



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Escuchando las voces de las mentes otras: Análisis crítico del concepto de discapacidad psicosocial

Gina Mariela Cabeza Monroy

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina.

Bogotá D.C., Colombia

Año 2018

Escuchando las voces de las mentes otras: Análisis crítico del concepto de discapacidad psicosocial

Gina Mariela Cabeza Monroy

Trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Magister en discapacidad e inclusión social

Director (a):

Ph. D. en salud pública Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Línea de Investigación: Discapacidad psicosocial

Grupo de Investigación: Grupo de violencia y salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Bogotá D.C., Colombia

Año 2018

A mi hijo Miguel Ángel por quién sonrío cada mañana al despertarme y me hace crecer todos los días.

Agradecimientos

Expreso mi más profunda gratitud a mi directora de tesis, la doctora en salud pública Zulma Consuelo Urrego Mendoza por enseñarme a ver más allá de las palabras y de su sentido.

A la doctora en Ciencias Sociales Dora Inés Munevar Munevar que me empujó al límite de mis preconceptos para pensar de manera impactantemente libre.

A la Clínica Remy por su apoyo para desarrollar esta investigación.

Resumen

Objetivo: Analizar críticamente el concepto de discapacidad psicosocial desde diferentes puntos de vista epistemológicos incluyendo las voces de las personas con enfermedades mentales egresados de la Clínica Remy.

Diseño: Es un estudio cualitativo con enfoque narrativo a través de entrevistas focalizadas. Se seleccionaron usuarios egresados de los servicios de la clínica Remy desde enero a abril de 2018 que tenían capacidad mental para dar su consentimiento certificado por escrito por un médico especialista en psiquiatría (diferente a la investigadora). **Criterios de exclusión:** Se excluyeron a las personas en internación psiquiátrica y aquellos sin capacidad mental para dar su consentimiento.

Resultados: Se entrevistaron veinticuatro personas. Sus conceptos sobre salud mental, discapacidad y discapacidad psicosocial fueron diversos. La mayoría de los participantes no se reconocen a sí mismos como enfermos mentales, ni como discapacitados psicosociales y expresaron su desacuerdo con que las personas con enfermedad mental sean llamados discapacitados psicosociales.

Conclusiones: Se evidenció una amplia diversidad ideológica alrededor del concepto de discapacidad psicosocial. Las personas con enfermedades mentales deben dejar de ser asumidas como sujetos pasivos de cuidado mental, se debe tener en cuenta sobre si desea o no que se les catalogue como discapacitadas psicosociales.

Palabras claves: discapacidad mental, discapacidad psiquiátrica, discapacidad psíquica, discapacidad psicosocial, neurodiversidad.

Abstract

Objective: Critically analyze the concept of psychosocial disability from different epistemological points of view including the voices of people with mental illnesses of the RemyClinic.

Design: It is a qualitative study with a narrative approach using life stories through a focused interview. Users withdrawn from the Remy clinic services were selected from January to April 2018 who had the mental capacity to give their written informed consent by a psychiatry specialist (different from the researcher). Exclusion criteria: Persons in psychiatric hospitalization and those without mental capacity to give their consent were excluded.

Results: Twenty-four people were interviewed. His concepts on mental health, disability and psychosocial disability were diverse. Most of the participants do not recognize themselves as mentally ill, nor as psychosocial disabled and expressed their disagreement that people with mental illness are called psychosocial disabled.

Conclusions: A wide ideological diversity of the concept of psychosocial disability was evidenced. People with mental illness should stop being assumed as passive subjects of mental care, should be taken into account whether or not you want to be classified as psychosocial disabled.

Keywords: Psychosocial disability, Mental disability, Psychiatric disability, handicap psychique, neurodiversity.

Contenido

	Pág.
Resumen	VI
Lista de Gráficas	XI
Lista de Tablas	XII
Introducción	13
1.Capítulo: Planteamiento del problema	15
1.1 Problema de estudio	15
1.2 Antecedentes	15
1.3 Justificación	17
1.4 Objetivos	19
1.4.1 Objetivo general	19
1.4.2 Objetivos específicos	19
2.Capítulo Marco Teórico	20
2.1 Origen y evolución histórica del concepto de discapacidad de origen psíquico	20
2.1.1 Discapacidad mental	21
2.1. 2 Discapacidad psiquiátrica	21
2.1.3Discapacidad psíquica	22
2.1.4 Discapacidad psicosocial	23
2.1.5 Neurodiversidad	25
2.2 Posturas epistemológicas opuestas al uso del término discapacidad	26

2.3	Concepto de salud mental	27
2.4	La enfermedad mental y su impacto en las personas con enfermedades mentales	29
2.4.1	Actitudes de la población general hacia las personas con enfermedad mental	29
2.4.2	Actitudes de la familia hacia las personas con enfermedad mental	30
2.4.3	Estigma, prejuicio, estereotipo y discriminación	31
2.5	Concepto de discapacidad	33
3.	Capítulo Metodología	35
3.1	Diseño metodológico	35
3.2	Técnicas para procedimiento para la recolección de información	35
3.3	Técnicas para análisis de información	36
3.4	Consideraciones éticas	36
3.4.1	Calificación de riesgo inherente a la investigación	37
3.4.2	Dilemas éticos	37
3.4.3	Comités de ética	37
3.4.4	Procedimiento para la toma de consentimiento informado	37
3.4.5	Procedimientos para proteger la privacidad de las personas participantes en el estudio	37
4.	Capítulo Resultados	39
4.1	Características socio-demográficas de los participantes	39
4.2	Resultados sobre el concepto de salud mental	42
4.3	Opiniones sobre ser llamados enfermos mentales	46
4.4	Relatos sobre el rechazo o estigma por tener enfermedad mental	48
4.5	Resultados sobre el concepto sobre discapacidad en los entrevistados	51
4.6	Resultados sobre el concepto de discapacidad psicosocial	54
4.7	Opiniones sobre ser considerados discapacitados psicosociales por tener enfermedad mental	56

5. Capitulo Discusión	63
5.1 La diversidad epistemologica de la diversidad psicosocial	66
5.2 La discapacidad psicosocial como argumento político	67
5.3 La discapacidad psicosocial desde la bioética	68
5.5 Perspectivas futuras de la discapacidad psicosocial	70
6. Capitulo Conclusiones	73
7. Capitulo Recomendaciones	75
Anexo A: Formato para el consentimiento informado para la entrevista	75
Anexo B: Registro de certificaciones sobre capacidad mental de los participantes para participar en el estudio	76
Anexo C: Guía para la realización de entrevista focalizada	77
Anexo D: Tabla de resultados de búsqueda y selección de documentos en bases de datos	80
Anexo E: Tabla de resultados de búsqueda y selección de documentos en bancos de tesis	81
Bibliografía	82

Lista de Gráficas

	Pág.
Gráfica 1: Mapa conceptual sobre el concepto de salud mental en personas egresadas de la Clínica Remy	45
Gráfica 2: El círculo vicioso de la discriminación asociado a los comentarios de los participantes del estudio	47
Gráfica 3: Concepto de Discapacidad en los participantes del estudio	55
Gráfica 4: Comentarios de los participantes que no se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial	58
Gráfica 5: Comentarios de los participantes que se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial	60

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1-1: Características socio-demográficas de los participantes del estudio... 40

Introducción

Aproximadamente un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad (OMS, 2011). Según los datos del censo de 2005 en Colombia (que incluyó algunas categorías propuestas por la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad), la prevalencia nacional de discapacidad es del 6,3%, ligeramente mayor en hombres. La categoría más relacionada con discapacidad psicosocial (limitaciones para relacionarse con los demás) alcanzó casi el 10 %. Se destaca que este censo se indagó desde la limitación, es decir la dificultad que tiene un individuo de una actividad que es el enfoque recomendado por las Naciones Unidas para los censos de población (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, CEPAL, Patrimonio Natural, & Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2005). Aproximadamente una décima parte de la población adulta sufre de enfermedades mentales en un momento dado y representan alrededor del 12% del impacto global de la discapacidad y esto aumentará al 15% en el año 2020 (Daumerie et al., 2012).

