

EL PACIENTE PRE-INTEGRADO: ESTUDIO DE CASO SOBRE LOS PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN LA JUVENTUD.

Resumen:

Partimos de la relación entre estigma público percibido y estigma interiorizado, durante la juventud, para llevar a cabo un estudio comparativo entre dos contextos etnográficos, los cuales representan dos momentos distintos del itinerario asistencial que protagonizan adolescentes y jóvenes diagnosticados con trastorno mental. Una aproximación antropológica a la correlación existente entre contacto con las instituciones psiquiátricas y estigma interiorizado

Palabras clave: Adolescente, salud mental y estigma social.

EL PACIENTE PRE-INTEGRADO: A CASE STUDY ABOUT PSYCHIATRIC DEINSTITUTIONALIZATION IN YOUTH.

Abstract:

Starting from the relationship between perceived public stigma and self-stigma during youth, we carry out a comparative study between two ethnographic contexts which account for two different periods of the healthcare process starring teenagers and young people diagnosed with a mental disorder. We put forward an anthropological approach on the correlation between interaction with psychiatric institutions and self-stigma.

Keywords: Adolescent, mental health and social stigma.

1. Introducción

En el presente artículo presentamos una parte de los resultados de la primera fase de la etnografía, realizada entre 2014 y 2015, en dos dispositivos que comparten el formar parte de la red asistencial de salud mental¹ para jóvenes que se encuentran en procesos de desinstitucionalización. Partimos de la bibliografía existente alrededor de la noción de estigma, y más concretamente de una de las subdivisiones del estigma en dimensiones o componentes que se han realizado, la cual consideramos que puede resultar útil a la hora aplicarlo en nuestro campo de estudio. Nos referimos a la distinción entre *perceived public stigma* (estigma público percibido) y *anticipated self-stigma* (estigma interiorizado), (Corrigan y Watson, 2002). El primero respondería a la consciencia que tiene el sujeto sobre los estereotipos existentes en población general y la percepción que esta tiene sobre las personas usuarias de los servicios de salud mental. En el segundo caso, nos referiremos a la aplicación de estos estereotipos a uno mismo, lo cual conduce a la interiorización de la devaluación y el desempoderamiento (Corrigan, 2002). Crocker *et al.* (1998) incluyen no sólo el papel del contexto social en la conformación de la identidad, sino también cómo los individuos mantienen la integridad del mismo y construyen activamente y a partir de allí su identidad social. Por lo tanto, estaríamos hablando de que el estigma predispondría a dichas personas hacia la baja autoestima, los malos resultados académicos y la aflicción física y/o mental.

Nos interesa analizar especialmente la relación que se establece entre ambas dimensiones del estigma, es decir, de qué manera el estigma social asociado a la locura se interioriza por parte de la población estigmatizada, centrándonos en las particularidades que estos procesos presentan durante la juventud y adolescencia. Se han realizado numerosos estudios sobre cómo operan las diferentes vertientes del estigma, pero la mayoría con población adulta (Hinshaw, Majo y Steele, 1998). Existe poca literatura que demuestre que el estigma opera de la misma manera en el caso de la población que se encuentra en una fase más inicial del itinerario psiquiátrico o asistencial. Por este motivo esta investigación pretende comprobar el grado de aplicabilidad de los resultados obtenidos con población adulta en jóvenes y adolescentes. Nuestra hipótesis parte de la idea de que en el caso de la población más joven no existe una identificación tan marcada entre estigma público percibido y estigma interiorizado, es decir, que esta la interiorización se produce con los años y como consecuencia al proceso de cronificación de la condición de *paciente*.

Para demostrar cómo ambas dimensiones del estigma se superponen de manera paulatina con la edad y el tiempo -de manera paralela a la cronificación de la situación de exclusión- partimos de un estudio comparativo que se ha realizado durante los años 2014 y 2015 entre dos espacios diferentes: un Club Social, dispositivo comunitario de la red de recursos de salud mental y un grupo de acompañamiento con personas que han recibido -o están en proceso de recibir- el alta médica de un hospital de día para

¹ Hablaremos de *salud mental* cuando hagamos referencia a la red de dispositivos donde se ubica la etnografía realizada, pero nos referiremos a *aflicción* o *sufrimiento* cuando nos refiramos a los procesos de las personas que forman parte de dicha red.

adolescentes y jóvenes (hasta 21 años) de la ciudad de Barcelona.² Este último, fue un grupo creado a propuesta del antropólogo y de una educadora especializada en salud mental infanto-juvenil.

Este hecho implica una diferencia relevante entre ambos escenarios, que ha de ser tenida en cuenta en el análisis, pues la intencionalidad y objetivo de ambas experiencias fue muy diferente. El club era un espacio social preexistente, en el cual el antropólogo ha realizado y realiza observación participante, con jóvenes que participan del mismo a través de actividades de ocio. El segundo contexto se creó «artificialmente» a petición el propio antropólogo con objetivos analíticos.

Es importante destacar aquí que ambos espacios se sitúan a caballo entre el contexto etnográfico y la intervención educativa. Dicho de otro modo, los objetivos de ambas experiencias son, por un lado, realizar una etnografía sobre los dispositivos de salud mental para jóvenes, y por el otro, acompañar educativamente los procesos de las jóvenes³ que participan de los mismos. Es desde este espacio liminar o de confluencia entre dos disciplinas, que presentamos algunos de los resultados obtenidos en esta primera fase, los cuales pretenden tanto aportar elementos analíticos como elementos que permitan repensar la intervención educativa en este campo.

Otra diferencia entre ambos contextos etnográficos que permite establecer comparaciones es la edad de las informantes. En el club, las informantes a las que me referiré son mayores de edad, entre 18 y 35. En el segundo caso, me referiré a menores de edad, entre 13 y 17 años. Esta diferencia nos permite establecer un macro comparativo entre dos momentos distintos de un mismo proceso asistencial y de un mismo itinerario de estigmatización.

