes obtuvieron una alta puntuación en autoestigma. Este estigma autopercebido se relaciona directamente con la gravedad de los síntomas y con la tendencia a que los sujetos oculten éstos. Por otro lado, una investigación realizada por Ochoa, et al., (2011) develó las principales causas e ideas detrás de la autopercepción del estigma. En primer lugar se encuentra la autopercepción de peligrosidad y la sensación de que otros les teman; la sensación de culpa por haber desarrollado este trastorno, responsabilizándose por éste y afectando su autoestima y esperanza de rehabilitación; por último la vivencia de ser tratado diferente da lugar también al temor a ser rechazado por los demás.

Desde un análisis más profundo del estigma y de su autopercepción, se perciben aspectos de gran relevancia para la psicología ya que -como se ha mencionado- el estigma autopercebido influye en el autoestima del sujeto. Desde este punto es que Uribe, M et al (2007) plantean el autoestigma como parte de la identidad del individuo. En primer lugar, se entiende a la identidad como “un concepto complejo y multidimensional que incluye aspectos sociales y culturales” (Uribe, M et al., 2007., p. 210). De esta manera se plantea que el sujeto construye una identidad a través de su propia historia, la que lo convierte en un ser distinto y particular dentro de la sociedad y la que le permite tener una visión propia de su existencia y su particularidad dentro de esta. Cuando se trata de sujetos que en un determinado momento de su vida reciben un diagnóstico de trastorno mental ocurre un cambio en esta identidad previamente establecida y conocida por el propio ser. Se entiende entonces a la identidad como un concepto social y cultural, por lo que si el sujeto pasa a ser visto por la sociedad

como “el loco” o “el enfermo”, estos adjetivos no sólo actúan dentro de la sociedad, sino más allá de ella, penetrando en la percepción propia que la persona tiene de sí.

El autoestigma además de influir en la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, también lo hace en su adhesión a los tratamientos, a procesos de rehabilitación y recuperación, a la aceptación del tratamiento farmacológico (puesto que se ve impregnado de estigma también), entre otras. El estigma y el autoestigma conforman la principal barrera para la recuperación de los individuos, incluso obstaculizando los procesos de rehabilitación.

Siguiendo con lo desarrollado a lo largo del presente ensayo, se observa de forma clara la transformación de significaciones que se da en las personas con esquizofrenia desde que les es transmitido el diagnóstico, hasta que emprenden el curso de la recuperación.

En una primera instancia los sujetos se ven avasallados por la nueva información que poseen acerca de sí mismos, se presentan dudas, incertidumbres, temores, etc. Es en este primer momento que se percibe con mayor preponderancia al estigma social y a la posibilidad de ser internalizado. Luego, con el tratamiento médico adecuado, el paradigma de la recuperación y el apoyo de las familias o allegados, el sujeto con esquizofrenia puede mudarse desde la primera etapa más caracterizada por asumir y aceptar el estigma, hacia una etapa de nuevas significaciones y maneras de afrontar el diagnóstico.

En este sentido, es destacable la importancia de los y las familiares de los sujetos con diagnóstico ya que son el vínculo más cercano con el que interactúan a diario. Estudios diversos han investigado la relevancia de las familias en los procesos de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia marcando lo crucial de su participación y acompañamiento. Al igual que para las personas con esquizofrenia, el rol de cuidador y acompañante también se ve atravesado por los procesos de estigmatización. Este estigma puede relacionarse con la carga que recae en los cuidadores. La carga se ve caracterizada principalmente por sentimientos negativos como lo son el estrés, la depresión, la pérdida de vínculos sociales, la

disminución en la calidad de vida de los familiares, entre otros (García-Portilla, M et al., 2014). Éstos sentimientos autopercebidos por las familias influyen tanto en los integrantes como en el vínculo con el familiar con esquizofrenia. Se pueden dar dificultades en el relacionamiento, distanciamientos, fuertes críticas y altas expectativas en cuanto a la recuperación como intento de alejar los sentimientos negativos, entre otros.

