



**“Efectos biográficos e identitarios
del diagnóstico psiquiátrico”**

Flavia Figueredo 5.143.844-2

Sabrina Luengo 5.101.407-2

Maria Noel Pereira 4.717.147-6

Flafigueredo.95@gmail.com

Sabriluen@gmail.com

Noni.pereira28@gmail.com

Resumen: (250 Palabras)

La presente producción plantea como objetivo general, identificar la influencia del sistema de clasificación médico-psiquiátrico en la actitud de los usuarios y su proceso de elaboración de identidad, así como el impacto que genera en su entorno social inmediato. Para esto se realizó una investigación de corte cualitativo y exploratorio, llevada a cabo mediante la petición de relatos de vida por parte de tres ex usuarios del Hospital Vilardebó y dos familiares de los mismos.

En el análisis del discurso de los individuos y su familia se estudiaron categorías centrales como el diagnóstico, el estigma y las dificultades que consideran estos representan en el desenvolvimiento del día a día. La ausencia o presencia de estas categorías en el discurso denotaba la aceptación e incorporación del diagnóstico médico psiquiátrico o no.

Se llegó a la conclusión que dada la escasa alusión a la enfermedad, los ex usuarios no se identifican en su cotidianeidad con la misma, pero que, sin embargo, a los familiares de los mismos si les cuesta más aceptar el diagnóstico.

Se considera relevante esta investigación en tanto las transformaciones que está viviendo el área médico psiquiátrico en el marco de la nueva ley de salud mental. Dicha ley promueve la inclusión e inserción social de los usuarios de servicios psiquiátricos y por tanto es pertinente el abordaje de los temas planteados en dicha investigación.

Palabras clave: Diagnóstico médico-psiquiátrico ,Estigma, Proceso identitario

Introducción:

El presente documento se realiza en base a el proyecto de tesis doctoral de la Mag. en Trabajo Social Celmira Bentura “*Efectos biográficos e identitarios del diagnóstico psiquiátrico*” al cual adherimos por interés del tema de investigación, que surge en el marco de la práctica preprofesional: Protección social, Instituciones y Prácticas Profesional, llevada a cabo en el centro Hospital Vilardebó; lugar donde se observó que los propios usuarios utilizan la clasificación médico-psiquiátrica como forma de presentación personal.

La investigación se llevó a cabo durante el segundo año de práctica y se partió de la indagación acerca de cómo funcionan estas clasificaciones en los procesos de construcción de identidad social de los individuos que son diagnosticados como “pacientes psiquiátricos” en el Hospital Vilardebó, y como el fenómeno del estigma influye en el proceso identitario, así como los efectos que éste provoca en el entorno familiar más cercano.

La investigación propuesta se desarrolló a partir de un diseño metodológico de tipo cualitativo, de corte exploratorio dada las escasez de producción en la temática a abordar.

Ésta se guió en base al objetivo general de identificar la influencia del sistema de clasificación médico-psiquiátrico en la actitud de los usuarios y su proceso de elaboración de identidad, así como el impacto que genera en su entorno familiar inmediato. Orientado por dos objetivos específicos: el primero parte de identificar en el discurso del individuo y su familia y/o referente cómo fue transmitido y cómo opera esta clasificación en la trayectoria asistencial del usuario, y el segundo consta en analizar el proceso de incorporación del diagnóstico recibido en el discurso y en la vida cotidiana del usuario y su familia y/o referente.

Se propuso emprender esta investigación mediante la entrevista a una muestra que de cuenta de las variables propuestas, compuesta por cuatro ex usuarios y cuatro familiares o referentes respectivamente. Llegado el momento se pudieron contratar tres entrevistas a ex usuarios y dos entrevistas a familiares de dos de los mismos. El recurso metodológico a utilizar fue el relato de vida.

En los intercambios efectuados se observó que para todas las personas entrevistadas, ya sean ex usuarios o familiares de los mismos, el etiquetamiento del diagnóstico implicó un impacto significativo en sus vidas, dado que es un tema central del relato. En un principio la negación formó parte de todos los casos, pero gradualmente han podido apropiarse del mismo. Incluso algunos familiares y ex usuarios se encuentran en dicho proceso. Se notó que el periodo de negación fue mayor y más intenso en los familiares que en los propios usuarios.

En cuanto a los vínculos de los ex usuarios con los familiares, a diferencia de lo esperado, estos mejoraron luego del recibimiento del diagnóstico y el tratamiento, a causa de encontrar una respuesta a las actitudes discordantes con la norma. Sumado a que estas actitudes mejoraron con el recibimiento del tratamiento.

Se considera relevante esta investigación en tanto las transformaciones que está viviendo el área médico psiquiátrico en el marco de la nueva ley de salud mental. Dicha ley promueve la inclusión e inserción social de los usuarios de servicios psiquiátricos y por tanto es pertinente el abordaje de los temas planteados en dicha investigación, ya que se debe romper con el estigma que porta el diagnóstico.

Es considerada factible ya que se tiene acceso al centro Hospital Vilardebò mediante la práctica preprofesional y se mantiene contacto con técnicos que trabajan allí, que pueden colaborar con la elección de la muestra y facilitar el acceso a estas personas.

Asimismo, se cuenta con el aval del Comité de Ètica para realizar las entrevistas, en tanto se adhirió a la tesis doctoral de Bentura, que sin el mismo, resultaría imposible la realización de la misma por el tiempo que este convoca.

Aspectos metodológicos:

Teniendo en cuenta que no se pretende tratar el sistema clasificatorio en sí mismo, sino los efectos que este produce en las personas que son clasificadas y en su entorno familiar más próximo, se entiende que se realizará un abordaje en el marco de la sociología de la cultura en tanto se concibe la identidad como elemento de una teoría de la cultura (Giménez, 1997, p.11).