Nos planteamos como objetivo poder poner sobre la mesa algunos elementos que la etnografía puede aportar al replanteamiento de la educación en el campo de la salud mental juvenil. Consideramos que la labor etnográfica genera un escenario más pausado des del cual reflexionar, analizar y cuestionar los procesos educativos. Nos proponemos aquí una primera discusión en torno a los resultados obtenidos que nos permita demostrar nuestra hipótesis de partida poniendo en el centro del mismo la noción de estigma.

2. *Estigma, salud mental y juventud*

Desde que Goffman (2008[1963]) propuso la noción de «estigma» como objeto de estudio de las ciencias sociales, un número relevante de investigaciones han hecho uso del término para explicar fenómenos sociales diversos. Esta idea de «atributo profundamente desacreditador» ha servido como punto de partida para comprender las implicaciones sociales de ser definido en base a lo que el autor considera «una clase especial de relación entre atributo y estereotipo» (2008[1963]). Un enfoque que

² En ambos casos el estudio basó en la observación participante y en grupos de discusión (*focus group*). Los fragmentos que transcribiremos en este artículo son fragmentos literales, extraídos del diario de campo realizado durante todo el proceso.

³ Por motivos políticos y para evitar un desdoblamiento del lenguaje que puede resultar tedioso utilizaré durante todo el texto la forma femenina del plural. Principalmente para referirme a los y las jóvenes en su conjunto.

enmarca el estigma dentro de un contexto relacional, en el cual la desviación de la normalidad o la «situación defectuosa» del sujeto se determina socialmente y a partir de la mirada de las otras. Goffman lo conceptualiza a través de la idea de discrepancia entre *virtual social identity* -de que manera la persona es caracterizada por la sociedad- y la actual *social identity* -los atributos que realmente posee una persona- (2008[1963]). En otras palabras, nos referimos a la diferencia entre la propia identidad y la identidad según la mirada externa. Como apunta Cocker *et al.* (1998), esta identidad socialmente devaluada ocurre en un contexto social que define el atributo *desacreditador*.

En el campo de la locura y la salud mental, la noción de «estigma» incluye los estereotipos, prejuicios o comportamientos discriminatorios dirigidos hacia las personas con un trastorno mental (Hinshaw y Stier, 2008). En nuestra investigación partimos de la hipótesis que la estigmatización es un elemento central para comprender los itinerarios de las personas jóvenes diagnosticadas e institucionalizadas -de manera más o menos parcial-. Por lo tanto, el estigma vinculado al paso por la red de dispositivos psiquiátricos -dónde la etiqueta diagnóstica tiene un papel fundamental- y las consecuencias del mismo durante la juventud y adolescencia definirían, junto con otros elementos, una situación de *pre-integración* -o de preparación para una integración- que se prolonga en el tiempo, a través del tránsito por los diferentes dispositivos hospitalarios y psicosociales.

Son cuatro los hechos que acotan el campo de estudio al que nos referimos y que justifican su interés antropológico. En primer lugar, observamos cómo se está produciendo un aumento progresivo del número de jóvenes y adolescentes diagnosticadas con un trastorno mental. Solo en Cataluña, entre 2010 y 2014, ha aumentado en un 15 por ciento el número de menores atendidas y un 9 por ciento el número de visitas. La prevalencia de los problemas de salud mental entre la población menor de edad es mayor que entre la población adulta. En Cataluña se atendieron en el año 2014 a 62.6344 menores de 18, un 4,4% de la población, mientras que este mismo año se atendieron a 169.919 personas adultas, solo un 2,6 % de la población mayor de 18 años⁴.

En segundo lugar, cabe destacar que la adolescencia y la juventud son momentos con altos niveles de vulnerabilidad, en los cuales se inician una gran parte de los itinerarios de cronificación y/o exclusión de muchas personas diagnosticadas. Según la Organización Mundial de la Salud (2011), en el período de un año, aproximadamente el 20 % sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad (2013). Según la *Sociedad Europea de Psiquiatría Infantil y adolescente* (ESCAP) la mitad de los trastornos psiquiátricos aparecen por primera vez antes de los 14 años y más del 70% antes de los 18 años (ESCAP, 2015). Mosea (2009b), una autora que ha estudiado en profundidad la relación entre estigma y salud mental durante la adolescencia, habla también de una relación inversamente proporcional entre edad del primer ingreso y el grado de exposición al rechazo social, la discriminación y el autoestigma.

⁴Información extraída de la *Sessió Informativa sobre el Pla Director de Salut Mental i Adiccions* presentada por la *Comissió de Salut del Parlament de Catalunya* en Barcelona el pasado 28 de Mayo de 2015.

En tercer lugar, diferentes investigaciones argumentan que las las personas jóvenes con sufrimiento mental en muchos casos no acuden a los servicios o dispositivos disponibles (Zachrisson, Rödje y Mykletun, 2006; Essau, 2006; Rickwood, Deane y Wilson, 2007; Zwaanswikk, Van der Ende, Verhaak, Bencina y Verhulst, 2003). Como demuestra Alonso (2007) esto puede generalizarse y extrapolarse a la población adulta de diferentes países europeos, pero los resultados no son tan evidentes como en la población joven (Martínez-Hernández, Digiacomio, Cerceller-Maicas, Correa-Urquiza y Martorell-Poveda, 2014; Moses, 2011). Lo que nos interesa es ver hasta qué punto el estigma asociado al diagnóstico y a los dispositivos de salud mental condiciona la adherencia al tratamiento. Martínez-Hernández *et al.* (2014), Chandra y Minkovitz (2007) y Kadison y DiGeronimo (2004) explican la evitación de los recursos como consecuencia, principalmente, del estigma asociado a ellas y a las profesionales.

