

METÁFORAS DEL ESTIGMA Y MANIFESTACIONES DEL AUTOESTIGMA
IDENTIFICADAS EN LAS NARRATIVAS DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA
DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ.



AUTORAS:

STEPHANÍA RAMÍREZ FERNÁNDEZ – PAULA JULIANA RUIZ MONROY

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL

Bogotá, D.C

2018

**METÁFORAS DEL ESTIGMA Y MANIFESTACIONES DEL AUTOESTIGMA
IDENTIFICADAS EN LAS NARRATIVAS DE LOS USUARIOS DE LA CLÍNICA DE
NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ.**

Autoras:

Ramírez Fernández Stephanía

Ruiz Monroy Paula Juliana

Objetivo general:

Analizar las metáforas del Estigma en Trastorno mental en relación con las manifestaciones del Autoestigma identificadas en las narrativas de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz

Objetivos específicos

- Identificar en las narrativas de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz las metáforas del Estigma en Trastorno mental.
- Establecer la relación de las metáforas del Estigma en Trastorno mental y las manifestaciones del Autoestigma de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz.
- Plantear lineamientos para la consolidación de una futura propuesta de intervención psicosocial desde el área de Trabajo social mediante la identificación y análisis del Estigma y Autoestigma halladas en las narrativas de los usuarios.

Palabras clave

Estigma, metáforas, Autoestigma, Narrativas, intervención psicosocial.

Resumen

En el presente proyecto investigativo se aborda el Estigma en Salud mental con quince usuarios de la Clínica de Nuestra Señora de la paz de los programas de REDES (Programa de conductas adictivas), Crónicos (Programa de institucionalización) y el Programa de hospitalización por medio de la identificación de metáforas del Estigma y en relación con ellas se realiza el análisis de las manifestaciones del Autoestigma como categoría que permite reconocer la voz de los actores y la manera en la que los usuarios perciben y apropian el Estigma.

Para ello, el uso de la narrativa como forma de expresión permite la recolección de información por medio de cinco sesiones en donde se abordan los temas de Redes de Apoyo, Diagnóstico y Cuerpo. La información hallada permite dar cuenta de las formas e implicaciones que conlleva el Estigma para el individuo detectando el Autoestigma positivo como forma de resistencia y contraposición ante las actitudes estigmatizadoras del entorno social. Esto a su vez permite proponer cuatro lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial desde el área de Trabajo social con el fin último de generar acciones para combatir el Estigma negativo en Salud mental.

Abstract

The present research addresses the stigma in Mental health with fifteen users of the Clínica de Nuestra Señora de la paz by means of the identification of metaphors of the Stigma and in relation to them is carried out the analysis of the manifestations of the Autostigma as category that allows to recognize the voice of the actors and the way in which the users perceive and appropriate the Stigma.

To this end, the use of narrative as a form of expression allows the collection of information through five sessions where the topics were: support networks, diagnosis, and Body. The information found allows to give an account of the forms and implications that Stigma implies for the individual, detecting the positive Autostigma as a form of resistance and opposition to the stigmatizing attitudes of the social environment. This in turn allows to propose four guidelines for the consolidation of a proposal for a psychosocial intervention from the Social work area with the ultimate goal of generating actions to combat the negative stigma in mental health.

Palabras clave

Estigma, metáforas, Autoestigma, Narrativas, intervención psicosocial.

Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente a la Clínica de Nuestra Señora de la Paz por abrirnos sus puertas y permitir la construcción de nuevas ideas que contribuyan a combatir el estigma en Salud Mental.

Se resalta del proceso el acompañamiento constante y oportuno del asesor metodológico Alejandro Rico quien creyó incondicionalmente en la relevancia de nuestra investigación y en nuestra capacidad para llevarla a cabo.

A todas las trabajadoras sociales de la institución que aportaron en ésta investigación y que nos mostraron su apoyo y nos transmitieron su amor por la profesión.

Por otra parte, también queremos agradecer a la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca por posibilitar espacios de formación práctica que dan cabida a la realización de nuevos proyectos y aportes desde la profesión hacia el área de Salud Mental.

A los docentes de la Universidad por orientar y guiarnos en la consolidación del presente proyecto investigativo permitiendo integrar y propiciar aportes que favorecieron a nutrir nuestro proyecto de grado.
A los diferentes colaboradores por el apoyo brindado y por haber sabido plasmar nuestras ideas.

Paula Juliana Ruiz Monroy

En primer lugar, quiero agradecerle al Universo por la pequeña red de coincidencias que me han permitido llegar a este punto de mi camino.

Quiero agradecer a mis papás por ser siempre el motor para seguir adelante: esa fe incondicional que tienen en mí, es muchas veces el impulso en las mañanas en las que tengo ganas de tirar todo por la borda.

Gracias por enseñarme a creer en mi misma, por demostrarme que puedo lograr lo que me propongo si pongo mi mente y corazón en ello. A ellos dedico este éxito.

Gracias mamá por siempre inculcarme que <<Gaviota que mira lejos, vuela alto>>, por seguir todas mis locuras, por ser mi amiga y mi consejera, por soportar estoicamente todas mis divagaciones sobre la vida y su significado.

Gracias papá por ser mi compañero intelectual, por tu confianza en las decisiones que tomo (aunque a veces ni yo entienda la razón detrás de ellas); gracias por tu ejemplo, tu entendimiento y muchas gracias por compartir conmigo tu visión del mundo.

A mi hermana... Nandis de mi corazón... gracias por enseñarme lo que significa ser una guerrera, por mostrarme el otro lado de la moneda, por inspirarme continuamente. Te amo mucho y estoy muy orgullosa de ti.

Muchas gracias a toda mi familia por la incondicionalidad, por su comprensión, por su apoyo y por su amor infinito.

Gracias a mi mejor amiga, mi cómplice de búsqueda... gracias por conocerme mejor que yo misma y por decidir acompañarme a encontrar más verdades o, en su defecto, más preguntas.

A todos los amigos que me acompañaron en este largo proceso; todos, cada uno a su forma, me enseñaron exactamente lo que necesitaba para llegar a este momento.

Por último, gracias a todos los ángeles que me cuidan desde el cielo; el espíritu de su lucha está siempre presente en mi corazón.

Stephanía Ramírez Fernández

A mi familia por ser punto de partida de mis sueños que me permitieron llegar a esta etapa de mi vida y encaminaron en últimas la elaboración del presente proyecto de grado, gracias por ser apoyo constante.

A mis padres, Alberto Ramírez Herrera y Elizabeth Fernández Silva por ser el punto motivacional más significativo y de mayor peso para no desfallecer y por lo contrario generar en mi la emoción de crecer y avanzar en la construcción de este que es el reflejo tangible del inicio de muchos de nuestros sueños y proyectos familiares, gracias por acompañarme y ser inspiración y base de todo el esfuerzo entregado que no fue sólo mío, sino nuestro, nuestro logro.

A mi hermano, Santiago Ramírez Fernández, quien genera en mi toda la energía y vida necesaria para soñar con mucha emoción, eres mi pequeña caja de magia y motivación en cada objetivo que me trazo, gracias por sonreírme y aliviar la carga de cada obstáculo, eres la fuerza cotidiana de mis días. Apoyare y respaldare cada uno de tus sueños, así como tú lo haces con los míos, eres mi eterno compañero.

A Lorena Bejarano por saber estar y ser mi amiga en cada situación vivida, por compartir y crecer de la mano en este paso a paso al que nos enfrentamos desde pequeñas, por ceder y aportar desde lo que eres, por nutrir y reír conmigo en cada momento compartido. Por siempre escuchar.

A Tatiana Cardenas, por ser soporte y confidente de cada uno de los momentos que estructuraron este resultado, por calmar y motivar mis pensamientos con total paciencia y entrega, gracias por otorgar tu toque en cada cosa que hago, gracias por permitirme apoyarme en ti y gracias por trabajar de la mano en esto que también te pertenece. Pero por sobre todas las cosas gracias por enseñarme a creer en mí y a no temerle a nada.

A todos aquellos involucrados a lo largo de mi carrera, compañeros y docentes, las vivencias y los sueños se construyeron en cada experiencia compartida.

A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca por abrirme el espacio de formarme integralmente, por cultivar el amor y el sentido de pertenencia con la educación pública de calidad, por aportar y estructurar mis ideas y sueños, gracias.

Dedicatoria

A cada uno de los usuarios participantes tanto de nuestra trayectoria en Salud Mental como del proceso llevado a cabo en el presente proyecto investigativo, gracias por permitirnos aprender de ustedes, por entregar y ser siempre auténticamente creativos en cada situación.

Por ustedes, por ser fuente de motivación y amor a la contribución y la responsabilidad social, a crear desde perspectivas diferentes, a persistir desde lo que somos.

Por ustedes, por tomar la voz y aportar, por atreverse a romper lo ya construido, sólo así podemos crecer, evolucionar y cambiar.

Este aporte académico está orientado a que cada profesional pueda tener un acercamiento y conocimiento mucho más real con los trastornos mentales, a que surjan mayores propuestas para fomentar la horizontalidad de la relación usuario-profesional, a que conozcan lo que ustedes nos permitieron conocer a lo largo de nuestro paso.

Pero por sobre todo, está dirigido a toda la población diagnosticada con algún tipo de trastorno mental, a no ocultar su voz y por el contrario, alentar, discutir y construir en conjunto, a persistir y contribuir a la minimización del Estigma y la optimización de servicios en Salud Mental.

El silencio oprime, pero la expresión alienta el alivio de la vida y la esperanza del futuro.

Tabla de contenido

Introducción.....	17
Capítulo I. Problema.....	19
1.1 Antecedentes del problema.....	19
1.2 Planteamiento del problema	23
1.3 Pregunta de investigación.....	24
2. Objetivos.....	24
2.1 Objetivo general	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3. Justificación.....	25
4. Marcos de referencia	27
4.1 Marco Institucional.....	27
4.2 Marco Legal.....	28
4.3 Marco Teórico	31
4.4 Marco metodológico.....	38
4.4.1. Exploración de la situación.....	39
4.4.2. Problema de investigación	39
5. Configuración de la muestra.....	40
Capitulo II. Análisis e interpretación de la información	41
2.1 Caracterización de la población.....	41
2.2 Recolección de la información	42
3. Organización, análisis e interpretación de la información	45
Descripción de los hallazgos aislados:	46
Identificación de las relaciones entre variables	46
Formulación de relaciones tentativas entre variables	46
Revisión de los datos en búsqueda de relaciones que corroboren o invaliden los supuestos que guían el trabajo.....	46
Formulación de explicaciones sobre el fenómeno.....	46
3. Taxonomía.....	47
3. Análisis de la información.....	50

3.1 Metáfora 1: “El anormal”	52
3.2 Metáfora 2: Tratamiento	55
3.3 Metáfora 3: Desacreditación del pasado	57
3.4 Metáfora 4: Diagnóstico	62
4. Conclusiones	64
5. Lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial	66
5.1. Lenguaje	66
5.1.1 Terminología en Salud mental	67
5.1.2 Herramientas	68
5.2. Resignificación	68
5.2.1 Resignificación de estilos de vida	69
5.2.2 Resignificación de relaciones sociales	69
5.3.1 Expectativas y alcances de los tipos de tratamiento	71
5.4. Familia	71
5.4.1 Educación	71
5.4.2 Dinámica familiar	72
6. Recomendaciones	72
6.1. A la institución:	72
6.2. A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca:	73
7. Referencias	75
8. Anexos	77
Anexo 1. Cronograma	77
Anexo 2. Consentimiento informado	78
Anexo 3. Planeaciones	81
Anexo 4. Crónicas grupales	97

Introducción

El presente documento da cuenta de un proceso de investigación que se desarrolla con usuarios de la Clínica de Nuestra Señora de la paz (en adelante CNSP), ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, Colombia, en la cual se propone abordar el tema del Estigma en Salud mental desde la perspectiva de los mismos usuarios; por lo tanto se plantea la categoría del Autoestigma como modo de analizar la manera en que el Estigma es percibido por los usuarios y apropiado como forma de comprensión de sí mismos.

Lo anterior se plantea teniendo en cuenta las consecuencias que conlleva el Estigma expresado a través de distintos espacios, manifestaciones que a “grosso modo” son producto del desconocimiento sobre los trastornos mentales y en las que el contexto social tiene una implicación directa; así pues, se entiende como sujetos activos de la problemática social a la propia dinámica familiar e institucional que permean el modo en el que los individuos se desenvuelven y actúan en el sistema social.

La apropiación del Estigma social respecto a los trastornos mentales desde la perspectiva de la persona que es diagnosticada, usualmente tiene una connotación negativa y perjudicial que determina la relación intra e interpersonal y afecta el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, las formas de apropiación del Estigma pueden variar, y así mismo se reflejan de diversas maneras.

El interés desde Trabajo social surge por un lado en el reconocimiento de las distintas formas de expresión del sujeto como punto inicial y crucial de la intervención, así como también una forma de comprender la problemática social desde la propia vivencia del individuo que refleje la situación externa y la incidencia social en esta implícita.

Por otro lado, y teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra un vacío del conocimiento respecto a propuestas de intervención psicosocial que tengan como categoría principal el Autoestigma en personas que han recibido diagnóstico de trastorno mental, lo que conlleva a que el abordaje médico asistencial sea, en muchas ocasiones, única opción de tratamiento. De allí el interés de consolidar lineamientos para una propuesta de intervención psicosocial desde el área de Trabajo social a través de un proceso investigativo en donde se recogerán las percepciones de los usuarios frente a la problemática.

Por lo ya descrito, se decide usar la metodología de investigación planteada por la autora Elssy Bonilla, en la cual se plantean cinco momentos: en primer lugar, Exploración de la situación que se pretende abordar; posteriormente Problema de investigación, en el cual se delimita el problema de investigación y se establece el plan de acción; en tercer lugar la Configuración de la muestra, que es seleccionada a conveniencia teniendo en cuenta criterios de exclusión y de inclusión acordados con la institución para beneficio de la investigación, además de la voluntad de los usuarios para contribuir en la misma; en cuarto lugar la Recolección de la información, para la cual se propone el uso de las narrativas de los usuarios teniendo en cuenta que paralelamente al proceso de investigación se permite a los usuarios la expresión de sentimientos y emociones, que a su vez funciona como forma de catarsis y que contribuye al proceso psicoterapéutico que brinda la institución desde las diferentes áreas (Psicología, Medicina General, Trabajo social, Terapia Ocupacional y Psiquiatría); por último, la fase de Organización, análisis e interpretación de los datos, en la cual se relaciona las metáforas halladas en las narrativas de los usuarios con las manifestaciones del Autoestigma, lo anterior con el fin último de plantear lineamientos que permitan consolidar una propuesta de intervención psicosocial.

Los lineamientos pretenden aportar al quehacer profesional del trabajador social en el área clínica de Salud mental, concretamente en el nivel de Atención (entendiendo que esta es complementaria a los niveles de Promoción y Prevención) reconociendo esta como fundamental en el abordaje de los usuarios que comprende al individuo como un ser integral, perspectiva acorde con los objetivos de la intervención psicosocial, la cual entiende la acción sujeta a la relación individuo-entorno enfocado hacia el cambio social, permitiendo que la intervención profesional se desenvuelva en un modelo centrado en el bienestar de los usuarios haciendo uso de sus propias habilidades, con el fin de generar un impacto en su medio social que permita combatir el Estigma negativo en torno al trastorno mental.

(Nota aclaratoria: Para el equipo investigador es de vital importancia el adecuado uso de la terminología en Salud mental, por lo tanto se utilizan los términos “Trastorno mental” y “Usuarios” como forma de contribuir a la disminución del Estigma en Salud mental y a la humanización de los servicios de salud. En las ocasiones en las cuales se menciona “Enfermedad mental” y “Paciente” se da cuenta de la terminología utilizada por los autores de los documentos referenciados.)

Capítulo I. Problema

1.1 Antecedentes del problema

Para el abordaje de la temática se hace necesario retomar documentos que se han acercado al problema de investigación desde diferentes puntos de vista, los cuales brindan claridad respecto al estado del conocimiento del tema central y sus posibles variables. A continuación se abordan las siguientes obras:

En primer lugar el documento titulado “Voces del Estigma: Percepción de Estigma en pacientes y familias con enfermedad mental” por los autores Uribe, Mora y Cortés (2008) el cual ofrece testimonios y ejemplos sobre el Estigma en Salud mental desde el punto de vista de los familiares de los pacientes de la Clínica la Inmaculada en Bogotá diagnosticados con algún tipo de trastorno mental.

En esta investigación se reúnen familias de pacientes de consulta externa diagnosticados con algún tipo de trastorno mental, por medio de grupos focales con el objetivo de buscar elementos representativos sobre el Estigma en los pacientes, la identificación y comprensión del mismo, y como fin último la creación de abordajes para la intervención del Estigma.

La investigación retoma el concepto de “Estigma sentido” haciendo alusión a la forma en la que familia, cuidadores y pacientes se ven implicados e influenciados por el Estigma en trastorno mental. Este documento se sitúa como fundamental para la investigación dado a que reconoce el contexto social como principio para una comprensión más amplia del Estigma, además de identificar las redes primarias del individuo como sujetos que vivencian y reproducen las conductas Estigmatizadoras.

Por otro lado, también se retoma el documento “Los diarios del cáncer” de la autora Audre Lorde, el cual es relevante para la investigación ya que plantea en forma de relato desde su experiencia con el cáncer y el Estigma alrededor de esa enfermedad, la importancia de transformar el silencio en lenguaje y acción.

Repetidamente he llegado a la convicción de que lo que es más importante para mí debe ser dicho, debe ser verbalizado y compartido, incluso arriesgando a que esto sea

desvirtuado o malentendido. Que hablar me resulta provechoso, más allá de cualquier otro efecto. Estoy aquí parada como poeta negra lesbiana, y el significado de todo eso tiene que ver con el hecho de que todavía estoy viva, y podría no estarlo. (Lorde, 1994. p. 10)

El trabajo de Lorde permite reflejar la incidencia del contexto en el individuo de manera tal que el Estigma social se convierte en la manera en la que la persona se entiende a sí misma, extrapolando lo que socialmente conlleva recibir un diagnóstico al nivel subjetivo; lo anterior genera que en la persona se instaure una perspectiva que puede ser capaz de modificar la percepción propia.

Me siento tan poco a la altura de lo que siempre había manejado antes, las abominaciones de afuera que hacen eco del dolor interno. Y si soy totalmente auto referenciada ahora, es porque es la única traducción en la que puedo confiar ahora, y estoy segura de que recién cuando cada mujer rastree uno por uno los hilos sangrientos y autorreferenciales de su tapiz, comenzaremos a alterar el diseño entero (Lorde, 1994 p.2)

De la misma forma se considera relevante el libro “La enfermedad y sus metáforas” de la escritora Susan Sontang en el año 1996. En su documento, la escritora manifiesta que alrededor de las enfermedades (en el caso particular del cáncer y la tuberculosis) se construyen metáforas que, en muchas ocasiones, no se acercan a la realidad (Sontang, 1996).

Las metáforas son productos de constructos colectivos que pasan a ser el imaginario social sobre las personas que pertenecen al grupo sobre el cual se hace la metáfora y que, a pesar del paso del tiempo, se mantienen arraigados en el pensamiento de las personas generación tras generación.

Estas metáforas son cruciales para toda idea que distinga al sida de otras enfermedades que antes eran consideradas pestes. Porque aunque los miedos representados por el sida son viejos, su estatus de gran acontecimiento inesperado, una enfermedad totalmente nueva —un nuevo juicio, por así decirlo— se añade al pavor. (Sontang, 1996 p.81)

Se destaca de lo anterior que la mitificación de una situación concreta se puede contrarrestar con educación; sin embargo, cuando la información que se recibe del medio está de por sí permeada con actitudes estigmatizadoras que promueven la desinformación, el miedo y el

rechazo social, el mito se aleja cada vez más de la realidad de dicha situación y puede desencadenar consecuencias negativas.

Por otra parte, el documento “Intervención en Salud mental desde el Trabajo social” del autor Luis Tomás Gómez Parada, permite evidenciar el quehacer del profesional en Trabajo social en el contexto del “hospital neuropsiquiátrico” y las intervenciones que lleva a cabo en los niveles de promoción y prevención; de la misma forma, aborda el uso de las narrativas (que retoma no únicamente como lo escrito, sino también lo que se dice y cómo se actúa) como una manera de intervención social, lo cual brinda soporte a la presente investigación en sus planteamientos metodológicos. (Gómez, 2017)

Respecto a la categoría Salud mental, se retoma información de la página Web oficial y documentos de la OMS como el Programa Mundial de Acción en Salud mental y el Plan de acción sobre Salud mental 2013-2020 (OMS, 2013), esto permite a la presente investigación ampliar el panorama sobre la Salud mental a nivel mundial, identificar las líneas de abordaje que se proponen y las acciones que se adelantan consecuentemente a dichas líneas.

El libro “Estigma y enfermedad mental, Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental” de los autores Manuel Muñoz, Eloísa Pérez Santos, María Crespo y Ana Isabel Guillén, se considera pertinente debido a que plantean la importancia de una atención integral a las personas con enfermedad mental, en la medida en que no solo se ocupe de las necesidades de apoyo e integración sino también que disminuya las consecuencias negativas del Estigma. (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009)

Los autores se proponen analizar el Estigma y Autoestigma en personas con enfermedad mental grave y persistente, sus familiares y los profesionales que son responsables de su atención, además de que se plantea como variable fundamental de investigación los medios de comunicación como agentes estigmatizadores de gran repercusión y difusión social (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009 p.11); lo anterior, permitió a los autores reconocer el fenómeno del Estigma como multidimensional y propio del contexto social en el que se desarrolla, analizar también el efecto que tiene en las personas con enfermedad mental al ser objeto de acciones estigmatizadoras y de esa forma plantear propuestas que contribuyan a la mejoría de la situación y den luz a posibles propuestas que se desarrollen bajo dichos planteamientos; lo cual favorece a

esta investigación debido a que aporta nuevos elementos para la comprensión y análisis de la relación del Estigma con el contexto social.

