

EL SUJETO PREDETERMINADO: El proceso de construcción de la identidad en las personas diagnosticadas con un trastorno mental

SUBJECT DEFAULT: The process of construction of identity in people diagnosed with a mental disorder

Josep Cazorla Palomo

Universitat de Barcelona / Fundació Germà Tomàs Canet, Ordre hospitalària de Sant Joan de Déu
josepcazorlapalomo@gmail.com

Resumen: Una constante en la construcción social de aquellas personas que son identificadas como portadoras de una enfermedad mental ha sido a lo largo de la historia la vulnerabilidad del ejercicio de sus derechos y de su dignidad. Lo que ha propiciado que en su constitución como sujetos infravaloren sus capacidades y sus experiencias, adoptando respuestas preestablecidas por la sociedad.

El propósito de la ponencia es transmitir los resultados de una investigación basada en el modelo social con el propósito de aproximarse a la subjetividad de las personas diagnosticadas con un trastorno mental i el papel que los trabajadores sociales han desarrollado, de ahí que la perspectiva metodológica es de carácter cualitativo. En cuanto a las herramientas escogidas para recoger los datos son dos grupos de discusión, nueve entrevistas en profundidad y dos relatos biográficos. Los participantes en el trabajo de campo son personas que han sido diagnosticadas con un trastorno mental con una evolución de la enfermedad más de tres años y con estabilidad clínica.

El análisis de los datos extraídos ha permitido concluir que en la construcción de la identidad de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental confluyen diferentes factores de un mismo proceso, como puede ser los propios caracteriales y los acuerdos comunes de la comunidad en la que habita. Junto con este hecho, las diferentes voces comprendidas, queda patente que, a pesar de que exista miedo en la identificación de la persona como enferma por parte de los propios implicado, la participación en la sociedad y el ejercicio de su papel como agente en la sociedad y la participación en sus propios procesos favorece la normalización de la comprensión de su situación, mediante la paliación de los estigmas y las desigualdades que se pueden generar en torno a un diagnóstico.

Palabras clave: Trabajo Social, Salud Mental, Identidad, Participación, Estigma, Predeterminación Social y Autonomía.

Abstract: A constant in the social construction of those who are identified as carriers of mental illness has been throughout history the vulnerability exercise of their rights and dignity. It resulted

in their constitution as subjects underestimate their abilities and experiences, adopting predefined answers by society.

The purpose of this research is to approach to the subjectivity of people diagnosed with a mental health, hence the methodological approach is qualitative. Regarding the selected tools to collect the data they are the case study and in-depth interviews to participants who have been diagnosed with a mental disorder, with disease progression over three years and clinically stable.

The analysis of the extracted data allows to conclude that in the construction of the identity of persons diagnosed with a mental illness, it converges different factors of a single process such as the character logical own and common agreements of the community in which they live. The different voices understood although there is fear in the identification of the person as sick by themselves involved, participation in society and exercise its role as agent in the participation in society and their own process favors the standardization of compression of their situation through the mitigation of stigma and inequalities that can arise around a diagnosis.

Key Words: Social Work, Mental Health, Identity, Participation, Stigma, Social Predetermination and Autonomy.

Introducción

La presente comunicación, se basa en una investigación desde el modelo social¹ con el propósito de conocer el estado actual de la construcción de la identidad y de la participación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en el ámbito de la Salud Mental. Para ello se cuenta con la opinión de personas con un diagnóstico de trastorno mental puesto que se persigue captar la percepción social subjetiva de cada participante en relación con los procesos de construcción de su identidad y de la participación social.

La concepción de salud desde la que se parte es aquella definida en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana en Perpinyà (1976) donde se definió el concepto de salud de una persona como un estado donde ésta fuese capaz de llevar una vida autónoma, solidaria y gozosa. Juntamente con ésta concepción de salud más allá del bienestar físico, se ha de tener en cuenta que la salud de los individuos está ligada a la creación y al manteniendo de una armonía comunitaria y medioambiental donde habitan (Miranda, 2008). Pudiéndose traducir el concepto de salud como un proceso integrador de capacidades y de experiencias diversas que conforman la forma de ser de cada persona y de cada colectivo, sin perder de vista la idea de inclusión y el reconocimiento de la diferencia (Rossell,1998). Esta conceptualización rompe con la dialéctica de enfermedad-salud, ya que va más allá de una ideología epidemiológica y se centra en las posibilidades, capacidades y