Es fundamental entender también que el estigma atraviesa de manera significativa a las familias de estas personas, influyendo en el relacionamiento, la autopercepción estigmatizada del círculo familiar, la exclusión social, las dificultades para mantener el apoyo y el acompañamiento que el familiar en proceso de recuperación requiere, entre otros muchos aspectos.

El fenómeno del autoestigma por lo tanto es un factor crucial que amerita ser estudiado tanto en el individuo mismo como en el círculo o red de apoyo principal. Las familias también se ven afectadas por las dificultades de acceso a servicios luego de que un familiar es diagnosticado con esquizofrenia. De igual manera que las personas con esquizofrenia requieren de apoyo y tratamiento pensado desde la recuperación, las familias también tienen derecho a recibir apoyo y contención para asimilar esta nueva etapa de la vida. La asimilación de un diagnóstico de trastorno mental a nivel familiar implica múltiples sensaciones que chocan entre sí. La carga negativa que trae consigo la llegada del diagnóstico se ve impregnada de estigma y temores ocasionando que las familias pierdan en gran parte vínculo con sus círculos sociales, vean dificultada la mantención de un empleo y el cuidado de su familiar a la misma vez, y otras muchas situaciones de la vida diaria que se ven afectadas por esta nueva realidad. El estigma autopercebido en las familias también se manifiesta a través del aislamiento y alejamiento, en el intento por ocultar al familiar o al diagnóstico y en el temor por no tener las herramientas necesarias para sobrellevarlo.

Cuestiones de esta índole hacen necesario nuevamente el cuestionamiento de la reproducción del estigma y la importancia de las redes de apoyo y contención bien definidas y accesibles para todos por igual. Los procesos de rehabilitación y recuperación conciernen tanto a la persona con esquizofrenia como a sus familiares quienes también son parte del proceso.

Rehabilitación y Recuperación.

Los procesos de rehabilitación y recuperación psicosocial suelen ser entendidos como sinónimos, sin embargo, no lo son. De forma muy resumida, los procesos llevados adelante en gran parte de los Centros de Rehabilitación Psicosocial apuntan a brindarle al individuo herramientas y facilitadores para llevar adelante una vida digna “acomodándose” a las realidades de la sociedad en la que viven. Se trata de un volver a recuperar la habilidad perdida. Mientras que el modelo de la recuperación no pone el foco en lo que el sujeto ha perdido debido al trastorno, sino a sus capacidades en obtener nuevas herramientas para no sólo adaptarse de forma pasiva a la vida en sociedad, sino llevar adelante un rol activo en todo momento.

La rehabilitación psicosocial apunta a una intervención basada en un conjunto de estrategias que busca brindar herramientas a los sujetos con trastorno mental grave para afrontar las tareas de la vida diaria, utilizando para éste fin técnicas que promuevan el desarrollo de diversas habilidades sociales, así como la estimulación cognitiva y en gran parte, un proceso de psicoeducación que va más allá del usuario para dirigirse también a sus familiares (Hernández, M., 2017).

Visto desde esta concepción, la rehabilitación psicosocial promueve el desarrollo del sujeto mediante herramientas que adquiere a través de centros o profesionales de la salud. Si bien la rehabilitación puede ser planteada y pensada colocando al sujeto en el centro, sigue siendo “un conjunto de técnicas de intervención a aplicar sobre el sujeto con el propósito de

aliviar o contrarrestar sus déficits y aumentar sus competencias en el ámbito de la función psicosocial” (Hernández, M., 2017). Este fragmento permite ver un aspecto importante de la rehabilitación, siendo que es entendida como un proceso que se “aplica” sobre el sujeto, sin ser éste parte activa en la decisión y definición de su proceso. De acuerdo al autor mencionado, es el modelo de la recuperación el que permite ver diferencias en cuanto al significado que el proceso adquiere para el sujeto ya que éste toma de forma participativa un rol que lo resignifica. Este modelo aporta la visión que no sólo posiciona al sujeto en el centro del proceso, sino que lo entiende como sujeto de derecho y acción. Desde esta perspectiva el proceso de recuperación toma un sentido completamente diferente al de rehabilitación. La recuperación no entiende al sujeto como un agente pasivo sobre el que recaen los tratamientos, sino como el centro de éste y quien decide y lo atraviesa tomando decisiones propias. La resignificación del proceso promueve una nueva visión de éste y un sentido particular con el que el sujeto que lo atraviesa puede integrarlo a su vida de forma saludable. Reconocer a la persona con esquizofrenia en su autonomía busca brindarle la seguridad para la toma de decisiones que son necesarias para éste y su recuperación.