Por otra parte, se distingue el documento “El Trabajo social en Salud mental” de la autora Eva María Garcés Trullenque, en el que se realiza una aproximación al quehacer profesional del Trabajador Social en el área de Salud mental, iniciando con un recuento histórico que abarca el tema de la especificidad profesional, la interdisciplinariedad y el papel del trabajador social dentro del equipo de trabajo, el campo de acción profesional en el área y un pronóstico del quehacer profesional en el campo de Salud mental. (Garcés, 2010)

De la misma forma, se destaca el libro “Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del `sexo`” de la escritora Judith Butler, en el cual se hace referencia a la construcción del cuerpo a través de las metáforas. (Butler, 1993)

Con referencia a lo anterior, Butler plantea su teoría partiendo del hecho de que la metáfora es la forma en la que una persona accede a su cuerpo, ya que el entramado de estas es la forma en la que está constituido; es una ruta simbólica que se expresa constantemente, es decir que en cada acción consciente o mecánica de la persona se representan las metáforas que configuran su cuerpo (Butler, 1993. Pp. 143-179) por lo que se considera oportuno para esta investigación analizar las metáforas que se crean en torno a la Salud mental, cómo la persona las apropia y expresa cotidianamente, y cómo esto corresponde a las manifestaciones del Estigma que se refleja en el tabú actual que representa el Trastorno Mental.

Por último, se retoma el documento “Estigma y enfermedad mental” de los autores Ainara Arnaiz y J.J Uriarte, en el cual se aborda el tema del Estigma como una barrera para la atención e integración social de las personas con enfermedad mental, además de algunos aspectos teóricos relevantes para su comprensión y posibles estrategias para enfrentarlo. (Arnaiz y Uriarte, 2006.)

Un planteamiento fundamental del documento de Arnaiz y Uriarte es “favorecer un momento de reflexión que nos permita poner en tela de juicio nuestras propias actitudes posiblemente Estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental” (Arnaiz y Uriarte, 2006 p. 49), el repensar la forma en la que se problematiza la Salud mental y la actuación profesional en el área, es de la misma forma una de las apuestas de la presente investigación: la innovación y el replanteamiento del abordaje de la población, partiendo de la experiencia y saberes de la persona.

1.2 Planteamiento del problema

Según la OMS en el mundo existen más de 300 millones de personas que son diagnosticadas con Depresión, alrededor de 60 millones de personas con Trastorno afectivo bipolar (TAB), cerca de 21 millones de personas con Esquizofrenia y otras psicosis, y 47.5 millones de personas con Demencia. (OMS, 2018)

A pesar de lo mencionado, es de conocimiento popular que la desinformación y el Estigma frente al trastorno mental ha sido una constante problemática que conlleva incluso a que las personas que consideran necesario buscar algún tipo de ayuda en el área, no acudan a los servicios médicos o terapéuticos que podrían ser de utilidad; de acuerdo con OMS:

La ignorancia y la Estigmatización que rodean a las enfermedades mentales están muy extendidas. Pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa Estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo. Dentro del sistema de salud, es muy frecuente que esas personas reciban tratamiento en instituciones que se parecen más a almacenes humanos, que a lugares para curarse. (Kantontoka, 2018, sin página.)

A partir de la literatura revisada se identifica que el Estigma incide en la forma en la que el individuo se comprende a sí mismo, y de manera que la respuesta del sujeto en relación a su entorno y contexto social genera una serie de consecuencias en su autopercepción y comportamiento, de allí se desprende la categoría de Autoestigma, concepto central del presente proceso investigativo.

En relación con lo anterior en la Clínica de Nuestra Señora de la paz, el área de Trabajo social realiza funciones basadas en procesos de Psicoeducación (entendido como sesiones informativas en cuanto al manejo del trastorno mental, síntomas, recomendaciones, factores de riesgo y de protección), orientación familiar, movilización de redes, intervención en crisis, seguimiento de casos y un mayor énfasis en tareas administrativas. Sin embargo, se identifica que las acciones

realizadas por todo el equipo profesional se encuentran orientadas principalmente a un modelo de atención médico asistencial dejando en segundo plano el abordaje psicosocial del usuario.

Por lo tanto es pertinente plantear lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial que tenga como voz principal lo manifestado por los mismos usuarios; lo anterior se busca por medio de espacios que propicien la participación de los usuarios haciendo uso de las narrativas como forma de recolección de información, identificando en ellas las metáforas que se configuran alrededor de la Salud mental, así como las posibles causas y consecuencias que se generan en el individuo al ser diagnosticado con un trastorno mental.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las metáforas del Estigma y las manifestaciones del Autoestigma identificadas en las narrativas de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz que permiten dar lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial desde el área de Trabajo social?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar las metáforas del Estigma en Trastorno mental en relación con las manifestaciones del Autoestigma identificadas en las narrativas de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz

2.2 Objetivos específicos

- Identificar en las narrativas de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz las metáforas del Estigma en Trastorno mental.
- Establecer la relación de las metáforas del Estigma en Trastorno mental y las manifestaciones del Autoestigma de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la paz.
- Plantear lineamientos para la consolidación de una futura propuesta de intervención psicosocial desde el área de Trabajo social mediante la identificación y análisis del Estigma y Autoestigma halladas en las narrativas de los usuarios.

3. Justificación

Desde la academia los debates se centran en la delimitación del campo de acción de las disciplinas y la importancia de cada una de estas en el abordaje integral de los usuarios en el área de Salud mental. Esto genera en el equipo investigador una gran inquietud acerca del estado del conocimiento actual desde la disciplina de Trabajo social en Salud mental.

A partir de lo anterior, se realiza una revisión bibliográfica respecto a las acciones adelantadas desde la profesión en donde se evidencia que poco se ha ahondado respecto al área clínica de Salud mental, esto podría ser consecuencia de los propios dilemas éticos e investigativos que delimitan el acercamiento y la intervención de Trabajo social; es desde la academia que se constituye el imaginario de que los trastornos mentales y la Salud mental en su globalidad no son enteramente una problemática de carácter social, sino que es en su mayoría una problemática de carácter médico. Esta revisión arroja como resultado que: la esfera social es determinante para la comprensión y el abordaje de la Salud mental, dado que el contexto influye y modifica al sujeto; de ahí que en el área de promoción y prevención de la Salud mental se han hecho aportes significativos desde el Trabajo social.

Sin embargo, en contraposición con lo dicho se encuentra un vacío en propuestas en el área de intervención de Trabajo social, que tengan como protagonista el abordaje psicosocial y la categoría del Autoestigma en la atención de personas que han recibido diagnósticos de trastorno mental, dejando el abordaje médico asistencial en muchas ocasiones como única opción de tratamiento.

Se plantea entonces en esta investigación que desde la profesión existe la necesidad de darle cabida a la intervención psicosocial como un modelo de atención que pretende abarcar al sujeto en todas las dimensiones que lo componen, ya que de esta forma se puede propiciar un estado de bienestar (atendiendo a la definición planteada por la OMS) que favorezca el pleno desarrollo de las capacidades de la persona.

No se puede desconocer que la Salud mental se ve influenciada por el fenómeno social del Estigma, que a su vez es promovido por la desinformación y el tabú que existe frente al tema, en palabras de la escritora Susan Sontang "...la desinformación sobre una enfermedad es la que conlleva directamente el miedo a ella: basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa." (Sontang,

1977 p. 2), por esto se considera relevante abordar el tema del Trabajo social en Salud mental a partir de las variables del Estigma y el Autoestigma.

El concepto Autoestigma, permite identificar cómo las metáforas que se crean en torno a la Salud mental permean al individuo de tal manera que este las apropia, las considera como válidas, accede a su cuerpo y se entiende a sí mismo a partir de ellos, determinando de esta manera su autopercepción y la manera de relacionarse con los otros.

Consecuentemente, se pretende en esta investigación hacer un acercamiento a las personas que vivencian el Estigma, y que sean esas mismas personas las que contribuyan a identificar los problemas acuciantes que deberían ser abordados en la intervención psicosocial, ya que se parte de la experiencia y las necesidades que el propio sujeto manifieste como relevantes.

Se considera necesario entonces, establecer un canal de comunicación abierta que le permita a la persona una expresión de su experiencia en torno a la Salud mental y al ser diagnosticado con un Trastorno Mental, por lo que se selecciona la narrativa como forma de obtención de información. Por otra parte, el uso de la narrativa da respuesta a la necesidad profesional de innovar en las formas de acercamiento a la población haciendo uso de herramientas que no son frecuentes en el Trabajo social y que permiten también resaltar la experiencia de los sujetos como punto central para el planteamiento de las intervenciones.

La consolidación de una propuesta de intervención que tenga como pilar principal lo manifestado por los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la Paz pretende contribuir a un tratamiento psicosocial acercado a su realidad y a sus necesidades, por lo que institucionalmente favorece el cumplimiento del plan estratégico 2015-2019, fundamentalmente en la línea de Impacto Social en la que se especifica “Establecer línea de intervención social con impacto real en nuestros beneficiados” (CNSP, 2018).

Por último, se quiere señalar que esta investigación es relevante para incentivar la intervención multidisciplinar y la creación de propuestas que se acojan al modelo biopsicosocial señalando la necesidad de que desde la academia exista un interés por desarrollar futuras propuestas de intervención y/o investigación frente al tema del Autoestigma y generar acciones que busquen combatir las consecuencias negativas del Estigma.

4. Marcos de referencia

4.1 Marco Institucional

La plataforma institucional en la cual se desarrolla el proyecto de investigación es la Clínica de Nuestra Señora de la paz (CNSP), institución especializada en la atención de Salud mental perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Es una institución de carácter privado; no obstante, recibe recursos económicos públicos para uno de sus programas especiales; cuenta con un equipo psicoterapéutico interdisciplinar conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, médicos generales y profesionales de enfermería, que propenden por la atención integral de los usuarios.

La institución ofrece los servicios de Hospitalización (en el cual se incluyen los servicios de gerontopsiquiatría, psiquiatría infanto-juvenil y el servicio de Unidad de cuidado agudo-UCA), Programa redes (Rehabilitación de conductas adictivas), PRI (Programa de rehabilitación integral), Hospital día (alternativa a la hospitalización en la institución, se presta el servicio de como una opción ambulatoria) y Consulta externa.

La misión de la CNSP es ser una institución que presta atención en Salud mental reconocida en asistencia y docencia, competentes y comprometida con la seguridad del paciente, el carisma y la filosofía de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; y en consecuencia con lo anterior se plantean como visión que en el año 2019 la CNSP será reconocida como una institución que ofrece servicios en Salud mental innovadora en atención, docencia e investigación, con estándares de calidad fortalecidos en la humanización. Los valores institucionales que dirigen el accionar de la institución son: Hospitalidad, Calidad, Respeto, Responsabilidad y Espiritualidad.

El plan estratégico institucional (2015-2019) está representado de la siguiente forma:

IMPACTO SOCIAL	Establecer línea de intervención social con impacto real en nuestros beneficiados.	Reestructurar e implementar el Plan Provincial de Pastoral de la Salud	Generar compromiso ambiental
FINANCIERA	Definir los lineamientos para una adecuada planeación financiera	Consolidar financieramente las instituciones	Cuentas por pagar: 120 Días Cuentas por cobrar: 90 Días Recaudo del 98% Margen Ebitda 15%
CLIENTE	Estandarizar los lineamientos de atención para la prestación de servicios	Explorar permanentemente nuevos nichos de mercado	Construir el Plan de Comunicaciones
DESARROLLO INTERNO	Definir el sistema de Gestión de la calidad	Implementar un plan de Control de Gestión Integral	Reorganizar, estructural y funcionalmente
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fortalecer la cultura de la Bioética	Desarrollar un Plan continuo de Formación Integral	Creación de comités de investigación
	Definir e implementar el sistema de información	Construir el Proyecto de la Escuela de Hospitalidad	Desarrollar un Modelo de compensación y beneficios
			Establecer una estrategia de desarrollo social para los colaboradores
			Estructuración de una política docente asistencial

*Ilustración 1. Plan estratégico institucional
Tomado de: Página Web oficial CNSP cllapaz.com.co*

Tomando en consideración lo mencionado, se considera oportuno resaltar que el proyecto de investigación se encuentra adscrito a lo concerniente al Impacto Social, en la medida en que pretende que sea un proceso que tenga trascendencia a nivel social respecto al tema del Estigma en torno a la Salud mental y las consecuencias que este conlleva, y al Aprendizaje y Crecimiento teniendo en cuenta la importancia que se le brinda desde la institución al aporte e innovación del conocimiento.

4.2 Marco Legal

Teniendo en cuenta la población hacia la cual va dirigida la investigación, se considera pertinente retomar la siguiente normatividad:

Tabla 1. Marco Legal

Normativa	
Síntesis	Relación
Constitución Política de Colombia	
Es la máxima Ley, la Ley fundamental y la de mayor jerarquía. En ella se establecen los derechos y obligaciones de los ciudadanos, por lo cual, en función del tema de salud, se citan:	La Constitución como máxima norma en el país, da los parámetros para todas las acciones que en él se desarrollen. La presente investigación, y las acciones

Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado... protección y recuperación de la salud... dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...

establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control... Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad... Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

Artículo 50: se “tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado”

Ley 100 de 1993

La Ley 100 crea el Sistema de seguridad social integral, con la finalidad de asegurar servicios de calidad de vida para los ciudadanos de Colombia garantizando así la plena disposición en instituciones, programas, proyectos, lineamientos y bases previamente definidos y acordados por el Estado. La Ley garantiza entre otras cosas atención en salud integral lo que incluye prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, ingreso al Plan Obligatorio de Salud (POS), con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos, acceso a la pensión en

que de ella se deriven, debe tener en cuenta la garantía de lo allí plasmado.

Esta Ley es pertinente a la investigación teniendo en cuenta que el accionar de todo profesional en el área de la salud, así como las instituciones y entidades, se rigen por lo que ella contiene; también retoma aspectos como la prevención y promoción de la salud, la atención integral de todos los usuarios del sistema.

el Régimen de Prima Media tras haber cotizado por lo menos 1.000 semanas. Para mujeres desde 57 años y 62 años en el caso de los hombres, el pago de pensión mínima; las personas que se encuentran laborando pueden escoger libremente su afiliación a la Entidad Promotora de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

La política nacional de salud tiene como fin principal optimizar el uso de los recursos y velar por el mejoramiento de los servicios que les son prestados a los colombianos. Las líneas de acción de la política son: velar por la calidad de los servicios y de la atención, por la accesibilidad y por la eficiencia de los mismos a nivel nacional utilizando mecanismos de supervisión y evaluación.

La Política de Atención Integral en Salud aporta al proceso de investigación en la medida en que brinda aspectos relacionados al Sistema de Salud y su implementación.

Las líneas de acción que en ella se plantean dan cuenta las direcciones a las que le deben apuntar las iniciativas que contribuyan a su cumplimiento.

Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud mental

Promueve la Salud mental de la población colombiana para poder prevenir y reducir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades.

Por medio de ella, se propende por la garantía integral de la salud en la población colombiana brindando una atención encaminada hacia la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental teniendo como pilar trascendental la calidad de vida de la población y los principios dispuestos en el artículo 49 de la

La Ley permite identificar focos de acción en relación a la promoción de la Salud mental y prevención del trastorno, por consiguiente orienta los resultados de la investigación con el fin de encaminarlos hacia el cumplimiento de los objetivos nacionales respecto a la Salud mental.

Constitución política.

Ley Estatutaria 1751 de 2015

Permite y regula la constitucionalidad, alcances y modulaciones del derecho a la salud; la Ley 1751 declara los derechos que deben darse de manera inmediata, constante y de calidad en temas como participación, obligaciones del estado, profesionales y trabajadores en el campo de la salud.

La Ley establece como finalidad la garantía, regulación y establecimiento de mecanismos de protección frente a lo estipulado en el artículo 49 de la constitución colombiana.

La Ley Estatutaria da claridad respecto a los mecanismos de protección del derecho constitucional a la salud, lo que a su vez permite tener en cuenta los deberes de las personas que laboran en el área, instituciones y el rol mismo Estado.

Lo anterior es importante dado que implica unos parámetros que se deben tener en cuenta para el planteamiento de los lineamientos de la propuesta de intervención psicosocial que se propone la presente investigación.

Fuente: Elaborado por equipo investigador

4.3 Marco Teórico

Frente a la revisión documental realizada y al propósito investigativo se contempla la necesidad de abordar los siguientes elementos: Salud, Salud mental, Trabajo social en el área de Salud y de Salud mental, Estigma y Autoestigma, metáforas, narrativas, y por último la intervención psicosocial.

En primera instancia, se parte del concepto de salud referido por la Organización Mundial de la Salud como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2013). Por consiguiente la Salud mental se sitúa bajo las áreas de promoción y prevención de la salud desde una dimensión positiva que a su vez abarcan condiciones físicas y sociales, la Health Education Authority (1997) citado por Posada Villa (2012), refiere que:

La Salud mental involucra habilidades, tales como manejar los cambios, reconocerse, admitirse y comunicar pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.

Además, la Salud mental involucra la habilidad para hacer y mantener relaciones, luchar contra el estrés y modificar ambientes o relaciones que causan estrés (p.23).

Es por ello que la Salud mental se puede definir como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.” (OMS, 2013).

Por consiguiente se comprende que la salud y la Salud mental abarcan al individuo en su integralidad, el bienestar entonces está directamente ligado a la capacidad que es inherente a la persona de utilizar las herramientas propias y de su entorno para hacer frente a las circunstancias que en su vida se presenten.

Así pues, la Salud mental se ve influenciada por el contexto y el entorno social. Por consiguiente, se hace necesario referir el enfoque de los Determinantes sociales de la salud, apuesta que surge como forma de abordar las inequidades de la salud, o “las causas de las causas” ya que son a menudo las fuentes fundamentales en los problemas o diferencias en la salud, por lo que este enfoque busca una perspectiva más global de la problemática y buscar dichas causas más allá de una lógica epidemiológica o biomédica (Carmona-Meza y Parra-Padilla, 2005).

De acuerdo a la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales (2008), al referirse a estos dice que:

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (...) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud. (OMS, 2008)

Ahora bien, en el quehacer profesional de Trabajo social en salud se destaca que Trabajo social dentro de sus compromisos profesionales en el área de salud, reconoce las carencias y necesidades

sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica redes de apoyo (familiares, sociales e institucionales) con que cuenta el paciente y promueve la utilización de recursos disponibles (Pérez, 2014). Por ende, es de vital relevancia destacar las funciones de gestión y promoción del trabajador social en salud, en donde el compromiso y la responsabilidad social radica con mayor impacto en la labor del trabajador social por contemplar la incidencia de la esfera social dentro de los procesos y situaciones de salud-enfermedad tanto en la agudización como en la rehabilitación del sujeto, labor que es congruente con el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que Trabajo social desde el área de Salud mental, acorde a Eva Trullenque Garcés, se ha encontrado históricamente sujeto a una atención médica y preventiva, en palabras de Trullenque Garcés:

El Trabajo social en Salud mental es fundamentalmente un Trabajo social Clínico que tienen lugar con una población determinada (...)En los Servicios de Salud mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología la que define de forma específica la intervención del Trabajador social en Salud mental. (Trullenque, 2010 p. 338).

De manera tal que los aportes y estrategias de intervención adelantadas en el campo clínico corresponden a los niveles de prevención y promoción de la Salud mental. Se alude que el concepto de prevención se puede entender como acciones que se encaminan a la reducción de factores de riesgo y la apertura a propiciar factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, lo anterior con el objetivo de reducir su prevalencia e incidencia. (Gómez, 2017 p.4)

Complementario a la prevención, se sitúa la promoción como otro nivel de intervención para el trabajador social, se entiende así pues la promoción como acciones que identifican y suministran elementos que contribuyen a la eficacia de las prácticas preventivas y al mejoramiento del bienestar individual, colectivo y comunitario. (Gómez, 2017 p.4)

Lo anterior corresponde a las líneas de abordaje propuestas a nivel nacional por el Congreso de Colombia enunciadas en la Ley 16-16 del 2013 de Salud mental en donde para la implementación de la Ley se retoman las definiciones concernientes a promoción, prevención y atención:

-Promoción de la Salud mental: La promoción de la Salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

- Prevención primaria del trastorno mental: La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

- Atención integral e integrada en Salud mental: La atención integral en Salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de Salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en Salud mental, según las necesidades de salud de las personas. (Ley 1616, Artículo 5. 2013)

Así pues, se afirma que si bien el Trabajo social en el área de Salud mental se desenvuelve en los niveles de Promoción y Prevención con mayor frecuencia, es necesario fortalecer el nivel de Atención con nuevas propuestas investigativas y de intervención que diversifiquen y nutran el quehacer profesional con el objetivo de ampliar los escenarios de actuación, permitiendo complementar las acciones administrativas a través de herramientas que le apunten a la comprensión de los contextos y los sujetos desde su propia experiencia contribuyendo así al bienestar integral.

Es pertinente que desde Trabajo social se vinculen propuestas artísticas tanto para la metodología de la acción y como medio de recolección de información, “El arte es sensación y

sentimiento, identificación y catarsis, simbolismo y expresión (...) Arte para proyectar, evacuar, cristalizar, para estar mejor, para re-encontrarse y ¿por qué no? para curarse” (Rotta, 2012 p. 4) es por tanto que las distintas formas artísticas permiten enriquecer la comprensión e intervención y así mismo plantear desafíos desde y para la disciplina.

En cuanto a las tareas y retos que la profesión de Trabajo social tiene dentro del área de Salud mental se sitúa la identificación y posterior abordaje de aspectos que inciden en las situaciones de salud-enfermedad y, en este caso de los trastornos mentales; es allí donde el fenómeno del Estigma, frente al que Uriarte y Arnaiz (2006) refieren citando a Link, que se presenta cuando “elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de estatus y discriminación, ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen” (Uriarte, JJ, & Arnaiz, 2006 p. 50), entonces pasa a ser un problema social y tienen gran cabida al momento de identificar causales agravantes del trastorno mental y el malestar de los individuos. El Estigma puede evidenciarse en tres aspectos:

- Estereotipo: se define como una actitud negativa hacia un grupo social o hacia una persona percibida como miembro de ese grupo (Montes Berges, 2008 p.1). En el caso del estereotipo hacia las personas que reciben un diagnóstico de trastorno mental se puede evidenciar en la creencia popular de peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad, que les son atribuidas. (López, y otros, 2008 p. 49)
- Prejuicio: definido como un conjunto comprimido de creencias consensuadas sobre las características de un grupo particular. (Montes Berges, 2008 p.1); por otro lado, a nivel de prejuicios el Estigma público se enmarca en la conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales como el miedo y la rabia. (López, y otros, 2008 p.49)
- Discriminación: significa seleccionar excluyendo, esto es, dar un trato de inferioridad a personas o a grupos, a causa de su origen étnico o nacional, religión, edad, género, opiniones, preferencias políticas y sexuales, condiciones de salud, discapacidades, estado civil u otra causa. (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2012 p. 5), se puede evidenciar en comportamientos en respuesta al prejuicio rechazo, negativa a emplear, negativa a ayudar. (López, y otros, 2008 p. 49)

En consecuencia, “El Autoestigma se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo Estigmatizado y vuelven las actitudes Estigmatizadoras contra ellos mismos” (Uriarte, JJ, & Arnaiz, 2006 p. 52). En relación con lo anterior, se afirma que:

El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas. Lleva además a respuestas de comportamiento; a causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente. Si no consiguen alcanzar esta meta ello no se debe a menudo a su enfermedad mental, sino a su comportamiento de autodiscriminación. (Uriarte, JJ, & Arnaiz, 2006 p. 52)

Dentro de lo referido, las percepciones juegan un papel fundamental para la configuración de metáforas en torno a la Salud mental y los trastornos mentales, en donde el contexto social construye y transforma distintos imaginarios que a su vez traspasan al ámbito individual.