¹ El modelo social convive toda vida humana igual de digna que el resto y a consecuencia su participación en la sociedad se vuelve imprescindible, en la relación con la inclusión y la aceptación de la diferencia (Palacios, 2008).

participación de las personas, sin reducir la salud a una alteración determinada. Suponiendo un autoconocimiento y un criterio propio de los sujetos sobre su experiencia que le aportan un saber preciso de su estado de salud y la relación con su cuerpo, todo apoderándose en las propias decisiones relacionadas con su vida (Gorz, 2008). Por este motivo, se puede afirmar que la Salud Mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con la capacidad del mantenimiento y/o de la integración en el medio social y relacional. Pudiéndose afirmar que el enfoque de la Salud Mental es mucho más amplio que una serie de síntomas a los que tratar, lo que provoca que los propios implicados se sientan valorados por sus propias experiencias vividas y se propicie su participación social en sus propios procesos, convirtiéndose en constructores de su propia realidad y como tal pueden constituirla de la forma que mejor se adapte a sus necesidades.

La intención del ser humano, desde que es hombre, es la de intentar comprender y dominar el mundo en el que vive, para ello a lo largo de la historia ha ido creando una serie de instituciones como medios de control social. Una de estas instituciones, que regula la *locura* como desviación de la norma por parte de la ética dominante de la sociedad, es la psiquiátrica (Szasz, 1974). Esta disciplina en las últimas décadas, a través de la construcción de su ciencia, la aceptación por parte de la comunidad científica y la difusión de la estandarización ha conseguido modificar las conciencias de la sociedad en relación a lo que es normal y lo que no lo es (Whitaker, 2011). Apropiándose de este modo de las líneas de conocimiento en relación a la Salud Mental, es por este motivo por el que la psiquiatría se presentaba como la ciencia que se ocupa de las *enfermedades mentales*. La concepción del saber único de la psiquiatría ha facilitado que el tipo de modelo que se inculca a las otras instituciones, como es a la esfera jurídica, sea la deshumanización del *loco* como ser sin capacidad de participación i de decisión (Bercovitz, 1976). Facilitando que la aparición de los procesos de exclusión social de las personas diagnosticada con un trastorno mental sean producto de un procedimiento de desinstitucionalización de este colectivo que comportó la estigmatización. Produciendo la aparición del estigma como un fenómeno social que aparece del proceso de socialización donde se establecen las categorías para ubicar a las personas, asignándoles unos atributos, que formarán su *identidad social* (Aretio, 2010). Así pues, el estigma es un *atributo negativo* resultado de las relaciones sociales. A raíz de que el medio social condiciona fuertemente, estableciendo categorías clasificatorias que pueden estigmatizar (Stern, 2005).

La categorización del *loco* como identidad concreta se cristaliza en aquel ser inactivo y pasivo que se encuentra encadenado a la ociosidad moral y que por tanto es entendido como una plaga social a la que es preciso extirpar para que la sociedad se pueda mantener sana (Álvarez-Uría, 1983). Es por este motivo que se puede afirmar que la creación de la categorización de la *enfermedad mental* fue la época dorada de la *Razón* y que ésta influyó en una nueva ética basada en la operabilidad de deshumanizar, como es la *sinrazón* asignada a la diversidad mental y la posibilidad de innovar (Foucault, 1964). Esta categorización predispone a la deshumanización y a la negación del alma de

las personas, facilitando el desequilibrio entre el hombre y el entorno, provocando la desadaptación y la posible aparición de la enfermedad como respuesta a la experiencia vivida. Al asimilarse esta corriente de pensamiento en la sociedad provoca que los fenómenos social en los que se encuentran involucrados los individuos etiquetados con un trastorno mental sean identificados como impredecibles (Casalet, 1974), fenómeno estigmatizador.

En relación a la responsabilidad individual de la asimilación de la categoría, se encuentra el autoestigma, que está muy presente en aquellos individuos a los que se les ha diagnosticado un trastorno mental, ya que ellos mismos han generado la deshumanización del identificado con las categorías del trastorno mental, concibiéndose como "perdidos sin posibilidad de curación" (Agamben, 1998, p.175), premisa que inicia la objetivación de su vida. Esta objetivación mediante la clasificación humana es denominada como anormal, visto que promociona una forma de concebir y de definir la salud y el funcionamiento normal del cuerpo humano como una dificultad de adaptación a la realidad (Watzlawick, 1995). Sin olvidar que las fuerzas sociales ejercen influencia sobre el comportamiento y las actitudes de las personas que forman una comunidad (Hamilton, 1982). Junto con los procesos estigmatizadores de la sociedad y la autopercepción, existe otro tipo de segregación relacionada con las actitudes de los profesionales del ámbito de la Salud. Este tipo de relación fomenta la supremacía de un conocimiento objetivo del sujeto y de lo que le sucede, convirtiendo a la persona diagnosticada en una consumidora pasiva de fármacos o de servicios. Es por este motivo que esta relación es entendida como una dominación del biopoder que subyuga de forma agresiva por medio de la tecnociencia a la relación íntima que cada uno guarda consigo mismo (Gorz, 2008).

