

**Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental****Anti-stigma Practices as the Linchpin of Community Work in Mental Health**

Pamela Grandón  
Fernández

Rafael Dresdner  
Vicencio

Marcelo Sanhueza  
Vallejos

Pamela Vaccari  
Jiménez

**Palabras claves:** estigma, derechos humanos, participación, salud mental comunitaria

**Keywords:** Stigma, human rights, participation, community mental health

**Autor biografías:** *Pamela Grandón Fernández*<sup>1</sup>Psicóloga, profesora asociada del Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Dirección: Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Barrio Universitario s/n, Concepción, Región del Biobío, Chile. *Rafael Dresdner Vicencio* Psicólogo, coordinador del Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna”, Unidad de Psiquiatría y Salud Mental Hospital las Higueras. Dirección: Centro de Rehabilitación, Hospital las Higueras, Alto horno 777, Talcahuano, Región del Biobío, Chile. *Marcelo Sanhueza Vallejos* Licenciado en Sociología usuario de salud mental, activista por los derechos humanos de los usuarios de Salud mental, miembro de la Agrupación de Ex usuarios de Salud Mental (AESAM). Dirección: Agrupación de Ex usuarios de Salud Mental, Argentina 96, San Vicente, Talcahuano, Región del Biobío, Chile. *Pamela Vaccari Jiménez* Psicóloga, profesora asistente del Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Dirección: Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Barrio Universitario s/n, Concepción, Región del Biobío, Chile

**Autor Notas:** Agradecimientos especiales a las organizaciones e instituciones y personas que han hecho posible la realización de las jornadas anti-estigma a lo largo de estos años.

**Citación:** Fernández, P.G., Vicencio, R.D., Vallejos, M.S., Jiménez, P.V. (2016). Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 7(1S), 1-15. Retrieved Day/Month/Year, from (<http://www.gjcpp.org>)

**Prácticas Anti-estigma como Eje Articulador del Trabajo Comunitario en Salud Mental**

**Resumen**

El estigma es la principal causa de sufrimiento en personas que reciben un diagnóstico psiquiátrico. Por esto el Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna” se dio a la tarea de organizar anualmente las Jornadas “anti-estigma”, cuyo objetivo fue generar un espacio de reflexión, debate y sinergia de experiencias sobre la forma de combatir el estigma y resguardar los derechos de las personas en salud mental. Las jornadas se realizan bajo un modelo de investigación basado en la participación de la comunidad, que incluyen un equipo gestor y distintos actores locales. La información obtenida en éstas se analizó usando técnicas cualitativas. Las jornadas han desarrollado diferentes productos y efectos que evidencian la efectividad de trabajar bajo este modelo inclusivo: generación de documentos sobre la discriminación, estigma y promoción de derechos; nuevos espacios de promoción de derechos en salud mental y alianzas estratégicas con redes sanitarias, de educación superior, fundaciones privadas y organizaciones de usuarios con diagnóstico psiquiátrico.

**Anti-stigma Practices as the Linchpin of Community Work in Mental Health**

**Abstract**

Stigma is the main cause of suffering in people who receive a psychiatric diagnosis. Hence, the “Moonlight” Rehabilitation Center decided to annually organize the “anti-stigma” sessions, aimed to generate a reflection, debate and synergy space of experiences in order to fight stigma and protect the rights of people in mental health. These sessions are based on a research model of community participation that includes a managing team and different local actors. The information obtained in these sessions was analyzed by means of qualitative techniques. The products and effects that evidence the value of following this inclusive model have been developed: generation of documents on discrimination, stigma and promotion of rights; new promotion spaces of right in mental health and strategic alliances with health networks, higher education, private foundations and organizations of users with psychiatric diagnoses.

Ser etiquetada/o con un diagnóstico psiquiátrico significa un antes y un después en la vida de una persona. Su propósito vital y relaciones sociales giran respecto a lo que se había trazado, provocando efectos negativos para sí y su familia; uno de esos efectos es el estigma. Goffman (1963) define estigma como un atributo degradante que deteriora la identidad de una persona y la inhabilita para una plena aceptación social. El estigma refiere a etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación de una persona que presenta una característica evaluada como negativa por la comunidad (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Link & Phelan, 2001). El estigma se relaciona con la identidad social y con la categorización que la sociedad aplica a las personas, donde el exogrupo u otredad es estereotipado y desvalorizado (Link & Phelan, 2001).