En palabras de la escritora Susan Sontag “La desinformación sobre una enfermedad es la que conlleva directamente el miedo a ella: basta ver una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa.” (Sontag, 1977 p. 2)

Por otra parte, la metáfora se puede definir entonces como “Figura retórica de pensamiento por medio de la cual una realidad o concepto se expresan por medio de una realidad o concepto diferentes con los que lo representado guarda cierta relación de semejanza.” (RAE, 2018).

Sin embargo, autores como Lakoff y Johnson (1980) han hecho uso del término metáfora como algo más que una simple figura retórica, más exactamente una estructura conceptual, una estructura cognitiva que permite hacer comprensible un objeto en términos de otro; es decir es un modo de hacer entender una realidad en términos de otra que se establece como análoga. (Ribas y Todolí, 2008)

Las metáforas son representaciones de todo lo que nos rodea y están impregnadas en todos los tipos de discurso, en palabras de Lakoff (1980 p. 39): “impregna la vida cotidiana, no solamente el lenguaje, sino también el pensamiento y la acción. Nuestro sistema conceptual ordinario, en términos del cual pensamos y actuamos, es fundamentalmente de naturaleza metafórica.”

En consecuencia con lo anterior, Butler plasma el proceso de configuración y reconfiguración de las mismas dentro del concepto de Ley simbólica de la cual refiere que “no se le da a la Ley una forma fija (...) es aquello que precede y excede las aproximaciones mortales que realiza el sujeto”, en donde es el individuo quien produce y reproduce la cita o metáfora bajo una serie de

experiencias y parámetros, “la construcción no sólo se realiza en el tiempo, sino que es en sí misma un proceso temporal que opera a través de la reiteración de normas”. (Butler, 1993 p. 28)

De modo tal que la construcción de metáforas que son en sí mismas representaciones aprobadas socialmente, surgen a partir del discurso que las reproduce desde grupos sociales y colectivos, es la comunicación el elemento que precede a una acción consentida en la metáfora.

Por otra parte, otro de los aspectos relevantes para esta investigación es la Comunicación, la comunicación como clave de la expresión y la acción humana representa un medio por el cual se pueden identificar el proceso de metaforización, es por esto que se retoma el concepto de narrativa que en una aproximación al documento Intervención en Salud mental desde el Trabajo social, se entiende que las “enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relatos (...) Las narrativas de la enfermedad, desde la perspectiva de la intervención del Trabajo social en Salud mental, construyen la escucha, la mirada y el registro” (Gómez, 2017 p. 5). Lo anterior propone que la narrativa trasciende lo escrito e incluye la expresión verbal, el comportamiento observable y otras formas de comunicación.

Dado que las narrativas permiten un acercamiento a la experiencia de los sujetos, se abre paso a que institucionalmente se recopile dichas expresiones para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial que teniendo en cuenta las características de sus planteamientos perdure en el tiempo o tenga un cambio en el contexto social.

Se comprende intervención psicosocial de acuerdo a la obra de Bernler Gunnar (1997) como una actividad sistemática y con objetivos definidos que tiene como fin el fortalecimiento de la capacidad de resistencia del individuo frente a las exigencias del medio, por lo cual pretende cambiar el medio y cambiar la sociedad dentro del individuo. (DNP citando a Bernler Gunnar, 2013 p. 6)

Análogamente, los escenarios de la intervención psicosocial de acuerdo a Bueno Abad (2005) se configuran en vinculación a postulados de la teoría de las Representaciones Sociales entendiendo entonces que los escenarios de la intervención psicosocial hacen referencia a los espacios y situaciones del entorno social identificadas como áreas de interés en donde se espera generar el cambio individual conociendo que este está anclado sobre la transformación colectiva.

Las Representaciones sociales se elaboran desde la comunicación y el lenguaje, cobrando en la actualidad una importancia crucial (...)construimos nuestra definición de la realidad

a partir de las Representaciones Sociales que compartimos con nuestros grupos sociales y gracias al pensamiento de sentido común que elaboramos entre todos(...)En este mundo de construcciones de discursos y lenguajes hay palabras que llenan nuestra memoria de imágenes, de gestos, palabras como solidaridad, bienestar, igualdad; hay también, términos que nos transmiten sentimientos y que nos llaman a mostrar capacidad de movilización para tratar de paliar sus efectos, palabras como pobreza, discriminación, marginación, inadaptación, desigualdad, exclusión. Situaciones y contextos en los que resulta difícil quedar indiferentes, en los que no podemos crear nuestros esquemas de análisis si no agudizamos nuestras habilidades de percepción para definir con precisión y sacar a la luz lo que se pretende esconder. (P.46)

Los tipos de intervención en la relación de ayuda que la intervención psicosocial propone, recopila entre otras a la intervención expresiva; esta responde a la problemática social abordada en la medida en la que se entiende como intervención expresiva de acuerdo a Bueno Abad como un tipo de intervención psicosocial que reconoce al individuo como ser en interacción y desarrollo constante con el entorno, es portador de una historia de vida que expone una serie de manifestaciones de dicha interacción. En palabras de Bueno Abad “las intervenciones expresivas tratan de facilitar que las personas amplíen sus niveles de percepción, de tratar de comprenderse a sí mismos y de las circunstancias que tienen a su alrededor.” (Bueno, 2005 p.92).

4.4 Marco metodológico

La presente investigación es de carácter cualitativo, ya que busca comprender los fenómenos través de una exploración que permite conocer la perspectiva de los sujetos en su ambiente natural y en su contexto, reconociendo las subjetividades que permiten construir la realidad, profundizando interpretaciones y significados (Hernández Sampieri, 2006), y se sitúa en los planteamientos de la hermenéutica puesto que:

El hermeneuta es, por lo tanto, quien se dedica a interpretar y develar el sentido de los mensajes haciendo que su comprensión sea posible, evitando todo malentendido, favoreciendo su adecuada función normativa y la hermenéutica una disciplina de la interpretación. (Arráez, Calles y Tovar, 2006 p. 173)

Consecuentemente con lo anterior, la investigación es de tipo exploratorio dado que lo que se busca es indagar, reconocer inspeccionar el fenómeno del Autoestigma por medio del acercamiento al mismo y a la población en cuestión “La investigación exploratoria pretende dar una visión general del fenómeno, se realiza cuando el tema elegido ha sido poco explorado y reconocido” (Silva Arciniega, 2006 p. 76)

El proceso investigativo se desarrolla según la metodología planteada por Elssy Bonilla (2005), de la siguiente manera:

4.4.1. Exploración de la situación

En esta etapa se realiza en primer lugar una revisión documental respecto a las diferentes variables tomadas para la presente investigación como lo son el Estigma en Salud mental, el quehacer profesional del trabajador social en el área de Salud mental, las metáforas o mitos que se crean en torno al trastorno mental y propuestas de intervención que contemplen estrategias alternativas y novedosas, lo anterior con el fin de determinar el posible vacío conceptual, evitar caer en el error de repetir investigaciones anteriormente realizadas e innovar en la investigación (metodológica y conceptualmente hablando); paralelamente se realiza un acercamiento a la población con la cual se desarrolla el proceso con el fin de verificar la factibilidad de la idea de investigación.

Como producto de esta etapa metodológica se evidencian los antecedentes destacados del estado del arte, en la que se resaltan los autores e investigaciones que aportan y/o apuntan al cumplimiento de objetivos similares al de la investigación.

4.4.2. Problema de investigación

Tras realizar la revisión documental y determinar las variables que se establecen para la investigación se procede a ahondar en datos estadísticos que evidencian el estado de la situación en la actualidad; al obtener los resultados de lo anterior se inicia el planteamiento del problema y alcances del proceso.

Esta etapa también permite delimitar la investigación con el fin de que sea plausible su realización de acuerdo a las características institucionales, las características de la población y que los objetivos sean alcanzables.

5. Configuración de la muestra

A partir de encuentros realizados en la dependencia de Docencia e Investigación se determinan generalidades para la conformación de la muestra a partir de criterios de inclusión y exclusión; se determina que la muestra poblacional será de 10 a 15 personas, elegidas a conveniencia teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Interés de usuario por participar en la investigación. ● Que el usuario sepa leer y escribir. ● Que tenga el aval del equipo psicoterapéutico para participar en las sesiones (debe cumplir el criterio de funcionalidad: pensamiento y habla ordenados, sintomatología controlada, sin riesgo inminente de hetero o auto agresión) ● Compromiso de participación constante y cumplimiento en la asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Que los síntomas representen un riesgo inminente para sí mismo o para los demás. ● Que no cuente con el aval del equipo psicoterapéutico. ● Que manifieste no tener deseos de participar activamente en la investigación.

Fuente: Equipo investigador

En primer lugar, se realiza una reunión con el equipo interdisciplinario con el fin de seleccionar los usuarios que son candidatos para ser parte del proceso de acuerdo a los criterios de exclusión e inclusión y al perfil ocupacional de cada usuario.

Al ser un proceso de carácter voluntario, posterior a la reunión con el equipo terapéutico, se establece comunicación con los usuarios para presentarles el proyecto de investigación y que manifiesten su interés o negativa por participar en él; por último, se solicita la firma del consentimiento informado para cumplir con el protocolo institucional.

Capítulo II. Análisis e interpretación de la información

2.1 Caracterización de la población

La población seleccionada para el proceso de investigación corresponde a los servicios de Hospitalización, Hospitalización Crónicos y Programa Redes.

Se cuenta con una muestra de 10 a 15 usuarios de la institución, y cabe aclarar que este número varía sesión a sesión teniendo en cuenta la naturaleza del programa de Hospitalización en el que los usuarios tienen una duración aproximada de una semana o dos dependiendo del motivo de hospitalización y la sintomatología.

Respecto al programa Redes, programa de rehabilitación de fármaco dependencia, los usuarios se encuentran con diagnóstico clínico de trastorno de conductas adictivas (consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, ludopatía, hipersexualidad, entre otras); sin embargo, se asocian casos de patología dual en la que anexo a la conducta adictiva existe un diagnóstico de trastorno mental con mayor frecuencia de esquizofrenia y trastornos de personalidad. Su estancia se da bajo la culminación voluntaria de cuatro fases de tratamiento. Para la presente investigación se cuenta con un grupo base de cinco usuarios que acompañan el proceso en todas las sesiones con contadas excepciones de permiso institucional para salidas parciales en las cuales se autoriza su salida acompañada por acudiente o miembro familiar por un periodo de 12 o 24 horas según la fase en la que se encuentre; el grupo es conformado, posterior al aval del equipo psicoterapéutico, consolidándose así con la participación de una mujer y dos hombres que presentan conductas adictivas en relación al consumo de Sustancias psicoactivas (SPA), incluyendo alcohol.

El grupo de usuarios de Hospitalización Crónicos presenta la característica particular de estar conformado por personas que residen en la institución (lo cual se debe a situaciones como órdenes de interdicción dictaminadas por un juez de la República o al deterioro cognitivo causado por la sintomatología de su trastorno), por lo que también supone para la investigación un grupo estable con el cual llevar el proceso de inicio a fin. Los usuarios participantes que conforman el grupo son tres hombres y una mujer, los cuales fueron seleccionados por el equipo psicoterapéutico como candidatos para participar en el proceso y posteriormente aceptaron por voluntad propia hacer parte del mismo.

De acuerdo con la historia clínica de los usuarios, dos de ellos están diagnosticados con Esquizofrenia paranoide, otro de ellos con Trastorno afectivo bipolar (TAB), y uno de ellos

presenta un diagnóstico clasificado por el DSM-V en la categoría de “Otros trastornos mentales debido a una lesión”.

En lo concerniente al Programa de Hospitalización, el objetivo institucional del programa está orientado a la estabilización de síntomas y a promover en el usuario estrategias de autocuidado y mutuo cuidado así como a un adecuado manejo del tiempo libre; el proceso de selección se realiza semanalmente teniendo en cuenta el criterio del equipo tratante sobre las características que presentan los usuarios en las sesiones grupales realizadas por el área de Trabajo social y el posterior consentimiento de los mismos.

2.2 Recolección de la información

En esta fase se acuerda realizar sesiones organizadas según los siguientes temas:

Tabla 3. Cronograma ejes temáticos

Sesión	Objetivo de la sesión
<p>Sesión 1 – Acercamiento: Se plantea en esta sesión realizar el primer acercamiento a la población, en el cual se explica el proceso metodológico y la importancia de su participación y compromiso con el mismo; lo anterior permite amenizar el espacio y la cohesión grupal para el desarrollo efectivo de las futuras sesiones.</p>	<p>Realizar acercamiento con los usuarios de la CNSP que participarán en el proceso con el fin de hacer una primera presentación de los miembros que conforman el grupo y fortalecer la comunicación de los mismos con las trabajadoras sociales investigadoras.</p>
<p>Sesión 2 – Escritura: Reconociendo que la forma de recolección de la información será en su mayor parte la narrativa escrita, se plantea la segunda sesión para incentivar el uso de la escritura como una forma de catarsis y autorreflexión, lo anterior contribuye al proceso de investigación si se tiene en cuenta que las siguientes temáticas seleccionadas requieren de la introspección de los participantes.</p>	<p>Promover el ejercicio de la escritura como forma de catarsis y expresión de sentimientos.</p>
<p>Sesión 3 - Redes de apoyo: A partir de la revisión de la literatura realizada para la investigación, se</p>	<p>Identificar redes de apoyo para reconocer relaciones y percepciones de los usuarios con</p>

destaca que el fenómeno del Estigma se produce desde los distintos grupos sociales, por ello es necesario conocer los imaginarios, actitudes y posturas de las redes de apoyo con las que cuenta el usuario y el modo en que el Estigma de carácter social incide en la percepción y auto-reconocimiento de los individuos, configurando de este modo el Autoestigma.

Sesión 4 – Cuerpo: El cuerpo como categoría de análisis permite identificar la manera en la que los sujetos se ven a sí mismos, es decir su autopercepción la cual se ve modificada por las influencias del entorno social.

Identificar las metáforas que se configuran en torno al cuerpo y al trastorno mental de los usuarios de la CNSP.

Sesión 5 – Diagnóstico: Al tratarse del tema de Estigma en Salud mental, el Diagnóstico es el tema último abordado, este permite identificar las emociones, percepciones y por ende las metáforas que los usuarios identifican y reproducen respecto al diagnóstico en Salud mental.

Identificar la percepción de los usuarios de la CNSP frente al diagnóstico clínico, su relación con el motivo de hospitalización y las consecuencias sociales que trae consigo.

Fuente: Equipo investigador

Por consiguiente, se contempla la narrativa como técnica de recolección de información, en donde el instrumento pasa a ser la forma oral y escrita del discurso, en torno a los temas de las sesiones, teniendo en cuenta que la narrativa permite la expresión de las experiencias de los usuarios de forma detallada. Por otra parte, se considera una forma apropiada de abordaje a la población ya que:

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo comunitario, la cual centra a la persona como expertos en su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas (...) las historias alternativas son historias identificadas por las

personas que van en dirección a la vida que desean, reducen la influencia del problema en su vida y crea nuevas posibilidades de vida. (Castillo Ledo, Ledo González, & del Pino Calzada, 2012 p. 5)

En el transcurso de cada sesión, se realizaron actividades que permiten el acercamiento y sensibilización respecto al eje correspondiente y en las que se da un espacio de intercambio de experiencias en donde, por medio del diálogo, de lo escrito y de las herramientas artísticas utilizadas se obtendrá información relacionada con los temas centrales de cada sesión.

Las herramientas artísticas utilizadas en las sesiones permiten la narración de los usuarios a través de otros instrumentos que entre otras cosas amplían la gama de detalles y dan cuenta de aspectos relevantes de los usuarios desde formas diferentes y distintas a las tradicionales (lo escrito y lo verbal), así pues las herramientas implementadas para la narración de los sujetos en cuestión son:

Corpografía: Entendiendo que el Taller Corporal, sostenido por las diferentes técnicas y escuelas, se apoya en lo sensorial, la autopercepción, la experimentación y en lo expresivo (...) los talleres corporales toman uso de distintas herramientas o técnicas (arte, pintura, escritura, etc.) para representar el cuerpo, “Corpografía sería entonces graficar desde el cuerpo pero también con el cuerpo y en el cuerpo, es una cartografía del cuerpo que le va un lugar relevante la palabra.” (Díaz, 2016).

La corpografía entonces se retomará como un ejercicio expresivo del cuerpo en donde los usuarios representarán en dos momentos, un antes y un ahora, cada sujeto tendrá la libertad de elegir cuál fue el momento de cambio o la línea de separación entre su antes y su ahora, así como también la libertad de usar distintos recursos (pintura, marcadores, papeles, colores, lápices) para beneficio del producto final. El objetivo último de esta herramienta en la presente investigación, será la identificación de metáforas del Estigma que han sido apropiadas por el usuario y que modifican su autopercepción, es decir, que tienen implicación directa con las manifestaciones del Autoestigma, aludido a la realización de la corpografía se solicitará una breve socialización del producto con el objetivo de vislumbrar mayor detalle en la narrativa de los usuarios en relación a su corpografía.

Es importante aludir el uso de otro tipo de herramientas artísticas que cumplen el papel de sensibilización previa a la actividad central, entre las que se destaca el uso de la música, la danza y otras actividades dinámicas que serán retomadas en mayor detalle en las planeaciones

correspondientes a cada sesión. Se destaca que dichas herramientas funcionan de antemano para la expresión corporal y actitudinal de los participantes, la ejecución de estas resulta necesaria y fundamental para la efectividad de cada sesión y el cumplimiento del objetivo de la misma en cuanto a la recolección de información para el presente proyecto investigativo.

Por otra parte, el uso de la escritura cumple un doble propósito: por una parte permite una identificación más práctica de los elementos que son útiles a la investigación, pero por otro lado permite al usuario la expresión de sus pensamientos y sentimientos en un espacio libre de juicios y con personas, que existe la posibilidad, hayan tenido experiencias cercanas o similares a las suyas; lo anterior es importante rescatarlo con el fin de resaltar la importancia del uso de herramientas y técnicas de investigación que no solo cumplan el propósito investigativo, sino que también hagan aportes a la población con el fin de retribuir o corresponder de forma positiva a las personas que contribuyen a los procesos que se pretenden desarrollar.

3. Organización, análisis e interpretación de la información

De acuerdo con lo planteado por Elssy Bonilla, es importante en esta fase del proceso investigativo seleccionar la información pertinente para el cumplimiento de los objetivos (Bonilla, 2005); teniendo en cuenta lo que se pretende conseguir, se considera oportuno que la selección de la información se realice por medio de la codificación de los textos, lo que a su vez posibilita la visibilización de las contradicciones, relaciones o emergencia de patrones.

Acorde con los postulados de la autora metodológica, la forma de categorización que compete a esta investigación es la abductiva de la cual se resalta que “aunque la categoría emerja de los datos y no de una teoría, dicha categoría es de algún modo familiar al investigador, no contradice la visión de la realidad que conoce o la que está estudiando” (Bonilla, 2005 p.236) ya que se pretende que a partir de la información de las variables inductivas se pueda hacer un acercamiento a las variables deductivas brindadas por las bases teóricas.

Respecto al análisis de la información, se considera oportuno utilizar la herramienta de la taxonomía, definido por la autora como “Clasificaciones más detalladas de la información contenida en las subcategorías, sirven para visualizar los datos y comenzar a detectar relaciones entre ellos.” (Bonilla, 2005 p. 264) ya que permite acceder a las categorías de forma más sencilla y rápida, teniendo en cuenta la cantidad de información recolectada.

Según Bonilla (2005) la interpretación de los datos cualitativos se realiza a través de cinco pasos generales, de los cuales se retoman únicamente los que tengan pertinencia para la investigación.

Descripción de los hallazgos aislados:

Los hallazgos en este caso corresponden a los escritos que realizaron los usuarios de la CNSP en las diferentes sesiones, por lo que no es necesario realizar una descripción de los mismos.

Identificación de las relaciones entre variables

Al ser un análisis de tipo abductivo, se identificarán en un primer momento las variables inductivas (metáforas respecto a los temas de las sesiones realizadas) correspondientes a las manifestaciones del Autoestigma que permiten formular lineamientos para una propuesta de intervención psicosocial.

Formulación de relaciones tentativas entre variables

Del contraste y la correlación de las variables dadas por los usuarios (inductivas) con las variables deductivas (manifestaciones del Autoestigma), se realiza un proceso de análisis que fortalece y genera nuevos significados y conceptos en cuanto al fenómeno del Autoestigma y la Salud mental.

Revisión de los datos en búsqueda de relaciones que corroboren o invaliden los supuestos que guían el trabajo

Identificación de subargumentos y nuevos aportes que puedan corroborar o invalidar las relaciones que se establecieron en los puntos anteriores respecto a las manifestaciones del Autoestigma.

Formulación de explicaciones sobre el fenómeno

Desarrollo de conclusiones e hipótesis del fenómeno del Autoestigma por medio de lo hallado en el proceso relacional entre variables inductivas y deductivas que permiten comprender y retroalimentar los elementos teóricos recolectados previo a las sesiones narrativas ejecutados con los usuarios de la CNSP.

A partir de lo anterior se plantean situaciones ideales respecto al abordaje de los usuarios que contribuyan a la formulación de los lineamientos para una futura propuesta de

intervención psicosocial, con el fin de que logre coherente la realidad institucional (atendiendo a las dinámicas institucionales como la duración de las estancias de los usuarios en la institución, en ocasiones la falta disponibilidad de la familia, los tiempos designados para la intervención de cada uno de los profesionales del equipo psicoterapéutico, entre otras.) y lo manifestado por los participantes; se busca que los lineamientos puedan ser, en gran medida, transversales a todas las acciones que desde las instituciones se realicen, con el fin de facilitar su implementación y que puedan ser replicados en la familia y diferentes círculos sociales en los cuales el usuario se desenvuelve.