Otro momento crítico es la experiencia del aislamiento y de la inhabilitación, que coincide normalmente con un período de hospitalización, que se revela posteriormente como la fase en que el individuo tiene la posibilidad de pensar en su problema, de aprender de sí mismo, de adaptarse a su situación y de llegar a una nueva comprensión de lo que es importante en la vida, pero que es inhabilitado por la construcción de una teoría del estigma que le invalida cualquier conocimiento (Goffman, 1963). Las personas diagnosticadas con un trastorno mental, por el simple hecho de haber sido etiquetadas como portadoras de un trastorno mental, se sienten alienadas de la capacidad de obrar que comporta el ejercicio de los derechos y deberes de las personas y de los ciudadanos. Esta identificación provoca la categorización, su toma de decisión como sesgada, siendo casi considerados criminales al ser excluidos de su propio cuidado y predeterminados a ser peligrosos para la comunidad en la que conviven (Szasz, T.; 1974). Este método de categorización favorece la aparición de la anulación retroactiva de la responsabilidad penal de la persona que se encuentra supuestamente incapacitada para actuar por sí mismo en la esfera jurídica (Vázquez, 2011). Esta idea se sustenta en que los diferentes actores con capacidad de promover un cambio social responsabilizan de esta situación al llamado *inadaptado*, sin plantearse una alternativa de gobierno (Álvarez-Uría, 1983). De este modo, la concepción del ejercicio de la ciudadanía como algo

restringido genera la aparición de una serie de obstáculos que pueden ser clasificados, entre otros, como desigualdad económica, derivadas de las dificultades de acceso a un nivel adquisitivo, cultural y social, que a su vez perpetúa el desconocimiento de la utilización de los mecanismos para exigir y para defender sus derechos. Traduciéndose en una evidencia de los obstáculos relacionales entre las personas y las instituciones. Junto con estos hechos, se debe tener presente que dentro de estas instituciones existen las oficiales y los servicios profesionales privados, que limitan el acceso y el ejercicio de los derechos a las personas identificadas como incapaces de regirse por sí solas a través de la burocratización o asignándoles un papel pasivo de receptores de ayuda (Madrid, 2010). Provocando que las personas diagnosticadas con un trastorno mental sientan, que independientemente de su capacidad de gobernarse, no se les escucha, no se les respeta, su opinión no es válida y se les priva de las relaciones sociales y de las culturales. Este trato se concreta en la falta de libertad de aquellos que han sido identificados como incapaces ante la tutela de sus propios derechos (Casal, 2010). Pudiéndose cristalizar-se en la posibilidad de la incapacitación legal plena o parcial que afecta el ejercicio de los derechos civiles y políticos, que a su vez tiene efectos en la participación activa de la vida en la comunidad de pertinencia (Vicente, 2011). Es por ello que se define la *identidad social* como una construcción interpretativa inscrita en una sociedad en la que en virtud de su particular manera de definir lo que es *normal*, derivándose de este enunciado que la identificación cómo el diferente se comprende como la desviación de la norma (Ferreira, 2008). Paralelamente a la identidad social cada sujeto desarrolla una identidad única y personal, que se relaciona con el supuesto de que el individuo pueda diferenciarse de todos los demás, y que alrededor de este medio de diferenciación entrelace los hechos sociales de una única historia continua, que se convertirá en la capacidad de adherirse a otros hechos biográficos (Goffman, 1964).