Por último, el cuarto elemento central para entender los procesos de estigmatización durante la juventud, corresponde a la importancia de la relación con sus iguales (*peers*) para el proceso de construcción de identidad como jóvenes, un lugar principal donde se desarrollan la autoestima, la independencia y autosuficiencia (O'Connor, Allen, Bell y Hauser, 1996; Borckman, 2003; Gralinski-Bakker, Hauser, Billings y Allen, 2005). Pugh, Ackerman, McColgan, De Mesquita, Worley y Goodman (1999), Karp (2006) y Mohr (1998), entre otras, han demostrado que el estigma que procede de los *peer* está muy por encima del autoestigma o del estigma familiar. Tajfel y Turner (2004) hablan de la «Teoría de la identidad social» para referirse a la importancia de la identificación con el grupo, en el ámbito del estigma asociado a la enfermedad mental. Esta teoría analiza los esfuerzos de las personas jóvenes para identificarse con el grupo y como esta identificación define el *self-concept*.

Por lo tanto, hablar de estigma es referirnos a lo que importa en un contexto determinado, que no es otro que la vida cotidiana de los sujetos. La idea de «experiencia moral» de Kleinman (1997, 1999 y 2006), como esencia moral de la experiencia social corriente, nos sirve, en este caso, para situar en el centro de nuestro análisis antropológico aquello que realmente «está en juego» (Lawrence, Kleinman, Linka, Phelanc, Leed y Good, 2007), lo más importante para la cotidianidad de las jóvenes. En el caso que presentamos, identificamos la relación con iguales como este elemento que «está en juego», que condensa un alto valor explicativo y sitúa la interacción como lugar casi natural del estigma. Moses (2014) añade otra variante, el *status* de «grupo de identificación», para entender el fenómeno estudiado. Tanto mayor sea el estatus este último, mayor sería el estigma recibido por el sujeto.⁵ En nuestro caso y siguiendo la hipótesis de partida, consideramos que el estigma asociado al diagnóstico y paso por las instituciones y las relaciones con sus iguales son dos elementos que mantienen una relación de influencia bidireccional y que por lo tanto determinan los procesos de conformación de la propia identidad y la percepción del *self*.

⁵ Es importante, en este punto, poner en duda o al menos complejizar la relación entre estigma y status del grupo de identificación. Moses (2011) en un estudio anterior concluye que el hecho de identificarse con un grupo de personas en situación de estigmatización (*alternative peer group*) puede reducir el estigma o *apprehension stigma* por parte del propio grupo, pero a la vez reforzar los estereotipos -la idea de *ghetto*- y reducir las posibilidades de relación con otras personas o grupos. Esta conclusión queda recogida Crabtree, Haslam y Haslam (2010) sobre la identificación con el grupo.

A partir de aquí nos vamos a centrar en el análisis y discusión de los resultados. Para dicho propósito vamos a dividir la discusión en dos apartados. En primer lugar, vamos a analizar lo que hemos denominado el «itinerario tipo» de las jóvenes, muy vinculado al proceso de institucionalización y de relación con los dispositivos *psi*. En segundo lugar, analizaremos las diferencias y similitudes en función de la edad y el momento del itinerario en términos de interiorización del estigma.

3. *El itinerario tipo*

Hablar de *itinerario tipo*⁶ no supone minimizar las diferencias o particularidades de cada sujeto en función de su contexto, simplemente es una herramienta analítica que nos permite identificar aquellas etapas que actúan de denominador común entre las informantes. En otras palabras, analizaremos los elementos en común que han aparecido en las narrativas de las jóvenes recogidas durante el trabajo de campo. En este primer apartado, la edad de las informantes simplemente determina el grado de lejanía respecto al punto de inicio del itinerario. Por este motivo presentaremos las diferentes narrativas de manera conjunta. Para contextualizar el que presentamos, es importante situarnos en un cambio de modelo asistencial paulatino en el campo de la salud mental y gestión de la locura que se ha basado, por un lado, en la pérdida de centralidad de los espacios manicomiales y por el otro, en la multiplicación de dispositivos de carácter asistencial. Durante las últimas décadas ha habido un intento persistente de minimizar el uso de la hospitalización psiquiátrica -la que se conoce comúnmente como «ingreso»- entre las jóvenes por los costes económicos que supone para el sector público, pero también por los resultados negativos que producen las hospitalizaciones de larga duración en las personas. Especialmente en términos de estigma asociado (Moses, 2011). Esto se ha traducido en una reducción notable de los tiempos de estancia de los pacientes hospitalizados (Case, Olson, Marcus y Siegel, 2007). Actualmente, los tratamientos hospitalarios se orientan hacia la hospitalización durante las crisis agudas y la transición hacia tratamientos ambulatorios (Balkin y Roland, 2007). Aun así y como veremos a continuación, la hospitalización sigue teniendo mucho peso simbólico y consecuencias para las personas que ingresan (Bieber, Geller y Fisher, 2007; Green, Jacobs, Beecham, Dunn, Kroll, Tobias y Briskman, 2007; Walter, Petr y Davis, 2006). En este contexto es donde podemos hablar de un nuevo *itinerario tipo* que define y construye la mayor parte de las experiencias de nuestras informantes.

En la mayoría de ocasiones, aparece un primer momento de *crisis*⁷ o desviación respecto a lo que se espera de la persona en función de su momento vital. Este punto de inicio aparece muy vinculado a una expresión del sufrimiento que muchas relacionan con el momento de la adolescencia. Es el caso delo que explica uno de los informantes: «*L'adolescència la vaig viure com la pitjor etapa de la meva vida, tot va començar allà, em van començar a donar medicació, ho vaig acceptar però ho negava,*

⁶ Nos basaremos en la noción «itinerario» de Esteban (2004) o de «proceso asistencial» de Comelles (1998) Para referiros al recorrido o periplo que acaba convirtiendo al sujeto en poseedor del estigma. Como dice Comelles (1998) este es «el único camino para comprender el conjunto de la asistencia».