Para la ejecución de lo anterior se tuvieron en cuenta los aspectos y pasos metodológicos necesarios en el diseño de una propuesta de intervención psicosocial.

3. Taxonomía

Acorde a el proceso metodológico, se realiza la taxonomía recopilando la información hallada de acuerdo a los dos primeros momentos de la Interpretación de los datos cualitativos (Bonilla, 2005) y se generan relaciones entre las variables identificadas por medio de las narrativas de los usuarios y las diferentes herramientas que fueron utilizadas en la recolección de información (corpografías y mapas de red).

Es de aclarar que la investigación es de carácter Abductivo (Bonilla, 2005), la cual tiene como objetivo retroalimentar las teorías por medio de las voces de los actores de la investigación (en este caso los usuarios de la CNSP), por lo que en la taxonomía se evidencia que la categoría deductiva es el Autoestigma, y las categorías emergentes o inductivas son las metáforas identificadas y los componentes de las mismas.

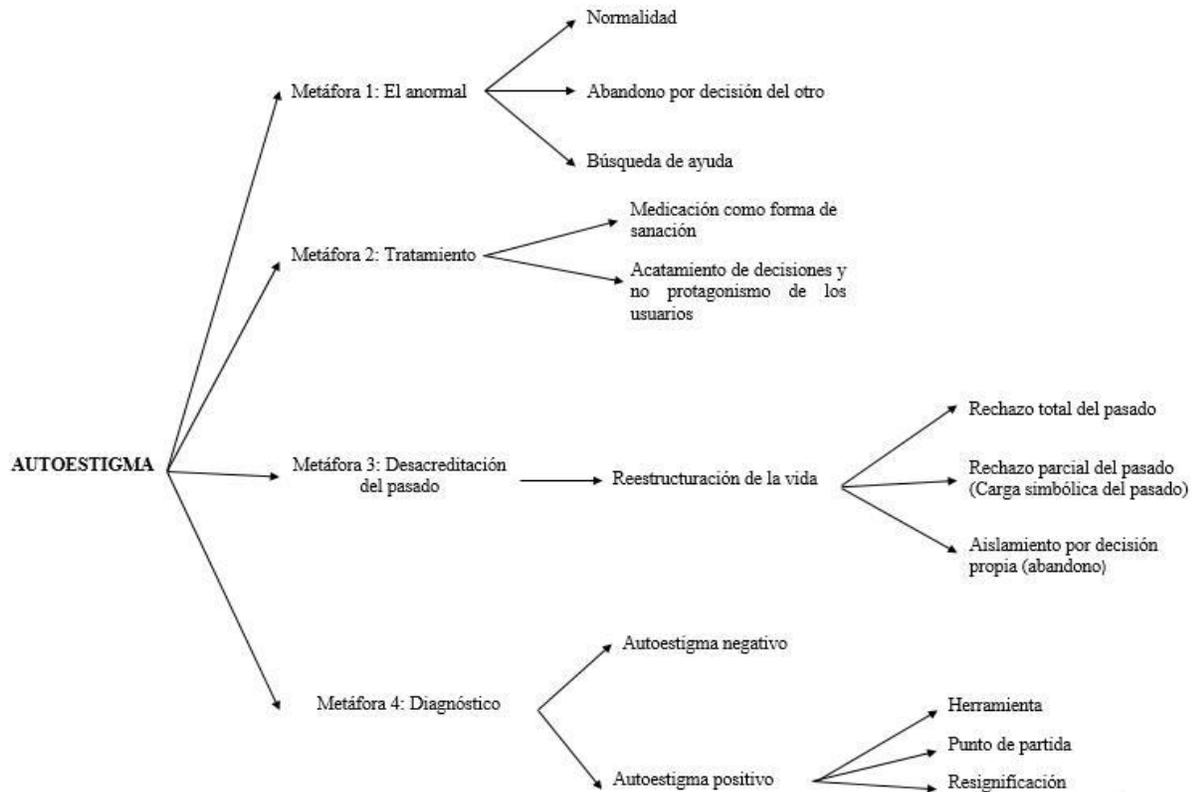


Ilustración 2. Taxonomía

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan los fragmentos que atienden a las metáforas seleccionadas para el análisis de la información:

Relación de fragmentos con categorías
Categoría Deductiva: Autoestigma a. Metáfora “El anormal”

a.a. Categoría Inductiva “Normalidad”

- “Si Dios quiere ojala me pueda recuperar del todo, para algún día llevar una vida normal” (Paloma)
- “Cuando salga de la clínica y este bien...” (Carlos Alberto)
- “...pensar que ojalá poco (Refiriéndose a: poco a poco) me logre recuperar del todo y llevar una vida normal afuera” (Chespier) a.b.

Categoría Inductiva “Abandono Por decisión del otro”

- “A veces la poca asistencia de mi hijo intermedio, el alejamiento de personas cercanas” (Paloma)

-“...la discriminación, el abandono las peleas permanente en la familia me fueron apareciendo síntomas...” (Paloma)

a.c. Categoría Inductiva “Búsqueda de ayuda”

-“Llegué a la clínica de la paz ya que tenía un problema de drogodependencia el cual acepté por completo ante mi familia y amigos, el círculo social se eliminó casi que completo” (Gualdo)

b. Metáfora “Tratamiento”

b.a. Categoría Inductiva “Medicación y búsqueda de ayuda”

-“Así que decidí pedir ayuda psiquiátrica donde pensando que había una píldora mágica la cual iba a quitarme todos mis problemas, mis malos pensamientos y demás...” (A.V)

-“...Fue donde “senté cabeza” y dije: necesito ayuda, no era lo que esperaba pero igual acaté lo que me decían...” (A.V)

-“La razón por la que estoy aquí es una terapia crónica de depresión, pero ya me siento bien en opinión de todos mis psiquiatras y compañeros.” (Pako el maldito) -“...pensar no desaprovechar el tiempo de terapia utilizando mal el tiempo, aprovechar de portarme mal sino estar de acuerdo con MI TRATAMIENTO.” (Chespier)

c. Metáfora “Desacreditación del pasado”

c.a. Categoría Inductiva “Desacreditación total“

-Corpografía Olivia

-Corpografía Gualdo

c.b. Categoría Inductiva “Desacreditación

parcial” -Corpografía Tolochito

-Corpografía M.

c.c. Categoría Inductiva “Aislamiento por decisión propia”

-“El día que llegue a la clínica, igual que el día que entré al programa solo me acompañaba la persona que desde hace un buen tiempo me había acompañado...” (Oliva)

d. Metáfora “Diagnóstico”

d.a. Categoría Inductiva “Autoestigma positivo: Herramienta”

-“Doy gracias a Dios por recibir gran noticia (En referencia al diagnóstico) que bien sirvió para mí dar a conocer con mis compañeros y las 2 señoritas los temas dudan a conocer le llevo esto para quien tenga dudas...” (Carlos Alberto)

d.b. Categoría Inductiva “Autoestigma positivo: Punto de partida”

-“... entendí que de mí depende si la enfermedad mental es un limitante para mí, o si es el punto de partida, mi principio de realidad...” (Oliva)

d.c. Categoría Inductiva “Autoestigma positivo: Resignificación”

-“La razón por la que estoy aquí?: Primero que todo la razón: El abuso de alcohol. Como me siento – todavía no uso el término de común: Alcohólico. No me siento nada cómodo diciendo que soy un alcohólico....” (Tolochito)

3. Análisis de la información

Según Bonilla (2005), posterior al proceso de correlación de variables, se procede a identificar los argumentos y subargumentos que permiten plantear explicaciones tentativas del fenómeno que se aborda en esta investigación. Así pues, se identificaron, gracias a la concurrencia en el lenguaje, cuatro metáforas centrales que fueron analizadas a la luz de las narrativas de los usuarios de la CNSP y que contribuyen a replantear la forma de abordaje del Autoestigma en el área de la Salud mental desde Trabajo social, apuntándole a la reivindicación del Autoestigma como una forma de resignificación de la persona.

Es importante destacar que al tratarse de un análisis de tipo abductivo, las metáforas no serán contrastadas con autores teóricos sino que se abordarán exclusivamente desde la voz de los actores y la reflexión del equipo investigador.

En un primer lugar, la metáfora de “El anormal” contendrá los ejes de: normalidad, abandono y búsqueda de ayuda, a partir de situaciones y experiencias narradas por los usuarios; esta metáfora recopila acciones ejecutadas por distintos actores y grupos sociales protagonistas del Estigma.

En un segundo momento, se plantea la metáfora de “Tratamiento” que se divide en dos tópicos: inicialmente la percepción de la medicación como forma de sanación, que da cuenta del imaginario social de que el abordaje farmacológico es la única opción para los usuarios; y como segundo tópico, el acatamiento de indicaciones y el no protagonismo de los usuarios haciendo

énfasis en la obediencia hacia las indicaciones psicoterapéuticas y la no postura crítica o protagónica del usuario frente a su propio tratamiento.

En tercer lugar, se abordará la metáfora de “Desacreditación del pasado”, la cual es vivenciada por los usuarios de forma total (rechazando por completo todo el estilo de vida anterior al proceso terapéutico) o parcial (reconociendo la carga simbólica de las experiencias previas y la influencia que estas tienen en su percepción del presente).

Por último, se analizará la relación entre sujeto-diagnóstico y las metáforas que se crean en torno a ella; en esta sección se dará cuenta de las distintas formas en que los usuarios se apropian de su diagnóstico y reestructuran su vida a partir del mismo.

Con el fin de dar un mayor entendimiento del proceso de análisis frente a la categoría de investigación, se considera pertinente realizar una aproximación teórica a los conceptos de Estigma y Autoestigma.

Así pues, la literatura indica que el término “Estigma” se refiere a una marca desacreditadora que posee o es asignada a una persona o grupo social (Goffman, 1963). El Estigma en sí mismo constituye algo más que un señalamiento o distinción. Es la unión de ideas, creencias y juicios de valor creados y replicados en la esfera social por medio del lenguaje (metáforas) que en últimas se traducen en preceptos, actitudes y acciones dirigidas a un grupo o persona que se identifica como diferente a los estándares sociales.

Diferentes autores han retomado el concepto de “Estigma sentido”, como la forma en la que las personas con Trastorno mental vivencian el Estigma social. Sin embargo se han venido haciendo aproximaciones al concepto de “Autoestigma”, el cual indica cómo el Estigma Sentido modifica al sujeto. Autoestigma es, entonces, entendido desde la literatura como la reacción del individuo o grupo objeto de Estigmatización que vuelve las acciones estigmatizadoras en su contra (Uriarte y Arnaiz, 2006), es decir, se revierten todos aquellos elementos de carga social en el campo personal, de modo tal que las actitudes estigmatizadoras son replicadas por la misma persona o grupo Estigmatizado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se procede al análisis de las metáforas de los usuarios de la CNSP en relación con las manifestaciones del Autoestigma.

(Nota: los fragmentos utilizados en el análisis de la información son fieles a la forma original en la que fueron escritos por los usuarios, con la excepción de correcciones ortográficas que fueron necesarias para la comprensión de los mismos.)

3.1 Metáfora 1: “El anormal”

Teniendo en cuenta el debate que se generó en la recolección de información de la presente investigación, se llega a la conclusión de que la normalidad es una categoría que ha sido ampliamente debatida identificando que esta se da acorde al momento que atraviesa la sociedad, de manera tal que la normalidad de hoy no es la misma normalidad de ayer; es una configuración cultural y por ende histórica.

La normalidad constituye un reflejo y aprobación de las propias conductas, es decir, una identificación con un otro que legitima lo “anormal”; de modo que la distinción entre normalidad y anormalidad está sujeta a la cantidad de personas y/o instituciones que aprueben una conducta o situación.

Por ende, el individuo al hacer parte de una institución (familia, escuela, hospital, etc.) actúa con referencia a marco normativo y ordenado, que le otorga un connotación de normalidad puesto que sus acciones atienden a lógicas institucionales. Así pues, cualquier acción alejada del marco normativo es considerada anormal.

Para los usuarios de la CNSP, la normalidad se genera en el espacio institucional por medio del reconocimiento entre pares en donde se legitima su conducta. No obstante, su estado de “normalidad” en un espacio externo al institucional, en grupos sociales diferentes a los pares, automáticamente desacredita lo normal.

El Autoestigma está directamente relacionado con lo que se considera normalidad, dado que cuando a una persona se le otorga la etiqueta de “anormal” se inicia un proceso desacreditador que la misma persona apropia, evaluando todos los aspectos de su vida y generando juicios de valor. Ejemplos de lo anterior fueron identificados en el discurso de los participantes al referirse a situaciones como:

“Si Dios quiere ojala me pueda recuperar del todo, para algún día llevar una vida normal” (Paloma), *“Cuando salga de la clínica y este bien...”* (Carlos Alberto), *“pensar que ojalá poco (Refiriéndose a: poco a poco) me logre recuperar del todo y llevar una vida normal afuera”* (Chespier), etc.

Así pues, el individuo crea una dualidad entre el futuro ideal como normal y positivo, y el estado actual o previo al ingreso a la institución como lo anormal y negativo. Las instituciones como las clínicas psiquiátricas funcionan entonces como “entidades rehabilitadoras” que le

permiten al sujeto curar su anormalidad y volver a vivir en sociedad, es decir, que para el usuario esta forma de replicación del discurso institucional y la naturalización del mismo respecto a lo que debe ser su comportamiento fuera de la institución es la confirmación de su anormalidad, por lo que al ser apropiado por ellos mismos constituye una manifestación del Autoestigma.

Otra de las situaciones en referencia a la metáfora de normalidad fue expresada por uno de los usuarios en la Sesión 3. Redes de Apoyo en la que de manera introductoria se solicitó hablar de situaciones que constituyen un tabú respecto a su diagnóstico clínico. El usuario manifestó que la situación tuvo lugar en la institución cuando le mostró uno de sus escritos al médico tratante; éste los considera parte de su “delirio” y, en consecuencia, decide aumentar su medicación. El usuario expresa que sintió que esta es una forma de menospreciar su trabajo y afirma su decisión de no volver a compartir sus obras con el equipo tratante.

Más allá del Estigma que representa el generalizar las ideas de un usuario como una muestra de su sintomatología, la decisión del actor de no volver a expresar sus ideas frente al equipo terapéutico demuestra la forma en que una persona revierte el Estigma hacia sí mismo prefiriendo silenciar sus ideas antes que someterlas a un juicio institucional.

Otro ejemplo relacionado a la metáfora de anormalidad fue expresado por uno de los usuarios en la misma sesión del ejemplo anteriormente referenciado. El actor narra que en su núcleo familiar se presentan situaciones en las que su mamá prefiere que él no tenga mayor relación con su familia extensa y se muestra resistente a que mantenga un contacto prolongado con ellos; el usuario manifiesta que la razón detrás de esta decisión es la angustia de su madre respecto a que una situación incómoda para él pueda generar algún tipo de alteración en sus síntomas. Aunque la motivación inicial del núcleo conviviente es favorecer el proceso terapéutico del usuario, este expresa que la decisión representa para él momentos de soledad que son más evidentes en las visitas recibidas en la institución. El usuario comparte que sólo recibe visitas por parte de su núcleo conviviente y no cuenta con una relación social ajena a ellos.

Este sentimiento de soledad es compartido por otros usuarios, aunque es vivenciado de forma diferente. Sin que sea una generalidad en todas las personas que acuden a alguna institución que presta servicios de Salud mental, sí se evidencia un punto en común en las narrativas de los actores de esta investigación: la soledad y el aislamiento son producto del abandono por parte de su círculo social que en muchas ocasiones atiende a lógicas sociales de distanciamiento ante lo no conocido, ante lo no normal. Se entiende entonces que la acción de aislamiento, ya sea

proveniente por decisión propia o del otro, es una reacción que responde al conjunto de mitos que catalogan a las personas diagnosticadas con un trastorno mental como anormales.

Uno de los actores expresó que el abandono trae consigo repercusiones en su Salud mental, los fragmentos son tomados de la sesión 5. Diagnóstico en la cual el usuario manifiesta:

“A veces la poca asistencia de mi hijo intermedio, el alejamiento de personas cercanas” (Paloma), “la discriminación, el abandono las peleas permanente en la familia me fueron apareciendo síntomas como el hablar sola, ver figuras de monstruos en el piso, reírme sin haber ningún motivo, intento de suicidio de hacerme daño.”(Paloma)

Por lo tanto el abandono, representa para el proceso terapéutico un obstáculo que en muchos casos es minimizado por los profesionales en Salud mental. Al tener una influencia importante en la agudización de síntomas de los usuarios, se considera una falencia en los servicios que son prestados y un tema que amerita mayor abordaje.

Otro ejemplo representativo del abandono fue hallado en uno de los escritos realizados en la sesión 3. Redes de Apoyo, se retoma el siguiente fragmento:

“Llegué a la clínica de la paz ya que tenía un problema de drogodependencia el cual acepte por completo ante mi familia y amigos, el círculo social se eliminó casi que completo” (Gualdo)

Lo anterior indica una forma de Estigma representado en el abandono, teniendo en cuenta que este se dio en el momento en que el usuario reconoció el diagnóstico y lo expresó a su círculo social. Se destaca del fragmento dos momentos; en primera instancia el momento en que el usuario ingresa a la institución es muestra de la necesidad de apropiar un marco normativo que logre habilitarlo para la reinserción a su vida cotidiana. El segundo momento se sitúa como consecuencia del primero, puesto que la decisión de reconocer el diagnóstico a su círculo social desencadenó la situación de distanciamiento. Lo anterior es muestra de la connotación desacreditadora que conlleva el buscar ayuda profesional en Salud mental.

La búsqueda de ayuda profesional es, lastimosamente, en muchos casos el último recurso al que acuden las familias o las personas que atraviesan situaciones que alteran la cotidianidad de su

vida, y que pueden llegar a superar su capacidad de reponerse a la misma (capacidad en el sentido de utilización de recursos propios y externos para tal propósito). Esto se debe precisamente a las consecuencias sociales que parece acarrear el pedir ayuda; remitiéndose a las metáforas, aparecen términos como debilidad, incapacidad, y el término aparentemente más temido... locura.

Las acciones de abandono y distanciamiento como puesta en práctica de la metáfora de anormalidad son resultado de una mitificación social de los trastornos mentales, es importante destacar que esto da cuenta de un mero proceso de desinformación. Los alcances y avances científicos en el área de la Salud mental son en muchas ocasiones desconocidos ante la sociedad en general a pesar de que estos consiguen desmitificar ideas históricas de la Salud mental.

Por consiguiente, el abordaje en este caso deberá tener un carácter educativo, el cual debe atender no exclusivamente a los usuarios, sino también hacia las personas que consideran necesario acudir a una institución en búsqueda de ayuda y no lo hacen por miedo a los efectos sociales que esto pueda acarrear. La educación es la forma de hacerle frente a las consecuencias negativas del Estigma y el Autoestigma.

3.2 Metáfora 2: Tratamiento

En un primer momento, la mitificación de reconocer el tratamiento farmacológico como única alternativa de mejoría, es en sí misma una metáfora que surge a partir del desconocimiento de la Salud mental, los trastornos mentales y las opciones de intervención; la poca claridad respecto al quehacer de los profesionales de la Salud mental y las implicaciones que conlleva iniciar un proceso psicoterapéutico, crean una serie de imaginarios sociales que conciben el tratamiento farmacológico como una cura rápida y definitiva.

En el siguiente fragmento retomado en la sesión 3. Redes de Apoyo se puede ejemplificar lo anteriormente mencionado:

“Así que decidí pedir ayuda psiquiátrica donde pensando que había una píldora mágica la cual iba a quitarme todos mis problemas, mis malos pensamientos y demás, pero claramente no es así, seguí con un tratamiento farmacológico donde no se vio o notó mucha mejoría.” (A.V)

La metáfora de la medicación como forma de sanación es expresada por el usuario en la medida en que se reflejan las altas expectativas frente al tratamiento y da cuenta del conflicto

interno que surge en el usuario tras percatarse de que dichas expectativas no corresponden con la realidad del proceso.

Sin embargo el tratamiento farmacológico implica algo más que una alternativa, puesto que para una intervención institucional la medicación como tratamiento para el trastorno mental infiere que las “anormalidades” del usuario son provocadas por un factor orgánico. Se expía la culpa de la persona y se adjudica a la naturaleza biológica del ser humano.

Por lo tanto, en el momento en el que la persona accede a la alternativa farmacológica y esta no cumple con sus expectativas existe una sensación de frustración y puede ser contraproducente para el proceso de intervención ya que la persona no ve reflejadas sus necesidades en el mismo, tal como lo expresa el siguiente usuario en la Sesión 3. Redes de Apoyo:

“...Fue donde “senté cabeza” y dije: necesito ayuda, no era lo que esperaba pero igual acaté lo que me decían...” (A.V)

Del anterior fragmento se resalta que las altas expectativas frente a los alcances del tratamiento médico corresponden a una desinformación resultado de la reproducción de una metáfora social que contempla la medicación como sinónimo de sanación.

En un segundo momento, es importante referir que en el acatamiento de indicaciones brindadas por el equipo psicoterapéutico frente al tratamiento, el usuario asume a cabalidad las instrucciones dadas por la institución tomando una postura obediente pero poco crítica al respecto. Lo anterior se ejemplifica en el siguiente fragmento realizado en la Sesión 3. Redes de Apoyo:

“...pensar no desaprovechar el tiempo de terapia utilizando mal el tiempo, aprovechar de portarme mal sino estar de acuerdo con MI TRATAMIENTO...” (Chespier)

De esta manera, se evidencia que el usuario toma una postura obsecuente con la institución y por consiguiente interioriza roles y comportamientos considerados como apropiados en la entidad. El riesgo que esto conlleva es que el individuo se limita a la ejecución de órdenes sin vislumbrar la intención tras dichas directrices.

Para la efectividad del proceso psicoterapéutico, es de vital importancia la comprensión del usuario respecto a las alternativas, decisiones y posibles consecuencias de las acciones

adelantadas; es por tanto que cuando no se evidencia una comprensión de los objetivos psicoterapéuticos, los conceptos médicos resultan en gran medida ajenos a los usuarios. Tal como es expresado en el siguiente escrito recopilado en la Sesión 3. Redes de Apoyo:

“La razón por la que estoy aquí es una terapia crónica de depresión, pero ya me siento bien en opinión de todos mis psiquiatras y compañeros.” (Pako el maldito)

De modo que al no comprender los objetivos psicoterapéuticos, el concepto de salud y bienestar que el equipo identifica como alcance en el tratamiento no es percibido como tal por el usuario.