En el marco del Programa de Sistema de Salud Mental Orientado en la Recuperación propuesto por el Gobierno de Australia del Sur en 2012 se ve cómo el modelo de recuperación se diferencia de la rehabilitación y comienza a obtener más reconocimientos en los programas; es a través de su implementación en políticas públicas que se logra ver el principio de un cambio en cuanto a las lógicas de rehabilitación-recuperación y cómo son puestas en práctica. Tomando en cuenta lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud el Programa define a la rehabilitación psicosocial como el proceso dirigido a “habilitar” a las personas con discapacidad para alcanzar y mantener un estado físico, sensorial, intelectual, psicológico y social funcional en todos los niveles (Mental Health & Substance Abuse Division., 2012). A este entender, la rehabilitación brinda a las personas con discapacidad

herramientas para la independencia, mientras que la recuperación les permite atravesar un proceso que tiene como objetivo una recuperación por parte del sujeto de su autonomía y ejercicio de los derechos por sí mismo a través de la toma de decisiones. Es en este sentido que la rehabilitación mantiene implícita una relación de poder asimétrica ya que es el sujeto quien recibe herramientas que lo “vuelven a habilitar” en su funcionamiento social, como si éste las hubiese perdido al momento de obtener un diagnóstico y la rehabilitación (centros de salud o profesionales de ésta) debiera devolvérselas, volviendo a habilitarlo.

Dentro del análisis de Hernández, M (2017) se entiende a la rehabilitación psicosocial como un concepto que ha atravesado un proceso de desinstitucionalización. Dentro de este proceso se logra comprender aspectos de ella que la hacen diferente al modelo de recuperación actual. Algunos de estos aspectos tienen que ver con las lógicas que la crean y reproducen; dentro de una institución -como se ha trabajado previamente- se reproducen políticas de control y contención que dejan al usuario en un rol más pasivo.

Si bien la rehabilitación tiene como fin ayudar al sujeto a reinsertarse en la sociedad con las herramientas necesarias para llevar adelante una vida digna, se da una pérdida dentro del proceso de la significación particular que cada usuario puede y debe darle a su recuperación. Dentro de esta desinstitucionalización que ha atravesado la rehabilitación se han creado movimientos que ponen en juego a la sociedad, al individuo y a las instituciones como partes de un mismo proceso. Se cuestionan así las lógicas psiquiátricas y manicomializantes, para dar paso a la “salud mental comunitaria” donde se entiende que los contextos, las realidades y los dispositivos existentes son una parte importante para llevar adelante cualquier intento de rehabilitación. El aspecto comunitario de la salud mental desde esta visión permite a su vez el entendimiento de este tema como algo inherente a la colectividad y no sólo perteneciente a aquellos que se encuentran relacionados de forma directa con él.

El factor diferencial del modelo de recuperación radica entonces en la participación del usuario dentro de éste. A diferencia de una aplicación de técnicas “sobre el sujeto”, en la recuperación es el usuario quién toma decisiones acerca de ellas; define cómo transitar su proceso, qué finalidad tiene éste, qué significa para él y para su vida. En esta misma línea Blanco, M et al., (2014) plantea en el modelo de recuperación un desplazamiento del modelo médico en la toma de decisiones para darle lugar a lo “consensuado y flexible”. Se habla entonces de la recuperación como un proceso donde los usuarios deben tomar decisiones de forma activa; donde el diagnóstico de trastorno mental no implica un fin de la vida del sujeto, sino una resignificación de ésta siendo parte de ella como una “crisis” y no como una limitación o impedimento permanente. El diagnóstico de esquizofrenia se corre del centro para ser una parte de la vida del sujeto pero no el todo de ella. Se busca a través de esto la integración del diagnóstico a la vida de la persona permitiéndole a ésta la significación particular del mismo. En la búsqueda de la desestigmatización de las personas con esquizofrenia, el modelo aquí planteado aporta y ayuda a entender que la visión discapacitante para nada refleja la realidad de estas personas. Se adopta esta perspectiva ya que favorece el avance hacia un paradigma basado en la inclusión y no en el etiquetamiento de los sujetos dejándolos por fuera de sus propios procesos de recuperación.