⁷ Hablamos de crisis basándonos en el lenguaje que utilizan muchos de las profesionales de la salud mental pero también muchas de nuestras informantes. Lo haremos para referirnos a la situación que actúa de desencadenante o que tiene como resultado el ingreso y/o primer contacto con la institución psiquiátrica. Entendiendo la misma de manera amplia (a nivel psicológico, socio-económico, emocional etc.).

rebía ingresos i medicació però jo no ho deia. Vaig patir assetjament. És una sensació de molta impotència, tota la gent està allà amargant i tu...jo ho canalitzo tot a partir de la ràbia. Estic cabrejat.»⁸

En nuestro trabajo de campo identificamos cuatro escenarios principales que pueden determinar o desencadenar este momento de crisis; la escuela y el rendimiento académico, la relación con los iguales, el consumo de drogas y la familia. La mayoría no hablan ni mencionan el trastorno si no que se refieren a determinada situación -de mucho malestar- o conjunto de factores como desencadenantes la primera crisis. Para ilustrarlo transcribimos algunas frases que hacen referencia a dichas conversaciones: «Fumaba muchos porros, estaba que no estaba, hasta que me ingresaron. Ahora estoy mejor, fumo un porro al día»⁹, «yo estoy enfermo porque tengo miedo. Tenía miedo a ir a la escuela porque sufrí *bullying*»¹⁰ y «me ingresaron porque tomaba muchas drogas y pegaba a mis padres»¹¹. Otras informantes hablan de diagnóstico y el posterior tratamiento como imposición, pero no aparecen como etiología de la primera crisis. Vemos el siguiente fragmento:

A mi, als 13 anys ja em volien diagnosticar i posar medicació, als 13 anys contra la meua voluntat.. Els meus pares em van portar al psicòleg perquè no treia bones notes i em van diagnosticar TDH. Als 13 anys. "Si he de prendre pastilles que se les prenguin els meus pares" i aquí van dir..ulll..... Fins que em van ingressar. Em sento una víctima, uns estan fora i uns altres estan dintre... a mi m'ha tocat perquè potser estava fart d'aguantar a la meua família.¹²

En la mayoría de los casos, los informantes se refieren a este tipo de ingresos en una UCA (Unidad de Crisis de Adolescentes) como estancias cortas pero dolorosas. En diferentes sesiones grupales, y como ilustran parcialmente las siguientes narrativa, explican haber estado atados a la cama, hablan de control permanente a través de cámaras, de la falta de intimidad y de la medicación forzosa: «De allí no te puedes escapar porque vienen siete u ocho armarios y te cogen»¹³ y «tienes visitas con una psicóloga y psiquiatra pero no haces nada en todo el día, juegas a cartas solo... y en las habitaciones hay cámaras»¹⁴ También aparece el rol de la familia y la colaboración entre familia y profesional como elementos clave en el primer ingreso: «Me engañó (mi madre), me dijo que íbamos a ver a mi tío a Sant Boi. Cuando llegamos a la puerta del edificio me encontré un papel, me agaché a cogerlo y lo leí... Ponía algo así como aquí vamos a cuidar de ti mientras tu familia no puede... o algo así. Lo vi y supe dónde estaba, entonces me escapé corriendo»¹⁵.»

Otras informantes mencionan y aceptan la necesidad de internar en un determinado momento y sus narrativas se relacionan más con los beneficios que aporta la institución y las relaciones con los

⁸T. 24 años. «La adolescencia la viví como la peor etapa de mi vida, todo empezó allí, me empezaron a dar medicación, lo acepté, pero lo negaba, recibía ingresos y medicación pero yo no lo decía. Sufrí acoso. Es una sensación de mucha impotencia, toda la gente está allí amargando y tú yo lo canalizo todo a partir de la rabia. Estoy cabreado» (t.a.).

⁹U. 15 años.

¹⁰C. 13 años.

¹¹L. 15 años.

¹²T. 24 años. «A mí, a los 13 años ya me querían diagnosticar y poner medicación, a los 13 años contra mi voluntad ... Mis padres me llevaron al psicólogo porque no sacaba buenas notas y me diagnosticaron TDH. A los 13 años. "Si tengo que tomar pastillas que se las tomen mis padres" y ahí dijeron...ojo... Hasta que me ingresaron. Me siento una víctima, unos están fuera y otros están dentro ... a mí me ha tocado porque quizás estaba harto de aguantar a mi familia» (t.a.).

¹³A. 16 años.

¹⁴L. 15 años.

¹⁵L. 15 años

profesionales en momentos de crisis. Uno de nuestros informantes que participaba en el grupo del Hospital de día ha ingresó tres veces en los últimos dos años y siempre a petición suya porque según él, necesitaba entrar un tiempo.

A partir de este momento, el diagnóstico, la medicación y la relación con los diferentes dispositivos psiquiátricos (CSMIJ, Hospital de día etc) se establecen como elementos fundamentales de este proceso asistencial. Hay nuevos ingresos en momentos de crisis -algunos forzados, otros voluntarios- pero sobre todo la idea de desviación. Malas notas o abandono de la escuela, cambio de centro escolar, derivación a Centros de educación especial y una sensación de quedarse atrás, de desviarse. «*Vivim en una societat molt competitiva on hem de ser els millors i els més eficients ... i tu et vas quedant enrere, sents que et quedes enrere*»¹⁶, «[en el instituto] la gente y los profes eran muy majos pero yo empecé a no encontrarme bien, hasta que lo dejé y me cambié de cole»¹⁷, «*Deixes moltes coses, deixes els estudis i has de repetir curs*»¹⁸ y «Después de 9 meses he intentado volver al cole pero no he sido capaz, era demasiado».¹⁹

Observamos como en muchos casos, durante la adolescencia y juventud, se inician los itinerarios de exclusión. La desviación de la normalidad y el nuevo itinerario transforman al sujeto en «paciente», con las consecuencias que tiene en términos de movilidad. Goffman (2009[1961]) relacionaba, la adquisición del rol de paciente con el ingreso en un hospital o institución psiquiátrica pero también con una ratificación personal de la interacción con el nuevo contexto. Es decir, con una aceptación -normalmente precedida por una fase de negación o resistencia- del nuevo rol. En nuestro caso, cinco décadas más tarde y a pesar de cambios substanciales en lo que refiere al circuito institucional, este proceso, basado en el contacto con los dispositivos psiquiátricos -hoy por hoy mucho más heterogéneo- prácticamente ocurre de la misma manera. Se produce un cambio de rol social, aceptado o no por el sujeto, que redefine su posible destino. Vivir en casa de la familia o en pisos tutelares, los Centros especiales de trabajo (CETs) o los Clubes Sociales donde se gestiona el ocio son algunos ejemplos de espacios designados a los nuevos pacientes.