El Trabajo Social en Salud Mental se ha distinguido por la intervención dirigida a la mejorar y/o la modificación de la interrelación entre el individuo y su medio socio-familiar. La forma de aproximación al conocimiento de la realidad social que la disciplina persigue es la que en toda vida humana sea concebida igual de digna que las otras, independientemente de la clasificación social, hecho que facilita la participación de todas los individuos que forman la sociedad, en relación con la inclusión y la aceptación de la diferencia (Palacios, 2008). Esta concepción se articula sobre una base ética basada en la visión de la filosofía comunitaria-feminista en la que desaparecen las jerarquizaciones y viejos esquemas de poder en beneficio de los valores de la comunidad y las relaciones de reconocimiento (Peled y Leichtentritt, 2002). Cristalizándose en la promoción de la creación de una identidad social única frente a la generalización del estigma y a la promoción de las experiencias y de las capacidades de las personas con diversidad mental. Esta idea se basa en la *ecología de los saberes*, que a su vez parte de la premisa de la inter-conocimiento que implica la capacidad y la voluntad de aprender otros conocimientos sin olvidar el mismo (Sousa, 2011), respetando y valorando más de una forma de conocimiento y de ignorancia. En la relación de esta

argumentación con el Trabajo Social, se debe tener en cuenta que esta disciplina busca favorecer la vida de las personas mediante el acompañamiento el desarrollo de las capacidades y el incremento de la autonomía a través de la acceso a los derechos políticos y sociales, de la promoción de la ciudadanía, de la participación política de forma activa y de la creación o de la restauración de los vínculos sociales. Es por este motivo que el reconocimiento como sujeto de pleno derecho, con cualidades y con potencialidades, que le permitirán desarrollar en los procesos de decisión y de participación de manera autónoma e individualizada (Salcedo, 2001). Por este motivo es importante que la aproximación de los profesionales de Trabajo Social a la situación de abordar se realice conjuntamente con la persona que solicita ayuda, teniendo en cuenta tanto el medio social en que habitan como la realidad compartida (Richmond, 1962) para redistribuir las tareas y el poder. “Esta visión, propicia un diálogo entre la figura profesional y la persona usuaria del servicio, posicionándose como persona que trata con otra persona, puesto que esta reflexión interna fomentando la restitución de los derechos y de la dignidad como sujetos previstos de decisión activa en su tratamiento y como ciudadanos” (Cazorla, 2014, p.163).

2. Material y método

Ésta investigación se aproximó a la percepción de los participantes, de ahí que uno de los objetivos principales fue la profundización en la subjetividad de los hechos, los puntos de vista, las posiciones existentes y la forma como se constituyen estas reflexiones a lo largo del proceso.

La metodología utilizada es de carácter cualitativo, ya que focaliza su interés en los sujetos como actores que son los encargados de crear el orden social mediante la interacción, favoreciendo la comprensión de las situaciones de estudio desde el abordaje microanálisis (Oehler y Quiroga, 1973). Para ello se utiliza "la perspectiva interpretativa para desarrollar el conociendo en forma inductiva y se asume que los significados obtenidos son varios" (Aguilera, Durand-Smith, Rodríguez y Romero, 2003 p.79). Por este motivo el nivel de realidad que se persiguió a través del enfoque cualitativo fue subjetivo, esto es así porque este método le interesa observar, escuchar y comprender la realidad subjetiva que viven los actores que confluyen en ella (Trident, 1996). Con la intención de poder llegar a ésta meta se vuelve necesario el cambio de las relaciones jerárquicas dentro de la investigación, para favorecer que se desdibujen los roles del investigador como un observador neutral que examina objetivamente los fenómenos humanos de la investigación, para facilitar una relación recíproca en que las personas propietarias de la información de estudio ejerzan un papel activo en la investigación (Karnieli-Miller, Strier y Pessach, 2009). Por ello, las herramientas para la recogida de información fueron dos relatos biográficos y siete entrevistas en profundidad. La difícil localización e identificación de las personas y de las características de la muestra determinaron que el método no probabilístico de bola de nieve era el más conveniente. Las características para la inclusión de la muestra fueron que las personas dispusieran de un diagnóstico con un trastorno mental, que en el momento del estudio se encontraran en un estado clínico estable y en las que la

evolución de la enfermedad fuese superior a tres años. Los participantes en el trabajo de campo fueron nueve, cuatro personas vinculadas a la Associació ActivaMent², una persona diagnosticada con un trastorno mental que no se encuentra adherida a ninguna asociación, tres personas usuarias del Centro de Salud Mental de Adultos de Sants-Monjuïc de la Fundació Sant Pere Claver de Barcelona i una persona solicitante de asilo vinculada al Servei de Atenció a Inmigrantes, Extranjeros y Refugiados de la ciudad de Barcelona. En cuanto a la variante del sexo hubo una mayor presencia masculina con un total de seis hombres y tres mujeres.

La clasificación de la información extraída a través de las transcripciones del trabajo de campo, se realizó mediante la comprensión y la categorización en el proceso de análisis. El análisis se centró en la indagación de las diferentes dimensiones/variables de estudio como son la construcción de la identidad, el estigma, la predeterminación social y la participación en los procesos.