Tales situaciones son resultado de la reproducción de esta metáfora, que por un lado eleva las expectativas de los alcances de la medicación, y por otro lado no le da paso al abordaje psicosocial como una alternativa viable para los usuarios debido al desconocimiento de la misma.

3.3 Metáfora 3: Desacreditación del pasado

La connotación negativa que es adjudicada inicialmente al sujeto, se extrapola a su forma de vida poniendo en tela de juicio rutinas diarias, círculos sociales, hábitos y conductas; por lo tanto, una vez se ha tomado la decisión de iniciar un proceso psicoterapéutico, la persona asume los cambios que se requieren con el fin de conseguir un estado de “normalidad”.

En consecuencia, iniciado el proceso de tratamiento, el usuario queda en disposición del equipo tratante en donde se le presenta al sujeto una necesaria reestructuración de su estilo de vida. Esto somete al individuo a una situación compleja ya que se trata de un proceso de larga data, el cual supone una deconstrucción de su vida previa a la búsqueda de ayuda.



Ilustración Corpografía 3¹. (Oliva) Corpografía Oliva

Ejemplos de lo anterior fueron evidenciados en el desarrollo de la sesión 4. Cuerpo, en el momento de la realización de las corpografías, las cuales tienen como fin último la representación del cuerpo en un antes y un después:

El primer usuario decide dividir de forma vertical el dibujo de su cuerpo y que el punto para la división de lo representado alude al momento en que decidió ingresar a la CNSP. En la corpografía se evidencia que la utilización de los colores tiene un gran valor

para lo expresado por el usuario puesto que la forma curva y fluctuante del “Antes” representa una desorganización del sujeto, las facciones del rostro reflejan tristeza, así mismo, los espacios en blanco y los colores opacos dan cuenta de la percepción que el usuario tiene de su vida previa al ingreso a la CNSP. El “Ahora” se encuentra notablemente diferenciado del “Antes” en cuanto a organización, combinación, estructura y resalte de los colores que ocupan todo el cuerpo. Por otro lado, la línea de trazos divisoria entre el “Antes” y el “Ahora” es la separación rigurosa de su paso con el presente.

En el momento de la socialización comparte que el “antes” estaba lleno de emociones que no podía controlar y que sentía muchos vacíos en su vida, lo que la llevaba a tomar malas decisiones; y por el contrario, el “ahora” representaba su vida llena de emociones que podía permitirse sentir sin miedo a que la llevaran a tomar malas decisiones porque estaba aprendiendo a procesarlas de manera adecuada. Se destaca también que el usuario había tomado la decisión de desechar todos los aspectos de su vida previa, en especial lo referente a sus círculos sociales situando su estado actual o el “Ahora” en referencia a los objetivos terapéuticos en los que el usuario afirma que acata el proceso llevado en la institución como “adecuado” y “correcto”.

La siguiente imagen corresponde a la corpografía de otro participante que decide representar la división vertical de su cuerpo en un antes y un después de “aceptar que tenía un problema” de acuerdo a lo comentado por el usuario en cuestión en el momento

de la socialización. De manera tal que en la corpografía se resaltan tres secciones: El “Antes” vacío, desordenado, oscuro (dado a la elección del negro como único color) sin descripción de elementos significativos de su pasado; El momento central de toma de decisión y “aceptación del problema” que se representa en una franja notoria de color blanco, simbolizando la paz y tranquilidad; un “Ahora”

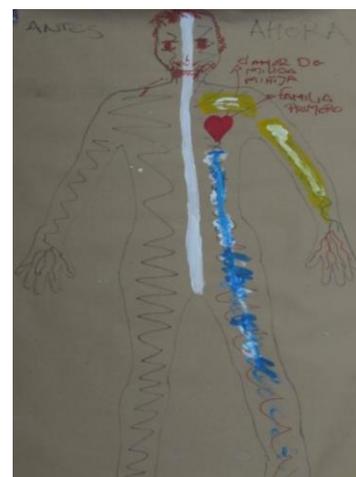


Ilustración 4. Corpografía ^{corpografía} Gualdo^z

lleno de color (utilizando amarillo, azul, blanco y rojo) destacándose la figura central del corazón; en esta sección sí existe descripción de elementos importantes de su vida actual destacando el contexto familiar como primordial.

En el espacio de socialización el usuario expresa que el antes era negro debido a que estaba rodeado influencias negativas que lo afectaban, pero decide “aceptar que tenía un problema” y buscar ayuda para poder reacomodar su vida (momento representado por la franja blanca). Sobre

el presente expresa que los colores representan su alegría actual y sus emociones positivas, resalta especialmente la figura del corazón indicando que simboliza su familia y su hija, los motores de su vida, ya que en el momento de antes los había dejado de lado.

En el caso de las dos anteriores corpografías, se destaca que el cambio radical que supone iniciar un proceso psicoterapéutico en donde se reestructura la vida de los usuarios es adoptado en el caso de los ejemplos anteriores como el rechazo total del pasado, el cual pierde cualquier connotación positiva. Al invalidar el comportamiento y las conductas de una persona (así como se refirió en la metáfora de la anormalidad) no solo se está desacreditando al sujeto sino a todos los componentes de su vida. Es precisamente en esa generalización de la vida, donde surgen las manifestaciones del Autoestigma.

No se quiere inferir con lo anterior que el inicio de cualquier proceso de reestructuración de vida no implique el abandono o modificación de conductas y/o costumbres que puedan entorpecer los objetivos del mismo; por el contrario, se resalta lo perentorio de dicho acto. El argumento va dirigido al no reconocimiento de la historia de vida de una persona, puesto que pretende obviarse y desatenderse la carga simbólica que tienen las experiencias del individuo y reemplazarlas con objetivos e ideales.

El resultado de lo anterior es una disociación de la persona, ya sin historia, solo con un futuro ideal y un presente en construcción; no existe una reconstrucción de experiencias y situaciones y por ende no hay un ejercicio de resignificación positiva de los acontecimientos pasados. La construcción completa de su vida puede ser contraproducente y resulta configurarse en una manifestación del Autoestigma en la medida en la que, por un lado, esta acción no permite a los usuarios ejercitar la habilidad de sobreponerse a situaciones problemáticas y conflictivas que existen en su entorno, sino que se inhibe el uso de las experiencias pasadas como formas de aprendizaje. Y por otro lado, la persona en cuestión entra en un proceso evaluativo y desacreditador de sí mismo, su autopercepción parece minimizarse a la negación y rechazo completo de su vida anterior.

La segunda forma de desacreditación es el rechazo parcial del pasado, en la cual los usuarios reconocen la necesidad de reestructuración de la vida con un fin psicoterapéutico, no obstante afirman que existe una carga significativa en él; de manera que el sujeto no consigue ni concibe la separación de su pasado. Sin embargo no retoma elementos positivos del mismo que le aporten en

la creación de metas e ideales para su vida actual o futura debido a que se mantiene su connotación negativa.

Ejemplos de lo anterior se manifiestan en las siguientes corpografías:

En esta corpografía el usuario representó el “Antes” como un pasado nublado en el que sus pensamientos no eran claros. En la realización de la actividad se observó que el usuario dedica una mayor cantidad de tiempo a este momento, en él decide mezclar los colores blanco y azul ya que manifiesta que son representativos de su personalidad. Cabe resaltar, que la utilización de los colores es la misma en ambos momentos (Antes y Ahora) y que se decide no plasmar una línea divisoria entre ambos momentos.

Para la sección del “Ahora” se resalta que en contraste con la anterior es en mayor medida opaca, existen más espacios vacíos

Ilustración 5. Corpografía Tolochito

y se identifica el corazón como elemento central en conexión con todo el cuerpo, los trazos son menos organizados, salen del margen de la silueta y resultan más definidos.

Respecto a la socialización, el usuario realiza una descripción de la silueta y se muestra más interesado en la sección del pasado resaltando los aspectos negativos del mismo, mencionando sólo brevemente el tiempo actual como bueno.

En este segundo caso el usuario describe su corpografía como un antes desordenado en un entorno problemático y el ahora o después como un espacio donde “reina la paz, tranquilidad y salud”, en cuanto a la obra, se expone el “Antes” en un cuerpo con pocas prendas de ropa pero con mayor detalle en las mismas (flores pequeñas y bordes marcados), en el rostro se refleja una máscara blanca y negra, correspondiéndole a la sección del antes el color negro, el ojo es pronunciado y totalmente circular, no hay indicios de nariz o labios en esta sección.

En cuanto al “Ahora” el cuerpo está cubierto casi que por completo con dos prendas de ropa; los detalles de dichas prendas son



Ilustración 6. Corpografía M.

poco definidos, al rostro le corresponde el color blanco de la máscara en la cual el ojo está un poco más cerrado (el usuario comenta que éste expresa mayor tranquilidad), en esta sección decide dibujar labios rojos que esbozan una pequeña sonrisa.

El punto en común de lo manifestado en las narrativas de estos usuarios, se encuentra en que destacan el pasado con una connotación negativa pero ello no desestima la carga que acarrea o la importancia que le atribuyen.

Si bien el proceso de reestructuración de vida es necesario para la búsqueda de un estado de bienestar, lo anterior no supone obligatoriamente asignar un valor negativo a todas las experiencias previas; por el contrario, debería suponer una resignificación positiva de las mismas, en la cual se destaquen aportes que busquen estrategias para evitar los aspectos que no contribuyen en el proceso.

Ahora bien, un aspecto particular pero no menos relevante que surge como resultado de lo anterior, es la reestructuración del círculo social de los usuarios que se traduce al aislamiento voluntario o el abandono por decisión propia. Un ejemplo concreto de dicho aspecto es enunciado en los escritos de la Sesión 3. Redes de Apoyo destacando el siguiente fragmento:

“El día que llegue a la clínica, igual que el día que entré al programa solo me acompañaba la persona que desde hace un buen tiempo me había acompañado (...) A medida que fue pasando el tiempo y fui progresando en el tratamiento, fue evidente para mí que esta persona era más que un factor de protección, un factor de riesgo, así que tome la decisión de tomar distancia.” (Oliva)

De esta narrativa es importante resaltar que las relaciones interpersonales no son reevaluadas en el proceso, sino por el contrario son eliminadas de manera contundente. La decisión de tomar distancia de las personas cercanas en su vida previa al inicio del proceso de tratamiento y la apropiación del lenguaje institucional, son el reflejo del acatamiento de las instrucciones del equipo tratante que no da pie a reconocer y trabajar en las dinámicas de los lazos y relaciones sociales pasadas, sino que se asumen automáticamente con un carácter negativo.

Sin embargo, deja al usuario en una incógnita constante sobre qué se debe rescatar sobre su pasado y qué se debe eliminar, dado a que el usuario no es protagonista en el juicio al que son

sometidas sus experiencias, sino que es un simple espectador de las decisiones de su equipo tratante.

Por lo tanto, se hace especial énfasis en el rescate de las experiencias y elementos significativos del sujeto con el fin de que sean aprovechados los aprendizajes y estos contribuyan a crear estrategias de afrontamiento. Fuera de esto, es importante que no sea una obligatoriedad la eliminación de círculos sociales, sino que puedan ser transformados en vínculos y recursos positivos que le aporten al individuo.

3.4 Metáfora 4: Diagnóstico

Las implicaciones sociales que acarrea recibir un Diagnóstico en Salud mental derivan una serie de consecuencias y reacciones como resultado del imaginario histórico que alude a los trastornos mentales como una situación negativa, esto da cuenta del Estigma que existe al respecto.

Sin embargo, las formas en las que la persona afronta dicha situación no son en su totalidad negativas; la información hallada en la investigación permite reconocer que la actitud estigmatizadora y la forma de revertirlo contra sí mismo no siempre se dan con una connotación perjudicial. De modo que en algunos casos el Autoestigma positivo se crea como forma de resistencia y resignificación de metáforas estigmatizadoras, y este es por tanto el punto central en el análisis de la presente metáfora.

Es necesario mencionar en un primer lugar el Autoestigma negativo en cuanto a las implicaciones que a largo plazo puede acarrear que el Estigma traspase de la esfera social a la individual de manera perjudicial para el usuario. Sin embargo, no es la intención de esta investigación ahondar en una temática que ya ha sido retomada por estudios previos que indican en su gran mayoría el Autoestigma como absolutamente negativo (como se pudo evidenciar en la revisión del estado del arte); tan sólo resaltar que la existencia del Autoestigma negativo debido a su gran influencia y relevancia en el sujeto, debe ser tomada en cuenta siempre que se planteen acciones en un proceso de intervención.

Dando inicio a la sección de Autoestigma positivo se contempla por medio de tres fragmentos seleccionados de la sesión 5. Diagnóstico que son en sí mismas diferentes formas en que los usuarios han revertido de forma positiva las metáforas que existen en torno a los diagnósticos de trastorno mental.

El primer fragmento, es muestra de la apropiación del diagnóstico como herramienta:

“Doy gracias a Dios por recibir gran noticia (En referencia al diagnóstico) que bien sirvió para mí dar a conocer con mis compañeros y las 2 señoritas los temas dudan a conocer le llevo esto para quien tenga dudas con la ayuda de mi Dios a los demás...”
(Carlos Alberto)

Del fragmento se rescata que el usuario contempla las circunstancias que se dieron posterior al recibir el diagnóstico como una posibilidad de dar a conocer la palabra de Dios a las personas de su entorno, por lo que independientemente del Estigma negativo que se crea en torno a él, el usuario lo concibe como una “bendición de Dios” (expresión utilizada en la socialización del escrito) que le permite cumplir un propósito.

Otra forma del Autoestigma positivo se evidencia en el segundo fragmento seleccionado en el cual queda manifiesto la comprensión del diagnóstico como un punto de partida:

“... entendí que de mí depende si la enfermedad mental es un limitante para mí, o si es el punto de partida, mi principio de realidad (...) Agradezco a la vida que algo que puede parecer limitante como un diagnóstico de enfermedad mental, me sirvió para conocerme mejor, trabajar por mí, y convertirme en una mejor persona.” (Oliva)

En este caso, el usuario toma una posición crítica a la metáfora social de enfermedad como limitante, replanteándola como una situación a partir de la cual puede construir un nuevo proyecto de vida que le permita cumplir sus objetivos. El usuario reconoce que el recibir un diagnóstico implica cambios relevantes en su vida, pero dichos cambios son tomados como una oportunidad para “ser una mejor persona”, el diagnóstico es apropiado como “principio de realidad”, como una posibilidad de deconstruirse y reconstruirse.

El último fragmento plantea el afrontamiento del diagnóstico a través de un proceso de resignificación:

“La razón por la que estoy aquí?: Primero que todo la razón: El abuso de alcohol. Como me siento – todavía no uso el término de común: Alcohólico. No me siento nada cómodo diciendo que soy un alcohólico. Obvio es que el abuso y uso me conduce a evaluar mi vida

mucho más profundamente. En este momento eso es exactamente lo que estar en la institución se presta para mí. Introspectividad, ser muy sincero con mí mismo. Cuando se me pregunta cómo me siento me llegan una lluvia de adjetivos de emociones: Tristeza, amargura, paz interna, conflicto, y resolución de que mis pasos y pensamientos están muy claros.” (Tolochito)

Se destaca de lo escrito por el usuario que de la misma forma que el fragmento anterior, existe una confrontación del Estigma en la decisión que el usuario manifiesta de no utilizar el término socialmente asignado a su diagnóstico “Alcohólico”, esto debido a que de la implementación del término se crean un conjunto de metáforas desacreditadoras que él no está dispuesto a tomar como ruta para entenderse a sí mismo. Por el contrario, no reconoce su diagnóstico como el punto central a abordar, sino que este es un agregado a la situación que desea modificar.

En esta forma de resignificación, el usuario demuestra que a través de un diagnóstico en Salud mental pueden surgir distintas formas de auto percibirse. Sin embargo, el diagnóstico es sólo un componente más de los elementos que lo conforman y él es quien tiene la decisión última de elegir cuáles elementos son los que lo representan y el término “Alcohólico” no es uno de ellos.

El Autoestigma positivo permite evidenciar la forma en que los usuarios asumen el recibir un diagnóstico o encontrarse en una institución de atención a Salud mental como desafío para superar sus propios limitantes y no caer en la victimización de aceptar todas las metáforas estigmatizadoras como ciertas. El proceso de revertir las metáforas estigmatizadoras se puede evidenciar con la creación de estrategias y metas, y no exclusivamente como acciones discriminatorias contra sí mismos.

4. Conclusiones

A partir de la identificación de metáforas del Estigma en Salud mental y análisis de las manifestaciones del Autoestigma halladas en las narrativas de los usuarios de la Clínica de Nuestra Señora de la paz se concluye:

- Por medio de la narrativa, se hallaron y seleccionaron cuatro metáforas del Estigma en Salud mental: El “Anormal”, “Tratamiento”, “Desacreditación del pasado” y “Diagnóstico” que permiten la consolidación de lineamientos para una futura propuesta de intervención psicosocial debido a su concurrencia en el lenguaje y la relevancia que estas

tienen en la cotidianidad y en el proceso psicoterapéutico de los usuarios; el carácter microsociedad de estas metáforas posibilita la construcción de acciones que atiendan con efectividad el Estigma en Salud mental en relación a las necesidades de la población.

- Se destaca la importancia del Lenguaje en la producción de las metáforas del Estigma en Salud mental ya que es a través del lenguaje que son replicadas por el entorno social; la utilización de metáforas en el discurso cotidiano y los adjetivos con los que se refiere al trastorno mental acarrearán una serie de consecuencias que son vivenciadas por los usuarios. Así pues, cualquier acción que se desarrolle con usuarios, familias, profesionales y demás individuos en la atención a los problemas y trastornos mentales, debe tener en cuenta el uso adecuado del lenguaje para contribuir con la mitigación de consecuencias negativas del Estigma.
- El uso de herramientas artísticas, como lo fue la narrativa implementada como instrumento de recolección de información, permitió una recopilación amplia y detallada dado a que recoge las expresiones no exclusivamente escritas, sino también verbales y corporales. En la profesión de Trabajo social la terapia narrativa ha sido implementada en el ámbito familiar, sin embargo, se destaca de la presente investigación la pertinencia de su uso en el ámbito individual y grupal, y los beneficios que trajo consigo su aplicación. Es responsabilidad de los trabajadores sociales diseñar y emplear herramientas novedosas que reconozcan la voz de los usuarios como punto de partida para construir el plan de acción a partir de ella.
- El Autoestigma como categoría de análisis en relación a los resultados de la presente investigación, se entiende no sólo como una situación negativa para el usuario, tal como lo indica la literatura al respecto, sino que los usuarios expresaron el Autoestigma como una situación que permite resignificar las experiencias vividas y convertirlas en una herramienta o recurso propio que favorece al proceso psicoterapéutico.
- A la categoría del Autoestigma usualmente le es atribuida una connotación negativa en la gran mayoría de espacios académicos; sin embargo, la presente investigación permite plantear el Autoestigma positivo como categoría que posibilita plantear estrategias de intervención, procesos de investigación y acciones que tengan como propósito hacer frente a las consecuencias negativas del Estigma y proponer alternativas novedosas para el quehacer profesional de Trabajo social en Salud mental.

- A partir de la identificación de metáforas estigmatizadoras y el análisis de las mismas, se plantean cuatro lineamientos que pueden contribuir a la consolidación de una futura propuesta de intervención psicosocial en la CNSP.

5. Lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial

Autoestigma positivo

A partir de la investigación realizada y de los datos hallados en la misma se proponen lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial desde el área de Trabajo Social que contemple el Autoestigma positivo como categoría y objetivo de la intervención en Salud Mental por medio del trabajo articulado con las diferentes áreas que conforman el equipo psicoterapéutico de la CNSP.

La pertinencia de abordar el Autoestigma positivo se da en la medida en que favorece a los procesos que pretenden combatir las consecuencias negativas del Estigma en trastorno mental, además de permitir al usuario ser protagonista de su propia intervención, reconociendo sus experiencias, expectativas y propuestas como puntos centrales para la configuración de objetivos psicoterapéuticos y proyecto de vida, contribuyendo así a la efectividad de las acciones del tratamiento, articula la responsabilidad e influencia de actores primordiales del Estigma como la familia, el equipo tratante y la comunidad.

Por tanto, del análisis de las metáforas del estigma y las manifestaciones del autoestigma, es posible sugerir lineamientos o ideas generales, que puedan ser utilizadas para la consolidación de una futura propuesta de intervención psicosocial, que en opinión del equipo investigador favorecen al Autoestigma positivo y a la disminución del Estigma.

5.1. Lenguaje

Reconociendo el lenguaje como el lugar de reproducción de metáforas estigmatizadoras, se considera necesario que el lenguaje es un elemento transversal para la lucha contra el Estigma; por otra parte, la estructuración de metáforas positivas respecto a la Salud mental y el Trastorno mental permite tener un impacto favorable en la persona y, por ende, en el Autoestigma. El lenguaje es la expresión tangible del Estigma y es por ello, el primer aspecto a trabajar, cumpliendo entonces una doble función; por un lado, el uso de terminología adecuada respecto a

los temas de salud mental con un sentido de responsabilidad social que dignifique a la población diagnosticada con trastorno mental e influya de manera positiva en los imaginarios sociales de la Salud y el trastorno mental, y por otro lado, el lenguaje como herramienta de expresión y ejercicio de catarsis que evidencie la forma en que los usuarios perciben y apropian el Estigma dándole voz a las experiencias de los usuarios y el protagonismo de los mismos en los procesos a realizar.

En esa medida, los temas a trabajar que responden al cumplimiento de este primer lineamiento son:

5.1.1 Terminología en Salud mental

Se señala la necesidad de trabajar en el adecuado uso de los términos en Salud mental, en mayor medida las personas que están involucradas en el área de salud mental como lo son los profesionales, usuarios y familias de los mismos. No obstante, se reconoce que la responsabilidad no reside en los más allegados, sino que para combatir el Estigma es necesaria la participación de la comunidad en toda su generalidad y la responsabilidad social de la misma, dado a que es precisamente por el inadecuado uso de la terminología en salud mental que se reproducen imaginarios y metáforas estigmatizadoras que tienen consecuencias en la esfera individual del usuario y el tratamiento llevado por el mismo, y por otro lado, influye en que las personas que requieren atención profesional en cuanto a salud mental prefieran y decidan no buscar ayuda profesional.