Blanco, M et al., (2014) llevaron adelante un estudio con el propósito de indagar en qué momento del proceso de recuperación se encuentran 28 personas con diagnóstico de psicosis. El proyecto que tuvo comienzo en el 2010 se extendió durante 2 años, donde se le hizo seguimiento a los participantes a través de sesiones quincenales para ver las variaciones en cada uno. Los resultados permitieron ver qué sujetos se encontraban en las primeras fases de recuperación y cómo se manifiestan éstas.

La primera fase comienza cuando se recibe el comunicado del diagnóstico. Suele ser una etapa que varía en duración dependiendo de cada sujeto ya que se pueden presentar casos

de negación de la enfermedad, negociación con ésta y el lugar que va a ocupar en su vida, períodos de intento de comprensión, entre otros. Esta fase es de central importancia ya que sucede allí el primer choque con el diagnóstico; las primeras etapas de negociación y aceptación se ven impregnadas de estigma, prejuicios y sobre todo, temores. El desconocimiento de esta nueva etapa de la vida requiere del acompañamiento y apoyo familiar y terapéutico; el encuentro con el estigma en esta fase implica una marca en el futuro desarrollo de la recuperación del sujeto. Aquellos usuarios que se encontraban en las fases 1 y 2 presentaban mayor preocupación por los síntomas positivos, sentimientos como la desesperanza -ya mencionado previamente-, idea de enfermedad concordante con el estigma social, miedo al fracaso debido a ella, y una fuerte identificación a la “imagen de enfermo mental”. Se visibiliza la fuerte manifestación del estigma autopercebido, siendo una de las temáticas centrales en los individuos al comienzo del proceso de recuperación. Este análisis aporta acerca del desconocimiento permitiendo visibilizar cómo el estigma aparece de la mano de éste desde el comienzo. El desconocimiento del nuevo diagnóstico genera preocupación y temor en quien lo recibe, lo que lo deja expuesto a los estigmas sociales y por ende a internalizarlos.

La segunda fase marcada por la comprensión y aceptación del diagnóstico se caracteriza por la asimilación de la enfermedad como parte de la vida del individuo pasando ésta a ser “un elemento más”. Es importante dentro de la recuperación marcar que en esta fase se asimila a la psicosis como parte de la vida del sujeto pero, no por ello se convierte en la identidad de éste, ni ocupa su totalidad. Se trata en esta etapa principalmente de encontrar estrategias que le permitan al sujeto afrontar las nuevas dificultades que presenta el diagnóstico, sin que éstas le impidan llevar adelante una vida funcional.

La última fase se caracteriza por “el alejamiento de la psicosis”. Se trata aquí de aquellos usuarios que ya no necesitan intervenciones intensivas, pudiendo dar lugar a otros

puntos de interés para su vida. Es relevante esta mirada, ya que, a diferencia de lo presente en el modelo de rehabilitación, el modelo de recuperación da lugar al usuario a entender su propio diagnóstico, su propio proceso, a tomar decisiones sobre este y también entender que no es un proceso lineal; se pueden dar recaídas, cuestionamientos, fases donde parezca más lenta la recuperación, entre otras.