El concepto de discapacidad se ha transformado a través de la historia. En los albores de la civilización predominó el enfoque mágico-religioso en la que a la discapacidad se le atribuían a poderes sobrehumanos y aquellos afectados por esta situación eran abandonados o asesinados; durante la edad media en el occidente era considerada un castigo de dios y a las personas con discapacidad se les perseguía o mataba; en el siglo de la ilustración, la discapacidad pasó a ser una enfermedad y debía ser “curada”; en el inicio del siglo XX el enfoque médico-asistencial era el predominante; a mediados de ese siglo, con los movimientos de vida independiente se cambió al enfoque social y en las

primeras décadas del siglo XXI se ha promovido el enfoque de los derechos humanos (Padilla-Muñoz, 2010). Sin embargo, actualmente están vigentes todos los enfoques citados. De igual manera, las personas con enfermedades mentales han recibido muchos nombres y diferentes etiquetas. Si bien, la definición de “discapacidad” es en sí misma controversial y compleja, el concepto de la discapacidad psicosocial es incluso más impreciso y confuso, poco estudiado y polémico. Es el tipo de discapacidad más invisible, olvidada y desatendida del modelo social de la discapacidad (Arabian M, 2010) y tiene una gran diversidad ideológica acerca de su conceptualización. Inclusive, los términos DeCS¹ y MeSH² no le incluyen, y la equiparan con la discapacidad intelectual, lo cual es igualmente debatible. Existen pocas investigaciones que hagan un análisis crítico del concepto de discapacidad psicosocial en medicina, las ciencias sociales y en rehabilitación, dejando un importante vacío de conocimiento que amerita reflexión.

Como planteamiento metodológico, se usó el enfoque narrativo buscando relatos subjetivamente sinceros de personas con padecimientos mentales sobre sí mismos y sus opiniones sobre la enfermedad mental y la discapacidad psicosocial a través de una entrevista focalizada. Las limitaciones de esta investigación están dadas por la categoría a la que pertenece: una investigación cualitativa. Estas limitaciones son: los resultados no se pueden generalizar, la selección de los participantes depende del criterio del investigador y las repercusiones del estudio son limitadas. Sin embargo, este tipo de investigación tiene sus ventajas: proporciona información muy detallada de un grupo de individuos y en este caso en particular, permite una comprensión en profundidad que expone la complejidad de los conceptos de salud mental, de discapacidad y discapacidad psicosocial y de los autoconceptos de los participantes.

¹ Descriptores en ciencias de la salud. Vocabulario estructurado para búsqueda creado por Bireme. Fuente: Rodríguez Camiño, R. (1998). MeSH o DeCS: algunas consideraciones sobre la indización biomédica. *Acimed*, 6, 163-170.

² Acrónimo de Medical Subject Headings. Vocabulario creado por la librería nacional de medicina de Estados Unidos. Fuente: Rodríguez Camiño, R. (1998). MeSH o DeCS: algunas consideraciones sobre la indización biomédica. *Acimed*, 6, 163-170.

1. Capítulo: Planteamiento del problema

1.1 Problema de estudio

¿Cuáles son los diferentes puntos de vista epistemológicos del concepto de discapacidad psicosocial, incluyendo las opiniones de las personas con enfermedad mental egresadas de la Clínica Remy?

1.2 Antecedentes

En los últimos 10 años han aumentado vertiginosamente las investigaciones acerca de la discapacidad luego de la realización de la convención sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad en el año 2006, sin embargo la discapacidad de origen psíquico es la menos estudiada (Arabian, 2010).

La discapacidad psicosocial es una expresión derivada del modelo social que intenta visibilizar la condición social de las personas que padecen enfermedades mentales, sin embargo, su uso en el mundo es diverso, ya que la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad no definió expresamente la discapacidad pues consideró que es un concepto en evolución (Naciones Unidas, 2006).

La discapacidad de origen psíquico ha sido llamada: discapacidad psiquiátrica, discapacidad mental, discapacidad psíquica, discapacidad psicosocial y neurodiversidad. Estas diferentes nominaciones complejizan la pesquisa.

Las publicaciones en el conocimiento científico socialmente disponible se orientan en tres líneas de investigación: la primera línea se inclina a la definición y evaluación de la discapacidad de origen psíquico (en todas sus formas lingüísticas), la segunda línea está orientada hacia la crítica a la introducción del término discapacidad para personas con enfermedades mentales y finalmente, la tercera línea que se especializa en consecuencias e implicaciones del uso del vocablo en las personas.

La primera línea de investigación es la más controversial y se orienta a definir la discapacidad de origen psíquico. Se pueden identificar dos corrientes de pensamiento: aquella que asegura que la discapacidad psicosocial es la condición misma de la enfermedad mental y es una alternativa para nombrarla con el fin de liberar el estigma y la discriminación. Para la socióloga mexicana María Teresa Fernández, el término discapacidad mental o psicosocial (que ella usa como sinónimos) fue acuñado para reconocer y distinguir a las personas con enfermedad mental de las personas con discapacidad intelectual, para que gocen y ejerzan todos sus derechos en condiciones de igualdad con las demás personas y concluye que el principal obstáculo no es la discapacidad en sí, sino las barreras en el entorno y en las actitudes con las que ésta interactúa, entre ellos la discriminación y el estigma social (Fernández, 2010). La segunda corriente de pensamiento es aquella que afirma que la discapacidad psicosocial es una consecuencia de los padecimientos mentales, condiciones previas o de las discapacidades previas físicas y/o psíquicas. La filósofa y maestra mexicana en políticas públicas Mariana Lojo en su ensayo “Cuando la voluntad se enferma” espera que la deconstrucción taxológica de la discapacidad contribuya a la protección efectiva de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial: primero en el tratamiento de las causas de discapacidad; segundo en el manejo de los síntomas discapacitantes y

tercero, en reinserción social y psicosocial de las personas con discapacidad, su familia y sus amigos salvaguardándolos del estigma (Lojo, 2010).

La segunda línea de investigación corresponde al debate sobre si la locura y la angustia deberían ser considerados discapacidad: Pierre Vidal-Naquet manifiesta que hay barreras muy sutiles entre la enfermedad mental y la discapacidad y hace énfasis que aún en el siglo XXI persisten las representaciones mentales negativas en las personas del común de la enfermedad mental, de la discapacidad mental y de la locura y concluye que en esas condiciones revertir el estigma de la discapacidad psíquica es arriesgado pues si una personas reconoce esa discapacidad podría perder más que ganar si se difunde su déficit (Vidal-Naquet, 2009). Otros autores no están de acuerdo en el uso del término discapacidad en las personas con enfermedad mental. Steve Graby, un investigador inglés doctorado en estudios en discapacidad, en 2015 en su artículo sobre neurodiversidad asegura que el dilema está en que reconocerse discapacitado en sí mismo implica reconocerse dañado también y se refuerza el valor dominante de la normalidad y sugiere que los movimientos sociales se unan en una sola bandera de anti normalización y de diversidad (Graby, 2015). Margrit Shildrick, una feminista doctorada en estudios de género asegura que es difícil establecer límites claros entre los discapacitados y los no discapacitados, porque la discapacidad es múltiple, temporal, fluctuante y varía de acuerdo al contexto (Shildrick, 2007).

La tercera y última línea de investigación se especializa en las consecuencias e implicaciones del uso del término discapacidad en las personas con enfermedades mentales: Alexander Manna, sociólogo francés realizó un estudio etnográfico con personas con padecimientos mentales crónicos en un hospital psiquiátrico y expresa su desacuerdo con el uso de este término por considerarlo más estigmatizante y discriminatorio (Manna A, 2015). Pierre Vidal-Naquet en un estudio etnográfico con personas con enfermedad mental recalzó que algunas personas se reconocían como enfermos mentales, pero no discapacitados, mientras otros ni siquiera se veían como enfermos mentales y mucho menos como discapacitados y concluyó que la discapacidad

psíquica debería verse como un proceso (Vidal-Naquet, 2009). Aude Béliard y Jean-Sébastien Eideliman, dos sociólogos franceses que realizaron una etnografía con familias de niños, adolescentes y ancianos con enfermedades mentales, quienes más allá de fiscalizar el concepto de discapacidad psíquica, destacan cómo las construcciones políticas y sociales de las diferentes etapas del ciclo de vida son muy importantes para que sea reconocida la discapacidad en un individuo (Béliard & Eideliman, 2009). Los grupos feministas de investigación en discapacidad también critican el uso del término discapacidad y al modelo social en sí mismo, por su naturaleza antiexperiencial, con principios masculinistas, su apatía hacia las consecuencias psicoemocionales de la discapacidad, su rigidez y su somatofobia (Rice et al, 2015).

1.3 Justificación

En Latinoamérica no existen investigaciones cualitativas con personas con enfermedad mental y/o discapacidad psicosocial cuyo objetivo sea analizar críticamente el concepto de este tipo de discapacidad desde el punto de vista de los directamente involucrados: las personas con enfermedad mental, por lo que esta investigación es pionera e innovadora dentro del campo de estudio de la discapacidad y brinda valiosa información acerca de las construcciones de conocimiento de las personas sobre sí mismos, sus enfermedades mentales, su percepción sobre las implicaciones de haber sido diagnosticados con enfermedades mentales y sus consideraciones sobre las etiquetas que otros les han colocado incluyendo la discapacidad psicosocial. Esta producción permite escuchar de primera mano, las voces de las personas con enfermedad mental y/o discapacidad psicosocial generando una deconstrucción del concepto la discapacidad psicosocial desde la experiencia encarnada de los directamente involucrados.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar críticamente el concepto de discapacidad psicosocial desde diferentes puntos de vista epistemológicos incluyendo las voces de las personas con enfermedades mentales egresadas de la Clínica Remy.