Particularmente, nos referimos a aquellos términos que invalidan y desacreditan la población diagnosticada con algún tipo de trastorno mental aumentando así metáforas y conductas estigmatizadoras, tales términos son a groso modo: Anormales, enfermos (Puesto que al no tener una causa exacta no puede considerarse como enfermedad, estaríamos hablando de trastorno), pacientes (Paciente indica paciencia, el termino adecuado debería ser usuario), agresivos, incapaces, dependientes, peligrosos, crueles, violentos, problemáticos, no cuerdos, locos.

Frente a ello se destaca que el ejercicio del uso óptimo de terminología en salud mental no es exclusivo a instancias institucionales, sino que se debe contemplar y ejercer incluso en espacios académicos formativos y medios de comunicación.

Actores centrales: Profesionales de la salud, familia y comunidad

Objetivo: Promover un adecuado uso de la terminología en salud mental y trastorno mental que permita la disminución de metáforas estigmatizadoras a la población diagnosticada con trastorno mental.

5.1.2 Herramientas

El lenguaje o narrativa como herramienta facilitadora para la identificación de metáforas del Estigma y manifestaciones del Autoestigma permite generar acciones e identificar puntos centrales a tener en cuenta en la intervención con la finalidad de contribuir a la mitigación del Estigma y el Autoestigma negativo, además, la narrativa posibilita que los usuarios cuenten con un espacio de autorreflexión y catarsis. La narrativa como herramienta de acción reconoce la historia de vida del usuario, los intereses del mismo, conflictos emocionales, puntos importantes de su vida bajo los cuales el profesional pueda interceder y orientar al usuario en la estructuración de metas y la organización de eventos relevantes para el usuario, pese a que la narrativa como expresión oral, verbal y comportamental fue el instrumento base de la presente investigación, se retomaron otras herramientas artísticas que resultaron fructíferas y alentadoras para la población, tales como las corpografías, las pinturas, el baile, entre otras expresiones artísticas que favorecen y generan nuevos aportes para la efectividad en el cumplimiento de objetivos psicoterapéuticos.

Actores centrales: Profesionales y usuarios.

Objetivo: Implementar herramientas de expresión que favorezca a generar espacios de autoreflexión y catarsis en los usuarios y a su vez permita la identificación de las metáforas del Estigma y las manifestaciones del Autoestigma con la finalidad de generar acciones desde el equipo tratante.

5.2. Resignificación

El Autoestigma positivo contempla la resignificación de las metáforas estigmatizadoras, es decir, reconoce las experiencias y situaciones que puedan tener carga negativa con el fin de que la persona las revierta y configure en metas y planes que modifiquen la situación actual y permitan alcanzar una situación ideal futura con base a intereses y motivaciones del usuario, se destaca en este lineamiento el papel protagónico en la acción que tiene el usuario en cuestión.

Para el proceso de resignificación, es importante resaltar que debe haber un reconocimiento del pasado del usuario, el conocimiento de su historia de vida permite hallar puntos significativos en la vida del sujeto, factores de riesgo, habilidades y recursos que puedan ser reestructurados para posteriormente ser usados en la intervención.

Acorde a la información hallada en el proyecto de investigación, el proceso de resignificación se debe dar en dos modalidades: Resignificación de estilos de vida y resignificación de relaciones sociales, puesto que ambos aspectos son los más relevantes e influyentes para los procesos de intervención, estaríamos hablando de una construcción del proyecto de vida y una adecuación de lazos sociales y dinámicas familiares por medio de la resignificación de hechos y conductas que son a su vez particulares y casuísticas.

5.2.1 Resignificación de estilos de vida

Reconociendo la importancia de establecer estilos de vida que sean oportunos para el proceso terapéutico de los usuarios, el proceso de resignificación de los mismos propone la importancia de construir a partir de experiencias previas e intereses que el usuario manifieste, y no como una imposición de un nuevo estilo de vida que no reconozca la historia de vida de la persona.

Actores centrales: Profesionales y usuarios

Objetivo: Ejercer procesos de resignificación de experiencias y situaciones importantes en la historia de vida del usuario para poder reestructurar un estilo de vida acorde a sus propios intereses y necesidades.

5.2.2 Resignificación de relaciones sociales

En el proceso de identificación de factores protectores y de riesgo, se inicia un proceso evaluativo respecto a los vínculos sociales del usuario en donde entran relaciones socio afectivas con familiares, parejas, amigos y cercanos, muy a menudo son descartadas diferentes relaciones que son significativas para el usuario al considerar que estas no consiguen aportar a la reestructuración de su nuevo proyecto de vida, con esto no queremos negar en que existen círculos sociales y lazos afectivos que son necesarios erradicar a beneficio del usuario, pero sí en que ciertas dinámicas relacionales puedan ser abordadas desde áreas de Trabajo Social y psicología con la finalidad de potenciarlas y

resignificarlas, esto teniendo en cuenta la gran influencia que tienen para el proceso psicoterapéutico del usuario.

En ese sentido, el proceso de resignificación de las relaciones sociales pretende identificar elementos positivos en las mismas con el fin de potenciarlos, abordar e intervenir en la dinámica relacional y su naturaleza para influir positivamente y con mayor impacto en el usuario, contemplando la eliminación de vínculos como una última opción y una etapa posterior a la intervención de los mismos.

Actores centrales: Profesionales (Énfasis con Trabajo Social y Psicología), usuarios y actores influyentes en la dinámica relacional del usuario (Familia, amigos, cercanos).

Objetivo: Abordar las relaciones sociales más significativas de los usuarios con la finalidad de resignificarlas como recurso o insumo para el proceso psicoterapéutico.

5.3. Educación

La desinformación promueve actitudes y metáforas estigmatizadoras; la manera de contrarrestar dicha desinformación se presenta en los espacios educativos y medios de comunicación para conseguir desmitificar las ideas preconcebidas y tabús que existen entorno a los problemas y trastornos mentales. Estamos hablando de la necesidad de divulgar y socializar hallazgos y aspectos generales de los temas relacionados con los trastornos mentales, existe temor hacía lo desconocido y la manera de mitigarlo es darlo a conocer, para esta tarea será necesario superar la etapa de la psicoeducación, es decir, ir más allá de compartir los aspectos generales de la prevención y los cuidados en casa, sino que se conozcan modalidades de las intervenciones, las implicaciones de la llegada del trastorno mental en relación a la dinámica familiar, el papel y las responsabilidades de los directamente involucrados, el Estigma, planes de acción, experiencias de la población diagnosticada con trastornos mentales, sólo de esta manera se podrá tener un impacto real en los usuarios y sus familias, empoderándolos por medio de la educación y conocimiento de las generalidades y particularidades de la Salud Mental y el Trastorno mental, atribuyéndoles así un papel protagónico en las acciones a ejecutar.

5.3.1 Expectativas y alcances de los tipos de tratamiento

Es importante reconocer diferentes formas de abordaje o tipos de tratamiento y que estos sean presentados a los usuarios y sus familias de manera clara, haciendo especial énfasis en los alcances, ventajas y compromisos que requiere cada uno.

De la misma manera, es primordial resaltar el rol protagónico de los usuarios en el proceso psicoterapéutico y en las decisiones que este requiere; lo anterior se logra por medio de la intervención psicosocial la cual concibe al usuario como actor central de su propia intervención. Así pues, los espacios de escucha en los que se reconozcan las voces de los sujetos con el fin de adecuar las acciones necesarias en el proceso deberían alentarse y promoverse desde las diferentes instituciones de atención la salud mental.

El óptimo reconocimiento de las expectativas de los usuarios y sus familias permitirá aclarar incógnitas y preocupaciones, y por otro lado permitirá encontrar la modalidad de intervención adecuada a sus necesidades y posibilidades. **Actores centrales:** Usuarios, profesionales y familia

Objetivo: Desarrollar jornadas educativas con usuarios y familias en pro de aclarar posibles incógnitas frente a expectativas y alcances del tratamiento e impulsar el papel protagónico del usuario como actor de su propio cambio.

5.4. Familia

El papel de las familias juega una doble labor: en primera medida la familia como agente influyente en el tratamiento psicoterapéutico de los usuarios para la efectividad de los objetivos y alcances del tratamiento; pero también, como agente del Estigma en cuanto a la influencia del núcleo familiar en el usuario y a la participación y replicación de metáforas del Estigma en espacios sociales y comunitarios externos a la institución. Así pues, el trabajo a adelantar con ellos deberá apuntar a la erradicación de mitos, imaginarios y metáforas por medio de un trabajo educativo que contemple la Salud mental en toda su generalidad y no sólo a los cuidados y precauciones del trastorno mental que presente el usuario.

5.4.1 Educación

La importancia de las sesiones educativas con familia, se propone con el fin último de dar cuenta de los avances médico científicos en cuanto a la Salud mental puesto que estos

contribuyen a la desmitificación de metáforas estigmatizadoras; dicha información no ha tenido la difusión e impacto necesario para erradicar diferentes actitudes e imaginarios reflejados en la sociedad en general, la familia al ser un componente social y un factor importante para el proceso de los usuarios, debe ser centro de acciones educativas que desdibujen el Estigma al que los problemas y trastornos mentales han sido sometidos históricamente.

Actores centrales: Profesionales y familia.

Objetivo: Orientar a la familia de los usuarios por medio de un trabajo educativo que contribuya a desmitificar ideas preconcebidas propias de las metáforas estigmatizadoras de manera que aporte a la configuración del Autoestigma positivo en los usuarios.

5.4.2 Dinámica familiar

Los espacios de intervención familiar ameritan ser reconocidos y abordados más allá de las sesiones informativas, puesto que las implicaciones de la dinámica familiar influyen en gran medida en el proceso psicoterapéutico; es necesario abordar la dinámica familiar y los conflictos internos que allí se identifiquen cuando la familia lo manifiesta y se requiera. Para ello, las propuestas que desde Trabajo social se desarrollen tendrán gran importancia y demandan mayor énfasis.

Actores centrales: Usuarios, familia y profesionales (Énfasis en Trabajo Social)

Objetivo: Abordar la dinámica familiar de los usuarios por medio de un espacio de intervención familiar para potenciarla como agente para la mitigación del Estigma y recurso en el proceso psicoterapéutico.

6. Recomendaciones

A partir del proceso investigativo realizado en la Clínica de Nuestra Señora de la paz surgieron reflexiones que permiten elaborar las siguientes recomendaciones:

6.1. A la institución:

- La relación usuario-profesional requiere el reconocimiento del otro no como un receptor de servicios institucionales, sino como una persona que dispone de elementos propios y estratégicos para ser el motor de su propio cambio. Por lo tanto, se sugiere no perder de vista el sentido humano en la atención; es importante no admitir la infravaloración de las

experiencias y situaciones propias del sujeto, a la par que permitir al usuario ser un participante activo en las decisiones de su propio proceso.

- El Trabajo social cumple una función muy importante en el equipo psicoterapéutico, sin embargo el área de Salud mental ofrece diferentes escenarios de actuación. Teniendo en cuenta lo anterior, se hace un llamado al posicionamiento del quehacer profesional en distintos espacios en los cuales se puede aportar para enriquecer la acción y tener un mayor impacto en todos los niveles de intervención (individuo, familia, grupo y comunidad).

6.2. A la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca:

- La revisión del estado del arte indica una fuerte tendencia a ahondar en la promoción y prevención de la Salud mental; sin embargo, en contraste con las otras áreas (educativa, laboral, ambiental, políticas públicas, etc.) se evidencia una notoria diferencia en la cantidad de aportes y propuestas desde la profesión.

Es por tanto que se considera necesario desde la propia academia contribuir a la disminución del Estigma a partir de la desmitificación de tabús que socialmente se instauran; con motivo de lo anterior se hace un llamado a aportar al quehacer profesional del trabajador social en el área de la Salud mental.

- Las investigaciones cualitativas tienen como fin último la obtención de información para el abordaje de un fenómeno social, y se reconoce que esta beneficiará a los participantes de los procesos de investigación a largo plazo; a pesar de lo anterior, la recolección de información implica apelar a experiencias y procesos emocionales que no en todos los casos es manejado por los investigadores sociales con la relevancia que ameritan.

No se infiere la necesidad de iniciar un proceso de intervención individual con cada uno de los participantes en la investigación, se indica la necesidad del reconocimiento del otro como persona y no como un simple objeto de estudio. Por lo tanto se sugiere tener presente que toda acción, actividad o estrategia haga especial énfasis en la fase de cierre como algo más allá de una evaluación final de los resultados, que tenga en cuenta a la persona y no sólo los objetivos de investigación.

- Esta investigación permite dar cuenta de la factibilidad del uso de las herramientas de intervención en función de un proceso investigativo; el sentido único de la implementación de herramientas acorde al tipo de proyecto (intervención o investigación)

puede derivar en una omisión de elementos importantes para el análisis de la información, por lo cual es importante innovar en el uso de los instrumentos con el fin de favorecer los procesos.

7. Referencias

- Arráez, Morella; Calles, Josefina; Moreno de Tovar, Luvial (2006) *La hermenéutica como una actividad interpretativa* Sapiens, Revista universitaria de Investigación, vol. 7, núm. 2, pp. 71-181, Caracas - Venezuela
- Bernler, Gunnar. (1997) *Teoría para el Trabajo Psicosocial*. Buenos Aires. Espacio. pg. 33
- Bonilla-Castro, E. R. (2005). *La investigación en Ciencias Sociales, Más allá de los métodos*. Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes.
- Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales*. Buenos Aires: PAIDÓS.
- Carmona-Meza Zenén, Parra-Padilla Devian (2005) *Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano*. Salud Uninorte, Barranquilla- Colombia.
- Castillo Ledo, I., Ledo González, H., & del Pino Calzada, Y. (2012). *Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico*. Norte de Salud mental.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2012). *La discriminación y el derecho a la NO discriminación*. México: D. R. © Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Giddens, A. (1967). *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, Décima reimpresión.
- Gómez Parada, Luis (2017). *Intervención en Salud mental desde el Trabajo social*. Chile. Rev. Margen86
- Lakoff G. y Johnson M. (1980) *Metáforas de la vida cotidiana*. Segunda edición (1986) Universidad de Chicago.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el Estigma y la discriminación en Salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 43-83.
- Montes Berges, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Revista electrónica, Universidad de Jaén*.
- OMS. (2013, diciembre). *Salud mental un Estado de Bienestar*. From http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS (2013) Plan de acción sobre Salud mental 2013-2020.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D01DC5597401030ED7671FCCBD8AE401?sequence=1

- OMS (2008) Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*
- Pérez, L. y. (2014). Trabajo social organizacional y en salud ocupacional en Colombia. *Revista Eleuther*, 121-145.
- Posada, José P. D. (2012). *La promoción de la Salud mental*. Bogotá: UCMC.
- RAE. (2018). *Diccionario de la lengua española*. From <http://dle.rae.es/?id=P4sce2c>
- Ribas M. y Todolí J. (2008) *La metáfora de la mujer objeto y su reiteración en la publicidad* *Discurso & Sociedad*, Vol. 2
- Rotta, E. P. (2012). Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con. *Revista de Psicología Vol. 30*.
- Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación cualitativa*. México: McGraw-Hill.
- Schiffrin, D. (2011). Definiciones de discurso. *Revista de Investigación Educativa 13*.
- Silva Arciniega, R. (2006). *Apuntes para la elaboración de un proyecto de investigación social*. México: UNAM.
- Trullenque, E. (2010). El Trabajo social en Salud mental. *Cuadernos de Trabajo social*, 333-352.
- UNAM. (S.F). Teoría del discurso de Habermas. *Instituto de investigaciones jurídicas*.
- Uriarte, JJ, & Arnaiz, A. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud mental*, 49-59.

8. Anexos

Anexo 1. Cronograma

AÑO	2017			2018											
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	
Elaboración anteproyecto/protocolo	■														
Presentación CEI - CNSP		■													
Selección de la muestra							■								
Recolección de información								■							
Análisis de productos									■	■					
Elaboración de resultados y conclusiones											■				
Socialización con usuarios											■				
Presentación de resultados UCMC														■	
Presentación de resultados CNSP												■	■		

Anexo 2. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a) _____ le estamos invitando a participar en un estudio de investigación titulada “**Lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial a través de las manifestaciones del Autoestigma identificadas en las narrativas de las usuarias de la Clínica Nuestra Señora de la Paz.**” Es importante que usted conozca que su participación es absolutamente voluntaria y la información que será recolectada será absolutamente **CONFIDENCIAL**; si usted lo desea, puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. El grupo de investigación está conformado por las trabajadoras sociales en formación Stephanía Ramírez Fernández y Paula Juliana Ruiz Monroy que cuentan con la aprobación previa del comité de investigación de la Clínica de Nuestra Señora de la paz.

Propósito del estudio

Generar propuestas para combatir el Estigma que existe en torno al tema de los Trastornos mentales por medio del análisis de las vivencias y percepciones de los usuarios.

Por medio de un proceso de escritura reflexiva generar un espacio para la expresión de sentimientos y experiencias, que permitan a las investigadoras formular lineamientos que sirvan para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial en beneficio a los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y sus familiares, así como a los colaboradores de la institución.

Metodología de la investigación

Proceso de recolección de la información: Tendrá una duración aproximada de 5 semanas, durante las cuales se realizará una sesión grupal en donde se implementarán actividades lúdicas que permitan generar un ambiente óptimo para el proceso de escritura.

Presentación de resultados : Jornada de socialización del proceso con los usuarios, los familiares y el equipo psicoterapéutico, en la cual se hará entrega de una cartilla con algunos de los escritos y trabajos más destacados de todo el proceso.

Riesgos del estudio

El proyecto de investigación no supone un riesgo mayor para los participantes; pueden presentarse casos de agitación psicomotora o sentimientos de incomodidad o emotividad para con el proceso.

De presentarse alguno de los casos anteriores usted está en la libertad de negarse a brindar la información requerida, retirarse del proceso o no desarrollar la actividad que le indisponga; sin embargo el equipo investigador y el equipo psicoterapéutico se compromete a tomar las medidas necesarias para que la probabilidad de que alguno de los eventos mencionados ocurra sean lo más bajas posibles y ofrecer las herramientas que le permitan su estabilidad emocional.

Beneficios del estudio

Los estudios de investigación como el que se desarrollará en la Clínica de Nuestra Señora de la paz pueden contribuir a la disminución del Estigma que socialmente existe en torno a la Salud mental, con el fin de que las personas que son diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental o que asistan a los servicios

especializados en el área, no sean blanco de acciones que marginalicen y/o atenten contra la integridad física y emocional.

Por otra parte, la investigación supone un beneficio para los usuarios ya que Pretende contribuir a mejorar el servicio médico-asistencial de la Clínica de Nuestra Señora de la paz; por medio de lineamientos producto de las experiencias, vivencias y percepciones de los mismos usuarios.

Para finalizar, la escritura resulta ser un proceso de catarsis, mediante el cual la persona se puede expresar libremente con el fin de contribuir al manejo de emociones de forma positiva.

Reserva de la información del estudio

La información que usted aportará a través de las actividades en trabajos y escritos será utilizada para la presente investigación y con actual consentimiento autoriza a las investigadoras para recopilarla, usarla, procesarla y publicarla con estricta reserva de la identidad del autor de la misma.

Las publicaciones derivadas de esta investigación no reportarán ningún beneficio económico para los participantes en ella. Los participantes mediante el presente consentimiento; ceden a título gratuito, total e irrevocablemente los derechos patrimoniales de autor sobre sus escritos, trabajos y actividades a las investigadoras, pero se reconocerán los derechos morales.

Para garantía de los derechos morales de autor, cada participante seleccionará un seudónimo que proteja su identidad, para ser utilizado en caso de llegar a darse la publicación de una de sus obras, escritos o trabajos.

Estudios futuros

Es posible que en el futuro los insumos y resultados de la investigación sean utilizados para otras investigaciones cuyos objetivos o propósitos no aparecen especificados en este formato de consentimiento informado; si esto llega a suceder, toda la información será entregada sin su nombre, para garantizar su privacidad.

Después de haber leído completamente toda la información contenida en este documento con respecto al proyecto, mis dudas sobre el protocolo **“Lineamientos para la consolidación de una propuesta de intervención psicosocial a través de las manifestaciones del Autoestigma identificadas en las narrativas de los usuarios de la Clínica Nuestra Señora de la Paz”** han sido resueltas y habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión libre e informada, manifiesto que he entendido plenamente y decido participar en la investigación en las condiciones aquí planteadas.

En caso de cualquier duda se puede contactar con las investigadoras principales de la investigación Stephania Ramírez Fernández al correo electrónico sramirezf@unicolmayor.edu.co y Paula Juliana Ruiz Monroy al correo pjruij@unicolmayor.edu.co o puede llamar al Doctor Alejandro Rico Mendoza, Epidemiólogo, Salubrista Público, Asesor Metodológico de la Clínica de Nuestra Señora de la paz al número 2921277 Ext 212 - 213

Aceptación

En constancia de aceptación de todas las condiciones, se firma este documento de consentimiento informado, en la ciudad de _____, el día ____ del mes de _____ del año _____, siendo las _____ horas.

Nombre del Participante _____

Firma: _____

Cédula de Ciudadanía Número _____

Nombre del Testigo 1 _____

Firma _____

Cédula de Ciudadanía Número _____

Nombre del Investigador

Stephanía Ramírez Fernández

Firma _____

Cédula de Ciudadanía No _____

Paula Juliana Ruiz Monroy

Firma _____

Cédula de Ciudadanía No _____

Anexo 3. Planeaciones

PLANEACIÓN N° 1

FECHA: Marzo de 2018	LUGAR: Clínica Nuestra Señora de la Paz
TEMA: Convocatoria	
OBJETIVO GENERAL: Realizar proceso de convocatoria de los usuarios de la CNSP que de manera voluntaria deseen hacer parte del proceso de investigación por medio de la aprobación y verificación del equipo psicoterapeutico tratante.	
MARCO CONCEPTUAL Muestra de investigación cualitativa “En los estudios cualitativos la muestra no se selecciona, se configura, es decir, se va estructurado a través de las diferentes etapas del proceso de recolección de datos (...)no es necesario establecer un número fijo de participantes para conducir investigación cualitativa sólida, sin embargo, se necesita recolectar información suficientemente profunda para describir en detalle la situación objeto de estudio” (Bonilla y Rodríguez, 2005, p.133)	
MOMENTOS DE LA SESIÓN: <ol style="list-style-type: none"> 1. Contacto con los miembros del equipo psicoterapéutico tratante 2. Momento de acercamiento con la población 3. Aprobación y diligenciamiento de consentimientos informados 	
RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Espacios adecuados para el contacto con los profesionales del equipo tratante ➤ Formatos de consentimientos informados aprobados por la CNSP ➤ Equipo de herramientas audiovisuales para la presentación de la propuesta (computadores, proyectores, USB) 	

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

1.Contacto con los miembros del equipo psicoterapéutico tratante

En primer lugar se hace contacto con los profesionales de la CNSP con el fin de presentar el proyecto de investigación a realizar y solicitar el acompañamiento que pueda ser necesario en el proceso, y en segundo lugar pedir los espacios necesarios tanto para el proceso de convocatoria como para el desarrollo de las sesiones previstas.