Cabe decir que este tipo de dispositivos o recursos para el enfermo mental joven entrañan una contradicción que muchos informantes plantean. Por un lado, son espacios donde se sienten cuidados, donde no sienten rechazo y reciben más atención, lugares donde se sienten menos exigidos y tranquilos. Por el otro lado tienen claro que los dispositivos post manicomiales o recursos psicosociales entrañan o confirman el estigma y esta «identidad deteriorada», con las consecuencias que eso conlleva fuera.

¹⁶T. 24 años. «Vivimos en una sociedad muy competitiva donde tenemos que ser los mejores y los más eficientes ... y tú te vas quedando atrás, sientes que te quedas atrás». (t.a.).

¹⁷C. 13 Años.

¹⁸T. 24 años. Dejas muchas cosas, dejas los estudios y tienes que repetir curso. (Traducción).

¹⁹A. 16 años.

4. *El loco es el otro: diferencias entre estigma público percibido e interiorización del estigma*

En este itinerario de progresiva separación o desviación de la normalidad juega un papel fundamental el estigma. En este segundo punto queremos apuntar algunas ideas sobre las diferencias analizadas -en función de la edad- en cuanto a la relación entre estigma público percibido e interiorización del estigma. La hipótesis de partida, se basa en la idea que esta relación se expresa de manera diferente y mucho menos intensa entre adolescentes o personas que se encuentran en la primera fase del itinerario, en comparación con jóvenes que se encuentran en un momento más avanzado del mismo. En el primer grupo, existe una relación asentada entre estigma público percibido y autoestigma. Ellos son conscientes que son parte del colectivo estigmatizado, por lo tanto, la sociedad los lee en base a estas ideas y eso provoca cambios en la percepción del *self*. Esta interiorización puede ser parcial o total en función de la capacidad de «resistencia al estigma» (Crabtree et al., 2010 y Turner, Oakes, Hallam y McGarty, 1994). En cambio, el segundo grupo no se identifica con las ideas que socialmente corresponden al estigma del loco o la loca, o como mínimo no lo se identifica con ellas con la misma intensidad. Por lo tanto, aunque el estigma tiene consecuencias en términos de discriminación y autoestima, el grupo de adolescentes no construye el *self* a partir de las ideas que confirman el estigma público. Las identifican, pero no las relacionan con ellas.

En los grupos de discusión con personas entre 20 y 35 años observamos que existe una relación más directa entre aquello que perciben y aquello que interiorizan. Aparece la idea del fracaso y la idea del rechazo, de manera muy clara, en las conversaciones que mantenemos y se identifica como estigma público percibido se convierte en autoestigma. Los siguientes fragmentos de dos chicos jóvenes que participan del Club social ejemplifican esta interiorización. Uno de ellos dice que *«Es culpa del sistema psiquiàtric, un cop entres ja no pots sortir, et marca per tota la vida. Et relacions amb gent que no té problemes mentals i et rebutgen perquè pensen que ets perillós»*²⁰. La otra persona añade que: *«L'estigma té a veure amb ser un perdedor i necessitar molta ajuda. Et comences a sentir culpable o dubtes de si es culpa teva, si t'ho mereixes i si es culpa teva, comences a pensar això...Els meus amics de la infància sempre m'havien tractat com T el raro i aleshores va venir l'Ingrés i a partir d'aquí ja et veuen com un malalt per sempre... jo ho amagava....»*²¹.

Que exista un nivel alto de autoestigma no quiere decir que no aparezcan en sus discursos una resistencia activa delante del mismo. Este además se ve reforzada cuando se encuentran con personas también portadoras del estigma. En muchas conversaciones informales con mis informantes chicos surge de manera muy reiterada la autoidentificación como *freaky* (o sinónimos). En sus palabras son «aquellos que no son *popus*». Estas dos categorías *emic* («*freaky*» y «*popu*») permiten establecer

²⁰LL, 31 años. Es culpa del sistema psiquiátrico, una vez entras ya no puedes salir, te marca para toda la vida. Te relacionas con gente que no tiene problemas mentales y te rechazan porque piensan que eres peligroso. (Traducción).

²¹T, 24 años. El estigma tiene que ver con ser un perdedor y necesitar mucha ayuda. Te empiezas a sentir culpable o dudas de si se culpa tuya, si te lo mereces y si se culpa tuya, empiezas a pensar eso Mis amigos de la infancia siempre me habían tratado como T el raro y entonces vino el ingreso y a partir de ahí ya te ven como un enfermo para siempre ... yo lo escondía ... (Traducción).

una línea divisoria entre los que tienen un *status* social alto, muchas relaciones sociales, pareja o relaciones sexo-afectivas frecuentes etc. Características ambiguas y subjetivas que definen el éxito social y la integración en un sistema de normas pero que sobretodo aparecen en forma de ideal o carencia. Los informantes, chicos de más de veintidós años, a los que me estoy refiriendo, tienen muy claro en qué lado se ubican, se autodefinen como *freakys* y tienen claro a qué pueden acceder y a qué no. En contraposición, hace unos meses, me explicaban porque yo formaba parte de los *popus* y ellos no. Unos de los rasgos definitivos que los definía como *freakys* era participar de un Club Social. Esto reafirmaría la hipótesis que se produce una interiorización progresiva del estigma a partir del paso de los años, pero que sobre todo este viene definido a partir del contacto con la red de dispositivos de salud mental.