1.4.2 Objetivos específicos

- Evidenciar los diferentes puntos de vista epistemológicos sobre la discapacidad psicosocial en el conocimiento científico socialmente disponible y contrastarlos entre sí.
- Establecer las conceptualizaciones individuales que tienen las personas con padecimientos mentales usuarios de la clínica Remy sobre sí mismos, el concepto de salud mental, la enfermedad mental, discapacidad y discapacidad psicosocial y si se reconocen a sí mismos como discapacitados psicosociales.
- Contrastar los puntos de vista epistemológicos presentes en el conocimiento científico socialmente disponible sobre el tema, con aquellos contruidos desde las personas con padecimientos mentales egresadas de la Clínica Remy.

2. Capítulo Marco Teórico

2.1 Origen y evolución histórica del concepto de discapacidad de origen psíquico

Los términos más comunes que se usan para nombrar la discapacidad de origen psíquico en orden de aparición son: discapacidad mental, discapacidad psiquiátrica, discapacidad psíquica, discapacidad psicosocial y neurodiversidad³. Estos términos difieren en su emergencia histórica, lugares de origen, aceptación, uso, intencionalidad, y entran en tensión por su significado; sin embargo, siguen siendo usados por algunos autores como sinónimos, aunque se diferencian en su significado tan profundamente que deben ser analizados cuidadosamente para evitar confusiones (Charzat, 2002).

³ Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica disponible sobre el concepto de discapacidad psicosocial, a través de una búsqueda exhaustiva en bases de datos y de bancos de tesis con los siguientes descriptores: discapacidad psicosocial, discapacidad mental, discapacidad psiquiátrica, discapacidad psíquica y neurodiversidad. Como técnica de selección se realizó la lectura de los 100 primeros documentos recuperados en cada búsqueda y se seleccionaron aquellos que tuvieran información relevante sobre el concepto de discapacidad psicosocial y sus sucedáneos. Ver tablas de los resultados en los anexos D y E.

2.1.1 Discapacidad mental

El término “discapacidad mental” era utilizado para describir a las limitaciones asociadas al amplio grupo de alteraciones que afectan la mente (Price, 2010), incluyendo tanto a las personas con enfermedades mentales como aquellas con discapacidad intelectual; sin embargo, en algunas publicaciones solo se aplica a pacientes con enfermedades mentales crónicas como la esquizofrenia, los trastornos bipolares y las demencias (Cobas- Ruíz, M., Zacca- Peña, E., Morales- Calatayud F., Icart -Pereira, E., Jordán- Hernández, A., Valdés- Sosa, 2010) y en otras no se define, como en la Declaración de Caracas, que es uno de los productos del consenso de la Conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina (Vasquez, n.d.).

En Colombia, la ley 1616 de 2013 también conocida como la ley de la salud mental define a la discapacidad mental como aquella que “se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante” (Congreso de la República de Colombia, 2013)

2.1.2 Discapacidad Psiquiátrica

El vocablo “Discapacidad Psiquiátrica” es el más usado en Norteamérica (Livermore & Bardos, 2017). Una publicación de un centro de rehabilitación en Estados Unidos plantea que hay diferencia entre la enfermedad mental y la discapacidad psiquiátrica: la primera describe un grupo de condiciones emocionales y mentales que solo se refieren al funcionamiento mental excluyendo al retraso mental, el daño mental orgánico y las dificultades de aprendizaje, mientras que la segunda es aquella enfermedad mental que interfiere las actividades mayores de la vida como la educación, el trabajo y la comunicación, entre otros. Es decir, solo algunas personas con enfermedad mental podrían estar en la categoría discapacidad psiquiátrica y que el tipo, la intensidad y

duración de los síntomas varía de persona a persona. En la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) la discapacidad psiquiátrica es definida como un “impedimento mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de una persona; un registro de impedimento; o se considera que tiene dicho impedimento” (National Rehabilitation Information Center, 2014).

2.1.3 Discapacidad Psíquica

La forma lingüística “Discapacidad Psíquica” (*psychique handicap*) fue introducida en Francia por la ley marco de los derechos de las personas con discapacidad en 2005. El político francés Michel Charzat, ya había disertado acerca de la complejidad de la definición e hizo énfasis en que la enfermedad mental no toca solo una parte de la mente sino a la personalidad como un todo, que en muchas ocasiones es negada por quien la padece y a veces por el entorno, es decir existe un fuerte componente social que va más allá del componente biológico (Charzat, 2002); Claire Le Roy-Hatala, socióloga francesa, argumentó que la dificultad para definir la discapacidad psíquica radicaba en la complejidad de los problemas mentales que la originaban y que la incertidumbre sobre esta noción muestra la diversidad de propuestas de definición hechas por los actores en el campo de la salud mental y de la política pública. Finalmente, ella critica al sistema de calificación francés que se caracteriza por dividir y categorizar a las personas para recibir ayudas a las que solo pueden acceder si se reconocen a sí mismos como discapacitados psíquicos con el riesgo asociado de estigmatización que eso podría implicar, a lo que algunas personas se niegan (Le Roy-Hatala, 2009). Pierre Vidal-Naquet, sociólogo francés, destacó la paradoja que encerraba el reconocimiento de la discapacidad psíquica en la ley francesa sin definirla y como existe una frontera poco definida entre la enfermedad mental y la discapacidad psíquica. Este autor realizó una etnografía con personas con padecimientos mentales crónicos encontrando que ellos consideran que las medidas específicas para compensar las consecuencias de su discapacidad son estigmatizantes y que siguen enfrentados a las representaciones sociales negativas de la enfermedad mental y la discapacidad psíquica, (Vidal-Naquet, 2009). Jean Barreyre y

Carole Peintre, dos sociólogos franceses, expresaron su preocupación sobre la falta de la noción de la discapacidad psíquica, resaltando la dificultad de su evaluación y la impredecibilidad de las fases de las enfermedades mentales (Barreyre & Eres, 2009). Para Gérard Zribi y Beulné, la discapacidad psíquica es "una disfunción de la personalidad caracterizada por interrupciones graves, crónicas o duraderas en el comportamiento y el ajuste social" (Zribi & Beulné, 2009).

2.1.4 Discapacidad psicosocial

La discapacidad psicosocial es un término derivado del modelo social de discapacidad, que intenta visibilizar la condición social de las personas que padecen enfermedades mentales. El uso del vocablo es diverso: es utilizado como sinónimo de enfermedad mental, es decir la discapacidad psicosocial es la condición misma de la enfermedad mental nombrada alternativamente para liberarla del estigma y la discriminación o como una consecuencia de los padecimientos mentales, condiciones previas o de las discapacidades previas físicas y/o psíquicas (Lojo, 2010) (Sasaki, 2010). En el primer caso encontramos a Laura Enonchong, una abogada inglesa quien asegura que el enfoque de la "Convención de los Derechos Humanos de Personas con Discapacidad" reconoce a la enfermedad mental como una forma de discapacidad incluyendo las personas con un diagnóstico de enfermedad mental o aquellas que se perciben con enfermedades mentales, y quienes han experimentado factores sociales negativos, incluyendo estigma, discriminación y exclusión, con un deterioro mental a corto y largo plazo experimentando actitudes o barreras al interactuar con el entorno que les impiden su participación plena y efectiva frente a los demás como iguales (Enonchong, 2017). En México, la discapacidad psicosocial fue definida como: "una limitación de las personas que padecen disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas o para ejercer sus derechos humanos" (Consejo Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad, 2016).

Para la socióloga mexicana María Teresa Fernández, el término discapacidad mental o psicosocial (que ella usa como sinónimos) fue acuñado para reconocer y distinguir a las personas con enfermedad mental de aquellas con discapacidad intelectual, para que gocen y ejerzan todos sus derechos en condiciones de igualdad con las demás personas y concluye que el principal obstáculo no es la discapacidad en sí, sino las barreras del entorno y las actitudes con las que ésta interactúa, entre ellos la discriminación y el estigma social (Fernández, 2010).

La filósofa y maestra mexicana en políticas públicas Mariana Lojo en su ensayo “Cuando la voluntad se enferma” plantea dilemas muy interesantes, en primer lugar, sí se acepta que el cerebro se enferma y que cuando esto pasa la persona “enloquece” y se ve impedida para ejercer su voluntad, todas sus experiencias y vivencias psicosociales se perturban: cambia su autopercepción, la manera de adaptarse al medio ambiente, su conducta y se trastoca la vida en comunidad. En segundo lugar, argumenta que existen tres ámbitos en los cuales se espera que la deconstrucción taxológica de la discapacidad contribuya a la protección efectiva de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial: primero en el tratamiento de las causas de discapacidad, segundo en el manejo de los síntomas discapacitantes y tercero, en la reinserción social y psicosocial de las personas con discapacidad, su familia y sus amigos salvaguardando del estigma. Ella considera que el término discapacidad tiene resonancias poco dignas, arguye no se debería hacerle énfasis pues perpetúa la exclusión por diferencia y considera que es más justo hablar de limitaciones, territorio común a todos los seres humanos (Lojo, 2010).