La metodología de trabajo es identificar en los discursos de personas que han sido internadas en el Hospital Vilardebó en donde fueron diagnosticadas con una patología psiquiátrica, la manera en que se apoderan, adquieren y fabrican estas “etiquetas”. De la misma manera, se estudiará cómo lo hacen los familiares y/o referentes más cercanos.

Para ello a continuación se analizarán relatos de vida de tres personas que hace poco tiempo hayan transitado por el centro, y dos referentes o familiares cercanos de los mismos, analizando en cada entrevista categorías como el diagnóstico, el estigma y las dificultades que consideran estos representan en el desenvolvimiento del día a día. Se tuvo en cuenta el diagnóstico que haya recibido el individuo de modo que pueda ser provechoso el encuentro, y en última instancia los/as tres usuarios entrevistados habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia.

La elección del centro es fundada en que el Hospital Vilardebó es el único Hospital Psiquiátrico para la atención de agudos en el Uruguay, siendo así una institución de referencia en el campo. Por lo tanto, se cree que la imposición de las etiquetas en los usuarios van a tener mayor impacto en ellos y su entorno. Para contactar con los entrevistados se acudió al Centro Diurno de dicho Hospital donde se accedió a la información de los mismos pudiendo contactarlos. Se obtuvo información de cuatro ex usuarios del hospital y cuatro familiares respectivamente, pero finalmente se logró efectuar la entrevista con tres ex usuarios y dos familiares dado que una usuaria y su familia no acudieron a la entrevista pactada y la familiar de otra usuaria no accedió a realizarla.

La muestra inicialmente escogida fue de dos ex usuarios varones y dos ex usuarias mujeres en búsqueda de representatividad, pero culminó siendo de dos varones y una mujer de entre 25 y 40 años. En un principio se procuró escoger población recientemente diagnosticada, de un máximo de dos años al menos, pero no fue posible dar con esas características. Aun así, la población escogida fue relativamente recientemente diagnosticada. Si bien no se pretende que la muestra sea representativa de la población del Hospital, se espera representar de la mejor manera las variables presentes en el objeto de estudio.

Este tema de investigación no ha sido muy abordado con anterioridad y no se dispone de mucho material, por tanto, es considerada una investigación de tipo exploratoria, teniendo como objetivo dar una visión general sobre los temas planteados .

El estudio propuesto es de diseño de tipo cualitativo, con una perspectiva Etnosociológica, como propone Bertaux (1986, p.4) “ (...) es decir, tomando por objeto de estudio las relaciones socio estructurales y no las representaciones simbólicas.”

Se partió de la hipótesis de que luego de superada una primera etapa de resistencia a la clasificación médico psiquiátrica, el sujeto se asume como lo describe la clasificación y es colocado también por parte de la familia y su entorno más próximo en ese lugar frente a todos sus demás vínculos. Sumado a esto, se considera que estos pacientes psiquiátricos al asumir como propias las clasificaciones heterónomas del sistema médico-psiquiátrico, también incorporan en su proceso de identificación la estigmatización social que porta el diagnóstico de paciente psiquiátrico.

Se consideró pertinente utilizar el relato de vida como técnica para “acceder a través de los relatos a los referentes contenidos en ellos, que dan cuenta de las relaciones, normas, procesos que estructuran la vida social” (Kornblit, 2004, p.17) , con la perspectiva de llevar a cabo los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Identificar la influencia del sistema de clasificación médico-psiquiátrico en la actitud de los usuarios y su proceso de elaboración de identidad, así como el impacto que genera en su entorno social inmediato.

Objetivos Específicos:

1. Identificar en el discurso del individuo y su familia y/o referente cómo fue transmitido y cómo opera esta clasificación en la trayectoria asistencial del usuario.

2.. Analizar el proceso de incorporación del diagnóstico recibido en el discurso y en la vida cotidiana del usuario y su familia y/o referente.

Se tuvieron en cuenta en este sentido los siguientes elementos para la correcta realización de la investigación y para la identificación de otros factores que puedan estar implicados en las trayectorias y formas de apropiación y elaboración de significados, tomados de la producción *“Efectos Biográficos e Identitarios del diagnóstico Psiquiátrico”* elaborado por la Mag. en Trabajo Social Celmira Bentura:

-Que las personas que compongan la muestra hayan obtenido el alta hospitalaria hace poco tiempo, habiendo sido ese su primer ingreso al hospital.

-Se intentó considerará similar proporción de diferentes diagnósticos de trastornos severos y persistentes (F20; F32, F60) y situaciones en las que no se explicita un diagnóstico, como forma de colocar un cierto “control” a la variable “exposición al diagnóstico” e identificar posibles variaciones de acuerdo al tipo de patología. No se tuvo éxito con este aspecto dado que todos los ex usuarios eran diagnosticados con esquizofrenia.

-No se consideraron las personas con diagnóstico de retardo mental -oligofrenia- ya que en estos casos son portadores de lo que la psiquiatría considera una anomalía, una variación de la normalidad, lo cual sobre agrega una condición que puede contaminar las observaciones.

- Se tomó igual proporción de varones y mujeres como forma de contemplar los aspectos referidos al género.

-Se contempló en igual proporción personas que cuenten con apoyo familiar (“familia continente”) al momento de la internación y personas cuyo registro indique dificultades respecto a la contención familiar, ya que este contexto es considerado como un elemento que influye en la conformación de los esquemas identitarios, no olvidemos que se trata de un

concepto relacional donde el entorno juega un papel fundamental. Se cree que la familia puede contribuir a reforzar esas clasificaciones. En tal caso, se entrevistó a una usuaria que bien contaba con apoyo de una familiar, esta no era parte de su círculo de referencia cercano.