El estigma hacia las personas con diagnósticos psiquiátricos se evidencia en conductas de coerción, infantilización y segregación (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Mestdagh, 2014). Esto tiene diversas consecuencias para las personas entre las cuales están: disminución de oportunidades laborales y redes sociales, menor acceso a vivienda, atención de salud, restricción de sus derechos en función del diagnóstico, aumento de la vulnerabilidad social y disminución de la autoestima (Arboleda-Flores & Stuart, 2012; Mascayano, Tapia, Castro, Mena & Manchego, 2015; Sharac, Mccrone, Clement, & Thornicroft, 2010). El estigma afecta directamente la recuperación de las personas, entendida ésta como un proceso de reconstrucción de la identidad con apoyo del grupo social para dotar de significado sus experiencias vitales y adquirir control sobre su tratamiento

(Slade, Leamy, Bacon, Janosik, et al., 2012). La recuperación permite que se pueda construir un proyecto de vida más allá del sufrimiento generado por un trastorno mental (Bellack, 2006). Para recuperarse es fundamental participar de la vida en comunidad, siempre que ésta valore a las personas diferentes. También es central que los servicios de atención en salud reconozcan la autoridad de los usuarios para decidir sobre vidas (Slade et al., 2012).

El advenimiento de un modelo de salud mental comunitaria (SMC) propició el abordaje del estigma, estableciendo que la inclusión social de personas con diagnóstico psiquiátrico requería la apertura y respeto de la comunidad (Ornelas, Vargas-Moniz, & Duarte, 2010). Por tanto, el estigma es un problema de salud pública que traspasa los límites sanitarios constituyéndose como una demanda de justicia social (Corrigan, Watson, Byrne, & Davis, 2005; Stuart, 2005). En esta línea, se está trabajando desde un enfoque basado en derechos humanos, desarrollando intervenciones centradas en el empoderamiento de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares (Corrigan et al., 2010; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000; Warner, 2008;). La inclusión social y disminución del estigma implica así la recuperación de derechos y roles sociales de las personas (Corrigan, 2002; Saraceno, 2003). Desde el ejercicio de ciudadanía que pueden ejercer las personas con diagnóstico psiquiátrico se disminuyen las asimetrías de poder y se desafía el estereotipo, favoreciendo la recategorización social de este colectivo (Gaebel, Ahrens & Schlamann, 2010; Sartorius et al, 2010). Experiencias de programas de disminución del estigma,

señalan que las intervenciones más efectivas incluyen localidades específicas y sus actores sociales, pasando a incorporarse como prácticas estables del lugar (Arboleda-Flores & Stuart, 2012). Lo ideal es promover el contacto con personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico de forma cooperativa, en igualdad de estatus y con apoyo de autoridades (Szeto & Dobson, 2010).

En Chile el año 2000 se promulgó el “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” que, basado en el modelo de SMC, establece lineamientos y valores de una política pública en Salud Mental. A partir de ello se diseñó un modelo de atención en red, llamado “Red de salud mental y psiquiatría comunitaria” con enfoque biopsicosocial, territorial y comunitario, que promueve mejorar la calidad de vida de personas con diagnóstico psiquiátrico en su tratamiento, rehabilitación e inclusión social (Ministerio de Salud, 2001). El modelo de SMC considera a la comunidad como generadora de recursos que debe aliarse con los técnicos para enfrentar sus problemas de salud, para lo que se requiere motivar la participación y empoderamiento de las personas (Marcos & Topa, 2012; Storm & Edwards, 2013).

No obstante este cambio en las políticas, la incidencia de trastornos mentales en Chile no ha disminuido, el presupuesto asignado a salud mental alcanza a 2,14% y las agrupaciones de familiares de los/as usuarios/as tienen escasa visibilidad en el modelo. En general, las personas ven limitada su participación y toma de decisiones durante el tratamiento, no existen iniciativas legales que resguarden el ejercicio de su capacidad jurídica— como la tenencia de bienes—y hay un déficit en el desarrollo de políticas de inclusión educativa y laboral (Minoletti,

Sepúlveda & Horvitz Lennon, 2012; Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2014). Resulta paradójico que pese a la instalación de un modelo de salud mental comunitario en Chile se siguen reproduciendo y manteniendo la inhabilitación social y el estigma hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico. Esto nos indica que se requiere de mayores esfuerzos para que estos objetivos se transformen en acciones concretas (Carrasco & Yuing, 2014; Ministerio de Salud, 2014; Valdés & Errázuriz, 2012). En este escenario, surge la necesidad de implementar intervenciones anti-estigma bajo el Enfoque de los Derechos Humanos, que promueva el bienestar y la libertad sobre la base de la dignidad e igualdad de todas las personas (Organización de las Naciones Unidas, 2011), visibilizando al estigma y sus expresiones como prácticas opresoras.

En este contexto, el Centro de Rehabilitación Diurno “Luz de Luna” perteneciente al área sanitaria de la ciudad de Talcahuano en la región del Biobío en Chile, se dio a la tarea de organizar anualmente las jornadas “anti-estigma”. El objetivo de estas jornadas fue generar un espacio de reflexión, encuentro de experiencias y desarrollo de alianzas para buscar mecanismos que faciliten la inclusión social de las personas con diagnóstico psiquiátrico. Las jornadas buscaban la validación de la otredad como factible y legítima, en donde el/la otro/a existe como sujeto de derechos. Desde esta resignificación de discursos y acciones, se ha apuntado a posicionar al estigma como una limitación para la salud mental y el bienestar humano, indicando

que debemos transformar los contextos relacionales, fundamentalmente, en salud y educación. Este artículo pretende socializar y sistematizar el trabajo realizado a partir del desarrollo de las jornadas anti-estigma, basadas en los Derechos Humanos, como eje articulador de prácticas socio-sanitarias.