En Colombia, la guía de atención a personas con discapacidad en el acceso a la Justicia la describe como: “limitaciones de las personas que presentan en forma permanente alteraciones de la conciencia, orientación, energía, impulso, atención, temperamento, memoria, personalidad, psicosociales, entre otras” (Ministerio de Justicia de Colombia, 2016).

2.1.5 Neurodiversidad

El término “Neurodiversidad” apareció a fines de la década de los 90 y se cree que fue usado por primera vez por Judy Singer, científica social australiana con autismo, siendo luego popularizado por el movimiento de personas dentro del espectro de trastorno autista de alto funcionamiento, quienes se consideraban a sí mismos diferentes, pero no discapacitados (Ortega, 2009). La neurodiversidad nace como una apuesta en contra de modelo médico hegemónico, donde el autismo no es considerado una enfermedad por lo que no necesitaría cura, en contraposición a los movimientos impulsados por padres de autistas y de profesionales de la salud, quienes proponen la atención médica al autismo. El doctor en psicología Thomas Armstrong (autor que ha contribuido al concepto sobre las inteligencias múltiples) sugiere reemplazar el paradigma de "discapacidad" o "enfermedad" con una perspectiva de "diversidad" (Armstrong, 2015), es decir, que el término neurodiversidad sea usado en todas las enfermedades mentales promoviendo un lenguaje más ético, radicalmente inclusivo, con fuerte alcance social (Ruiz-Danegger, 2016) y no estigmatizante (Baron-Cohen, 2017), sin ser descontextualizado para evitar su banalización; es decir, que cambie una palabra por otra, sin eliminar la estigmatización y la exclusión. Así, la neurodiversidad sería una alternativa al concepto de “discapacidad” y sus consecuencias sociales y culturales, las enfermedades mentales no lo serían, sino harían parte de una diversidad neurológica, como una faceta de la naturaleza humana (McWade, Milton, & Beresford, 2015). Los detractores de este planteamiento argumentan que si se considera a la diversidad funcional y la neurodiversidad como propiedades de todo ser humano no se requerirían apoyos especiales para las personas con diversidad funcional o se deberían solicitar a todos los seres humanos, necesitando una ley de Dependencia Global (Florez, 2016).

2.2 Posturas epistemológicas opuestas al uso del término discapacidad.

Algunas posturas epistemológicas rechazan el uso de la palabra discapacidad en todas sus formas. En las teorías decoloniales, es rechazada por perpetuar la exclusión; asumiendo que “la discapacidad que permite evidenciar las matrices de dominación, inferiorización, subalternización y deshumanización que han acompañado la configuración del imaginario de la discapacidad a través de la categoría de “lo normal” (Rojas, 2015). En las teorías feministas, por la dificultad de establecer límites claros entre los discapacitados y los no discapacitados, por su carácter múltiple, temporal, fluctuante y variable según el contexto (Shildrick, 2007) y porque el término discapacidad es considerado un dispositivo de control de cuerpos (Gómez, 2016). La corporalidad es un tema central tanto en el movimiento feminista como el movimiento de la discapacidad, ambos aseguran que el modelo de normalidad es el hombre blanco, europeo y heterosexual, y cuando no se cumple con esas condiciones, sé es objeto de rechazo (Rice, Chandler, Harrison, Liddiard, & Ferrari, 2015). Según Michel Foucault, la discapacidad es una forma de tecnología de poder ejercida sobre los individuos que amenazan el orden social o moral (Michel Foucault, Valerio Marchetti, Antonella Salomoni, 2001), (Vásquez Rocca, 2012). Finalmente, el movimiento de usuarios supervivientes de la psiquiatría también rechaza la palabra discapacidad pues no se consideran a sí mismos psicológicamente dañados, pues reconocerse discapacitado en sí mismo implica reconocerse dañado, reforzando el valor dominante de la normalidad (Graby, 2015). Para otros autores, el término discapacidad denota una ausencia de dignidad (Lojo, 2010) e invitan a no focalizarse en la discapacidad sino en los funcionamientos y en las capacidades (Nussbaum, 2011). Simo Vehmas, presidente finlandés de la red nórdica de estudios de discapacidad asegura que la discapacidad causa rechazo no solo por los atributos culturales que se le atribuyen, sino porque efectivamente causa sufrimiento (Vehmas& Watson, 2014).

Es importante tener en cuenta lo que dicen las personas con enfermedad mental sobre ser catalogadas como discapacitados. En las conclusiones de un estudio etnográfico con personas con padecimientos mentales crónicos en un hospital psiquiátrico realizado por Alexander Manna (un sociólogo francés) expresó su desacuerdo con el uso de la palabra discapacidad por considerarlo más estigmatizante y discriminatorio (Manna, 2015). Pierre Vidal-Naquet en un estudio etnográfico con personas con enfermedad mental recalzó que algunas personas se reconocían como enfermos mentales, pero no discapacitados, mientras otras ni siquiera se veían como enfermos mentales y mucho menos como discapacitados (Vidal-Naquet, 2009). En la tesis doctoral sobre la Radio Nikosia (emisora radial en Barcelona manejada por personas con enfermedad mental en rehabilitación psicosocial) uno de los participantes llamado Xavier pone en manifiesto su vivencia con estas palabras: “en la locura hay angustia provocada por el trastorno y angustia provocada por la gente, por el entorno que te señala, te margina, te dificulta la vida por llevar la etiqueta y para ese obstáculo que a veces nos ponen los otros”(Correa-Urquiza, 2009).

2.3 Concepto de salud mental

Los orígenes del concepto de salud mental se remontan a inicios del siglo XX con el auge de un movimiento social e ideológico autodenominado movimiento de higiene mental liderado por usuarios de los servicios de psiquiatría y profesionales en Estados Unidos para promover los derechos de las personas con enfermedades mentales y mejorar calidad de su tratamiento. Años más tarde en un congreso sobre salud mental en Londres, se usó indistintamente las palabras salud e higiene mental pero la salud mental fue categóricamente más frecuentemente usada a pesar de las opiniones del grupo de higiene mental. Con el paso del tiempo, el término higiene mental fue desapareciendo del panorama médico y político (Bertolote, 2008).

El concepto de salud mental es polisémico y ha variado con el paso del tiempo. A inicios del siglo XX el concepto de salud mental y el de la enfermedad mental eran planteados como si fueran las dos caras de la misma moneda. Desde este punto de vista, la salud mental sería la ausencia de enfermedad mental y la enfermedad mental sería la ausencia

de la salud mental. Así, cuando se planifica en salud mental, las propuestas empiezan y terminan en enfermedad mental. A esta conceptualización se le ha llamado salud mental negativa (Juárez, 2011) y sigue vigente hasta nuestros días. A finales de los años 40, gracias a los cambios en el campo de la salud, la Organización Mundial de la Salud cambió la definición de salud mental. Esta nueva definición recibió el nombre de salud mental positiva o visión positiva de la salud mental y fue definida como: “un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad” (Muñoz, Restrepo & Cardona, 2016).

Existen tantas definiciones para el concepto de salud mental como criterios para valorarla (Almiron, 2008). La salud mental no es estática o definitiva, es variable dinámica, interactiva y cambiante. Hasta la fecha no hay una definición con la que todas las diferentes corrientes de pensamiento están de acuerdo. La salud mental es un concepto bastante utilizado, pero su definición es polivalente y su conceptualización depende de las ideologías que le subyacen. Una perspectiva interesante sobre las conceptualizaciones sobre la salud mental a través de la historia la ofrece la salud pública. Desde esta mirada existen tres enfoques para la salud mental en el siglo XX: el enfoque biomédico, el enfoque comportamental y el enfoque socioeconómico. Cada uno de estos enfoques tiene características socioeconómicas y políticas que corresponden a un momento histórico determinado (Restrepo & Jaramillo, 2012).

El enfoque biológico asegura que lo mental es producto del cerebro. En este enfoque la salud mental es un proceso netamente biológico, la enfermedad mental está causada por desórdenes cerebrales y la respuesta a los problemas de salud mental es recibir atención por servicios especializados en salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012).

El enfoque comportamental surgió en la década de los setenta y asegura que la salud mental depende del comportamiento que está influenciado por los pensamientos (cogniciones) y los factores ambientales (estilo de vida), los problemas de salud mental se manejan con la modificación de la cognición a través de intervenciones educativas y habilidades conductuales para reemplazar los comportamientos desadaptativos (Restrepo & Jaramillo, 2012).