3. Resultados

Las categorías de análisis a las que las diferentes personas que colaboraron en el trabajo de campo hicieron referencia son la significación del propio diagnóstico, la importancia de las categorías como forma de control social, la asimilación de los prejuicios y los procesos de normalización que contempla.

El ejercicio de análisis puso de manifiesto que la identidad individual de cada persona es algo inherente a su existencia, ya que se desarrolla y se enriquece a través del ejercicio de su libertad en el grupo donde convive. Es por este motivo que la construcción de la identidad de los hombres debe entenderse como un proceso atravesado por la propia biografía y la historia personal irreplicable de cada uno (Andorno, 1998). Para los diferentes participantes, el diagnóstico, a pesar de ser descrito como una irrupción en sus vidas al que necesitan un proceso de reconceptualización, se percibe como algo que otorga sentido, que ayuda a entender y facilita la comprensión de aquellas experiencias vividas, que en muchas ocasiones han experimentado como vivencias negativas. Sin olvidar, que en estos procesos las personas diagnosticadas con un trastorno mental percibían algo anómalo en su lectura y comportamiento en la esfera social. Por este motivo, el diagnóstico ha sido entendido como algo que ha propiciado una línea argumental dando coherencia a la comprensión que realizaban de ellos mismos y de la realidad que los rodea:

[...] *"Supuso un cambio muy grande otorgarle sentido o relacionar diferentes tipos de comportamientos y síntomas. Y muchas cosas que me sucedían, que no las relacionaba o no les otorgaba el sentido de ser un síntoma de un proceso patológico (...) a muchas cosas que me sucedían o que yo vivía y que todo era sintomatología de un mismo*

² Asociación formada por personas con una experiencia con un trastorno mental, miembros fundadores de la primera Federación Catalana de Asociacions de Salud Mental en Primera Persona, federación de compuesta por usuarios de la red de la Salud Mental.

proceso, ¿no? Aunque tú tienes presente y sabes qué te está sucediendo, no vinculas unas cosas con otras. Y de hecho, miras atrás y empiezas a ver un montón de otras cosas que arrastras hace muchos años y que no identificabas de ninguna manera como sintomático" (Participante 1).

En la búsqueda de la aceptación y de la llamada *normalidad* de las personas diagnosticadas con un trastorno mental se vuelve de gran importancia la búsqueda de los acuerdos sociales como algo que posibilite la convivencia social entre los diferentes individuos que la forman. Asimismo los diferentes participantes expresaron la significación de la autoadaptación y el autoconocimiento como un proceso presente en la creación de la identidad, llegando incluso a interiorizar los mecanismos de control social como algo propio que les condiciona en el transcurso de su adaptación al mundo:

[...] "Cambia el entorno, relectura y bueno. ¿Y aquí qué es lo que hay que hacer? Y ya está, es un ejercicio de, bueno, de adaptación. Pero sí, claro, es difícil. Y luego a nivel de sociedad, igual pues entender por qué pasó esto, es entender la singularidad de cada uno, en mi caso un trabajo muy introspectivo (...) Muy complicado, son temas muy, muy complejos. Entonces, claro, entiendo que la manera de gestionarlos, pues ostia, cuando tienes a una persona que genera como unas vibraciones, que genera un descompás, comparación con, si todo va con una dinámica (...), tienes que llevarla a algún lado. Porque claro, no sabes qué va a pasar con el resto de piezas" (Participante 9).

Para las personas que formaron parte del estudio, la emoción del miedo es una constante característica en sus relatos, ya que experimentan la incertidumbre de la respuesta que recibirán de la comunidad al identificarse como diferentes en el núcleo al que pertenecen. Este imaginario fomentado por la propia experiencia, facilita la aparición del sufrimiento como institución de control social que ejerce un poder ordenado y como consecuencia de su esencia cultural, ya que los hechos sociales requieren que se compartan unas mismas creencias, deseos e intenciones (Madrid, 2010). Dándose como respuesta la acción de ocultar cualquier rastro que les pueda delatar como personas portadoras de la etiqueta:

[...] "A veces me cuesta coger vínculos con las personas, porque a veces tengo miedo de que me rechacen, y no me muestro tal y como soy. Tengo una parte que no la muestro de mí misma (...) Porque tengo miedo de que me rechacen o no sea aceptada o no ser querida (...) Pero bueno, yo intento siempre ofrecer lo mejor de mí misma, y siempre intento caer bien a la gente y ser simpática" (Participante 5).