### **Método**

Se han realizado cinco jornadas desde el año 2011 hasta el 2015, basadas en el modelo de investigación basado en participación de la comunidad (IBPC). La IBPC enfatiza la inclusión de los miembros de la comunidad como participantes en todo el proceso investigador; identificar y definir el o los problemas, determinar las preguntas, elegir la metodología, recolectar y analizar los datos, implementar acciones y monitorear y difundir los resultados (Stacciarini, Shattell, Coady, & Wiens, 2011). El trabajo desde este enfoque se inició con un grupo gestor, que incluyó a diferentes actores sociales y que se encargó de desarrollar el proceso investigador (Stacciarini et al., 2011). Utilizamos este modelo por ser pertinente al propósito de las jornadas basado en una ética de la justicia y el empoderamiento de grupos marginados (Blumentahl, 2011). Para recoger y analizar la información, se utilizaron técnicas cualitativas que implicaron un análisis documental de la sistematización de las jornadas, los resúmenes presentados en las mismas y la evaluación de satisfacción hecha por los participantes. La sistematización se realizó en base a discusiones grupales del equipo, aplicando un análisis de contenido temático, narrativo e inductivo, donde las categorías definidas fueron consensuadas. También se establecieron

conversaciones con agentes claves de las jornadas líderes de organizaciones. El uso de estos distintos métodos permitió triangular el análisis para fortalecer la credibilidad de la información obtenida. Entre los organizadores destacan dispositivos de salud, asociaciones de usuarios y familiares de salud mental, organismos no gubernamentales, y universidades locales. Son distinguibles dos etapas dentro de este proceso: desde la primera hasta la última versión las jornadas han tenido un desarrollo progresivo en la participación de la comunidad en su implementación.

#### *Etapa 1. Origen de la Iniciativa*

Las jornadas nacen en el Centro de Rehabilitación "Luz de Luna," perteneciente a la red de salud local, que trabaja en rehabilitación psicosocial de personas con diagnóstico psiquiátrico. La inquietud por abordar la discriminación y el estigma, se canalizó en "capacitar" a la comunidad en general y en particular a las personas más cercanas al tema como usuarios, familiares, funcionarios de salud y estudiantes universitarios, entre otros. Esta tarea era relevante pues, por una parte, diversos estudios han señalado la importancia de abordar el estigma con los actores involucrados, como por la otra, en el centro de rehabilitación los usuarios manifestaban sentir discriminación social hacia ellos y sus familiares.

La primera y segunda jornada fue organizada por el Centro de Rehabilitación Diurno "Luz de Luna", con apoyo del Área Comunitaria de la Carrera de Psicología de la Universidad de Concepción. Se invitó a participar a organizaciones e instituciones ligadas al tema. En la primera el objetivo fue formar a los asistentes en la conceptualización e

implicancias del estigma. En la segunda, el foco fue el diagnóstico psiquiátrico y su influencia como constructor de discursos dominantes y la revisión e identificación de prácticas estigma/anti-estigma. Durante la evaluación de estas jornadas surgió la necesidad de orientar el foco de trabajo hacia la reflexión en torno al tema, porque se constató que el trabajo anti-estigma requería de la participación activa de los distintos actores sociales como miembros del equipo gestor local de su comunidad. Este cambio implicó unir las lógicas de reflexión y experiencia de los usuarios y sus familias, con las de capacitación y formación, propias de equipos de salud mental, autoridades, docentes y estudiantes. A partir de lo conversado se acordó focalizarse en la salud mental en general y no solo en ciertos diagnósticos o condiciones psiquiátricas. Esto estableció un puente entre distintas miradas que cruzan la salud mental y que afectan al estigma y la vulneración de derechos.

### *Etapa II. Asociatividad*

La tercera jornada fue la transición para el cambio de rumbo, incorporando nuevos actores locales. Este paso estuvo relacionado con la elaboración de material donde se plasmaron valores, ideas y sueños en la lucha contra el estigma mediante el ejercicio colectivo de la construcción de una ley en salud mental. La cuarta jornada se centró en los derechos humanos en salud mental como tema pendiente en Chile; en tanto la quinta abordó distintas perspectivas de trabajo en salud mental, sus tensiones y sus desafíos. En las últimas jornadas se incorporó el enfoque de derechos como parte medular del trabajo anti-estigma. Esto fue posible porque el surgimiento del Observatorio de Derechos Humanos de

las Personas con Discapacidad Mental de Santiago, dio visibilidad al tema, lo que fue acogido a nivel local.