Entender que la recuperación es tan particular como cada uno de los sujetos que la atraviesan aporta al sentido del análisis ya que desestigmatiza a las personas con esquizofrenia. Se entiende que cada una de ellas tiene una forma particular de emprender y atravesar una recuperación, dejando de lado las categorías previamente establecidas que reducen a las personas con esquizofrenia únicamente a un diagnóstico. Se dejan de lado las etiquetas del estigma para dar paso a la individualidad, a la singularidad. A pesar de utilizar fases o etapas para establecer procesos por los que comúnmente atraviesan estos sujetos, no se deja de lado jamás la certeza de que cada uno es diferente del otro y no por eso menos que el otro. No se remite a categorizaciones para, una vez más, encasillar a las personas con esquizofrenia dentro de ellas, sino para dar un marco de entendimiento a estos fenómenos tan particulares de la estigmatización y la recuperación.

Para dar cierre a esta distinción entre la rehabilitación y la recuperación retomando lo propuesto por el Mental Health & Substance Abuse Division (2012), la recuperación se basa en una experiencia personal del sujeto que la atraviesa, justamente por éste motivo es que a diferencia de la rehabilitación, no la define de manera universal. Se plantea a la recuperación como la posibilidad de quien padece un trastorno mental de alcanzar un nivel de bienestar y una resignificación de su propósito y su vida a través de la experiencia, dando así un nuevo sentido a los síntomas y a los tratamientos que atraviesa. Es a través de la resignificación de los procesos de recuperación que el sujeto sale del rol tradicionalmente pasivo para posicionarse como el agente principal de éste.

Conclusiones:

El cambio de paradigma hacia una visión más integral de la esquizofrenia ha marcado la evolución desde una concepción meramente médica, rigidizada en lo sintomatológico, para dar paso a la visión de “espectro”, donde no sólo se la entiende de manera más compleja, con variedades de presentaciones y manifestaciones sintomatológicas, sino también, dando un giro hacia el enfoque en el sujeto quien la padece. Una vez entendida a la esquizofrenia de una manera más integral y compleja donde se toma al sujeto como centro de ella, se visibiliza la otra cara del padecimiento médico. El estigma, la autopercepción dañada, la vulneración de los derechos, las limitaciones en el ejercicio de la ciudadanía, entre otros.

La vinculación entre la esquizofrenia y la discapacidad se manifiesta como un complejo interrelacionamiento de fenómenos. La concepción discapacitante de la esquizofrenia marca de forma imponente la visión estigmatizada de la sociedad hacia ella. A su vez, da lugar a modelos que se centran en la exclusión del sujeto. Se ve entonces a las personas con esquizofrenia vulneradas en sus capacidades de actuar, de decidir, de recuperarse. El estigma parte desde lo social y se dirige hacia el sujeto, viene cargado de significaciones, discursos y prejuicios que buscan penetrar al individuo en su más íntima percepción. Avala y reproduce modelos de exclusión, pero a la vez, y como motivo principal de este análisis, permite visibilizar los obstáculos a los que se enfrentan estas personas diariamente. Desde instituciones con lógicas de encierro, a tratamientos médicos donde no se toma al sujeto como parte activa de él, sino como un simple depositario donde éstos recaen, a obstáculos para el acceso a servicios de salud, exclusión de círculos sociales, problemas para obtener y mantener un empleo, una educación, una vivienda, entre otros; el estigma es parte de cada uno de estos fenómenos, los produce y reproduce una y otra vez.

Se podrían mencionar aquí, los puntos centrales del estudio del estigma. El aspecto social y psicológico, donde se manifiesta la doble acción de éste. La imposición social de las

etiquetas y las categorías que fomentan el aislamiento de las personas con esquizofrenia una vez marcadas como diferentes e indeseadas. La distinción entre el “ellos” y el “nosotros” que actúa no sólo a nivel colectivo, sino en la autopercepción del sujeto que se ve ahora aislado, marcado y señalado, lo deja fuera de lo que antes también era de él. De esta manera es que sucede el fenómeno de la autoestigmatización donde las personas con esquizofrenia internalizan los prejuicios colectivos haciéndolos suyos. La autopercepción dañada debido a este fenómeno afecta al proceso de recuperación en múltiples niveles, desde el autoestima del sujeto, hasta dificultades en la adhesión a tratamientos, las expectativas de las personas con esquizofrenia en cuanto a éste, el sentido de los procesos que atraviesa, entre otros.