El enfoque socioeconómico surgió como una crítica al manejo medicalizado de la salud mental en el enfoque biomédico y a la hiperresponsabilidad individual del enfoque comportamental. Para este enfoque, la salud mental es el resultado de la relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas dentro de un marco de derechos y desarrollo humano, en contraste con los enfoques precedentes que se focalizan solo en la enfermedad mental y no en la salud (Restrepo & Jaramillo, 2012).

En Colombia, la ley 1616 definió la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de Colombia, 2013). Esta definición es una mezcla de enfoque comportamental y socioeconómica de salud mental.

2.4 La enfermedad mental y su impacto en las personas con enfermedades mentales.

La enfermedad mental ha tenido diferentes conceptualizaciones a través del tiempo, según el modelo mágico-religioso, en la edad antigua la enfermedad mental es un resultado de fuerzas sobrenaturales y en la edad media es una consecuencia del pecado. Según el modelo biomédico, que predominó hasta mediados del siglo XX, la enfermedad

mental es una alteración funcional del cerebro o producto de un desequilibrio neuroquímico. Según el modelo biopsicosocial, la enfermedad mental es un proceso multifactorial en los que influyen factores biológicos, psicológicos y sociales. Para el movimiento de antipsiquiatría, cuyos principales representantes son Thomas Szasz y David Cooper, la enfermedad mental es una invención opresiva de la sociedad y de la psiquiatría para comercializar psicofármacos, un instrumento de poder opresivo contra disidentes sociales (Castro, 2005).

2.4.1 Actitudes de la población general hacia las personas con enfermedad mental.

Existen tres posturas acerca de la enfermedad mental que explican parcialmente las conductas de la población general hacia las personas con enfermedad mental:

1. La enfermedad mental como fenómeno sobrenatural que se observa en comunidades agrícolas e inmigrantes de países en vías de desarrollo que favorece el rechazo hacia la persona con enfermedad mental por el miedo que produce en su entorno.
2. La enfermedad mental como fenómeno biológico que se observa en áreas rurales y suburbanas, en el que la persona con enfermedad mental está a la merced de un proceso fisio-patológico difícilmente curable, es decir esta impotente frente a la enfermedad, no puede cumplir sus obligaciones familiares y laborales por lo que se le desculpabiliza favoreciendo posturas paternalistas, de control y sobreprotectoras por parte de la población general y de la familia. La persona con enfermedad mental se convierte en un sujeto pasivo.
3. La enfermedad mental como un fenómeno funcional-psicológico donde la enfermedad mental es un producto de una situación negativa (problemas del trabajo, económicos y de salud) en la que la persona es parcialmente responsable

de lo que le ocurre y puede ser ayudado. En esta postura la persona con salud mental es un sujeto activo en el que el entorno debe ser parte del manejo del

problema, pero se culpabiliza a la familia y a la persona con enfermedad mental (García-Síberman, 2002).

Investigaciones sobre las creencias colectivas hacia las enfermedades mentales aseguran que estas han ido cambiando en los últimos años, pero las conductas de rechazo no (García-Síberman, 2002). Así, a pesar de lo diversas que pudieran ser las creencias sobre la salud mental e incluso hubiera expresiones favorables hacia las personas con enfermedades mentales, en la práctica el rechazo continúa (Ayestarán & Páez, 1986).

2.4.2 Actitudes de la familia hacia las personas con enfermedad mental

Las enfermedades mentales pueden causar sufrimiento psíquico, vergüenza, humillación y aislamiento a las personas que las padecen y a sus familias, así que la consecuencia más inmediata es el ocultamiento de la enfermedad por el afectado y de la persona con enfermedad mental por parte de su familia. Cuando la enfermedad se cronifica la familia puede rechazar o experimentar sentimientos ambivalentes hacia su familiar con enfermedad mental. La persona con enfermedad mental debilita sus redes sociales poco a poco y finalmente se aísla. Esta marginación social afecta su autoestima (Ayestarán & Páez, 1986). Para comprender como este proceso de marginación se desarrolla, es necesario abordar los conceptos de estigma, de prejuicio, estereotipo y discriminación.

2.4.3 Estigma, prejuicio, estereotipo y discriminación

Según Edwin Goffman, el estigma es un atributo personal negativo que produce en los demás un descrédito amplio (Goffman & Guinsberg, 1970). En un concepto más amplio, el estigma es el conjunto de “comportamientos, señales o marcas físicas de una persona o grupo de personas que indican hechos, acontecimientos peligrosos o conductas de riesgo, que escapan de la norma o constituyen un hecho vergonzoso” (Castro, 2005). El estigma genera un cambio en la identidad en las personas de enfermedades mentales que perciben una detención en su proyecto de vida y una sensación de pérdida de control sobre sí mismos (Uribe, Mora, & Cortés, 2007). El estigma es un fenómeno social, universal, complejo y multidimensional (López & Laviana, 2008). Cuando el estigma se internaliza en el mundo emocional de una persona, se dice que tiene un autoestigma (Pérez Brenez, Utrera Caballero, & Lopera Arroyo, 2014). La persona con enfermedad mental con autoestigma tiene sentimientos negativos sobre sí misma, asume que es rechazada o se anticipa a las reacciones sociales negativas y siente que no puede evitarlo, se desmoraliza, se avergüenza y esto disminuye su autoestima y se aísla (López & Laviana, 2008)(Pérez Brenez et al., 2014).

El término prejuicio se deriva del latín Praejudicium (Castro, 2005), es un juicio y opinión de carácter negativo aparentemente sin fundamento (Poncela, 2011). Hay una relación estrecha entre un estereotipo y un prejuicio. Un estereotipo es una “preconcepción generalizada, imagen mental simplificada o conjunto de creencias sobre atributos asignados a un grupo” (Poncela, 2011). Un estereotipo de las personas con enfermedades mentales es que son peligrosas, agresivas y difícilmente recuperables. Los medios de comunicación perpetúan estos estereotipos en las series o películas donde los “malos” son presentados como perturbados mentales (Castro, 2005).

Los frutos del estigma, de los prejuicios y los estereotipos son las conductas de discriminación. Según Rodríguez-Zepeda, la discriminación es “una conducta, culturalmente fundada, sistemática y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio negativo o un estigma

relacionado con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales” (Rodríguez, 2005). Nótese que esta definición tiene tres partes fundamentales: la conducta de desprecio, el prejuicio negativo o estigma y finalmente, el daño a los derechos y libertades fundamentales. Las conductas de discriminación más frecuentes son la disminución del contacto social (o también conocida como distancia social), el rechazo, el aislamiento y la reclusión institucional. La discriminación puede causar limitaciones en el acceso a vivienda, salud, empleo, servicios sociales y a la justicia (López & Laviana, 2008).

2.5 Concepto de discapacidad

El concepto de discapacidad ha evolucionado a través de la historia. El primer modelo de discapacidad es conocido como el modelo de prescindencia que predominó en la antigüedad y la edad media. Se caracterizaba por considerar a las personas con discapacidad como una carga para la sociedad y por eso eran eliminados, se prescindía de ellos aislándolos o sobrevivían como mendigos. Se dice que este modelo tiene un origen mágico religioso (Lizama, 2016).

El segundo modelo es el modelo médico-rehabilitador que surge a finales del XVIII y comienzos del XIX y se caracteriza por considerar a las personas con discapacidad como seres humanos pero enfermos que necesitan cuidados clínicos y rehabilitación para ser útiles a la sociedad. El tercer modelo es el modelo social que apareció en los años sesenta y setentas del siglo XX. Se caracteriza por considerar la discapacidad no como un atributo de la persona sino como un efecto de las limitaciones impuestas por la sociedad y asegura que la personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad si son incluidas y aceptadas socialmente. Este modelo fue criticado por desconocer las causas médicas de la discapacidad, por eso apareció un nuevo modelo, el modelo biopsicosocial que integra los modelos médico y social. Este modelo se caracteriza por

mostrar a la discapacidad como una diferencia y un reconocimiento social (Hernández Ríos, 2015)(Lizama, 2016).

El modelo más reciente de discapacidad es el modelo de enfoque en derechos que promueve el reconocimiento de la diversidad de los seres humanos y la superación de las barreras impuestas a las personas con discapacidad. Este modelo se consolidó a partir de la promulgación de la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad en el año 2006 y se caracteriza por considerar a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y promueve su participación en igualdad de oportunidades (Hernández Ríos, 2015).

3. Capítulo Metodología

3.1 Diseño Metodológico

Este es un estudio cualitativo enmarcado en la epistemología fenomenológica-hermenéutica y en los planteamientos metodológicos de la investigación con enfoque narrativo a través de una entrevista focalizada que permitió el discurso espontáneo pero dirigido de las personas que participaron en el estudio.

Se seleccionaron usuarios de los servicios de la clínica Remy desde enero a abril de 2018 que tenían capacidad mental para dar su consentimiento certificado por escrito por un médico especialista en psiquiatría (diferente a la investigadora).