Con el paso de las jornadas se incluyeron en el equipo gestor organizaciones y personas consideradas como referentes en salud mental en el contexto local. En la medida que las tareas asumidas se desarrollaron de acuerdo a lo comprometido, el nivel de implicación de las personas aumentó. Ya en la tercera versión, el espacio de las jornadas fue asumido como propio, lo que llevó a los participantes a proponer temas, intereses y sueños en la realización de la iniciativa. En la última versión, el proceso de colaboración gestado implicó que se sumaran, desde proyectos sociales a personas sin adscripción a una institución, a la organización (Ver Tabla 1). Esto fue posible por la generación de confianzas en el equipo gestor, que tomó decisiones desde el ejercicio dialógico horizontal de incluir y hacer convivir las distintas propuestas y visiones sobre la iniciativa. Lo anterior está inspirado en la propuesta de lograr unidad a través de la diversidad (Schipani & Freire, 1992). Así se trabajó en base a acuerdos; se dio voz a todos los colectivos, se dividieron las tareas conforme a habilidades, contactos e intereses; se socializaron y sancionaron las actas de cada reunión y se generaron procesos de supervisión compartida de los avances y gestiones. Esta posibilidad de diálogo intersectorial permitió generar distintas iniciativas locales; ahora el estigma y su disminución a partir de la defensa de los derechos de las personas, son un aspecto que se debate, enseña y aborda en diversos espacios sociales. Las jornadas se convirtieron en un articulador local, con carácter dinámico que es propio de un colectivo social vivo.

### Resultados

Los/as autores/as preferimos hablar de efectos pues estos aluden, desde nuestra comprensión, a una multiplicidad de consecuencias en distintos niveles y aspectos con potencial de réplica y re significación. Hemos agrupado estos efectos en tres ámbitos: generación de documentos para combatir el estigma y promover los derechos en salud mental, generación de nuevas iniciativas de promoción de derechos en salud mental y generación de alianzas estratégicas. A continuación los presentamos:

#### *Generación de Documentos para Combatir la Discriminación y el Estigma y Promover los Derechos en Salud Mental*

Estos tienen como objetivo favorecer la agencia de las personas estigmatizadas y de la comunidad general entendiendo al estigma como fenómeno que atenta contra la justicia social afectando al conjunto de la sociedad. Entre estos documentos contamos con: a) *Material informativo*. Trípticos informativos sobre las jornadas anti estigma, los cuales son usados para la promoción de derechos y difusión sobre el estigma en dispositivos de salud, organizaciones sociales, escuelas y universidades. b) *Sistematización de las Jornadas*. Es un trabajo grupal final de conversación sobre los tópicos tratados. El escrito sistematizado se devuelve a los participantes para que puedan difundirlo (Ver Tabla 1).

#### *Generación de Nuevas Instancias de Promoción de Derechos en Salud Mental*

Otro efecto relevante ha sido favorecer la conexión entre distintas organizaciones para la defensa y promoción de derechos humanos en salud mental. En este

sentido, se han desarrollado las siguientes iniciativas:

a) *Observatorio de Derechos Humanos en Salud Mental Biobío*. Formado en la Tercera Jornada Anti-estigma, donde los invitados del Observatorio de Derechos Humanos en Discapacidad Mental propusieron formar una sucursal en Concepción. La idea fue acogida por una diversidad de actores sociales, quienes se reunieron para dar cuerpo a una instancia local de defensa de los derechos en salud mental. Esta iniciativa está actualmente en etapa de constitución legal.

b) *Mesa territorial en torno a la discapacidad mental en Talcahuano*. Gracias a las relaciones establecidas en la Tercera y Cuarta Jornada, docentes de escuelas públicas se interesaron en trabajar con el área salud mental en Talcahuano. A partir de ello se gestó "Dementes territoriales" nombre de la iniciativa, que consiste en la formación de un grupo de trabajo intersectorial, constituido por múltiples agentes locales ligados al territorio que vela por la reinserción laboral y la educación social en estigma, derechos humanos y trabajo en red. El equipo tiene dos subgrupos de trabajo que desarrollan capacitación en estigma y derechos humanos, y establecen alianzas con entidades gubernamentales y no gubernamentales para la formación de la comunidad en temas de salud mental.

c) *Fortalecimiento y emergencia de agrupaciones de salud mental a nivel local*. Se han constituido nuevas asociaciones en salud mental, entre ellas, las agrupaciones de usuarios "Nuevo Amanecer" y "El Reencuentro" que se reúnen de forma semanal. También se han potenciado lazos entre agrupaciones de salud mental