El estigma es comprendido como un atributo negativo diferenciador de las normas sociales, que tienden a definir la totalidad de una persona o de un grupo a través de una característica que es propensa a la exclusión. Así pues, la sociedad mediante la construcción del que es diferente, regula la participación en los procesos. Esta concepción muchas veces puede perpetuarse debido a las

actuaciones y a las concepciones de la sociedad, de los propios estigmatizados o de los profesionales (Ahmedani, 2011).

Pese que en los diferentes discursos es perceptible una normalización de las peculiaridades de las situaciones sociales de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, pudiéndose interpretar como una rotura con la perspectiva clásica de la *locura* y sus supuestas repercusiones sociales, las personas diagnosticadas con un trastorno mental siguen verbalizando un cierto grado de reticencias en relación a presentarse socialmente como individuos sin razón. A consecuencia de la interiorización de las repercusiones negativas y a su angustia hacia el etiquetado o ser descubiertos o clasificados como *enfermos mentales*, son capaces de adaptarse a estas situaciones e incluso a evitar la identificación mediante la perpetuación y el mantenimiento del estigma y del prejuicio afín con el mundo de la salud mental:

[...] *"Estoy encasillado de alguna manera, ¿no? O sea, tengo esto y no lo puedo decir, no lo puedo decir porque me siento, me sentiría, me sentiría rechazado. Al menos pienso eso. O sea, es más el miedo al qué dirán, lo que realmente noto o podría notar, es más el miedo"* (Participante 7).

Las diferentes voces que se recogieron, a pesar de estar de acuerdo en que la sociedad continúa ejerciendo su hegemonía y su discriminación sobre lo que se construye como diferente, a la vez expresan un cambio en la concepción hacia este colectivo como sujetos dotados de conciencia y de razón como el resto de la población que no ha sido diagnosticada con una enfermedad mental. Esta concepción igualitaria provoca una re-conceptualización de los espacios de participación, de relación y de concepción de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental. Este tipo de atención y de participación es descrito como un proceso facilitador de desarrollo personal para con la identidad individual:

[...] *"En lo que atañe a mi vida, más personal, siento que llevo mi vida, que yo tomo mis decisiones y las consecuencias de mis decisiones. A nivel sanitario, claro es que a nivel sanitario también depende del médico que te toque, ¿no? Pero lo que tengo ahora es..., digamos que participo también en el tratamiento, no es unilateral, puedo hablar con él, le puedo pedir algo y si él cree que es conveniente me lo da. O sea, desde el punto de vista sanitario veo que hay, que puedo meter baza"* (Participante 7).

El proceso de la discriminación y el de la creación de la identidad se encuentran fuertemente relacionadas, ya que ambos casos están vinculados a la aceptación de costumbres dentro de una misma sociedad, es por este motivo que para que estos hábitos se incorporen como propios previamente deben haber sido asimilados de forma individual, de esta manera se convertirán agentes efectivos de reproducción de las costumbres de la sociedad (Allport, 1958). Convirtiéndose

así en una respuesta predeterminada de lo que es aceptado, correcto y adecuado a la comunidad donde se lleva a cabo la acción social:

[...] *"Para que voy a buscar un trabajo si estoy loco para trabajar, y tengo una enfermedad para toda la vida, y así se claro... ¿Para qué voy a complicarme la vida si ya había perdido la batalla? Yo entiendo a la gente que se dejan de preocuparse por sí mismos y se dejan en manos de cuidadores, porque realmente es cómo, cómo nadar a contra corriente, puedo nadar un tiempo, pero llegará un momento en que la corriente te acabara arrastrando"* (Participante 2).

Los diferentes componentes del trabajo de campo de la presente investigación expresan su malestar al ser concebidos como incapaces de decidir por sí solos y se sienten condicionados y en algunos casos notan que se les cuarta el ejercicio de la plena ciudadanía, ya que cuando se les tiene en cuenta en sus ediciones son en relación aspectos de poca relevancia:

[...] *"Llevo una etiqueta, claro que llevo una etiqueta seguro, y de hecho hay muchos contextos en que funciona de manera rotunda, mucha gente porque vas como representante de una entidad de salud mental, sabe que vas como persona diagnosticada, te ve como persona diagnosticada, a mí no me ven como profesionales, como psicólogo sociales, como consultor docente, como nada, hay muchos contextos en que te miran y te tratan de manera diferente, seguro, como una voz menos autorizada que otra que es profesional, aunque, quiero decir, no es dicotómico, o eres profesional o eres persona afectada, pero en muchos contextos te miran así, y eso seguro que pesa"* (Participante 1).