Criterios de exclusión: Se excluyeron a las personas en internación psiquiátrica y aquellos sin capacidad mental para dar su consentimiento.

Una vez el participante era invitado a colaborar con el estudio, se le explicó con detalles los objetivos del estudio y se procedió a explicar el consentimiento informado. Si aceptaban, se realizaba la entrevista en un lugar fuera de la institución. La duración de la entrevista fue de 40 minutos en promedio. Así, se empleó una muestra por conveniencia

con sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión al estudio, el tamaño de la muestra dependió del modo en que se fueron desarrollando los análisis, hasta conseguir saturación de las categorías de estudio, teniendo en cuenta que se estimaba era mayor a 10 entrevistas (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008). En total, fueron entrevistadas 24 personas, con las cuales se consiguió adecuada saturación de las categorías en estudio.

3.2 Técnicas para procedimiento para la recolección de información

Una vez el usuario dio su consentimiento informado, la investigadora principal realizó todas las entrevistas focalizadas usando la guía preestablecida de la entrevista (ver la guía para la realización de la entrevista en el anexo C) hasta completar todas las categorías grabándola en formato de audio y tomando notas. Las entrevistas grabadas se transcribieron línea a línea de manera manual para su posterior análisis.

3.3 Técnicas para el análisis de información

El análisis de la información se realizó con base a las categorías preestablecidas de manera automatizada mediante el programa ATLAS TI® y con el apoyo de matrices manuales en las cuales, además de las anteriores, se dio lugar a las categorías emergentes. El proceso de análisis estuvo permanente supervisado por la directora de la tesis.

3.4 Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta las pautas éticas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y de la resolución 8430 de 1993 (Ministerio de salud, 1993).

1.4.1 Calificación de riesgo inherente a la investigación

Teniendo en cuenta que esta investigación es de tipo narrativo usando entrevistas para la recolección de datos y no hubo intervención o modificación alguna de la conducta, está clasificada como una investigación sin riesgo, según lo establecido en el artículo 11 y siguientes de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud.

3.4.2 Dilemas éticos

En consideración a lo establecido en los párrafos segundo, tercero y cuarto del artículo 16 de la Resolución 008430 de 1993, para evitar vicios en el consentimiento informado sólo podrán hacer parte de la investigación aquellas personas con capacidad mental determinada por un médico psiquiatra adscrito a la clínica Remy (diferente a la investigadora) que informaron por escrito de tal condición a través del formato de registro de capacidad mental (ver el registro de certificaciones sobre capacidad mental en los participantes en el anexo B). No participaron personas con padecimientos mentales que se encontraban bajo la modalidad de atención de internación psiquiátrica.

3.4.3 Comités de Ética

El protocolo de esta investigación fue aprobado por el comité de ética de la clínica Remy en acta de fecha 12 de octubre de 2017 y por el comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia con el acta 018- 288-17.

3.4.4 Procedimiento para la toma del consentimiento informado

La toma del consentimiento informado tuvo dos fases: la primera el acercamiento y abordaje verbal recalcando el potencial colaborador que su participación es voluntaria, se brindó información usando lenguaje sencillo sobre los objetivos de la investigación, se respondieron las preguntas, se resolvieron las dudas asegurando que el participante comprendió adecuadamente y finalmente, si el participante aceptaba ingresar al estudio,

se procedía a la firma del consentimiento informado. Se respetó la negativa a participar en el estudio (Ver el formato de consentimiento informado en el anexo A).

3.4.5. Procedimientos para proteger la privacidad de las personas participantes en este estudio

Para proteger la identidad de los participantes, estos permanecerán anónimos y solo la investigadora principal tuvo acceso a la hoja de datos socio demográficos de los participantes (pauta número 18 de la CIOMS): al finalizar la investigación se destruyeron los registros de audios de la investigación.

4. Resultados

De los 80 posibles candidatos para participar en la investigación, solo 60 tenían la capacidad mental certificada por un médico psiquiatra y finalmente 24 aceptaron participar en ella. Entre las razones por las que los 36 posibles candidatos no aceptaban participar se encontraba: diez (10) personas que no tenían tiempo, siete (7) por desconfianza, cinco (5) porque no había pago y no respondieron cuatro (4).

4.1 Características socio-demográficas de los entrevistados

De los 24 entrevistados: 11 (45.83%) eran mujeres y 13 (54.16%) eran hombres. Las edades oscilaban entre los 20 y 66 años con un promedio de 42 años. El 58,3% (14 de los 24) de los entrevistados procedían de áreas urbanas y el restante procedía de áreas rurales. En relación al estado civil: diecisiete eran solteros, tres estaban en unión libre, tres eran separados y solo uno era casado. En relación a su nivel educativo de los encuestados: dos alcanzaron educación universitaria, dos eran bachilleres, cinco tenían bachillerato incompleto, cinco tenían primaria completa y tres tenían primaria incompleta. Finalmente, las profesiones u oficios más comunes en el grupo de entrevistados fueron: ama de casa, oficios varios, panadero y agricultor. En la tabla 1-1 se registran las características sociodemográficas de los entrevistados.

Tabla 1-1: Características socio-demográficas de los entrevistados

Características socio-demográficas de los entrevistados						
Entrevista	Sexo	Edad	Procedencia	Estado civil	Nivel educativo	Profesión u oficio
1	Femenino	49	rural	Soltera	Primaria completa	ama de casa
2	Femenino	39	rural	Soltera	Bachiller incompleto	recolectora de café
3	Masculino	42	rural	Soltero	Primaria completa	agricultor
4	Masculino	64	urbana	Soltero	Universitario	arquitecto
5	Femenino	54	urbana	unión libre	Primaria incompleta	vendedora
6	femenino	66	urbana	separada	Primaria completa	oficios varios
7	femenino	20	rural	Soltera	Bachiller	oficios varios
8	femenino	60	rural	Casada	Primaria incompleta	ama de casa
9	femenino	56	urbana	Soltera	Primaria completa	ama de casa
10	masculino	49	rural	Soltero	Bachiller	oficios varios

Características socio-demográficas de los entrevistados (continuación)						
Entrevista	Sexo	Edad	Procedencia	Estado civil	Nivel educativo	Profesión u oficio
11	femenino	48	Urbana	separada	Bachillerato incompleto	oficios varios
12	femenino	47	Rural	Soltera	Bachillerato incompleto	ama de casa
13	masculino	21	Urbana	Soltero	Bachillerato incompleto	panadero
14	masculino	43	Urbana	separada	Bachiller	Ganadero
15	masculino	43	Urbana	Soltero	Primaria incompleto	Conductor
16	femenino	34	Urbana	unión libre	Bachillerato incompleto	ama de casa
17	masculino	43	Urbana	separado	Bachillerato incompleto	Panadero
18	femenino	45	Urbana	unión libre	Bachiller	ama de casa
19	masculino	42	Rural	Soltero	Primaria incompleto	Agricultor
20	masculino	53	Rural	Soltero	Bachillerato incompleto	Cuidador

Características socio demográficas de los entrevistados (continuación)						
Entrevista	Sexo	Edad	Procedencia	Estado civil	Nivel educativo	Profesión u oficio
21	masculino	34	Rural	Soltero	Universitario	profesor de ingles
22	masculino	23	Urbana	Soltero	Bachillerato	oficios varios
23	masculino	20	Urbana	Soltero	Bachillerato incompleto	Domiciliario
24	masculino	23	Urbana	Soltero	Primaria completa	Comerciante

4.2 Resultados sobre el concepto sobre salud mental

Un concepto es una representación mental, opinión o juicio asociada a un significante lingüístico (Real Academia Española, 2017). A través de la entrevista focalizada preestablecida se extrajeron las ideas de los participantes sobre la salud mental, la discapacidad y la discapacidad psicosocial y se relacionaron con los modelos o teorías más conocidos. El concepto de salud mental varía de acuerdo a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y de la enfermedad en los ámbitos de la antropología, la medicina, la psicología, la filosofía y la salud pública. Los tres enfoques para la salud mental desde la perspectiva de la salud pública son el enfoque biomédico, el enfoque comportamental y el enfoque socioeconómico, que no emergieron de manera secuencial, sino que se superpusieron e incluso se mezclaron (Restrepo & Jaramillo,

2012). En los conceptos emitidos por los participantes de esta investigación se identificaron estos enfoques.