-Se contemplaron igual proporción de personas con grados de escolaridad bajos (hasta primaria completa) y con escolaridad que supere el ciclo básico completo porque partimos del supuesto de que el grado de escolaridad puede permitir formas de elaboración y apropiación de las clasificaciones diferentes. De este modo los entrevistados abarcan desde niveles de ciclo básico completo hasta técnicos.

Descripción y análisis: de la Información de acuerdo a las dimensiones de análisis identificadas. Organizar en apartados según las características de cada investigación.

- Historia de la psiquiatría

Se considera pertinente comenzar realizando un breve resumen de la historia del campo médico psiquiátrico. Esta disciplina, surgida a fines del siglo XVIII y principios del XIX “(...) se institucionalizó como precaución social, como higiene del cuerpo social en su totalidad (...)” (Foucault, 2000, p.115) dándose una clasificación de lo “normal” y de lo “anormal”, de lo “corregible” y de lo “incorregible”. Es decir, se perseguía un proceso de normalización de la sociedad entendiendo norma en términos de Foucault (2000), como portadora de poder, que trae aparejado un principio de clasificación y de corrección. Los diagnósticos psiquiátricos buscan discriminar lo normal de lo patológico identificando ciertas características, síntomas y rasgos de personalidad en las personas que permitan clasificarlas dentro de un grupo o clase. “Es así como se instituye la función del hospital psiquiátrico (...) lugar de diagnóstico y de clasificación.” (Foucault, 1990, p.72)

De esta manera:

“Si la enfermedad puede ser entendida como condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar al anormal a la normalidad: es por lo tanto el lugar -dentro de la norma- para las desviaciones de la norma” (Castellanos, Martín, Moledda, Taucar, 1998, pp. 24-25)

Las formas de entender la salud mental y las formas de clasificarlas han ido variando a lo largo de los años. Los cambios más significativos identificados a lo largo de la historia fueron consecuencia de los movimientos anti psiquiatría dados a partir de 1959 en Inglaterra, que comenzaron a cuestionar el encierro de las personas consideradas locas. De esta manera, se comienzan a dar modificaciones en el modelo asilar de atención a los usuarios, dando lugar a un modelo de atención a la enfermedad mental con posibilidad a la rehabilitación, teniendo como objetivo la integración de de las personas que padecen una enfermedad mental a la sociedad junto con los “normales”. Se deja de lado la concepción de que el enfermo mental es alguien por quien no hay nada para hacer “solo esperar que mueran” (Ginés, 2003).

En Uruguay este movimiento no tuvo grandes repercusiones pero se observan transformaciones a partir de la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental (1986) por parte del Ministerio de Salud Pública.

A partir de esta concepción es que el Hospital Vilardebó culminó transformándose en un Hospital de agudos. Una institución de paso que tiene por objetivo la compensación del usuario para el egreso, y también la creación de Centros Diurnos para favorecer la rehabilitación de estas personas. Contando el Hospital con uno de estos últimos.

- Clasificación de la enfermedad mental y construcción de identidad

Junto a estos cambios nombrados anteriormente se modifican también las maneras de clasificar los trastornos pasando a utilizarse manuales internacionales -DSM IV, CIE 10 y otros- que dan cuenta minuciosamente de los síntomas que debe padecer una persona para ser clasificada dentro de cada categoría. (Bentura, 2011)

Se considera pertinente realizar una síntesis de los antecedentes de las formas de clasificación de los trastornos. La primera tentativa para clasificar las distintas enfermedades fue realizado hace más de 300 años por John Graunt en Inglaterra. Más adelante en 1983, el Dr. Jacques Bertillon, presentó en el Instituto Internacional de Estadísticas la primera versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. A partir de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud pasa a ser la institución encargada de revisar y aprobar las siguientes Clasificaciones Internacionales. La OMS ha coordinado y aprobado en asambleas generales las posteriores revisiones que fueron puestas en vigencia.

El propósito de la clasificación es facilitar la recolección de la información médica para estudiar el tratamiento de usuarios con un tipo de diagnóstico y para estudios o seguimientos. (Solé, 2002)

Según se plantea en el artículo “La Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y el Comportamiento” (2002) siguiendo a Guimón (1988) se entiende que la clasificación de enfermedades mentales se encuentra sujeta a determinados

condicionamientos históricos y sociales. Por un lado, porque se intenta seguir los supuestos del diagnóstico médico que implica basar la clasificación en criterios etiológicos, descriptivos o evolutivos, y por el otro, por el hecho de que el procedimiento de elegir una etiqueta diagnóstica para clasificar a un usuario se ve afectado por la orientación teórica del entrevistador.

Esta nueva forma de abordaje trae consigo formas diferentes de relacionamiento del campo médico psiquiátrico con el usuario y su familia y/o referente que da lugar a nuevos formatos o nuevas categorías de “ser loco” o ser “paciente psiquiátrico” que se cree, han sido apropiadas y elaboradas por los “pacientes” y su entorno socio familiar también de manera diferente. Se adhiere a la observación de la autora Bentura cuando manifiesta que le extraña como las personas se presentan ante cualquier técnico utilizando como un elemento de su presentación su diagnóstico: “yo soy bipolar” o “yo soy esquizofrénico”. (Bentura, 2011, p.8)

Sin embargo, se debe tener en cuenta que: “(...) el nombre que damos a los grupos humanos tiene, a diferencia del nombre que damos a agrupaciones de cosas, efectos sobre los sujetos clasificados. Cuando clasificamos personas, cuando les atribuimos un diagnóstico, inevitablemente habrá consecuencias para esos sujetos (...)” (Caponi, 2009, p.328).

Sumado a esto, como afirma Amico (1995) con el diagnóstico psiquiátrico el loco es convertido en enfermo mental y por esto sometido a tratamiento, incluso en contra de su voluntad, ya que la psiquiatría es, de cierta manera, omnipotente frente al enfermo mental, cuyo discurso es negado por incoherente y cuya palabra sirve para verificar su diagnóstico.