En el segundo grupo, el de las adolescentes menores de edad, podemos dividir el análisis en dos partes. En un primer lugar, las que oscilan entre trece y diecisiete años presentan un conocimiento nítido sobre el estigma asociado al paso por las instituciones psiquiátricas, el diagnóstico y la medicación. En una de las sesiones apareció el tema de las reacciones que tienen con sus iguales (*peers*) cuando saben que acuden a un Hospital de día. Como podemos comprobar el estigma público percibido es alto: «*dicen que es un sitio (el Hospital de día) para gente que no tiene nada que hacer en la vida*»²² o que «*ven (el Hospital de día) como un sitio para locos*». L. 16 años.

Esta visión se contradice con una valoración muy alta y casi mayoritaria del Hospital de día y de su equipo profesional por parte de las jóvenes. Otra de las situaciones que confirma esta presencia de un alto nivel de estigma público percibido -vinculado en este caso a la institución y por extensión a los profesionales que trabajan dentro de la misma- tiene que ver con la reacción de una de las personas que asiste al grupo cada vez que planteamos salir fuera del recinto en grupo. Como a sus ojos mi compañera y yo no dejamos de ser profesionales de la salud mental siempre se niega a ir con el grupo por la calle, llegando a explicitarlo con frases del tipo «*no quiero que me vean con vosotros en el barrio. Si me veis ahora fuera con mis amigos no me digáis nada, ¿vale?, por favor*»²³.

Pero lo que nos interesa argumentar en este punto, es que hay una diferencia importante respecto a las personas que se encuentran en una fase más avanzada del itinerario. Este segundo grupo plantea otras estrategias de negociación (más o menos conscientes) que hace que no haya una identificación tan marcada entre el estigma de locura o enfermedad mental e identidad. Haciendo una analogía con la diferencia que plantea Terradas (2000) entre «*identificación política*» e «*identidad cultural*», podríamos hablar de un hecho diferencial entre «*identificación*» e «*identidad*». Esta segunda, se construye de manera mucho más indefinida y experimental y permite que se produzca una menor interiorización del estigma. Nuestra hipótesis contempla los efectos que tienen el estigma en estas edades, también para las personas que se encuentran el primer momento del itinerario, pero niega que en esta edad se produzca una correlación entre estigma público percibido y autoestigma. Algunas de

²²E. 15 años

²³S. 15 años

las conversaciones mantenidas con el grupo de adolescentes corroboran parte de esta hipótesis. A continuación, transcribo un fragmento del diario de campo que ilustran esta idea:

Hoy es de estos días que la sesión va sola. A. tiene muchas ganas de hablar y C. se queda en segundo plano al inicio. Descubren una bolsa rosa que he dejado sobre la mesa cuando he llegado. Es una bolsa que contiene material de una campaña que se está haciendo en contra del estigma asociado a la salud mental (la campaña es de *Obertament* y se llama *Jo dono la cara*). Empiezan a sacar todo el material de la bolsa y se van animando con lo que encuentran y les enseño. Los dos se ponen a leer unos de los panfletos que contiene la bolsa, se reparten y lee un párrafo cada uno/a. Se paran cuando no entienden algo: «¿Qué es un prejuicio?». Hablamos de discriminación, estigma y estereotipos asociados al diagnóstico. Aparece la idea de que las cosas están cambiando. En un momento dado A. me pide todos los folletos para ir a repartirlos por la calle. Los dos se llenan la camiseta de chapas y pegatinas y se van animando con la idea. Les pregunto si sabrán que decir cuando la gente les pregunte que están repartiendo. Pero están convencidos de lo que van a hacer y no les preocupa demasiado el estigma que puede conllevar el hecho de repartir panfletos sobre salud mental. Proponemos hacer un juego de teatro para preparar lo que dirán cuando estén repartiendo (...). A raíz de lo que dice la campaña nos ponemos a hablar del estigma: «Yo no voy a decirle a mi novio a mí que tengo trastorno bipolar de entrada, sino va y me deja. Yo no explico a la gente que tengo trastorno bipolar, solo a la gente de confianza»²⁴. / «Yo igual»²⁵.

Los dos coinciden en el hecho que explicar el diagnóstico que tienen o explicar que asisten a un Hospital de día equivale a que la gente los ves como *locos/locas*. Cuando les pregunto cómo reacciona la gente de confianza cuando se lo contáis responden: «Hacen un montón de preguntas: ¿Cómo te sientes? y ¿Cómo estás?... y yo me agobio»²⁶. De vez en cuando A. hace hincapié en el diagnóstico que tiene y habla de su cronicidad: «Tengo trastorno bipolar crónico, toda la vida lo tendré... soy muy impulsiva y siempre seré así»²⁷.

Volvemos de la pausa y A. tiene una idea: «¿Por qué no salimos a la calle y hablamos directamente con la gente?»²⁸. Poco a poco la iniciativa se va definiendo, megáfonos etc. Hasta llegar a la idea de montar una campaña en y para el barrio. Empezamos a buscar títulos para la campaña y cosas para decirle al barrio. Cuando acaba la sesión salen decididos a repartir los panfletos por la calle.

Este fragmento ofrece, junto con otros momentos recogidos, indicios para sustentar nuestra hipótesis de partida. Ilustrar como no se produce una interiorización del estigma tan marcada en este momento del itinerario y a estas edades. Aunque las informantes tienen muy claro el estigma asociado al paso por una institución psiquiátrico y al diagnóstico (estigma público percibido) aparecen formas de negociación y de resistencia inconscientes que hacen que su interiorización sea menor (esto no quiere decir que afecte a su autoestima) y que por lo tanto no tengan ningún problema en proponer una iniciativa como la descrita. Las dos personas que decidieron empezar una campaña en contra del estigma en su propio barrio, no lo hacen en este caso porque se sienten interpeladas o porque sientan que representan estas ideas estigmatizantes, están en contra del estigma público que perciben, pero no sienten que este estigma les corresponda. Esta situación plantea una contradicción muy interesante a mi entender. Primero no quieren que la gente sepa que ellos y ellas están diagnosticadas o acudan a un hospital de día porque conocen las ideas negativas devaluadas que hay sobre el diagnóstico. Pero en cambio, no les importa salir a la calle en contra del estigma en genérico porque ellas no sienten que tengan nada que ver con, la idea estereotipada y arquetípica de locura.