Es necesario moverse de los modelos tradicionales y estigmatizantes para dar paso al paradigma de la inclusión que busca hacer parte activa en su proceso de recuperación a las personas con esquizofrenia para así romper con las creencias discapacitantes y limitantes. Entenderlos como sujetos de derechos, ponerlos en el centro de las políticas públicas que deben promover la recuperación y reinserción social de estos sujetos es un paso más en la búsqueda de la igualdad social.

El diagnóstico de esquizofrenia constituye un elemento fundamental en la vida de aquellos quienes lo reciben. Sin embargo, es de crucial importancia entender que este diagnóstico no debe constituir ni avasallar por completo la identidad de éstas personas; sino, integrarse a la vida de éstas para ser parte de la identidad y permitirle a los sujetos mantener su autonomía y reafirmar su capacidad de toma de decisión.

Existen en la actualidad numerosas dificultades para la lucha contra la estigmatización en los trastornos mentales. Estos retos persistentes y la lucha contra ellos promueve la comprensión de las problemáticas y experiencias que viven día a día las personas con esquizofrenia. A este respecto, la psicoeducación representa un factor fundamental para dar

luz y hacer llegar a nivel colectivo estas temáticas promoviendo el conocimiento y la concientización.

El presente trabajo intenta dar luz a la diversidad de aspectos negativos que rodean a la estigmatización social, sin embargo, no por eso, se deja de lado durante el desarrollo del mismo la visibilización de las múltiples herramientas y posibilidades disponibles para llevar adelante la lucha por la recuperación.

Si bien se hace énfasis en las consecuencias perjudiciales de la estigmatización, la búsqueda principal es la reflexión acerca de la complejidad del estigma y las posibilidades de nuevas visiones y paradigmas, más que la simple enumeración de obstáculos o impedimentos en la recuperación. El paradigma de la inclusión mencionado en múltiples ocasiones es en gran parte el modelo por el cual, dando lugar a entender las dificultades que implica el estigma, se pasa del nombramiento de estas dificultades a la acción y comprensión más integral de esta situación y no simplemente a la descripción de ellas.

De ésta manera, este ensayo se propone contribuir al conocimiento en el campo de la psicología y a la necesidad de integrar el diagnóstico de la esquizofrenia en la vida de éstas personas de manera que permita el bienestar y buen funcionamiento a nivel psicológico y social. A través de los aportes de múltiples autores y desde el paradigma de la inclusión, se busca contribuir al entendimiento y la lucha contra la estigmatización y las consecuencias perjudiciales que ésta tiene para las personas con esquizofrenia.

Referencias bibliográficas:

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-4*. Médica Panamericana.

<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5TM*. Médica Panamericana.

[https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5^R*. Médica Panamericana.

<https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuadernos de Trabajo Social, 23, 289-300.

<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A>

Ardila, S. E. et al. (2013). El aporte de los pares al trabajo en salud mental: consideraciones acerca de las relaciones entre los sistemas formales e informales de ayuda. Relato de una experiencia. Revista Argentina de Psiquiatría, 24(112), 465-471.

Audiffred, R., García De Alba, J., y Rodríguez, M. (2023). Creencias sobre la discapacidad en la esquizofrenia en familiares de usuarios del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Desacatos, 71,

88–101. <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2617>

Blanco Venzalá, M., Ramírez Morgado, M. Á., Rodríguez Sánchez, M. J., & Iriarte Rivero, M. (2014). Aplicación del modelo de la recuperación a la psicosis en la práctica

clínica cotidiana: Una experiencia grupal de 2 años. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 249-266. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000200002>

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232-238. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996410011606>

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80633732007.pdf>

Cazzaniga, J., & Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social: Situación actual y recomendaciones contra el estigma* (1a ed.). Confederación Salud Mental España. https://www.researchgate.net/publication/284355117_Salud_mental_e_inclusion_social_Situacion_actual_y_recomendaciones_contra_el_estigma

Díaz del Peral, D. (2017). *Psiquiatría y salud mental: Enfrentando el estigma* [Conferencia dictada en el X Congreso Uruguayo de Psiquiatría, Montevideo, 19-21 de octubre de 2017]. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf

Erving, G. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid, Amorrortu editores. <https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Fernández, P. y Ballesteros, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *EduPsykhé*, 16(1), 15-36. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4080>

García-Portilla, M., Martínez, P, Fernández, M, Díaz-Mesa, E, Patrignini, G, Álvarez, L y Bobes, J (2014). Impacto de la esquizofrenia sobre las familias y los cuidadores. En Bobes, J., Saiz, J., & (coords.), *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Editorial

Glosa, S.L.

https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Soto-Perez/publication/257297916_Schizophrenia_and_world_of_work_Esquizofrenia_y_mundo_laboral/links/543fec6d0cf21227a11b9b84/Schizophrenia-and-world-of-work-Esquizofrenia-y-mundo-laboral.pdf

Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187.

Recuperado el 07 de marzo de 2024, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es

Huertas, R., & Novella, E. J. (2010). El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360002>

Oficina Nacional del servicio Civil (2022, enero-mayo). Informe sobre el ingreso de personas con discapacidad en el Estado.

<https://www.gub.uy/oficina-nacional-servicio-civil/comunicacion/publicaciones/ingreso-personas-discapacidad-estado-2022>

Irisarri, B. (2021). Identificación de barreras para la inclusión laboral de personas con discapacidad. Edición Gráfica: Jorge Andrés Rodríguez Ángel Uruguay, marzo 2021.

<https://uruguay.un.org/sites/default/files/2021-05/Barreras%20inclusi%C3%B3n%20laboral%20BIrisarri%2010May21.pdf>

Jiménez, A., & Huete, A. (2010). Políticas públicas sobre discapacidad en España. Hacia una perspectiva basada en los derechos. *Política y Sociedad*, 47(1), 137-152.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3344624>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Loubat, O. M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite*, 12(39), 15-25. <https://www.redalyc.org/pdf/836/83652501002.pdf>

Lemos-Giráldez, S., Fonseca, E., Vallina, O., Fernández, P., & Paino, M. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención a las Psicosis. *Clinica y Salud*, 21(3), 299–318. <https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.5093/cl2010v21n3a7>

Mental Health & Substance Abuse Division. (2012). The Framework for recovery-oriented rehabilitation in mental health care. Minister for Health and Ageing Minister for Mental Health and Substance Abuse Minister for The Arts. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/c17e5f804eb00bcaac5aeee39488de5b/Rehab+Recovery+Framework-mental+health-20130108.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-c17e5f804eb00bcaac5aeee39488de5b-nKQvGwD>

Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., ... & Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original4.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2022, enero 21) Esquizofrenia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Padilla-Muñoz, Andrea. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelo. *International Law*, (16), 381-414. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-81562010000100012&lng=en&tlng=es.

Rodríguez, M., Bernardino, J. L. F., y Moreira, M.V. (2022). Barreiras atitudinais: A exclusão que limita a acessibilidade de pessoas com deficiência. *Revista Ibero-Americana de Estudos Em Educação*, 17(2), 1311–1326.

<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.21723/riaee.v17i2.15058>

Rodríguez, J., Senín, C., y Perona, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: análisis de algunos cambios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231.

<https://www.redalyc.org/pdf/337/33731525008.pdf>

Rodríguez, M., Bernardino, J. L. F., y Moreira, M.V. (2022). Barreiras atitudinais: A exclusão que limita a acessibilidade de pessoas com deficiência. *Revista Ibero-Americana de Estudos Em Educação*, 17(2), 1311–1326.

<https://doi-org.proxy.timbo.org.uy/10.21723/riaee.v17i2.15058>

Rus-Calafell, M., y Lemos-Giraldéz, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 89-93. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906966>

Uribe, M., Mora, O., y Cortés, A. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.

<https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668003.pdf>

Uruguay (2017, septiembre 19). Ley n 19.529: Ley de salud mental.

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017#:~:text=%2D%20La%20present%20ley%20tiene%20por,en%20el%20marco%20del%20Sistema>

Vogler, R. (1989). Eugen Bleuler “la demencia precoz–el grupo de las esquizofrenias (1911)”.