Se puede observar que varios autores (Bourdieu,1985,1993;Douglas,1986; Hacking, 2005) coinciden en que el origen de estas clasificaciones, que tienen efecto sobre el resto de la sociedad, se dan en las instituciones, siendo las únicas habilitadas para producirlas.

“Douglas (1996) plantea que son las instituciones quienes ejercen el dominio de los procesos de clasificación al igual que Hacking (2005) que sostiene que para que se produzcan clasificaciones que puedan tener efecto sobre los sujetos (“inventar gente”) deben ser producidas por expertos capaces de generar esas clasificaciones y deben generarlas a partir de un

conocimiento reconocido como válido pero que los mismos deben pertenecer a una institución”.(Bentura, 2011, p.10)

Se cree que el ámbito del Hospital, específicamente el campo médico psiquiátrico cumple con las condiciones para que el discurso que allí se da, genere determinada subjetividad mediante el poder que porta, oficiando como un acto de institucionalización -en términos de Bourdieu- (1985).

De hecho, el poder que porta el discurso y la clasificación médica es tal, que no es necesario que las personas entiendan el significado de estos, sino que basta con que la persona que transmite el mensaje sea considerado legítimo, para que, se legitime su mensaje.

Como fue el caso del Entrevistado 4 (De ahora en más E4, el padre del Entrevistado 3 (De ahora en más E3), quien relata:

“(…) yo sumaba y sumaba y me daba que era algo que podía ser consecuencia un poco de su personalidad, de las experiencias pasadas desde el momento en el que él había estado en un estado, que yo describía como catatónico, 1 año y algo hasta que aparece esta situación. Él había tenido varios episodios que no era de las características comunes y bueno empecé hacer consultas. Tenía un familiar profesional y me dijo vamos a tomar unos mates y ahí me dijo “no sigas negando; lo que tiene E3 es esquizofrenia”, esto viene acompañado de un montón de situaciones. “Sería mentirte si te digo que no la tiene”, también me dijo “esto es para toda la vida, va a tener que estar medicado”. (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

En el caso del E4, tuvo que ser el familiar profesional quien le hiciera ver que aquellas conductas que él consideraba anormales de su hijo eran causa de una patología mental. Hasta ese momento él mismo confiesa no admitirlo e incluso que le ha costado mucho aceptarlo. Pero fue la palabra de un experto, un dr. la que lo llevó a asumirlo.

De manera similar ocurrió con la Entrevistada 2 (de ahora en mas E2), la madre de Entrevistado 1 (de ahora en mas E1), que reconoció que se hijo tenía alguna enfermedad de tipo psiquiátrica una vez que la dra. comunitaria que atendía a su familia se lo advirtió.

“(…) porque allá tenemos una doctora de familia, una médica comunitaria que atiende a la nena, a mi esposo y a mi, que yo ya le había contado, y ella desde el consultorio, sin verlo a él lo había diagnosticado. Sin asegurar por supuesto pero me dijo, es una enfermedad psiquiátrica, ya me había orientado por lo menos por qué lado iba. Entonces me dijo que se tenía que tratar... o sea, fue la primer persona que me acercó un poco a la realidad, que eso se tenía que tratar, que teníamos que ir, que teníamos que consultar (...) (E2, comunicación personal, 12 junio de 2018)

Este relato de E2 demuestra la confianza que tuvo en su doctora incluso a pesar de que esta no haya tenido contacto con el usuario, legitimando su saber.

En palabras de Bourdieu (1985) el médico es un “un portavoz autorizado” por la concentración del capital simbólico acumulado que ha accedido por su profesión y por el poder con el que ha sido investido por la institución.

Guedes (2012) referenciando a Abraham y otros autores (1988) manifiesta que: “los psicodiagnósticos clásicos no son más que monólogos de la razón sobre la locura y que por ello deben ser reemplazados por diagnósticos situacionales que permitan evaluar la interacción del paciente en diferentes contextos (familiar, grupo de pares, laboral,etc)(...)”. (Abraham et.al. apud. Guedes, 2012, p.18)

Hacking (en Iglesias, 2004) analiza la manera en que la categorización científica de seres humanos, genera efectos de tal modo que al ser clasificados los atributos de las personas, se modifica la manera en que la persona se piensa a sí misma. Propone entonces que la enfermedad surge junto con el diagnóstico, esto significa que la clasificación y la enfermedad se dan de forma simultánea, dando lugar a lo que él llama efecto bucle.

“Afirmó que hay cambios en los individuos de esa clase, lo que significa que la clase misma se torna distinta, posiblemente confirmada por su estereotipo (...) Entonces,

por el cambio de clase, un nuevo conocimiento puede obtenerse de la misma. Pero el nuevo conocimiento luego pasa a ser parte de lo conocido sobre los miembros de la clase, quienes nuevamente cambian.” (Hacking apud. Alphen, 2010, p.115).

El cambio de identidad una vez que se le da el diagnóstico a los usuarios se puede ver reflejado en la entrevista con E3, quien afirma: “La enfermedad yo ya la tenía, estaba dormida. Se despertó ahora, que es la edad en la que se despierta.” (E3 comunicación personal, 13 de junio de 2018) quien una vez recibido el diagnóstico lo interiorizó de tal manera que asumió que siempre fue parte de él y que solamente hasta hace poco se exteriorizó. Es decir, una vez que recibió el diagnóstico cambió todas las ideas que tenía de su persona como alguien “saludable” y pasó a identificarse y reconocerse ahora y en su historia, como alguien con una enfermedad.

“La identidad social es concebida como un espacio analítico acerca de las formas -estructuras y procesos- a través de las cuales se objetivan socialmente las predicaciones y tipificaciones -auto y heteroreferidas- de los individuos.” (Mitjavila, 1994, p.69). Por consiguiente, el asignar un diagnóstico a un usuario genera un proceso de identificación en el cual asume los estereotipo sociales y las conductas a él asignadas.