<b>Jornada</b>	<b>Contenidos del documento</b>	<b>Difusión</b>	<b>Organizadores y participantes</b>
1. "Por un mundo donde todos cabemos"	Evaluación de la situación local en torno al estigma y la discriminación.	Enviada a los participantes y difundida en redes locales: agrupaciones de usuarios y familiares de salud mental y dispositivos de salud.	1.- Centro de Rehabilitación Diurna "Luz de Luna" (CRD) 2.- Departamento de Psicología de Universidad de Concepción (Psico-UdeC) La jornada tuvo un número aproximado de 170 participantes
2. "Contra la discriminación y el estigma en personas con diagnóstico psiquiátrico"	Revisión de las estrategias más efectivas para afrontar la discriminación y el estigma	Enviada a los participantes y difundida en redes locales: agrupaciones de usuarios y familiares de salud mental, dispositivos de salud y estudiantes de carreras de la Ciencias Sociales.	1.- CRD 2.- Psico-UdeC La jornada tuvo un número aproximado de 210 participantes.
3. "Derechos y ciudadanía en personas con diagnóstico psiquiátrico"	Propuesta de ley de salud mental discutida	Enviada a Observatorio de Derechos Humanos en Discapacidad Mental de Santiago para que lo consideren en una propuesta de ley de salud mental al Ministerio de Salud de Chile. Compartida con los actores locales que la construyeron: estudiantes y docentes de universidades, agrupaciones de familiares y usuarios y dispositivos de salud.	1.- CRD 2.- Psico-UdeC 3.- Capacitación Hospital las Higueras 4.- Fundación Rostros Nuevos del Hogar de Cristo La jornada tuvo un número aproximado de 260 participantes
4. "Derechos humanos, fortalecimiento e inclusión en salud mental. Un tema pendiente en Chile"	Generación de bosquejo original de Manual de prácticas basadas en el Quality Rights de la OMS. Con acuerdo formal del Área sanitaria de Talcahuano de utilizar el bosquejo en la generación de una manual para su red de salud	Con compromiso de ser difundida con otras Áreas sanitarias de la zona Sur de Chile, además de con la red educativa de Talcahuano, junto a las redes mencionadas en los cuadros anteriores.	1.- CRD 2.- Psico-UdeC 3.- Rostros Nuevos 4.- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción (Salud Mental UdeC) 5.- Agrupación de ExUsuarios de Salud Mental (AESAM) 6.- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Servicio de Salud Talcahuano (SSthno) 7.- Oficina de Salud Mental del Área de salud local de la región del Bío Bío (Seremi) La jornada tuvo un número aproximado de 300 participantes
5. "Perspectivas institucionales y ciudadanas en salud mental. Tensiones y desafíos de las prácticas basadas en derechos"	Generación de debates entre expositores y público en torno a 4 aspectos que influyen en las prácticas basadas en derechos humanos: las políticas y prácticas públicas, el ejercicio de la ciudadanía, los medios de comunicación y la investigación en salud mental	Difundida en otras Áreas sanitarias de la zona Sur de Chile y Santiago, además de con la red educativa de Talcahuano, junto a las redes mencionadas en los cuadros anteriores.	1.- CRD 2.- Psico-UdeC 3.- Rostros Nuevos 4.- Salud Mental UdeC 5.- AESAM 6.- SSthno 7.- Seremi 8.- Carrera de Terapia Ocupacional Universidad Andrés Bello (Unab) 9.- Proyecto "Atina Tomé por la Inclusión" 10. Personas naturales La jornada tuvo un número aproximado de 330 participantes

Tabla1. Documentos de Sistematización y Organizadores de las Jornadas Anti-estigma



ya existentes con otras instituciones educativas y de salud favoreciendo el trabajo en red.

d) *Generación del concurso de Buenas Prácticas Inclusivas*. En la Tercera Jornada Anti-estigma surgió la idea de generar un concurso de buenas prácticas, para funcionarios de salud mental, agrupaciones, colectivos, familias, usuarios, ONGs, fundaciones y corporaciones, entre otros. Ello se realizó con el fin de favorecer la transversalidad de la temática de salud mental y dar espacios a otras voces que pudieran hablar sobre lo que constituyen buenas prácticas. Actualmente existe el compromiso de incluir la iniciativa para el año 2016 como parte del trabajo del Área Comunitaria de la Carrera de Psicología de la Universidad de Concepción, dándole continuidad e impactando en la formación de futuros profesionales.

e) *Conformación del colectivo de Psicología Crítica*. Producto de los vínculos establecidos a partir de las jornadas es que un grupo de estudiantes de carreras ligadas a las ciencias sociales en la Universidad de Concepción, conformó un grupo de “Psicología Crítica”, que tiene por objetivo la difusión de alternativas a la psiquiatría y la autoformación teórica e histórica en esta área. Su trabajo se ha orientado a generar espacios de análisis y reflexión sobre salud mental, desarrollando foros y la primera “Jornada local de Antipsiquiatría y Psiquiatría crítica” con participación de agrupaciones de usuarios y estudiantes de distintas universidades regionales.

El trabajo de asociatividad ha sido posible gracias a la inclusión de distintos y nuevos actores sociales en cada jornada. Muchas de las personas que inicialmente

participaban como asistentes, gradualmente cambiaron su rol y se implicaron activamente en el tema. El diálogo generado en las jornadas facilitó la problematización de situaciones y el compartir vivencias, lo que dio un sustento común al malestar experimentado por los participantes. Por su parte, los profesionales de la salud también pudieron visualizar las implicancias que esta forma de trabajo tiene para ellos y el estigma del que son objeto. Este proceso de concientización compartido, donde es factible colocarle palabras al malestar y por tanto concretizarlo es, desde nuestra perspectiva, el fundamento para la acción colectiva.