Ocho de veinticuatro entrevistados tenían conceptos de salud mental afines al enfoque biomédico de la salud mental. Mujer de 49 años, ama de casa: “estar bien de la cabeza”, hombre de 64 años, arquitecto: “es la salud del cerebro”; hombre de 43 años, conductor: “es estar bien del cerebro”; hombre de 23 años, oficios varios: “es darle esa capacidad del cerebro para que haga todo lo que debe hacer” y hombre de 23 años, comerciante: “es rehabilitar la mente de la gente que está mal de la cabeza”. Este modelo asegura que lo mental es producto del cerebro, por consiguiente la salud mental es un proceso netamente biológico, la enfermedad mental está causada por desórdenes cerebrales y la respuesta a los problemas de salud mental es recibir atención por servicios especializados en salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012)

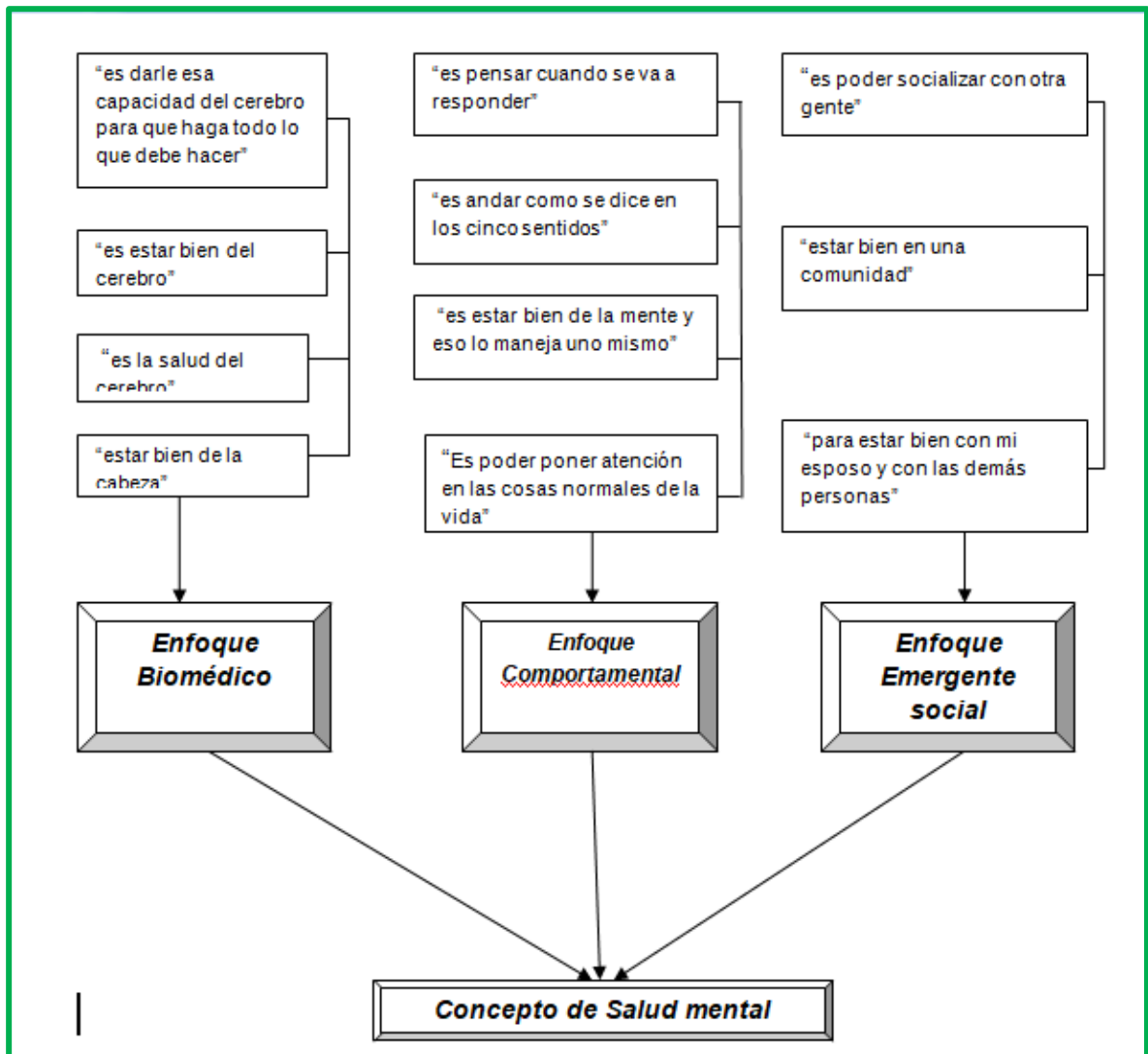
Nueve de los veinticuatro participantes tenían conceptos de salud mental relacionados con el enfoque comportamental: algunos desde una perspectiva de probidad en salud mental: hombre de 42 años agricultor: “es pensar cuando se va a responder”; mujer de 66 años, oficios varios: “es estar bien de la mente y eso lo maneja uno mismo”; hombre de 42 años, agricultor: “es poder poner atención en las cosas normales de la vida”; hombre de 53 años, cuidador: “es andar como se dice en los cinco sentidos bien puestos”, hombre de 34 años, profesor de inglés: “es poder trabajar, estudiar más y conseguir una pareja y olvidar el pasado”, mujer de 20 años, oficios varios: “hacer las cosas bien y no hacer cosas malas” y otros desde la perspectiva de no presentar una alteración mental: mujer de 53 años, vendedora: “es olvidar la esquizofrenia y seguir viviendo muy bien”, mujer de 48 años, oficios varios: “es cuando uno no está loco”, mujer de 56 años, ama de casa: “es tener el control de los nervios”. Este enfoque surgió en la década de los setenta y asegura que la salud mental depende del comportamiento que a su vez está influenciado por los pensamientos (cogniciones) y los factores ambientales (estilo de vida), es decir, la salud mental depende de la forma de pensar y de actuar, desde este punto de vista los problemas de salud mental se manejan con la modificación

de la cognición a través de intervenciones educativas y habilidades conductuales para reemplazar los comportamientos desadaptativos (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Siete de los veinticuatro entrevistados tenían conceptos de salud mental relacionados con el enfoque emergente social o socioeconómico. Cuatro participantes lo asociaron con su bienestar: hombre de 43 años, ganadero: “estar saludable mentalmente y físicamente”, mujer de 45 años, ama de casa: “es sentirse bien con uno mismo”, hombre de 49 años, oficios varios: “estar bien, sin estar triste, ni acabado”, hombre de 43 años, panadero: “Es una manera de ver la vida desde un punto de vista más optimista y con raciocinio” y tres participantes (todas mujeres) lo relacionaron a mantener buenas relaciones interpersonales: mujer de 47 años, ama de casa: “es poder socializar con otra gente”, mujer de 34 años, ama de casa: “estar bien en una comunidad” y mujer de 45 años, ama de casa: “para estar bien con mi esposo y con las demás personas”. El enfoque socioeconómico surgió como una crítica al enfoque biomédico y al enfoque comportamental. Para este enfoque la salud mental es el resultado de la relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas dentro de un marco de derechos y desarrollo humano, en contraste con los enfoques precedentes que se focalizan solo en la enfermedad mental y no en la salud (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Los comentarios de los participantes del estudio sobre su concepto de salud mental están graficados en la Gráfica 1.

Gráfica 1: Mapa conceptual sobre el concepto de salud mental en personas egresadas de la Clínica Remy. Bogotá, 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información obtenida de Restrepo Ochoa, D. A., & Jaramillo Estrada, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 30(2): 202-211.

4.3 Opiniones sobre ser llamados enfermos mentales

En sus opiniones sobre ser llamados enfermos mentales, la mayoría de los participantes niega tener enfermedad mental, otro grupo acepta tener enfermedad mental pero no acepta ser llamado enfermo mental y un grupo más pequeño acepta tener enfermedad mental y ser llamados enfermos mentales. Estos hallazgos se concuerdan con los reportes de la literatura que indican que más de la mitad de las personas con diagnóstico de enfermedad mental grave no reconocen que tienen una enfermedad mental, sin importar su cultura o la fase de la enfermedad. (Lincoln, Lüllmann, & Rief, 2007), (Pinero Hernandez, Davila Torres, AvilesPerez, & Ruiz de la Cruz, 2000), (Lysaker, Pattison, Leonhardt, Phelps, & Vohs, 2018)

Opiniones del grupo que niega tener enfermedad mental:

- Mujer de 48 años, oficios varios: “yo no tengo nada y a mí se me hace raro”,
- Mujer de 56 años, ama de casa: “no me siento enferma y no me gusta que me digan enferma mental”.
- Hombre de 43 años, ganadero: “no creo que tenga una enfermedad mental”.
- Hombre de 23 años, comerciante: “yo no soy enfermo mental, yo estaba triste cuando me intenté matar”.
- Hombre de 53 años, cuidador: “pues, no me lo han dicho. Yo estaba triste y me dieron medicamento y mejore”.
- Hombre de 49 años, oficios varios: “Yo soy enfermo de nada...no me considero enfermo mental, tengo epilepsia, ya le dije que si convulsiono me pongo mal sino no”.