La participación en los procesos es definida por la OMS (2005) como las responsabilidades y la supervisión que tienen las personas que utilizan los servicios de salud mental para con éstos. Por este motivo se les apela a denunciar las violaciones de los derechos humanos, verter por su participación en la elaboración y puesta en práctica de las políticas y de las leyes relacionadas con la salud mental, ser conocedores de sus propios derechos fundamentales que confieran los derecho internacional y la tarea de crear un movimiento colectivo con el que producir cambios en la atención y las directrices de la salud mental. La aparición de la participación en los procesos conciben como una característica de la transformación en la que se reconocen las capacidades y las cualidades de las personas:

[...] *"En lo que afecta a mi vida, más personal, siento que llevo mi vida, que yo tomo mis decisiones y las consecuencias de mis decisiones. A nivel sanitario, claro es que a nivel sanitario también depende del médico que te toque, ¿no? Pero lo que tengo ahora es..., digamos que participo también en el tratamiento, no es unilateral, puedo hablar con él, le puedo pedir algo y si él cree que es conveniente me lo da, o sea desde el punto de vista sanitario veo que hay, que puedo meter baza. Y en el tema social, en el tema social más bien de tipo administrativo yo no puedo hacer nada, quiero decir, me dejo que decidan los demás, sólo votar y ya está"* (Participante 7).

4. Discusión

La intención principal de este estudio, que consistía en conocer la interpretación subjetiva de las personas participantes a través de sus propias vivencias, desveló que la participación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en el ámbito de la salud mental se encuentra muy relacionada con el cambio de paradigma de la psiquiatría.

El concepto de participación en los procesos para las personas diagnosticadas con un trastorno mental es descrito como un asunto que se ha encontrado relegado por la predeterminación social que proviene del alegato institucional médico, donde se produce la alienación de los propios implicados. Es por este motivo por el cual las diferentes voces manifiestan el hecho de la participación en sus propios procesos como un cambio en el que se les ha posicionado como actores protagonistas al mismo nivel que los antiguos opresores. A su vez, esta modificación de las relaciones ha facilitado el acceso a la construcción de su protagonismo y de su identidad.

Las personas diagnosticadas con un trastorno mental expresan que se sienten que se ha promovido su reconocimiento como sujetos de pleno derecho, con cualidades y con potencialidades. Esto permite el que este colectivo verbalice una obertura en el desarrollo en los procesos de decisión y de participación de forma autónoma e individualizada, sintiéndose protagonistas de sus historias y a su valor como ciudadanos activos, y no sólo a su tratamiento. Esta participación, según la población estudiada, es interpretada como una ayuda a la creación y al mantenimiento de una identidad propia y de un sentimiento de dignificación personal. Pudiéndose interpretar que la construcción de la identidad de las personas diagnosticadas con un trastorno mental confluyen diferentes factores. Aunque esta primera hipótesis no se debe perder de vista que la identificación como portadores de un atributo socialmente concebido como negativo es capaz de trastornar el proceso de socialización de una persona. Al contrario que esta afirmación parezca rotunda debe ser comprendida desde el punto de vista que aunque los diferentes participantes sean capaces de contradecirse con este hecho, el diagnóstico es un proceso clasificador que puede a la vez tranquilizar a las personas que conforman la comunidad donde habita el individuo identificado como puede alterar aquel al que se le ha asignado.

Pudiéndose interpretar que el diagnóstico se compara en gran medida como un hecho que otorga sentido y que facilita la comprensión de las vivencias de aquellos que han sido diagnosticados. Así pues, podría suponerse que el ser humano necesita ejercer un control de la comprensión de su realidad mediante los acuerdos sociales. Esta misma etiqueta que puede ser entendida como algo determinante y que provoca ajustes a las personas a las que se le asigna, a la vez se asimilada como necesaria para continuar una vez ha irrumpido en la persona, con el fin de fomentar la convivencia social entre los diferentes componentes que la forman.

5. Conclusiones

La relevancia de este estudio es la reivindicación del cambio de paradigma en la atención de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en el cual se le reconocen las propias capacidades y experiencias como fuente de conocimiento para el intento de comprensión del ámbito de la salud mental. Por lo tanto, se le otorga el valor idóneo a la propia experiencia vital como una herramienta de gran valor en la normalización de la salud mental en la comunidad, depositando el protagonismo en las personas implicadas.