### **Generación de Alianzas Estratégicas**

Las jornadas han generado una red de organizaciones locales en pro de la disminución del estigma y en defensa de los derechos de las personas en salud mental. Se han establecido vías de comunicación con distintos actores para el desarrollo de prácticas basadas en derechos y la implementación de políticas públicas en salud mental. Estos vínculos trascienden lo local y a nivel nacional se realizaron conexiones con otros grupos como el Observatorio de Derechos Humanos en Discapacidad Mental, El Centro de Acción Crítica en Salud Mental, el colectivo “Libremente”, el colectivo “Locos por Nuestros Derechos”, la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, entre otras. Estos vínculos han favorecido el trabajo conjunto, específicamente de un documento de formación online sobre discriminación y estigma en salud mental para funcionarios de salud, el que está en

proceso de edición (Dresdner & Grandón, s.f).

### **Discusión**

La experiencia de las jornadas Anti-estigma, que nacen al alero de un centro de rehabilitación con enfoque de salud mental comunitaria, trasciende ese espacio y logra constituirse como eje articulador de múltiples iniciativas en salud mental. La necesidad de favorecer la inclusión social de usuarios, limitada por la discriminación y estigma, da cuerpo a esta iniciativa. En el curso de la misma, se han incorporado diversos actores sociales ligados o no, a la salud mental.

El rigor metodológico está garantizado por un equipo gestor multidisciplinario y heterogéneo que recogió intereses, necesidades y propuestas sobre cómo trabajar prácticas anti-estigma más allá de los afectados. El fundamento es la convicción de que todas las personas merecen ser tratadas de forma digna y sin etiquetas que coarten su participación en la vida social. En las jornadas se reconoce y aprecia esta vinculación entre derechos y salud mental y se posibilita identificar prácticas que vulneran derechos de las personas, afectando su calidad de vida y salud mental. Las jornadas anti-estigma promueven el ejercicio de derechos de las personas con diagnóstico psiquiátrico, y permiten que la discriminación y el estigma se resignifiquen como problemas de justicia social (Corrigan & O'Shaughnessy, 2007; Corrigan, Watson, Byrne & Davis, 2005; Stuart, 2005).

La realización de las jornadas con un enfoque de investigación basado en la participación de la comunidad, se convierte en una práctica que fomenta derechos porque desafía a las lógicas duales para el logro de un resultado, ya

que la planificación es en - sí misma - un resultado (Bogart & Uyeda, 2009; Manzini, 2011; Storm & Edwards, 2013). Este trabajo favorece el empoderamiento de los usuarios ya que fomenta relaciones basadas en las fortalezas y capacidades de los participantes para aportar a un proyecto colectivo. Esto facilita la recuperación de los usuarios pues les permite percibirse competentes y miembros valorados de un grupo social (Slade et al., 2012). Los procesos de recuperación de las personas pueden ser contruidos a partir del trabajo asociativo en una dinámica democrática. Esto implica un desafío para los servicios de salud mental que deben buscar estrategias para generar contextos comunitarios empoderadores, fuera de las organizaciones de salud.

Otro efecto es el fomento de la asociatividad (Ardila-Gómez, 2014), lo cual resulta novedoso ya que en Chile se promueve la sociabilidad, que favorece la familiaridad entre las personas, por sobre la asociatividad que implica un objetivo de trabajo compartido (Valenzuela & Cousiño, 2000). Estos resultados podrían ser explicados por el tipo de relación que se establece en el equipo gestor; interacciones horizontales, en las que se respeta la diversidad de opiniones y se tejen vínculos donde confluyen intereses comunes (Bogart & Uyeda, 2009). Sung, Mayo, Ko, & Lasley (2013) afirman que ello impacta en la asociatividad y en la incorporación de prácticas de cuidado colaborativo que fortalecen una comunidad o grupo psicosocial. En este sentido, el trabajo inductivo desde una lógica narrativa, genera nuevos discursos y escenarios de interacción que abren espacios de participación real, en los que las personas despliegan sus

potencialidades y reflexionan sobre sus logros (Montero, 2006).

Otro aspecto destacable son las posibilidades de acción social que se alcanzan desde lo local. Intervenciones sanitarias anti-estigma que logran convocar a distintos miembros de un territorio, pueden además de generar asociatividad, tener una mayor probabilidad de ser implementadas por organizaciones, instituciones y personas, y así pasar a formar parte de las prácticas locales. A partir de lo anterior, es que se recomienda trabajar desde lo local para incluir las prácticas anti-estigma como parte de los procesos habituales de las organizaciones e instituciones (Arboleda-Flores & Stuart, 2012; Sartorius et al., 2010).