El apoyo del equipo psicoterapéutico permitirá un proceso efectivo en la identificación de usuarios que pueden ser parte del proyecto investigativo según los criterios establecidos que toman en cuenta al sintomatología de la persona. Fuera de ello, el contacto con el equipo permite contar con una mirada interdisciplinar cuando el proceso lo requiera.

2. Momento de acercamiento con la población

Las trabajadoras sociales en formación realizan su primer acercamiento con los usuarios previamente identificados por el equipo psicoterapéutico, se hace una presentación y breve introducción del proyecto de investigación con el fin de incentivar a la población a hacer parte del proceso.

Se identificarán personas interesadas en el proyecto con el fin de hacer el proceso de selección de los usuarios.

3.Aprobación y diligenciamiento de consentimientos informados

Una vez se cuenta con el aval del equipo tratante y el interés del usuario por participar en la realización de las sesiones, se pasa a diligenciar los formatos de consentimientos informados que se han aprobado por la institución, para la firma de los mismos se solicita la presencia del testigo y se da una explicación formal de los objetivos, temas de las sesiones, beneficios y riesgos del proceso.

En última instancia, se firma el formato por el usuario, investigadoras principales y testigo presente.

REFERENCIAS

- Bonilla Castro Elssy y Rodríguez Sehk Penélope, Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales. Tercera edición. 2005. Ed. Norma

RESPONSABLE(S) DE LA ACTIVIDAD:

Stephanía Ramírez Fernández
Trabajadora Social en formación
UCMC

Paula Juliana Ruiz Monroy
Trabajadora Social en formación
UCMC

PLANEACIÓN N° 2

FECHA: 2 de Mayo de 2018	LUGAR: Clínica Nuestra Señora de la Paz
TEMA: Sensibilización y acercamiento	
OBJETIVO GENERAL: Realizar acercamiento con los usuarios de la CNSP que participarán en el proceso con el fin de hacer una primera presentación de los miembros que conforman el grupo y fortalecer la comunicación de los mismos con las trabajadoras sociales en formación.	
MARCO CONCEPTUAL Los grupos son unidad (por los objetivos comunes) y diversidad (por la personalidad específica de cada individuo que lo forma).El grupo es un medio de cambio para el sujeto individual, de ahí la importancia de establecer acciones (...)son principios básicos para la acción del grupo en cualquier intervención: Creación del ambiente grupal, clima de confianza y comunicación., liderazgo compartido, desarrollo de los objetivos del grupo, flexibilidad de organización, comunicación y consenso en las decisiones, comprensión del proceso grupal, evaluación de objetivos y actividades. (López, p.8)	
MOMENTOS DE LA SESIÓN: <ol style="list-style-type: none"> 4. Introducción y presentación 5. Técnica inicial “Cuento colectivo” 6. Técnica central “El espejo” 7. Cierre y producto final 	

RECURSOS:

- Espacios adecuados
- Hojas blancas, bolígrafos y/o lápices

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:**1.Introducción y presentación**

Previa a la técnica rompe hielo, se realiza una introducción por parte de las trabajadoras sociales en formación al proyecto de investigación y a las sesiones a realizar, se da un espacio para resolver algunas dudas al respecto al proceso y se solicita realizar una presentación de las personas que conforman el grupo, se da un espacio de 10 minutos para ello y de manera posterior se da inicio a la primer actividad de la sesión.

2.Técnica inicial “Cuento colectivo”

Objetivo del primer momento: Animación y concentración del grupo

Ejecución:

- a) Las trabajadoras sociales en formación indican el ejercicio de escritura como una construcción colectiva, entrega los lápices a cada participante y en una hoja en blanco enuncia el inicio de la historia.
- b) Se le indica al grupo que se debe proseguir con el relato de la historia permitiendo que cada integrante escriba su parte o fragmento para la consolidación del cuento colectivo.
- c) Al finalizar, el último integrante en escribir su parte realiza lectura en voz alta del cuento colectivo creado y se le asigna un título al mismo.

3.Técnica central “El espejo”

Una vez se consigue la activación y disposición del grupo, se da inicio a realizar la técnica central que permita la interacción de las trabajadoras sociales en formación con los miembros del grupo.

Objetivo: Realizar acercamiento con la población reconociendo primeros aspectos y rasgos de los miembros del grupo con la finalidad de presentarse y generar integración.

Ejecución:

- a) Se reúne a los miembros del grupo en parejas y se solicita que se presenten entre ellos rescatando elementos como los gustos, pasatiempos y un gesto representativo de cada uno.
- b) Se da un espacio de aproximadamente 15 minutos para interactuar entre sí
- c) Al finalizar, se realiza presentación de las parejas, en donde tienen que presentar al otro frente al grupo, pero debe hacerlo en primera persona (Ej: María presentando a Juan: Mi

nombre es Juan, tengo 24 años, me gusta el baloncesto y mi gesto representativo es fruncir el ceño).

4. Cierre y producto final

Técnica: “Algo personal”

Objetivo: Expresar de manera escrita experiencias y situaciones importantes en la vida de los participantes con la finalidad de conseguir un mayor reconocimiento de la historia de vida de los asistentes, y favorecer a la empatía entre los miembros del grupo.

Ejecución:

- a) A cada participante se le entregan materiales para que pueda escribir un recuerdo que considere trascendental para su vida o algunas características de su personalidad que no comparta usualmente con las demás personas.
- b) Se dispone un tiempo de aproximadamente 15 minutos para el ejercicio escrito, para generar un espacio más ameno se reproduce música de fondo a elección de los participantes
- c) Un vez, culmina el tiempo, se da el espacio para socializar los escritos.

REFERENCIAS

- Ceredelo Julia, Dinámicas grupales, Dirección Sectorial de educación de Adultos, ANEP-CODICEN.
- López Domínguez Miliam, Dinámicas grupales: Centro de integración juvenil, A.C.

RESPONSABLE(S) DE LA ACTIVIDAD:

Stephanía Ramírez Fernández
Trabajadora Social en formación
UCMC

Paula Juliana Ruiz Monroy
Trabajadora Social en formación
UCMC

PLANEACIÓN N° 3

FECHA: 9 de Mayo de 2018	LUGAR: Clínica Nuestra Señora de la Paz
TEMA: Sensibilización proceso de escritura	
OBJETIVO GENERAL: Promover el ejercicio de la escritura como forma de catarsis y expresión de lo oculto.	
<p>MARCO CONCEPTUAL</p> <p>Narrativa</p> <p>“El lenguaje es el medio en el que se realiza la coordinación de las actividades humanas” (UNAM, s.f) la narrativa se entiende como una forma de comunicación o discurso lingüístico, “el discurso es necesariamente la lengua en uso(...) la lengua es parte de la sociedad; los fenómenos lingüísticos son fenómenos sociales (Schiffrin, 2011)</p>	
<p>MOMENTOS DE LA SESIÓN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Preguntas orientadoras y socialización fragmentos Audre Lorde 9. Proyección vídeo Button Poetry 10. Momento de escritura “La vela” 11. Cierre y voces reflexivas 	
<p>RECURSOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Espacios adecuados ➤ Hojas blancas, bolígrafos y/o lápices ➤ Equipo para proyección audiovisual 	
<p>DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:</p> <p>1. Preguntas orientadoras y socialización fragmentos Audre Lorde</p> <p>Objetivo: Identificar percepciones respecto al ejercicio de la escritura</p>	

Ejecución:

- a) Por medio de unas preguntas orientadoras (¿qué significado tiene la escritura?, ¿cuáles son las motivaciones y/o razones que los llevan a escribir?, ¿qué sensaciones se experimentan en el proceso?), las trabajadoras sociales en formación dan inicio a la sesión identificando opiniones de los usuarios respecto a las preguntas realizadas
- b) Se distribuye al grupo fragmentos de la autora Audre Lorde permitiendo así que cada participante tenga en su pupitre uno de estos fragmentos
- c) Se solicita que de manera voluntaria una persona lea su fragmento y comparte su opinión frente al mismo, de modo tal que todos los usuarios lean y expresen su percepción referente al fragmento compartido.
- d) Para la finalización, las profesionales en formación realizan retroalimentación y vinculación de las opiniones con las funciones y beneficios que cumple la escritura.

2. Proyección vídeo Button Poetry

Objetivo: Incentivar la expresión como un proceso que refleje sensaciones y situaciones de las experiencias propias de los sujetos vinculando al tema del tabú frente a los trastornos mentales.

Ejecución:

- a) Por medio de las herramientas del equipo para proyección audiovisual se reproduce el vídeo de la poeta Sabrina Bentham de la iniciativa Button Poetry
- b) Las trabajadoras sociales en formación en un papel de observadoras identifican reacciones y expresiones transversales a la reproducción del vídeo
- c) Se realiza reflexión recogiendo opiniones de los usuarios y concluyendo con la relevancia de expresar más allá de lo evidente de una situación

3. Momento de escritura

Objetivo: Expresar de manera escrita percepciones no descriptivas de un objeto que permita dar cuenta de las perspectivas y emocionalidades del sujeto. Ejecución:

- a) En el centro del aula se pone una vela encendida de manera tal que las personas que conforman el círculo dentro del espacio puedan ver un ángulo diferente del objeto
- b) Se entregan hojas en blanco y lápices a cada participante, se armoniza el ambiente haciendo uso de música de fondo.
- c) Se da un espacio de 15 minutos para la realización del escrito y se da paso a socializar los escritos realizados rescatando el carácter voluntario de este.

4.Cierre y voces reflexivas

Objetivo: Identificar procesos e iniciativas alrededor del mundo que estén comprometidos con la desmitificación del tabú y el Estigma hacia ciertos grupos sociales.

Ejecución:

- a) Se reproduce el video “Eso no se pregunta: Síndrome de Down”
- b) Las trabajadoras sociales en formación orientan el proceso de socialización de opiniones que surgen posterior a la visualización del video
- c) Se finaliza la reflexión del mismo a través de la creación de <<preguntas incómodas>> en donde se finaliza con el compromiso de traer para la siguiente sesión una pregunta incómoda que alguna vez hayan recibido frente al estar en la CNSP.

REFERENCIAS

- Audre Lorde, Los diarios del cáncer, Ed.Hipólita, 2008
- Button Poetry, Explaining my depression to my mother by Sabrina Benaim, 2014
- UNAM. (S.F). Teoría del discurso de Habermas. *Instituto de investigaciones jurídicas.*

RESPONSABLE(S) DE LA ACTIVIDAD:

Stephanía Ramírez Fernández
 Trabajadora Social en formación
 UCMC

Paula Juliana Ruiz Monroy
 Trabajadora Social en formación
 UCMC

PLANEACIÓN N° 4

FECHA: 16 de Mayo de 2018	LUGAR: Clínica Nuestra Señora de la Paz
TEMA: Redes de apoyo	
OBJETIVO GENERAL: Identificar redes de apoyo para reconocer relaciones y percepciones de los usuarios con las mismas	
<p>MARCO CONCEPTUAL</p> <p>Redes de apoyo</p> <p>“La red de apoyo es un conjunto de personas y/o grupos que ejercen una función recíproca entre sí”(Rodríguez, 1993)</p> <p>“La red pasa a ser mejor intérprete de las propias necesidades y es capaz de poner obra genuinas y eficientes soluciones, tanto más allá de las instituciones de bienestar tradicionales o influyendo en la transformación de las mismas”(Di Carlo, 1998)</p> <p>Ecomapa</p> <p>“El Ecomapa representa un panorama de la familia y su situación gráfica, conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y de privaciones. El procedimiento de</p>	

dibujar el mapa, destaca la naturaleza de las interfases y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar”. (Hartman,1979)

MOMENTOS DE LA SESIÓN:

12. Introducción preguntas orientadoras
13. Técnica “La telaraña”
14. Ecomapa
15. Cierre y producto final

RECURSOS:

- Espacios adecuados
- Hojas blancas, bolígrafos y/o lápices
- Rollo de lana

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

1.Introducción preguntas orientadoras

Objetivo: Reconocer experiencias de los usuarios

Ejecución:

- a) Se realiza una reflexión en cuanto al tabú y la exclusión social hacia distintos grupos sociales
- b) Se abre espacio a los miembros del grupo para comentar aquellas <<preguntas incómodas>> recibidas y propuestas en la última sesión
- c) Vinculación de las experiencias comentadas con el tema central de la sesión: Redes sociales.

2. Técnica “La telaraña”

Objetivo: Activación del grupo y vinculación con la temática de la sesión.

Ejecución:

- a) A través de una dinámica de animación <<Rey de los elementos>> se crea una red pasando el rollo de lanas a distintas personas
- b) Se realizan distintas rondas aumentando el tiempo con la finalidad de conseguir la concentración del grupo
- c) Una vez, se conforma la red, las trabajadoras sociales en formación realiza una retroalimentación que refleje la red como un entramado social en el que influyen y se ven

inmersas distintas personas.

3. Ecomapa

Objetivo: Identificar redes de apoyo a nivel primario, secundario e institucional para ubicar funciones e influencias de las mismas en el sujeto. Ejecución:

- a) Se entregan hojas en blanco y un bolígrafo a cada miembro del grupo
- b) Se solicita dibujar la herramienta del ecomapa a través de la orientación de las profesionales en formación en donde se ubica familia, amigos, instituciones y comunidad
- c) Se determina la relación y función que se tiene con estas personas y desde la reflexión dada por las trabajadoras sociales en formación se abre paso a un proceso de escritura reflejado en la herramienta dibujada.

4. Cierre y producto final

Objetivo: Realizar escrito que refleje la función e influencia que tienen las personas que conforman la red social del sujeto y su papel con el proceso de tratamiento psicoterapéutico.

Ejecución:

- a) Entrega de hojas blancas y bolígrafos a los usuarios miembros del grupo.
- b) Se dispone al grupo a dar respuesta a la pregunta orientadora realizada por las trabajadoras sociales en formación “¿cuál fue la reacción y cuál la relación de los miembros de las redes sociales frente al momento de reconocer la existencia del trastorno mental?”
- c) Socialización de carácter voluntario y entrega de los escritos.

REFERENCIAS

- Di Carlo, Enrique y grupo EIEM. Papeles científicos de Trabajo social Redes Sociales Naturales: Un modelo de trabajo para el servicio social. Hvmánitas. Buenos Aires, 1998.
- Harman, Ann y Laird Joan. FAMILY-CENTERED SOCIAL WORK PRACTICE. Editorial The Free Press. New York. 1983.
- Ródriguez Marín. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. España, 1993.

RESPONSABLE(S) DE LA ACTIVIDAD:

Stephanía Ramírez Fernández
Trabajadora Social en formación
UCMC

Paula Juliana Ruiz Monroy
Trabajadora Social en formación
UCMC

PLANEACIÓN N° 5

FECHA: 23 de Mayo de 2018	LUGAR: Clínica Nuestra Señora de la Paz
TEMA: Cuerpo	
OBJETIVO GENERAL: Representar la relación del sujeto con el cuerpo por medio de actividades de expresión corporal que permitan identificar algunas de las metáforas corporales de los usuarios de la CNSP	
<p>MARCO CONCEPTUAL</p> <p>Para hablar de cuerpo, se retoma a Planella (2006), en la que se menciona que: Una de las aportaciones más significativas para el tema que nos ocupa es que defiende que el cuerpo debería ser considerado el tema central de la teoría social contemporánea. Lo justifica diciendo que el pensamiento feminista ha puesto en juego el tema del cuerpo al criticar el determinismo existente del cuerpo sexuado, porque el cuerpo es el objetivo de un amplio mercado de consumidores y porque desde la medicina se han producido importantes modificaciones que replantean el concepto mismo de enfermedad y qué relación presenta ésta con el cuerpo. Parte de su proyecto de fundamentación de la sociología del cuerpo se erige en contra de su interpretación exclusivamente biologicista.</p> <p>Corpografía: Es necesario retomar la teoría corpográfica, en la cual se entiende que: “Tenemos una imagen inconsciente del cuerpo, producto de la interpretación de las huellas (propias y sociales) en él, y nuestro cuerpo produce imagen desde el gesto, la actitud, el movimiento, la palabra, la vestimenta, el maquillaje, la mirada, la dinámica del movimiento. Estas imágenes también cambian en las distintas culturas y en cada época, donde es notoria la variación de ropajes y accesorios del cuerpo en función de diversos ideales de belleza.” (Trosman, 2012)</p> <p>El Taller Corporal, sostenido por las diferentes técnicas y escuelas, se apoya en lo sensorceptivo, la autopercepción, la experimentación y en lo expresivo (...) (Ídem) los talleres corporales toman uso de distintas herramientas o técnicas (arte, pintura, escritura,</p>	

etc.) para representar el cuerpo, “Corpografía sería entonces graficar desde el cuerpo pero también con el cuerpo y en el cuerpo, es una cartografía del cuerpo que le va un lugar relevante la palabra.” (Díaz, 2016)

MOMENTOS DE LA SESIÓN:

1. Actividad “Musicoterapia”
2. Actividad “Corpografía”
3. Escrito final “Cuerpo” - Carta a mi futuro yo.

RECURSOS:

Espacio adecuado
 Hojas
 Bolígrafos y esferos
 Pliegos de papel Craft
 Pinturas y pinceles
 Reproductor de música

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

1. Actividad “Musicoterapia”

Con el fin de favorecer el cumplimiento del objetivo de la sesión, se plantea la actividad de la musicoterapia en la cual se hace uso de canciones y movimientos corporales para incentivar los pensamientos sobre el propio cuerpo.

En un primer momento se reproducen pistas musicales y se solicita a los participantes que realicen movimientos de baile que consideren vayan acorde al tipo de música, y posteriormente se indica que por turnos deben realizar un movimiento que los demás deben imitar.

Al finalizar se realiza una breve reflexión sobre lo observado y sobre el tema de la sesión, y se da paso a la siguiente actividad.

2. Actividad “Corpografía”

Se entrega a cada uno de los asistentes papel Craft suficiente para poder hacer la silueta de su propio cuerpo. Tras realizar la silueta se solicita que dividan el dibujo en dos (de la forma que decidan) y representen en un lado un “Antes” y en el otro un “Ahora” de algún momento crucial en su historia de vida.

Posteriormente se realiza una socialización de las corpografías y se da un momento de expresión emocional sobre lo experimentado en la realización del ejercicio.

3. Escrito final “Cuerpo” - Carta a mi futuro yo.

Teniendo en cuenta que en el momento anterior de la sesión se rescatan el presente y pasado, se propone la redacción de una carta escrita para “mi yo de dentro de años”. Se solicita que en la carta plasmen expectativas sobre el estado de su vida en el momento en que reciban la carta, las metas que desean lograr en ese tiempo, las circunstancias que lo dificultan, y en general mensajes que consideren importantes para ese momento de su vida.

Se finaliza la sesión con la socialización de las cartas, una breve retroalimentación de la sesión y el agradecimiento por la asistencia a la misma.

REFERENCIAS

- Diaz Silva, Sandra Mabel (2006) "Corpografía del Hambre. Cuerpos que resisten" Universidad de la República de Uruguay
- Trosman, Carlos (2012) "Corpografías" Actas del I Encuentro Latinoamericano de Investigadores sobre Cuerpos y Corporalidades en las Culturas, Investigaciones en Artes escénicas y performáticas.
- Planella, Jordi (2006) "Corpografías: Dar palabra al cuerpo" Revista de intersecciones entre Artes, ciencias y tecnología ARTNODES

RESPONSABLE(S) DE LA ACTIVIDAD:

Stephanía Ramírez Fernández
Trabajadora Social en formación
UCMC

Paula Juliana Ruiz Monroy
Trabajadora Social en formación
UCMC

PLANEACIÓN N° 6

FECHA: 30 de Mayo de 2018	LUGAR: Clínica Nuestra Señora de la Paz
TEMA: Diagnóstico	
OBJETIVO GENERAL: Identificar la percepción de los usuarios de la CNSP frente a su diagnóstico clínico y su relación con el motivo de hospitalización.	

MARCO CONCEPTUAL

En el área médica, el diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un «cuadro clínico», destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. Al hablar de «cuadro clínico», hay 3 elementos que se interrelacionan y que vale la pena definir. El síndrome o conjunto de síntomas y signos que presenta el paciente a raíz de la enfermedad; la enfermedad, tal cual lo leemos en textos de medicina, por ejemplo, insuficiencia suprarrenal, cáncer del pulmón, hipertensión arterial; y el contexto, que es el ambiente social, económico, psicológico en que se sitúa la persona que padece la enfermedad.(Capurro y Rada, 2007)

Con motivo de dar cumplimiento al objetivo de la sesión, se retoman los planteamientos de Sontang (1977) en los cuales plasma que los procesos de enfermedad (Trastorno en el caso de la presente), de la siguiente forma *“A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar. (...) Mi tema no es la enfermedad física en sí, sino el uso que de ella se hace como figura o metáfora. Lo que quiero demostrar es que la enfermedad no es una metáfora, y que el modo más auténtico de encarar la enfermedad —y el modo más sano de estar enfermo— es el que menos se presta y mejor resiste al pensamiento metafórico”*.

MOMENTOS DE LA SESIÓN:

1. Actividad “Casa inquilino terremoto”
2. Actividad central “Máscaras”
3. Actividad final de escritura
4. Retroalimentación y cierre

RECURSOS:

Hojas de papel (blancas y de colores), lapiceros, colores y marcadores, aula apropiada para la actividad.

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Actividad “Casa inquilino terremoto”

Duración: 15 minutos.

Objetivo: Generar un espacio ameno de recreación previo a la actividad central

Ejecución:

- a) Dividir el grupo de participantes en subgrupos de a 3 personas
- b) Las trabajadoras sociales en formación dan la instrucción de apropiar un rol en específico (Casa, inquilino o terremoto) e iniciar con el juego.
- c) De manera que, al final, una persona con el rol de inquilino no tenga su casa y deba pagar una penitencia asignada por el mismo grupo de participantes.