Habermas (1987) afirma que “la identidad es un predicado que tiene una función particular; por medio de él una cosa u objeto particular se distingue como tal de las demás de su misma especie” (p. 145). No basta que las personas se perciban como distintas bajo algún aspecto; también tienen que ser percibidas y reconocidas como tales (Giménez, 1997, p.11).

Aspecto que se refleja en el relato de la madre de E1 cuando manifiesta que ahora se logra reconocer con sus pares, a pesar de que antes no se sentía pertenecer al entorno:

“También toda la atención de los médicos y el Centro Diurno donde se siente apoyado muchísimo, a pesar de que al principio no le gustaba, el ahora se siente cómodo, se siente con sus pares, comparte con la gente de la radio. Se ha habituado además porque también hizo la pasantía de cocina. El venir todos los días y ahora también al estar en la huerta, se está

familiarizando, entonces no lo ve como un centro ajeno sino que ya se está integrando. (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018)

Se reconoce que las personas que padecen un trastorno mental pueden ser identificados dentro de la configuración identitaria que Giménez (1997) nomina como “identidades etiquetadas”, dado que este tipo se da cuando “el actor se auto identifica en forma autónoma, aunque su diversidad ha sido fijada por otros” (Giménez, 1997, p.13).

En el caso de E3, la aceptación de la enfermedad fue particular porque su primer diagnóstico se dio a raíz de un episodio con la justicia, y tanto él como su familia creyeron que el diagnóstico era una manera de proteger a E3 de un posible encarcelamiento, y por tanto se les dificulta la aceptación de que el diagnóstico era más que eso: “(...) con mi hermana siempre hubo un poco de enfrentamiento entre uno y el otro por la atención de mis padres. Pero ahora es diferente porque ella se casó. Están más pendientes de mí, y mismo por esto de la enfermedad, que es algo muy reciente. Al principio lo negamos todos, pero me puse a leer en internet los síntomas, y me di cuenta que sí, que es acertado, que yo pensé que era una mentira a base de lo que yo viví para que yo no fuera procesado, pero yo creo que es verdad que tengo esquizofrenia, pero la esquizofrenia que tengo yo, tomando la medicación puedo hacer vida normal.” (E3, comunicación personal, 13 de junio de 2018).

Al igual que E3, la Entrevistada 5 (De ahora en mas E5) es capaz de enunciar de que se trata tu enfermedad: “Es como una psicosis crónica, que yo tengo miedo y me persigo.” (E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018).

Sin embargo, y en contradicción a lo antes expresado y refutando la hipótesis planteada, en la entrevista realizada a E1 en ningún momento nombró la palabra esquizofrenia o trastorno. Luego de realizarle la entrevista a la madre, esta expresó que cree que aún no ha logrado aceptar su enfermedad por completo, sino que recién está comenzando ese proceso.

“(...) Entonces nosotros le reclamaba al no saber también que era una enfermedad y lograr decir no puedo hacer tal cosa . Qué es lo que recién ahora tímidamente empieza. No dice no puedo, pero se posiciona desde un lugar que le tiene que buscar la vuelta, y eso me da señales de que él está

asumiendo también la enfermedad.” (E2, comunicación personal, 12 junio de 2018)

A pesar de ello menciona: “Todo comenzó acá primero, se animó a hablarlo, a nombrarlo decir. Al principio decía “yo tengo una enfermedad psiquiátrica” luego “yo tengo esquizofrenia” después “yo tuve un episodio de esquizofrenia”. De a poco está asumiendo que es una enfermedad crónica.” (E2, comunicación personal, 12 junio de 2018).

Asimismo, “La tradición sociológica ha establecido sólidamente la tesis de que la identidad del individuo se define principalmente -aunque no exclusivamente- por la pluralidad de sus pertenencias sociales. Así, por ejemplo, desde el punto de vista de la personalidad individual se puede decir que el hombre moderno pertenece en primera instancia a la familia de sus progenitores; luego, a la fundada por él mismo, y por lo tanto, también a la de su mujer; por último, a su profesión, que ya de por sí lo inserta frecuentemente en numerosos círculos de intereses.” (Giménez, 1997, p.13)

Se puede suponer, dado la experiencia en la práctica pre profesional -si bien las entrevistas no lo reflejen exactamente- que dado que los usuarios del Hospital Vilardebó en su mayoría carecen de pertenencias sociales como familia o el vínculo con estas, está extremadamente deteriorado, la única o la pertenencia más fuerte de la que disponen es el Hospital y su categoría de distinción, por la que son reconocidos dentro del mismo. Por esto, se cree que los usuarios realizan sus procesos identitarios adquiriendo en este su pertenencia en el Hospital, y con esta su diagnóstico.

La dificultad de mantener los vínculos lo expresa E4, el padre de E3 al decir: “Acercarse a un paciente que tiene su enfermedad y que está medicado es una cuestión más de cariño e intención de lo que se puede dar en la vida real.” (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018).

De igual manera, en las entrevistas surgió la preocupación que tienen los padres sobre el futuro de sus hijos una vez que ellos no estén con vida, dado la dificultad que tienen estos de conseguir pareja y formar su propia familia.

“Lo que le preocupa a todos los padres, es que va a ser de el despues que nos vayamos. (...) No hemos estudiado posibilidades legales, si lo hemos inscrito en programas para ver si consigue algún tipo de trabajo que pueda estar protegido.” (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

Coincidiendo de esta manera el papa de E3 con Giménez (1997) con la importancia de pertenecer a una familia propia a un trabajo.

Concluyendo, “ (...) la identidad no es una esencia, un atributo o una propiedad intrínseca del sujeto, sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional.” (Giménez, 1997,p.12)

- Estigma

El estigma, por su parte, es entendido como un atributo, resultado de un proceso de interacción social, que se constituye como profundamente desacreditador produciendo efectos negativos en la identidad social de sus portadores, (Goffman, 1970). Se reconoce, por tanto, al diagnóstico psiquiátrico como un estigma que portan las personas que lo padecen.