A antes de finalizar la discusión, nos gustaría apuntar algunas limitaciones y aspectos que en el futuro tienen que ser tenidos en cuenta para complementar la discusión hasta aquí presentada. En primer lugar, es necesario ampliar la muestra. Hasta el momento el trabajo etnográfico se ha hecho con un

²⁴A. 16 años.

²⁵C. 13 años.

²⁶A. 16 años

²⁷*Idem.*

²⁸*Idem.*

grupo reducido de personas. Sería necesario ampliar el número de informantes para obtener mayor representatividad.

En segundo lugar, hemos visto que nuestras informantes más jóvenes no se identifican con la imagen estereotipada de la locura porque es un modelo alejado de su situación particular (y puede encajar más en población adulta). Pero nos planteamos si existe un arquetipo de locura o enfermedad mental en la adolescencia que opere en estas edades. Cabría analizar con más profundidad como las personas (jóvenes y adolescentes) construyen este sujeto «desacreditable» (Goffman, 2008[1963]) y portador del estigma para entender qué características tiene según ellos y ellas. Creemos que ahondar más en la construcción social de lo que ellas denominan *freaky* puede aportar elementos muy valiosos en este sentido.

En tercer lugar, hemos detectado, durante la etnografía realizada, la importancia del género como variable altamente explicativa de los procesos de estigmatización. Lo detectamos especialmente en los procesos de negociación y resistencia frente al estigma. Para entender como el género condiciona los procesos estudiados -tanto de interiorización como de resistencia al estigma- es necesario tener más informantes chicas (hasta el momento hay muy pocas) y dar más espacio a como la perspectiva de género construye y determina los procesos estudiados.

Por último, la etnografía presentada se basa en espacios grupales donde se comparte una determinada etiqueta o estigma asociado al contacto con una institución psiquiátrica. Crabtree *et al.* (2010) proponen que, en estos contextos, el grupo puede potenciar la resistencia al estigma a través de la vivencia compartida, pero a la vez puede generar más estigma (relación solo con personas con las que se comparte el estigma) y menos autoestima. A nuestro entender, son dos niveles de la dimensión grupal que funcionan de manera paralela normalmente. Cabría por lo tanto analizar las potencialidades y limitaciones del grupo en términos de lucha contra el estigma, pero también en términos etnográficos.

5. *A modo de conclusión*

De manera sumaria hemos querido apuntar hacia dos horizontes que pueden aportar nuevos elementos para analizar los procesos asistenciales de las jóvenes diagnosticadas con trastorno mental. A partir de los cuales podemos construir o replantear los espacios de acompañamiento educativo para jóvenes con algún tipo de aflicción de tipo psíquico y emocional. En un primer lugar y a partir de la observación y análisis de los discursos, planteamos la existencia de un itinerario tipo o muy común que empieza en la adolescencia y se cronifica de forma paulatina. Este itinerario, aunque no es siempre generalizable, nos sirve como marco para entender el papel del estigma en las primeras etapas del mismo.

En segundo lugar, hemos argumentado el porqué consideramos que nuestra hipótesis de partida se confirma con nuestros primeros resultados. Es decir, existe una relación de menor intensidad entre

estigma público percibido y estigma interiorizado durante la adolescencia, o lo que es lo mismo durante los primeros años del itinerario psiquiátrico. Este análisis, nos permitiría plantear la lucha contra el estigma durante la adolescencia desde otra perspectiva, aprovechando los potenciales de dicho momento vital. A la vez que reafirmaría la necesidad de trabajar de manera colectiva en estas edades y teniendo en cuenta el potencial que plantea la relación con las iguales (*peers*) para evitar la cronificación de la situación de exclusión, la cual, en la mayoría de ocasiones, se consolida más tarde. Como apuntamos al inicio, demostrar que existe una vivencia distinta del estigma durante la adolescencia respecto a la edad adulta y una menor presencia de autoestigma puede plantear otra manera de abordar el trabajo educativo en esta etapa. A su vez reforzaría la importancia de generar espacios fuera de la clínica que encuentren un equilibrio entre dos dimensiones, a nuestro entender, complementarias. Nos referimos en primer lugar, a la atención y respuesta a unas necesidades específicas, consecuencia del paso por la red de dispositivos psiquiátricos -y el estigma asociado a los mismos-, pero también derivados de una aflicción y un sufrimiento inherente en dichos procesos. Por el otro, es necesario generar espacios donde la juventud -especialmente la adolescencia- y el sufrimiento se signifiquen y entiendan también a partir de sus particularidades y potencialidades. Creemos en este punto, que una menor interiorización del estigma asociado al ámbito de la psiquiatría y la locura es un elemento esencial a tener en cuenta a la hora de pensar las estrategias de gestión y lucha contra el estigma, como herramienta fundamental para prevenir la cronificación de una situación de exclusión.

Además, consideramos que experiencias como las presentadas en este artículo permiten establecer diálogos entre antropología y educación. Es decir, entre la dimensión más pausada y analítica que permite la labor etnográfica y el potencial transformador de la intervención educativa. Puentes que nos llevan repensar la educación para la salud a partir de la lucha contra el estigma y sobre todo a partir de tener en cuenta las características diferenciales de cada momento del proceso asistencial.

6. Bibliografía

Alonso, J.; Codony, M; Kovess, V.; Argermeyer, M.C; Katz, S.; Haro, J.M.; De Girolamo, G.; De Graaf, R.; Demyttenaere, K; Vilagut, G.; Almansa, J.; Lépine, J.P. y Brugha, T. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in europe. *Br j psychiatry* 2007, 190:299-306.

Balkin, R. y Roland, C. B. (2007). Reconceptualizing stabilization for counseling adolescents in brief psychiatric hospitalization: a new model. *J Couns dev*, 85:64-72.