Actividad central “Máscaras”

Duración: 20 minutos

Objetivo: Identificar cómo se modifica el comportamiento del usuario en relación a su red de apoyo.

Ejecución:

- a) Entregar hojas de colores a los usuarios junto con un respectivo lápiz
- b) Dar la indicación del número de cuadrantes y su contenido (4 cuadrantes en donde se da respuesta a la pregunta “Cómo te comportas con tu familia, amigos, institución y estando solo/a”.)
- c) Realizar las distintas máscaras y socializar algunas de manera voluntaria.

Actividad final y de escritura

Objetivo: Contemplar la manera en la que los usuarios perciben y sienten su diagnóstico por medio de la elaboración de un escrito final.

Ejecución:

- a) Se brindan hojas blancas y un lapicero correspondiente por cada usuario
- b) Se solicita escribir un texto en respuesta a la pregunta “¿Cuál es el motivo por el que esta en la institución (Dx) y cómo se siente al respecto?”
- c) Se recogen los escritos y se procede a la etapa final de la sesión.

Retroalimentación y cierre

A modo de cierre se retoman reflexiones y opiniones de los usuarios que de manera voluntaria desean hacerlo y de manera posterior las trabajadoras sociales en formación brindan una conclusión tanto de la temática abordada como del proceso llevado a cabo a lo largo del mes. Se brindan agradecimientos generales.

REFERENCIAS

- Capurro, Daniel y Rada, Gabriel (2007) “Proceso diagnóstico” Revista de Medicina de Chile, Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
- Sontang, Susan (1977) “La enfermedad y sus metáforas” Epublibre

RESPONSABLE(S) DE LA ACTIVIDAD:

Stephanía Ramírez Fernández
Trabajadora Social en formación
UCMC

Paula Juliana Ruiz Monroy
Trabajadora Social en formación
UCMC

Anexo 4. Crónicas grupales

CRÓNICA DE GRUPO No 1

GRUPO:

Programa Redes – Grupo Crónicos – Grupo Hospitalización

FECHA:

02 de Mayo del 2018

NÚMERO DE ASISTENTES:

10 personas

HORA:

14:00 – 15:30

LUGAR

Salón 1 – Pabellón científico

TRABAJADORAS SOCIALES EN FORMACIÓN:

Stephanía Ramírez Fernández – Paula Juliana Ruiz Monroy

OBJETIVO

Realizar el acercamiento a los usuarios que participarán en el proceso para el fortalecimiento de los canales de comunicación.
--

RELATO:

<p>Previo al inicio de la sesión, se acomoda el salón con los puestos de forma circular con el fin de evitar jerarquías y para propiciar la comunicación entre los asistentes.</p> <p>Se inicia la sesión a las dos y cuarto debido a demoras en el traslado de los usuarios, asisten diez personas de doce personas que se tenían convocadas ya que dos de ellos deciden desistir del proceso ya que no se sentían en la disposición de asistir a las actividades.</p> <p>Una vez se da inicio, las estudiantes manifiestan en un primer momento la gratitud por la participación y asistencia a este primer encuentro, se realiza una introducción general de las trabajadoras sociales en formación y del proyecto de investigación a desarrollar, se recuerda el carácter voluntario de la asistencia pero se hace énfasis en la importancia del compromiso para el mismo.</p> <p>Posterior a esto se da paso a un espacio para compartir con los presentes una breve descripción de cada uno de los asistentes, en donde se da información de nombre, edad y lo que se desea compartir. Se resalta que todos los asistentes mencionan su diagnóstico y el grupo al que pertenecen.</p> <p>Se da inicio a la actividad inicial, para la cual se propone realizar un cuento colectivo (el cual se desarrolla de la siguiente forma: la primera persona del grupo escribe una frase inicial para el cuento y lo pasa a la siguiente persona que escribirá una frase que continúe la anterior, se pasará por todos los asistentes hasta que el último escriba el final del cuento y lo titule, también será el encargado de narrarlo a los demás). La actividad se desarrolla con un poco de dificultad por algunos de los asistentes, sin embargo son apoyados rápidamente por los demás y se superan las dificultades de forma exitosa.</p> <p>El cuento es culminado y narrado por uno de los asistentes que manifiesta haber sido cuentero en algún momento de su vida, y tiene un resultado del agrado de todas las personas que ayudaron a escribirlo.</p> <p>Seguidamente se divide el grupo por parejas, incluyendo también a las trabajadoras sociales en formación, y se explica la actividad del espejo (en la cual deben presentarse con la otra persona, nombre, edad, qué les gusta hacer y qué gesto los identifica; posteriormente deben presentar el uno al otro frente al grupo intentando imitar las expresiones y posturas del otro).</p> <p>La actividad consigue un ambiente de relajación en el grupo ya que provoca risas y empatía entre los asistentes.</p>
--

Para la actividad final se solicita a los asistentes que escriban sobre ellos mismos, un recuerdo que haya sido trascendental en sus vidas o una experiencia que quieran compartir con los demás. Los escritos van desde descripciones personales hasta recuerdos de la infancia, la experiencia del primer noviazgo y la de ser padre o madre.

Al finalizar la sesión se hace una pequeña retroalimentación de las actividades que se realizaron y se agradece la asistencia y la disposición de asistir a la sesión.

Se dan claridades respecto a la siguiente sesión y se acompaña a los usuarios a sus diferentes servicios para que puedan continuar con su rutina.

En el camino, dos usuarios del programa de Redes manifiestan sus deseos de abandonar el proceso por lo que no asistirán a la siguiente sesión; los usuarios del grupo de crónicos manifiestan su conformidad con la sesión realizada y el entusiasmo por la siguiente sesión. Se desocupa el salón utilizado para la sesión y se da por finalizada la jornada.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN:

La organización de las sillas de manera circular tenía como objetivo la integración de los asistentes y propiciar la comunicación entre los mismos, sin embargo, se observa que los asistentes deciden acomodarse por programas, dejando a las personas pertenecientes a REDES a mitad del círculo y al otro lado se organiza el grupo de crónicos, esto puede ser reflejo de una disposición y/o actitud temerosa por conocer a nuevas personas, cabe resaltar que aunque la organización se da de tal manera, el grupo se muestra dispuesto a iniciar una conversación e interacción con los otros y que incluso se reconocen y saludan con algunas de las personas. Lo anterior genera la hipótesis de que la organización puede ser incluso una acción naturalizada propia de las dinámicas institucionales en las que para las sesiones y actividades a realizar se divide a la población en subgrupos acorde a los programas.

Respecto a las personas que en el proceso de convocatoria habían accedido a hacer parte del proceso y en el momento de asistir a la primera sesión se negaron, se puede observar que el carácter voluntario del estudio puede ser malentendido con respecto al compromiso que se requiere para el mismo; sin embargo posteriormente se hace énfasis en este aspecto con los asistentes en la sesión y ellos se muestran de acuerdo con lo que se manifiesta. La mayoría deja en claro su intención de continuar el proceso hasta su culminación, por otro lado algunos de los asistentes manifiestan que no saben si podrán estar en todo el proceso debido a que es posible que soliciten salida voluntaria (en el caso de los usuarios del programa de Redes).

Al realizar la introducción y presentación de los integrantes llama la atención que las personas al solicitarles una descripción o introducción ante la pregunta orientadora “¿quién eres?” hacen referencia no solo a su nombre y edad, sino que de manera directa manifiestan su diagnóstico y tiempo de pertenencia en la institución como partes importantes y/o constituyentes de sí mismos.

En el desarrollo de la actividad del cuento colectivo, cabe resaltar la dificultad de algunos de los asistentes para su realización, sin embargo se evidenció que los otros participantes prestan la ayuda necesaria para superar las dificultades, lo que muestra un grado de empatía que se puede aprovechar para el desarrollo de las demás actividades; el cuento se tituló “Camila” y cuenta la historia de una chica que había sido engañada por su novio y al encontrarse con una amiga en el parque, se enamora inesperadamente a primera vista de un chico, sin embargo su novio la llama a las cuatro de la mañana y le pide matrimonio, ella se siente muy feliz y no sabe qué hizo para merecer tanto de Dios.

Del cuento se puede evidenciar que muestra el punto de vista de cada uno de los asistentes en el sentido de que todos intentaban volcar el cuento hacia un desenlace feliz o infeliz (algunos querían que la protagonista se quedara sola, otros que se volviera a enamorar y otros que la amiga la ayudará a superar su tristeza), sin embargo todos se sienten satisfechos con el final ya que se hace referencia a cuestiones religiosas con las que casi todos parecen sentirse muy identificados.

Se realiza la actividad central, “El espejo” en donde se les solicita elegir a una persona para el desarrollo de

la actividad, los participantes deciden hacerlo con el compañero que se encuentra al lado de ellos a pesar de que se les da la oportunidad de elegir a cualquiera de los asistentes, así pues se da al espacio de interacción para compartir de manera verbal los gustos, pasatiempos y gestos cotidianos de sí mismos, se destaca para esta actividad un ambiente tranquilo y relajado que también es propiciado por la música de fondo, algunas de los asistentes ríen y expresan físicamente su agrado por lo compartido con el otro. Una vez se dispone a hacer la presentación el grupo se encuentra en un estado de empatía y de disposición abierta por conocer aquellas particularidades del otro. Algunos de ellos expresan el hobby y el gesto profundizando los motivos de realizar el hobby o la sensaciones que esto le genera al otro, la actividad permitió un reconocimiento meticuroso de las personas que hacen parte del grupo y favorecer a la comunicación y cohesión del mismo.

Para un tercer momento, se realiza la actividad “Algo sobre mi” entregando a cada asistente una hoja en blanco, no se da mayor orientación para la ejecución de la actividad más que expresar algo de sí mismos o una experiencia gratificante de sus vidas, de manera que, algunos escritos son concretos y otros extensos acompañados de algunas pequeñas ilustraciones y decoraciones.

Se evidencia que algunos de estos se remiten a una situación concreta de su infancia o su adolescencia como amoríos, el nacimiento del primer hijo, hogares de paso en la infancia, momentos gratificante y felices con la familia, entre otros.

Esto refleja la relación directa de la representación del “Yo” como un constructo de la relación con el otro, familia, pareja o instituciones, las redes sociales en estos casos se presentan como un apoyo emocional y motivacional para los participantes.

En la parte de retroalimentación se evidencia en los participantes un agrado por la sesión y las actividades realizadas, manifiestan que las actividades que son reflexivas son más de su agrado que las que son de mucho movimiento y que la música en las sesiones les permite concentrarse mucho más al momento de escribir.

Se agradece la asistencia y sobre todo la actitud presta para el desarrollo de las actividades, se indica el tema a tratar en la siguiente sesión.

Finalizada la sesión y realizando la movilización de los usuarios a sus respectivos servicios y/o programas se expresa que dos de las personas pertenecientes al programa de REDES se encuentran en el proceso de solicitar salida voluntaria.

EVALUACIÓN:

La sesión cumple con el objetivo planteado ya que permitió el acercamiento a los usuarios que fueron seleccionados en el proceso de convocatoria, paralelamente la sesión facilitó identificar elementos en la dinámica grupal que contribuyen a la planeación de las siguientes sesiones de recolección de información y temas de interés en común que sería útil para el proceso de investigación retomar.

PLAN DE ACCIÓN:

Se considera pertinente dar continuidad a las sesiones planeadas, en donde de acuerdo a lo observado dentro de este primer acercamiento las trabajadoras sociales en formación acuerdan generar acciones que promuevan la comunicación y cohesión del grupo de manera tal que permita a los integrantes identificar el espacio como un referente de apoyo para la expresión honesta y directa en lo verbal y escrito.

CRÓNICA DE GRUPO No 2

GRUPO:

Programa Redes – Grupo Crónicos – Grupo Hospitalización

FECHA:

09 de Mayo del 2018

NÚMERO DE ASISTENTES:

12 personas

HORA:

14:00 – 15:35

LUGAR

Salón 2 – Pabellón científico

TRABAJADORAS SOCIALES EN FORMACIÓN:

Stephanía Ramírez Fernández – Paula Juliana Ruiz Monroy

OBJETIVO

Abordar temáticas respecto a la escritura que permita reconocer los beneficios que supone para el proceso terapéutico.

RELATO:

Se inicia la sesión a las 14:20 de la tarde debido problemas en la movilización de los usuarios, en total asisten a la sesión doce usuarios: tres del programa de Redes (dos de los participantes de la sesión anterior solicitaron salida voluntaria), tres del programa de Crónicos (una persona informó que debido a su condición de salud no continuaría en el proceso y otra asistente no pudo presentarse a la sesión debido a visita de un familiar) y cuatro personas del proceso de hospitalización (en espera de salida en los próximos días).

El salón se dispone con las sillas de manera circular para permitir un ambiente ameno y una comunicación horizontal.

Inicialmente se hace una retroalimentación de lo trabajado en la sesión anterior y del objetivo de la investigación para las personas del programa de Hospitalización que no estaban la sesión anterior, posteriormente se hace una pequeña presentación de cada uno de los asistentes y de las trabajadoras sociales en formación.

Se realiza una introducción con preguntas orientadoras al respecto de las motivaciones, sensaciones y beneficios del ejercicio de la escritura, cada uno de los asistentes comparte su opinión; se destacan entre las respuestas la opinión de que sirve para “liberarse, para darse cuenta de cómo se siente uno, para sentirse limpio, para descargarse y llegar a la sensación de vacío, para recordar los sucesos de manera diferente, etc.” También se menciona que la escritura para uno de los asistentes supone una actividad nueva para pasar el tiempo.

Se llega a la conclusión casi unánime de que es muy difícil escribir sobre uno mismo porque da cuenta de lo que normalmente se oculta.

Seguidamente se entrega a cada uno de los asistentes un fragmento de la escritora Audre Lorde, se explica el contexto de la autora y de su escrito. Posteriormente se da paso a la lectura y reflexión de cada uno de ellos.

Se reproduce un video llamado “Explaining my depression to my mother”, de la poeta Sabrina Bentham, en el cual se habla de la importancia de expresar los sentimientos y sensaciones a las personas que conforman la red de apoyo.

Dos de las asistentes manifiestan que deben retirarse de la actividad debido a su iniciativa de participar en espacios religiosos propuestos por la institución, por lo que se permite que se retiren del salón.

Posteriormente se hace una breve reflexión sobre el vídeo y se introduce la siguiente actividad, que consiste en realizar un escrito sobre una vela encendida que se ubica en la mitad del círculo (realizar descripción de la vela, relacionarla con momentos, símbolos o reflexiones que despierte en cada uno de los asistentes).

Se da un tiempo de diez minutos para que cada participante escriba su reflexión o composición literaria sobre la vela encendida y posteriormente se socializan los escritos, aunque algunas personas prefieren

compartir a grandes rasgos lo que escribieron sin leerlo.

Se resalta la excelente capacidad de escritura creativa que tienen los participantes y se hace énfasis en cómo los escritos corresponden a los momentos o situaciones que están atravesando las personas, lo cual se puede evidenciar en las lecturas que se hicieron.

Para finalizar se reproduce el vídeo “Eso no se pregunta: Síndrome de Down”, en el cual se muestra a un grupo de personas diagnosticadas con Síndrome de Down y se les hacen preguntas que usualmente es considerado “inapropiado” preguntar. El vídeo se muestra con la intención de evidenciar procesos que a nivel mundial se llevan a cabo para romper los mitos que generan Estigma y actitudes discriminatorias hacia ciertos grupos sociales.

Se realiza una reflexión sobre el vídeo y sobre los mitos que existen entorno a la Salud mental, se deja como compromiso pensar en esas posibles preguntas que consideran que las personas se sienten incómodas de hacer cuando se enteran de que están frente a una persona que fue diagnosticada con algún tipo de trastorno mental.

Se brinda un espacio para que los participantes expresen sus sentimientos y opiniones respecto a la sesión y a las actividades en general.

Se agradece la asistencia a la sesión y se hace una breve introducción del tema que se abordará el siguiente miércoles.

Se acompaña a todos los asistentes a sus respectivos servicios y al volver se recogen los materiales que quedaron en el salón y se ordenan las sillas.

Se da por finalizada la jornada a las 16:00.

ANÁLISIS DE LA SESIÓN:

Se dispone de un salón diferente que sería el lugar asignado para las sesiones faltantes, este cuenta con un espacio más amplio que es propicio para el abordaje de actividades de las siguientes sesiones. Para esta segunda sesión se acomoda el espacio en círculo igual a la primera sesión, pero a diferencia del primer encuentro, uno de los usuarios de REDES se acomoda en diferente lugar al que se encuentran las personas pertenecientes a su programa; esta vez, el grupo cuenta con tres personas nuevas del servicio de hospitalización quienes se ubican cercanas dentro del círculo y se presentan con el grupo refiriendo nombre, edad y motivo por el que se encuentra dentro de la institución, seguido de ello, las trabajadoras sociales en formación hacen un recuento de lo trabajado y de las experiencias de la sesión anterior y de esta manera se dispone a dar inicio a la temática del día.

De acuerdo a la pregunta orientadora del primer momento “¿Qué es la escritura para ti, qué te motiva y qué sensaciones tienes al escribir?” se refleja una actitud reflexiva y sin necesidad de asignar a una persona para que comparta su respuesta, los miembros toman la vocería iniciando por los usuarios de hospitalización; dentro de las respuestas dadas, las trabajadoras sociales en formación intentan retroalimentar de manera tal que las personas identifiquen en el proceso de escritura un ejercicio de expresión de lo oculto y de exteriorizar lo que motiva, conmueve o aqueja internamente al ser humano.

Este primer ejercicio contrasta y complementa ideas entre los usuarios encontrando unanimidad entre sí mismos respecto al significado y la dimensión que tiene la escritura en sus vidas, sin embargo, este ejercicio logró reconocer experiencias propias de los individuos y la relación que estos tienen con la expresión escrita. hallando que esta representa en mayor medida un ejercicio de catarsis y organización de pensamientos y sucesos. Algunos de ellos concluyen que es complejo escribir sobre sí mismos y que al hacerlo identifican elementos de carga emocional que comparten con su médico tratante para trabajarlo.

Posteriormente se entrega a cada uno de los asistentes un fragmento de la escritora Audre Lorde, de su documento llamado “Los Diarios del Cáncer”, y cuyo contenido ha sido de utilidad para la formulación del proyecto de investigación; los fragmentos giran entorno a la importancia de convertir el dolor y el miedo en una fuerza creativa y no dejarlos convertirse en una pared detrás de la cual esconderse para no hacer frente a los obstáculos de que surgen de nuestras propias limitaciones.

Se hace la lectura de cada uno de los fragmentos y se solicita a los asistentes que opinen respecto al fragmento y los sentimientos que este pueda despertar en ellos.

En un tercer momento se realiza la actividad “La vela” en la cual se incentiva la percepción sensorial que logre plasmar una experiencia o sensación obtenida al ver la vela, de manera tal que no se realiza una observación descriptiva del objeto sino una observación desde la sensibilización y la propia experiencia y vivencia del sujeto que la realiza. El grupo se muestra en actitud y disposición presta a la reflexión emocional, se toman aproximadamente 10 minutos para la realización del escrito y una vez todos los participantes finalizan se da paso a la socialización de los escritos destacando dentro de ellos las distintas percepciones y las subjetividades de los inmersos, se determina que entre otras cosas la vela representa la fé, la esperanza y la capacidad de resurgimiento y determinación del individuo para el afrontamiento de situaciones negativas; en algunos casos se refleja que la vela cumple un papel de representación de experiencias religiosas y eventos familiares.

Al presentar el video “Eso no se pregunta”, surge la reflexión respecto a los tabús y mitos que se crean en torno a una situación debido al poco conocimiento que se tiene al respecto, y cómo estos mitos pueden desembocar en actitudes Estigmatizadoras para los miembros de ese grupo. Respecto al tema de los trastornos mentales se hace referencia por una de las asistentes respecto a que para la sociedad es muy difícil entender su “Enfermedad” teniendo en cuenta que no era visible o no tenía signos evidentes más allá de los comportamientos, por lo que siempre lo tildaban de “actuación o manipulación”, ante eso el grupo está de acuerdo pero no se evidencian deseos de profundizar al respecto por los demás participantes.

Cuando se solicita que para la siguiente sesión formulen algunas preguntas que consideren que las personas querrían preguntar a alguien con un trastorno mental, se evidencia que es una cuestión que no se habían planteado antes y que a algunos de los asistentes les causa interés.

Las opiniones sobre la actividad son positivas y mencionan que es mucho más fácil escribir cuando se tiene un tema en específico que cuando es temática libre, por lo que se hace referencia los siguientes tópicos a tratar y se evidencia interés por los participantes.

Se finaliza la sesión de manera exitosa con respecto al cumplimiento del objetivo de la sesión y a la actitud y cohesión grupal.

EVALUACIÓN:

Se cumple el objetivo planteado para la sesión estableciendo puntos clave sobre la importancia de la escritura en el proceso terapéutico, tales como:

- Contribuye al proceso de catarsis cuando la persona está embargada por una emoción.
- Es útil para recordar los sucesos de forma más detallada y le brinda a los sujetos otra perspectiva respecto a lo vivido.
- Se considera una forma de acción sin daño en la medida en que permite a la persona expresar todo su dolor, frustración e ira de forma controlada, sin afectar la integridad de otras personas teniendo en cuenta que es un ejercicio personal.

Sin embargo se resalta un aspecto negativo: si el proceso de escritura se realiza con el propósito expreso de herir a la persona que es el foco del sentimiento negativo, puede ser muy negativo; por lo cual es tener muy presente que es un ejercicio personal y que puede ser compartido con los demás teniendo en cuenta la premisa de que sea para beneficio de todos.

Por otro lado, los participantes que asistieron por segunda vez a la sesión se sintieron más cómodos teniendo un tema en específico sobre el cual escribir más que con un tema libre, por lo que se considera oportuno hacer explícito al inicio de la sesión el foco que se está trabajando.

PLAN DE ACCIÓN:

La efectividad del objetivo dispuesto resulta enriquecedor para la cohesión de la dinámica interna del grupo y da paso a una contemplación más concreta de la variable central del proyecto de investigación: El Estigma en la Salud mental. Lo anterior resulta favorecedor para el proceso en la medida en la que proporciona las bases y da paso a trabajar el tema del Autoestigma y la relación entre sujeto-Dx.

Se acuerda promover nuevos espacios reflexivos desde lo emocional haciendo uso de las distintas formas de expresión humana como la narrativa, poesía, cortometrajes, entre otros a fin de generar una óptima sensibilización con el tema a abordar.