El estigma no es algo estático, sino al contrario es dinámico, temporal y fluido. No es algo que está en la cabeza de las personas, sino que se genera y se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, en un contexto dado y en una realidad determinada. (Muñoz, et al. 2009).

Éste fenómeno social tiene consecuencias sobre, lógicamente, las propias personas estigmatizadas, y también se pueden ver repercusiones sobre el entorno familiar. López (2008) señala que existen dos tipos de efectos; los producidos directamente como resultado de la discriminación, y los que devienen de su propia estigmatización. En el caso de la discriminación, se pone en juego el ejercicio de derecho, el acceso a servicios, a vivienda, al empleo, entre otros, pudiendo agravar así los efectos de la enfermedad. En el segundo caso,

apunta a que un sujeto con algún padecimiento mental vive las opiniones y sentimientos de manera habitualmente negativa ya que: “(...) muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población en general, asumiendo los estereotipos de peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad (...)” (López et. al. 2008, p.61)

En el caso de los entrevistados, se puede ver claramente los efectos producidos por la discriminación dado que ninguno de los tres ex usuarios entrevistados han logrado conseguir empleo a pesar de su búsqueda activa.

E3 lo plantea: “Ahora estoy intentando fortalecerme en experiencias laborales para agarrar un trabajo, porque yo hace como 1 año que estoy buscando todos los días (...)” (E3, comunicación personal, 13 de junio de 2018).

El E1 lo expresa: “Se me han abierto nuevas puertas con la pasantía [en la huerta del Hospital] y ahora tengo nuevas expectativas con el diploma de tisanero.” (E1, comunicación personal, 12 de junio de 2018)

A pesar de ello, solo E3 plantea el haber sufrido las opiniones de la sociedad de manera negativa, cuando dice: “Yo quiero volver a retomar [el estudio] pero nose si en el cerro, porque a mi me habían amenazado mis compañeros, por ser diferente a ellos nada mas, por diferencia (...)” (E3, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

En el resto de los entrevistados no surgió directamente el estigma vivido por la opinión negativa de la sociedad, pero en el caso de E1 se puede pensar que se encuentra implícito, en el relato de una situación en donde plantea que se presentó para tocar en una banda y luego de la internación, de un momento para el otro, no lo llamaron más para tocar. Pero, a pesar de ello, E1 no lo sintió como causa de su enfermedad.

Se cree que han sentido negativamente la marca del estigma debido a la contención familiar en el caso de E3 y E1, y al reciente diagnóstico de E5, que aún no ha generado situaciones de estigma.

- Respecto a los objetivos planteados:

Objetivos Específicos:

1. Identificar en el discurso del individuo y su familia y/o referente cómo fue transmitido y cómo opera esta clasificación en la trayectoria asistencial del usuario.

Se puede decir que en el caso tanto de E3 como de E1, por la característica de tener una familia continente, estas imaginaban que las actitudes no se ajustaban a la norma antes de recibir el diagnóstico médico, incluso llegaron a suponer que era causa de alguna patología psiquiátrica, pero en última instancia la confirmación de que efectivamente se trataba de un padecimiento mental no fue fácil de aceptar.

E4 afirma: “Nosotros veníamos que algo estaba mal, pero no podíamos identificarlo” (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018), mientras que en palabras de E2: “(...) si bien nosotros veíamos que había algunos problemas psiquiátricos digamos, o alguna conducta, no éramos conscientes de que había una enfermedad.” (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018)

Por su parte, E5, vivía sola y por tanto le costó más tiempo reconocer que padecía una enfermedad que debía ser tratada. “Fue en diciembre que se despertó porque yo estaba bien, de repente me entró un miedo, no sé, a los vecinos.” (E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018). Ella buscaba otras alternativas para tratar su malestar: “Bueno, yo hacía clases de yoga y de reiki antes de la internación.” (E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018).

Las situaciones de las tres personas con las que se trabajó contaron con, al menos, un transcurso por el Hospital Vilardebó, y en los tres casos el periodo de internación en sala fue breve. A pesar de ello, los tres continuaron manteniendo contacto con el Hospital a través del Centro Diurno. Incluso, para los tres el Centro Diurno es considerado, hoy día, un lugar provechoso y de utilidad dado a las tareas que allí desempeñan: “Hago informática, plástica, habilidades sociales con Mónica y Martín. Y hago teatro y hacia cerámica pero no me gusto, y música.” (E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018).

En el caso de E1 se encuentra realizando una pasantía laboral remunerada en la huerta del Hospital, aspecto que es muy importante para él, como él mismo mencionó y que también

reconoció la madre: “(...) la psicóloga Mónica tuvo la habilidad de darse cuenta de postularlo para la pasantía, a pesar de que no cumplía el año que es el requisito para ingresar, ella dijo que si no hacíamos eso lo perdíamos, y tuvo razón.” (E2, comunicación personal, 12 junio de 2018)

Por su parte, uno de los dos familiares entrevistados también mantiene vínculos con la institución asistiendo a los talleres para familiares o referentes de usuarios o ex usuarios del hospital junto con su esposa e hija: “A mi me hace mucho bien el grupo de familiares al cual voy, mas o menos hace un año que estoy.” (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

2. Analizar el proceso de incorporación del diagnóstico recibido en el discurso y en la vida cotidiana del usuario y su familia y/o referente.

De todas maneras, en las tres experiencias de diagnóstico se confió en el saber médico a pesar de que fue, y aún es difícil en algunos casos, la aceptación del mismo.