Pudiéndose interpretar que la construcción social es una tarea compartida y bidireccional entre el hombre y los pactos establecidos en la sociedad. Puesto que, la mayoría de participantes, relacionan el concepto de participación con el hecho de que la persona sea reconocida como parte de la sociedad. Evidenciándose el valor intrínseco del respeto a la creación y del desarrollo de la identidad única y particular de cada persona, favoreciendo el mantenimiento de su diversidad y de la construcción de una sociedad en la que los diferentes sujetos que la componen sean libres en el ejercicio de sus derechos en su totalidad, reconociendo los mismos como agentes activos de la sociedad en la que conviven. Por este motivo, se podría extraer que el papel del trabajo social en estos procesos es doble, por un lado ha de ser facilitar las herramientas necesarias en la participación y la autonomía de los implicados para que estos asuman, cada vez más, cotas de protagonismo, y por el otro sensibilizar a la sociedad del significado de la diversidad y concienciar de los peligros de la discriminación.

5. Bibliografía

Academia de Ciencias Médicas de Catalunya y de Balears y Sociedad Catalana de Biología (1978). X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana. Perpinyà, 23-26 de Septiembre de 1976. Libro de actos. Barcelona.

Agamben, G. (1998). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Kadmos: Valencia.

Aguilera, R.M., Durand-Smith, A, Rodríguez, E.M. y Romero, M. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en Salud Mental y Adicciones con población oculta. Primera parte. *Salud Mental*. 26 (6:76-83).

Ahmedani, B.K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*. 8 (2: 1-16).

Allport, G. W. (1958). *The Nature of Prejudice*. Doubleday. A. B. New York.

Álvarez-Uría, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Tusquets: Barcelona.

Andorno, R. (1998). *Bioética y dignidad de la persona*. Tecnos: Madrid.

Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja

- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: 289-300.
- Bercovitz, R. (1976). *La marginación de los locos y el derecho*. Taurus: Madrid.
- Casal, J.C. (2010). Derechos y participación de las personas con diversidad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: 301-321.
- Casalet, M. (1974). *Alternativas metodológicas en Trabajo Social*. Humanitas: Buenos Aires.
- Cazorla, J. (2014). Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 21: 161-176
- Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: Apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 124:141-174.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura: en la época clásica*. Fondo de cultura económico: México.
- Gadamer, H. G. (1993). *El estado oculto de la Salud*. Gedisa: Barcelona.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Gorz, A. (2008). *Carta a D. Historia de un amor*. Planeta: Madrid.
- Hamilton, G. (1982). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. La Prensa Médica Mexicana: México, D. F.
- Karnieli-Miller, O.; Strier, R. y Pessach, L. (2009). Power Relations in Qualitative Research. *Qualitative Social Work*. 19(2):279-289.
- Madrid, A. (2010). El acceso a los derechos: la experiencia del Proyecto dret al Dret. *Anuario de filosofía del derecho*. 26:31-56.
- Miranda, M. (2008). Historia e identidad del trabajo social en la salud. *Revista Trabajo Social Salud*, 60: 7-24.
- Oehler, K. y Quiroga, C. (1973). *Compendio sobre metodología para el Trabajo Social*. ECR: Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud [en línea] www.who.int.es [visitado el día 15 de abril del 2015].
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Cinca: Madrid.
- Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; y Gimeno, C. (Coords) (2016). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja

- Peled, E. y Leichtenritt, R. (2002). The Ethics of Qualitative Social Work Research. *Qualitative Social Work*. 1(2): 145-169.
- Richmond, M. E. (1962). *Caso social individual*. Humanitas: Buenos Aires.
- Rosell, T. (1998). *La entrevista en Trabajo social*. Biblària: Barcelona.
- Salcedo, D. (2001). *Autonomía y bienestar: la ética del Trabajo Social*. Comares: Granada.
- Sousa, B. (2011). Utopía y praxis latinoamericana. *Revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*. 54:17-40.
- Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Kairós: Barcelona.
- Stern, F. A. (2005). *El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*. Noveduc: Buenos Aires.
- Trinder, L. (1996). Social work research: the State of the art (or science). *Child and Family Social Work*. 4:233-242.
- Vázquez, A. (2011). Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "Razón psiquiátrica". *Eikasia*. 41:7-20.
- Vicente, C. (2011). En busca de los derechos de ciudadanía del enfermo mental grave: Rescatando sujetos, liberando identidades. *V Congreso de Trabajo Social Madrid*. 149-182.
- Watzlawick, P. (1995). *El sentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Herder: Barcelona.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown: New York.