Nuestra experiencia ofrece sugerencias de valor para el desarrollo del modelo de SMC en Chile. Investigaciones señalan que en los equipos de salud mental hay dificultades para implementar este modelo (Carrasco & Yuing, 2014; Monreal, 2010), porque coexisten intervenciones con miradas exclusivamente biomédicas y patologizantes, con otras de corte comunitario y centradas en los recursos de las personas (Carrasco & Yuing, 2014). Es frecuente que los intentos por incorporar a la comunidad en la gestión sanitaria sean infructuosos porque la participación es concebida de manera instrumental, es decir como una forma de generar beneficios para las instituciones, lo que invisibiliza al usuario (Méndez & Vanegas, 2010). En este contexto, el enfoque de derechos no es más que una mera abstracción que forma parte de la retórica en salud, pero que no se plasma en acciones concretas y cotidianas. Nosotros hemos mostrado que es posible operativizar este enfoque a partir del

estigma, ya que permite materializar los derechos de los y las usuarios de salud. El estigma es observado como una forma de relación y de diálogo donde unas voces se imponen sobre otras reproduciendo modelos de violencia estructural naturalizados en el tiempo (Kelly, 2006). Pensarlo así nos lleva a reflexionar sobre cómo el lenguaje verbal y no verbal encubre nociones sutiles de discriminación y cómo su problematización contribuye a generar espacios inclusivos y polivocales.

Consideramos que nuestro trabajo permite desarrollar praxis que devienen en efectos congruentes con la disminución de estigmas asociados a problemas en salud mental mediante el fomento de la asociatividad y el empoderamiento de usuarios. Esto podría ser utilizado para el diseño de planes y programas más participativos, tanto a nivel internacional, como Nacional, específicamente en el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que se está elaborando en Chile. Generar espacios de construcción de iniciativas locales en el ámbito de la salud mental, es un proceso que en sí mismo se convierte en una práctica anti-estigma y que a su vez promueve el surgimiento de otros escenarios socio-políticos de participación social.

Una de las principales limitaciones en nuestro trabajo es la falta de evaluación de la experiencia a nivel de los participantes. En futuras investigaciones sería conveniente poder conocer como estas iniciativas impactan en la subjetividad de los implicados y en sus prácticas cotidianas. Igualmente sería necesario estudiar cómo estas instancias favorecerían transformaciones en las organizaciones, en términos de sus planteamientos, objetivos y formas de

trabajo; para ello sería conveniente el uso de técnicas cualitativas que aborden estos aspectos.

Otra limitación del trabajo, es que en las jornadas participan instituciones y organizaciones que promueven un modelo más comunitario de salud mental. Será tarea futura por tanto diseñar una metodología que permita dialogar desde los derechos y en distintos niveles sobre cómo construimos prácticas anti estigma con una institucionalidad que trabaje desde un enfoque más biomédico. En este sentido, reconocemos limitantes para convocar a las jornadas a profesionales que no se sientan motivados por la temática, pues intervienen fundamentalmente desde un modelo biomédico, como podrían ser: psiquiatras, enfermeras y paramédicos. La inclusión de instancias que funcionen de manera más jerarquizada, implicaría el desafío de compatibilizar estas diferentes dinámicas y estructuras institucionales con otros ritmos de gestión y funcionamiento

Las jornadas anti-estigma han demostrado que otra forma de hacer las cosas es posible. Al relevar la discriminación y el estigma como problema de justicia social, se visibilizan más claramente las estrategias de acción que podemos implementar para la igualdad y la equidad en nuestras relaciones sociales. Desde esta modificación de paradigmas, que comprende al otro como sujeto de derechos, se abren por tanto nuevas propuestas para las intervenciones en salud mental. Así, el estigma puede ser usado para operativizar el enfoque derechos, al concretizar en prácticas cotidianas el valor del otro como un igual. Esto es posible gracias al fomento del empoderamiento y la asociatividad entre

personas y organizaciones, lo que a su vez impacta en la recuperación de los usuarios y contribuye al desarrollo de una sociedad más inclusiva y diversa.

### Referencias

- Arboleda-Flórez, J. & Stuart, H. (2012). From sin to science: fighting the stigmatization of mental illness. *Can J Psychiatry, 57*(8), 457-63.
- Ardila-Gómez, S. (2014). Users' Perspective on the Evaluation of Mental Health Services. *International Journal of Mental Health, 43*(2), 70-80.
- Bellack, A. S. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin, 32*(3), 432-442. doi: DOI 10.1093/schbul/sbj044
- Blumental, D. (2011). Is community-based participatory research possible? *American Journal of Preventive Medicine, 40*(3), 386-389.
- Bogart, L., & Uyeda, K. (2009). Community-based participatory research: Partnering with communities for effective and sustainable behavioral health interventions. *Health Psychology, 28*(4), 391-393.
- Carrasco, J. & Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas, 13*(2), 98-108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/415>