Los cinco entrevistados pasaron por un periodo de negación del diagnóstico. Como ya se mencionó, E1 no nombró en ningún momento la palabra enfermedad o esquizofrenia, por el contrario el solo habla de la internación y que el motivo era paranoia y se refiere a ella como algo del pasado: “Estaba paranoico, sentía que había una conspiración contra mi.” (E1, comunicación personal, 12 de junio de 2018).

Sin embargo considera que el tránsito por el Hospital lo cambió: “Después del tránsito por el Hospital, no volví a ser el mismo, sentí que mi vida cambió, algunas cosas para bien y otras para mal.” (E1, comunicación personal, 12 de junio de 2018).

En la palabras de E2, su madre, y como ya se citó anteriormente, se puede ver cómo el fue cambiando tu discurso y su manera de nombrarlo, se estima que, gracias al acompañamiento terapéutico que recibe. Actualmente referencia a su diagnóstico diciendo: “yo tuve un episodio de esquizofrenia” (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018) lo que evidencia que lo considera como parte de su pasado, ya sea porque lo asumió y superó o

porque aun no lo ha logrado asumir como una enfermedad crónica. Andre considera que: “De A poco está asumiendo que es una enfermedad crónica.” (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018)

La familia de E1 está compuesta por sus padres, un hermano de 26 años y una hermana de 9 años. La madre destaca que la relación con la familia cambió mucho luego de la internación ya que antes: “básicamente fue el gran problema de la enfermedad de E1, el relacionamiento con toda la parte social, pero especialmente con la familia, los vínculos se fueron deteriorando muchísimo.” (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018). Pero especialmente, destaca el mal relacionamiento con su hermano (26) con quien se lleva apenas 18 meses: “Es un vínculo digamos que no es lo que uno pensaría, o al menos lo que la madre espera de dos hermanos.” (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018).

A pesar de ello menciona que de los miembros de la familia, al hermano de E1 fue al quien más le costó asumir el diagnóstico: “si bien fue él [el hermano de E1] uno de los primeros que nos dijo “no puede ser, mirá lo que hizo” pero luego al momento de decir la palabra de lo que tenía, la esquizofrenia, al estar internado, le costó muchísimo, le costó más incluso que nosotros, ese diagnóstico, asumir esa enfermedad” (E2, comunicación personal, 12 de junio de 2018).

En el caso de E5, ella reconoce que su vida cambió totalmente luego del diagnóstico: “Sí, mi vida cambio totalmente” (E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018). Sin embargo, no se identificó una apropiación del diagnóstico aun, dado que se encuentra en el debut de la enfermedad y recientemente fue dada de alta médica: “La internación fue en diciembre del año pasado hasta marzo de este año.”(E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018). Ella misma reconoce que aún se encuentra en tratamiento y que esto le imposibilita retomar su vida anterior: “De repente más adelante puedo volver a dar clases, pero como ahora estoy en rehabilitación (...)” (E5, comunicación personal, 14 de junio de 2018).

Reconoce a la enfermedad como un impedimento constante en su vida cotidiana: “Ahora estoy como más rígida, no puedo hacer las tareas que yo hacía. Que yo siempre me maneje por mi cuenta y ahora como que necesito alguien que me ayude.” (E5, comunicación

personal, 14 de junio de 2018). Por esto se entiende que ha incorporado el diagnóstico como un obstáculo, como algo negativo.

Por su parte, E3 en un principio tampoco asumió la enfermedad, pero hoy día la reconoce y acepta: “(...) yo pensé que era una mentira a base de lo que yo viví para que yo no fuera procesado, pero yo creo que es verdad que tengo esquizofrenia.” (E3, comunicación personal, 13 de junio de 2018). De igual manera lo piensa E4, su padre: “Hoy E3 es consciente, lo dirá él pero yo creo que es consciente de su enfermedad.”(E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

Sin embargo, a su familia le costó mucho más la aceptación del diagnóstico de su hijo: “Nosotros dijimos con mi esposa, este trastorno mental es algo fabricado para poder salvarlo, estábamos en una negación total. Pensamos que era un niño grande, que es tonto. Y después empezamos un poco a verlo (...) Como padre que soy, soy muy racional, pero también muy normativo y seguí discrepando con el diagnóstico y pensaba que había un error, que todo se iba a encaminar. (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

De hecho, luego de la segunda internación de E3 en el Hospital Vilardebó logró su padre asumir su enfermedad, ya que luego de esta decidió pensar en realidad este no tenía una enfermedad crónica, sino que solo había pasado por un mal momento y que este había terminado con el alta médica. “Luego él salió, quisimos decir como que todo ya acabo, le dan el alta; al otro día a la mañana ir a inscribirlo a la UTU para que empezara hacer las cosas, “Acá no ha pasado nada” y vacaciones y más vacaciones (...)”(E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

Por su lado, la madre de E3 aún no ha asumido por completo la enfermedad del mismo, opina su marido. “La madre recién ahora está empezando a pensar que está enfermo, lo racionaliza pero todavía no lo pasó. Si hubiera venido acá a la entrevista, ya estaba llorando como lo hace cuando va a grupos de familiares (E4, comunicación personal, 13 de junio de 2018)

A pesar de lo antes expresado, se reconoce que tanto en caso de E3 como de E1 el relacionamiento con su familia mejoró una vez de asumir que sus comportamientos eran causa de una enfermedad.

En el caso de E1 lo expresa diciendo: “Antes de la internación estaba desgastada mi relación con mis padres, existía un desapego; también tenía diferencias con mis hermanos. Actualmente me siento más sensible que antes, más atento a la realidad de las cosas; antes era más riguroso.” (E1, comunicación personal, 12 de junio de 2018).

Por su parte E3 manifiesta sobre la relación con su padre:

“Y fue lo que me paso con mi padre, no lo aguante mas y se lo hice saber, no aguante mas de lo que venía viviendo, una falta de comunicación con mis padres. Ahora ya por suerte me comunico con ellos. Papa quería imponerme todo y no es así, ahora por suerte ya nos entendemos mejor.” (E3, comunicación personal, 13 de junio de 2018).