Bieber, K.; Geller, J. y Fisher, W. (2007). Challenges for a system of care. in: *research on community-based mental health services for children and adolescents*, pp 179-199. US: Elsevier science/jai press.

Brockman, D. (2003). From late adolescence to young adulthood. Madison, ct: *International universities press, inc.*

Case, B.G.; Olsson, M.; Marcus, S.C.; Siegel, C. (2007). Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Arch gen psychiatry*, 64:899-906.

Chandra, A. y Minkovitz, C.S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 2007; 36(6), 763-774.

Comelles, J.M. (1998a). Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales. en: Martínez, Angel.; Comelles, Josep M.; Miranda Aranda, Miguel. (comp.). *Antropología de la medicina. una década de jano i (1985—1995)*, Zaragoza: trabajo social y salud (29)135-150.

Corrigan, P. y Watson, A.C. (2002). Watson ac: the paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: science and practice*, 9:35-53.

Corrigan, P.W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric quarterly*, 73:217-228.

Crabtree, J.W.; Haslam, S.A.; Postmes, T. y Haslam, C. (2010). Mental health support groups, stigma, and self-esteem: positive and negative implications of group identification. *Journal of social issues*, vol. 66, issue 3, 553-569.

Crocker, J.; Major, B. y Steele, C.M. (1998). In Gilbert, D.T.; Fiske, S.T. y Lindzey, G. (eds.), *Social stigma, 4th ed handbook of social psychology*, vol. 2. Boston: McGraw-Hill, pp. 504-553.

ESCAP International Congress; 2015, Septiembre 5-8; Madrid: *European Society for Child and Adolescent Psychiatry*, 2015.

Esteban, M.L. (2004). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ed. Bellaterra. Barcelona.

Essau, C. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress anxiety*, 22:130-137.

Goffman, E. (2008)[1963]. *Estigma. la identidad deteriorada*. editores Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

Goffman, Erving. (2009)[1961]. *Internados. ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editores Amorrortu. Buenos Aires. Argentina.

Gralinski-Bakker, J.H.; Hauser, S. T., Billings, R. y Allen, J.P. (2005). Risks along the road to adulthood: challenges faced by youth with serious mental disorders. In Osgood D.; Foster, W.; Constance, M. y Gretchen, R. (eds.), *On your own without a net*. Chicago, IL: University of Chicago press, pp. 272–303.

Green, J.; Jacobs, B.; Beecham, J.; Dunn, G.; Kroll, L.; Tobias, C. y Briskman, J. (2007) Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry—a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry*, 48:1259-1267.

Hinshaw, S. (2007). *The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change*. NY: oxford university press.

Hinshaw, S.P y Stier, A. (2008). Stigma in relation to mental disorders. *Annual review of clinical psychology*, 4:269-293.

Karp, D. (2006). *Is it me or my meds?*. Harvard University Press. Cambridge, MA.

Kleinman, A. (1997). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California press.

Kleinman, A. (1999). Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. In Peterson, G.P. (Ed.), *The tanner lectures on human values*, vol. 20, pp. 357–420. Salt lake city: University of Utah press.

Kleinman, A. (2006). *What really matters: living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford: oxford university press.

Lawrence, H.Y.; Kleinman, A.; Linka, B.G.; Phelan, J.C.; Leed, S. y Good, B. (2007). Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Social science & Medicine*, 64 1524–1535.

Madison, R y DiGeronimo, T. (2004). *College of the overwhelmed*. San Francisco:CA: Jossey Bass.

Martínez-hernández, A.; Digiacomo, S.M.; Carceller-maicas, N.; Correa-Urquiza, M. y Martorell-Poveda, M.A. (2014) Non-professional-help-seeking among young people with depression: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14:124.

Mohr, W.K. (1998) Experiences of patients hospitalized during the texas mental health scandal. *Perspectives psychiatric care*. 34:5-17.

Moses, T. (2009). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *Am J Orthopsychiatry*. 79:261-274

Moses, T. (2010). Being treated differently: stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social science & Medicine*, 70(7), 985-993

Moses, T. (2011). Stigma apprehension among adolescents discharged from brief psychiatric hospitalization. *Journal of nervous and mental disease*, 199(10), 778-789.

Moses, T. (2014). Determinants of mental illness stigma for adolescents discharged from psychiatric hospitalization. *Social science & Medicine*, 109, 26-34.

O'Connor, TH. G.; Allen, J.P.; Bell, K.I. y Hauser, S. T. (1996). Adolescent-parent relationships and leaving home in young adulthood. In Graber, J. y Dubas, S. (eds.), *Leaving home: Understanding the transition to adulthood*. San Francisco, CA: Jossey-Bass publishers, pp. 39-52.

Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Revista electrónica] 2013; 1(1) [consultado 01-05-2016]: Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Pugh, R. I.; Ackerman, B.J.; McColgan, E.B., De Mesquita, P.B.; Worley, P.J. y Goodman, N.J. (1994) Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. *J Child Fam Stud*, 3:351-363.

Rickwood, D.J.; Deane, F.P. y Eilson, C. (2007) When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*, 187 (suppl 7):35-39.

Tajfel, H. y Turner, J.C. (2004). The social identity theory of intergroup behavior. In *Political psychology: key readings*, pp. 276-293. NY, US: Psychology press.

Terradas, I. (2000) La contradicción entre identidad cultural e identificación política. En *Demófilo. Revista de cultura tradicional de Andalucía*, Núm. 33/34, 31-42.

Turner, J.C.; Oakes, P.J.; Hallam, S.A. y McGarty, C. (1994). Self and collective: Cognition and social context. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1994; 20:454-463.

Walter, U.M.; Petr, C.G. y Davis, S. (2006) Informing best practices for children in psychiatric crises: perspectives and insights from families. *Familia in society: The journal of contemporary social service*, 87:612-620.

Zachrisson, H.D.; Rödje, K. y Mykletun, A. (2006) Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public health*, 16:6-34.

Zwaanswijk, M.; Van der Ende, J.; Verhaak, P.F.M; Bensing, J.M. y Verhulst, F.C. (2003) Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:692–700.