- Corrigan, P. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217-229.
- Corrigan, P. W., & O'Shaughnessy, J. R. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42(2), 90-97.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J. D., Hautamaki, J., Walton, J., Rusch, N., Rao, D. & Reeder, G. (2010). Changing Stigmatizing Perceptions and Recollections about Mental Illness: The Effects of NAMI's In Our Own Voice. *Community Mental Health Journal*, 46(5), 517-522. doi: DOI 10.1007/s10597-009-9287-3
- Corrigan, P., Watson, A., Byrne, P. & Davis, K. (2005). Mental Illness Stigma: Problem of Public Health or Social Justice? *Social Work*, 50, 363-367.
- Dresdner, R. & Grandón, P. (s.f). *Documento de estudio sobre discriminación y estigma en usuarios de salud mental. Para funcionarios de salud pública y privada*. Documento no publicado. Hospital las Higueras, Servicio de Salud Talcahuano, Chile.
- Gaebel, W., Ahrens, W. & Schlamann, P. (2010). Concepción e implementación de intervenciones contra el estigma de las enfermedades mentales: recomendaciones y resultados a base de investigación y práctica. Alianza alemana para la salud mental: proyecto contra el estigma. Recuperado de [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/konzeption\\_sum\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/konzeption_sum_es.pdf)
- Goffman, E. (1963). *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Kelly, D. B. (2006). The power gap: freedom, power and mental illness. *Social Science and Medicine*, 63, 1118-1128
- Link BG. & Phelan J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Manzini, M. (2011). Understanding change in community mental health practices through critical discourse analysis. *British Journal of Social Work*, 41, 645-667.
- Marcos, A., & Topa, G. (2012). *Salud mental comunitaria*. España. Editorial: Aranzadi SA.
- Mascayano, F., Tapia, W., Castro, L., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Méndez, C., & Vanegas, J. (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 27(2), 144-148.
- Mestdagh, A. B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87.
- Ministerio de Salud. (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* (2° Ed.). Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2014). Sistema de Salud Mental de Chile (Segundo Informe). Recuperado de <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/08/WHO-AIMS-II-SISTEMA-SALUD-MENTAL-DE-CHILE-2014.pdf>

Minoletti, A., Sepúlveda, R., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Twenty Years of Mental Health Policies in Chile. Lessons and Challenges. *International Journal of Mental Health, 41*(1), 21-37.

Monreal, M. (2010). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría: Evaluación de la intervención comunitaria desde la perspectiva de los ejecutores (Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública). Universidad de Chile: Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Santiago, Chile.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.

Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Informe elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental*. Organización Panamericana de la salud.

Organización de las Naciones Unidas. (2011). *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe de 2011*. Nueva York: Naciones Unidas.

Ornelas, J., Vargas-Moniz, M., & Duarte, T. (2010). Community Psychology and Social Change: A Story from the field of Mental Health in Portugal. *Global Journal of Community Psychology Practice, 1*(1), 21-31. Recuperado de <http://www.gjcpp.org/>.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2000). *Derechos Humanos y Desarrollo Humano, Informe de Desarrollo Humano*. Madrid: MundiPrensa

Saraceno, B. (2003). La Rehabilitación como ciudadanía. En B. Saraceno, *La liberación de los Pacientes Psiquiátricos*. México: Editorial Pax.

Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H. R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Florez, J., . . . Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry, 9*(3), 131-144.

Schipani, D. & Freire, P. (1992). *Educación, Libertad y Creatividad: encuentro y diálogo con Paulo Freire*. Universidad Interamericana de Puerto Rico

Sharac, J., Mccrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19* (3), 223-232.

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(4), 353-364. doi: Doi 10.1017/S2045796012000133

Stacciarini, J.M., Shattell, M., Coady, M. & Wiens, B. (2011). Review: Community-based participatory research approach to address mental health in minority populations. *Community Mental Health Journal, 47*, 489-497.

Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly, 84*, 313-327.

Stuart, H. (2005). Why stigma matters and why it should be beaten. *World Psychiatry, 4*, 6-7.

Sung J., Mayo, N., Ko M. & Lasley, C. (2013). Characteristics of collaborative care in increasing access to mental health service in the Asian community. *Families, Systems, & Health, 31*(3), 307-318.

Szeto, A. C. H., & Dobson, K. S. (2010). Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs. *Applied & Preventive Psychology, 14*(1-4), 41-56.

Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). Salud Mental en Chile: El Pariete Pobre del Sistema de Salud. Claves de Políticas Públicas. *Instituto de Políticas Públicas, Facultad de Economía y Empresa, Universidad Diego Portales*. Recuperado de [http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud\\_Mental\\_en\\_Chile\\_El\\_Pariete\\_Pobre\\_del\\_Sistema\\_de\\_Salud.pdf](http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariete_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf)

Valenzuela E. & Cousiño C. (2000). Sociabilidad y asociatividad. Un ensayo de sociología comparada. *Estudios Públicos, 77*, 321-339.

Warner, R. (2008). Implementing local projects to reduce the stigma of mental illness. *International Journal for Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19* (1), 20-25