Conclusiones:

A modo de conclusión, en base al objetivo general planteado -Identificar la influencia del sistema de clasificación médico-psiquiátrico en la actitud de los usuarios y su proceso de elaboración de identidad, así como el impacto que genera en su entorno social inmediato- se puede decir que la clasificación médica psiquiátrica y su consiguiente institucionalización para el tratamiento de la enfermedad influye directamente en la vida de los usuarios y su entorno familiar o referencial más próximo de manera que ellos viven como negativa.

En las entrevistas realizadas todas las personas viven de manera negativa el diagnóstico, tanto es así que tienen dificultades para asumirlo y convivir con él. De todas maneras, se observó que los familiares poseen mayor dificultad para asumirlo que los propios ex usuarios del Hospital. Estos últimos, consideran todos, que su vida cambió completamente luego de recibido el diagnóstico y el transcurso por la institución.

En cuanto a los familiares de los ex usuarios, en los ambos casos entrevistados los lazos con la familia, en lugar de deteriorarse como se esperaba que sucediera, se reforzaron luego de recibido el diagnóstico y el tratamiento. Por el contrario, el vínculo se encontraba en peor estado antes de ser diagnosticados los usuarios, ya que, el entender que sus comportamientos se debían a una enfermedad ayudó a la familia a ser más tolerante y posicionarse de otra manera ante las situaciones.

Con respecto a su proceso de formación de identidad la mayoría de los ex usuarios, tanto E1 como E5, reconocen que su tránsito por el Hospital fue de importancia en su biografía pero no se han apropiado del diagnóstico como una categoría sobre la cual generar identidad. Si se puede afirmar de todas maneras que poseen pertenencia al Centro Diurno y que se reconocen con sus pares que participan del mismo.

A pesar de ello, se reconoce que el diagnóstico es uno de los temas más destacados en todas las conversaciones mantenidas, dejando ver el impacto que este genera en la biografía de todos los entrevistados. A pesar de ello, se esperaba que el diagnóstico oficiara en los usuarios como *master status*, lo que en palabras de Osborne (1993) es un atributo social más destacado durante una interacción, producto de un proceso de etiquetamiento (p.99), pero no

fue así. Una vez el usuario está de alta rompe con el master status, que si se reconoce dentro del Hospital.

El estigma que porta el diagnóstico médico psiquiátrico se ve reflejado en la fallida búsqueda de empleo, aspecto que reconocen tanto E3 como E1 que se les ha dificultado. Si bien hay una breve mención en los relatos de todos los ex usuarios de la ruptura de lazos con amistades, no reconocen que esto se deba a su enfermedad o a causa de su diagnóstico, por tanto no se pueden hacer conjeturas dado a la falta de información. Por consiguiente, el poseer un diagnóstico psiquiátrico no solo implica para la persona el deber afrontar el desafío del padecimiento psíquico sino que también, deben enfrentar el peso del estigma que se le ha asignado socialmente.

Referencias Bibliográficas:

- Amico, L. (2005) *La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Bentura, C. (2011) *Efectos Bibliográficos e Identitarios del diagnóstico Psiquiátrico*
- Bertaux, D (1986) *Los relatos de vida en el análisis social*. Módulo Virtual: Memorias de la Violencia. Recuperado de: www.cholonautas.edu.pe.
- Bourdieu, P. (1985) *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Editorial AKAL, Madrid.
- Castellanos, M., Martín, AM., Moleda, P., Taucar, N. (1998) *La función social de la locura: una mirada desde el poder*. Capítulo: “Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura”. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Douglas M. (1996) *Cómo piensan las Instituciones*. Alianza Universidad, Madrid.
- Ginés, A. (2003) *La honda de Murguía*. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Vol. 67, Pp. 172-180 N°2 Diciembre.
- Guedes, N. (2012) *Políticas en salud mental: ¿omisión del Estado uruguayo?*. Monografía de grado, Facultad de la República, Montevideo.
- Kornblit, AL. (2004) *Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Editorial Bilbos, Buenos Aires.

- Muñoz, M.; Pérez, E.; Crespo, M.; y Guillén, A. (2009) *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, Madrid
- Alphen, VA. (2010) *Efectos bucle en las categorías psicológicas: Una exploración*. Revista latinoamericana de Ciencia Psicológica. Vol. 2 n°2.
- Caponi, S (2009) *Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión*. En Comunicação, Saúde Educação.
- Foucault, M (1990) *La vida de los hombres infames*. Editorial La piqueta, Madrid.
- Foucault, M. (2000) *Los anormales*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Goffman E. (1970) *Estigma*. La identidad social deteriorada. Editorial Amorrortu, Buenos Aires.
- Iglesias, M (2004) *La Filosofía de Hacking: El giro hacia la práctica de la filosofía de la ciencia*. Utopía y Praxis Latinoamericana. Universidad de Zulia, Maracaibo Venezuela.
- López M, Laviana M Fernández, L, Lopez, A, Rodríguez, A y Aparicio, A. (2008). *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental :Una estrategia compleja basada en la información disponible*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. XXVIII, N° 101.
- Mitjavila, M (1994). *Identidad social y comunidad: Notas acerca de las conexiones entre ambos conceptos*. Cuadernos del CLAEH nro. 69. Montevideo. Segunda serie, año 19.
- Osborne, R.(1993) *La construcción sexual de la realidad*. Editorial Cátedra, Madrid.

-Solé, M. (2002) *La Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento*. Revista Cubana de Psicología. Volumen 19. N°3, pp.242-247

Fuentes Bibliográficas:

- Ley N°19.529. Salud Mental, República Oriental del Uruguay, 19 de setiembre de 2017.

Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484982852386.htm>