En este grupo, dos casos en particular se destacaron: una mujer que exige su derecho a que no la reconozcan por su enfermedad sino por su nombre (mujer de 34 años, ama de casa): “no me gusta que me llamen así, me gusta más que me llamen por mi nombre” y un hombre que reclama haber sido etiquetado como enfermo mental y no poder expresar su desacuerdo (hombre de 43 años, panadero): “no soy una enfermedad mental, me etiquetaron con una enfermedad que es diferente y no puede uno quejarse, ni decir nada”. El primer caso muestra el fenómeno de la deshumanización en el acontecer de la

atención en salud de las personas con enfermedad mental y el segundo caso la imposición de una etiqueta sin tener en cuenta la opinión del otro.

Opiniones del grupo que aceptan tener una enfermedad mental pero se niegan a ser llamados enfermos mentales:

- Mujer de 49 años, ama de casa: “no me gusta, me siento mal porque estoy enferma y la gente no debe burlarse”.
- Hombre de 43 años, conductor: “me dijeron que el cerebro se me altera y que me desnudo en la calle, y rompo vidrios... siempre es lo mismo, siempre es lo mismo, pero es mentira porque yo no me acuerdo de eso”.

Opiniones del grupo que acepta tener una enfermedad mental y ser llamado enfermo mental:

- Mujer de 45 años, ama de casa: “Me dijeron que tenía trastorno afectivo bipolar y me dan la crisis con afán y o muy triste, veo cosas que no existen y me dan mucho miedo...ser enfermo mental es feo”
- Hombre de 21 años, profesor de inglés: “Me dijeron que trastorno afectivo bipolar tipo uno... me han hospitalizado varias veces o sea como 10 veces...la gente me dice que no me acompleje por ser inteligente porque hay alentados que no tiene universidad”.
- Hombre de 42 años, agricultor: “A mí me dijeron que tenía una enfermedad de la cabeza, trastorno bipolar... yo tenía como 27 años y me han metido 4 veces y la gente dice que yo cambio con la enfermedad porque cuando estoy sano, soy trabajador y juicioso y cuando me da crisis me vuelvo complicado y muy problemático”.
- Hombre de 21 años, panadero: “Pues yo tengo bipolar, al principio no lo creía, la gente decía que hacía cosas locas pero yo no me acordaba, después ya me fui acordando y me daba como pena lo que hacía...no me gusta que la gente se dé cuenta de que uno esté enfermo”.
- Mujer de 47 años, ama de casa: “Yo sé que tengo trastorno bipolar porque es lo mismo que le dio a mi mamá y es feo porque uno no está bien. Lo peor de la

enfermedad es recaer y recaer esta tristeza que vuelve y vuelve y no se quita ni con el medicamento”.

4.4 Relatos sobre el rechazo o estigma por tener una enfermedad mental

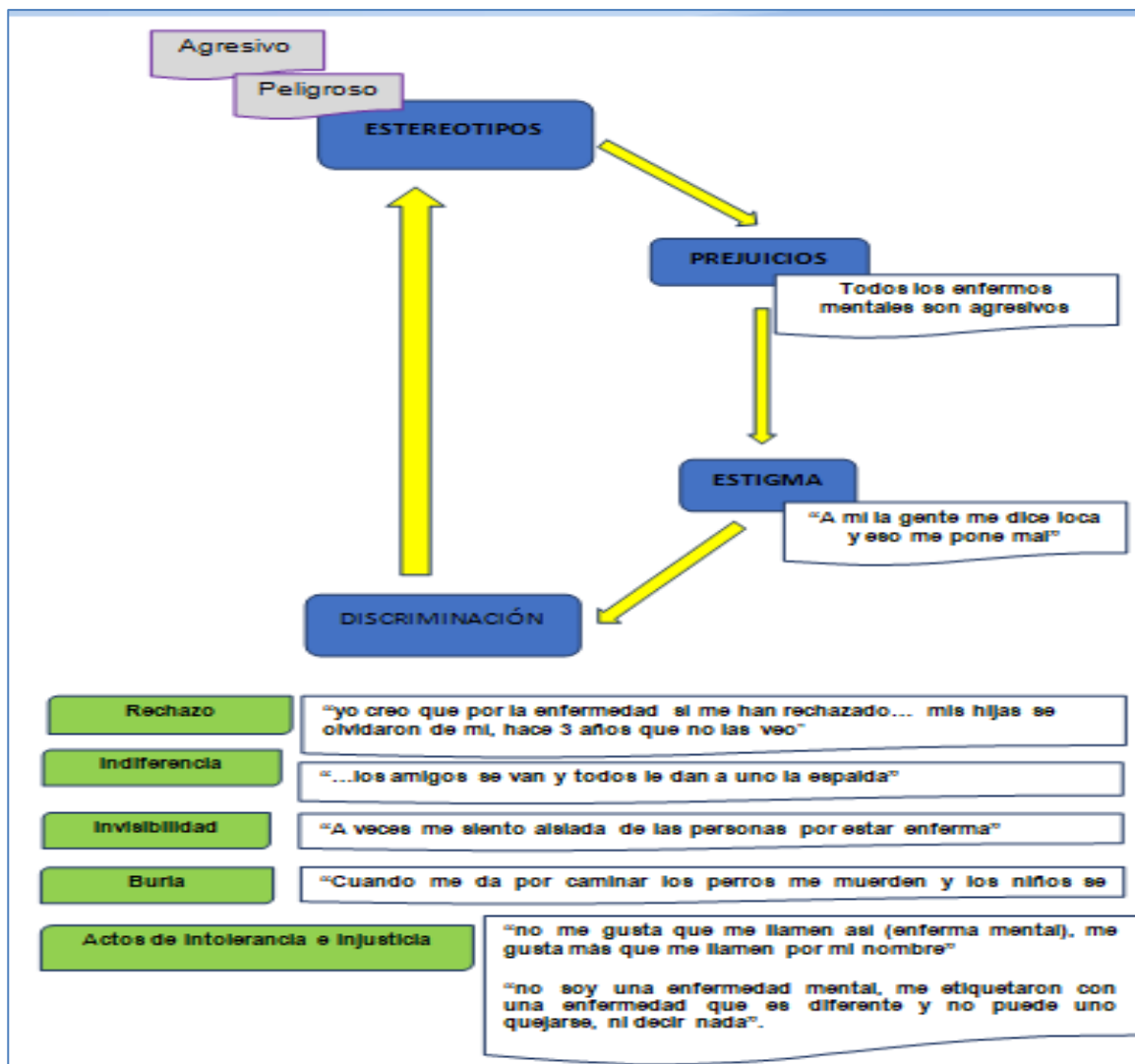
Catorce entrevistados afirman haber sido rechazados por tener una enfermedad mental y expresan su sufrimiento conexas a ese rechazo, acompañado de aislamiento, de burlas, trato despectivo o de exclusión. Hay casos de ruptura de los lazos familiares, como en el caso de un hombre de 42 años, agricultor: “Yo ya no tengo amigos, de mi familia solo me hablan mi hermana y mi mamá, yo tuve una muchacha y tuve un niño con ella, ella se fue cuando tuve una crisis con otro man y pailas”; hombre de 64 años, arquitecto: “yo creo que por la enfermedad si me han rechazado, no me dejan visitar a mis sobrinos y mis hijas se olvidaron de mí, hace 3 años que no las veo”; mujer de 54 años, vendedora: “la verdad si me rechazan mis hijos”.

En otros casos, el rechazo proviene del entorno social como en el caso de esta mujer de 47 años, ama de casa: “Cuando me da por caminar los perros me muerden y los niños se burlan”; mujer de 34 años, ama de casa: “A veces me siento aislada de las personas por estar enferma porque la gente no saben que uno está es enferma y hacen que uno se sienta mal”, mujer de 45 años, ama de casa: “Si muchas veces, la gente te mira mal y los amigos se van y todos le dan a uno la espalda”, hombre de 23 años, oficios varios: “Los amigos y las mujeres lo rechazan a uno”. Teniendo en cuenta lo dicho por los participantes en sus relatos, se concluye que han sido víctimas de los estereotipos, los prejuicios, el estigma y la discriminación por tener una enfermedad mental.

En la siguiente figura se muestra el círculo vicioso de la discriminación, en el que se pueden identificar cuatro elementos: el estereotipo que califica, el prejuicio que valora y

juzga de forma negativa, el estigma que marca y que en conjunto orientan las conductas hacia la discriminación que refuerza a su vez los estereotipos, los prejuicios y el estigma. La triada estereotipo-prejuicio-discriminación está relacionada con el pensamiento, la emoción y la conducta (cognitivo-afectivo-conductual) (Poncela, 2011). En esta gráfica 2 se asocian los comentarios de los participantes y el círculo vicioso de la discriminación.

Gráfica 2: El círculo vicioso de la discriminación asociado a los comentarios de los participantes del estudio.



Fuente: Elaboración propia a partir del texto de Poncela, A. M. F. (2011). Prejuicios y estereotipos. Refranes, chistes y acertijos, reproductores y transgresores. *Antropología*

Experimental, (11). Disponible en:
<http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2011/22fernandez11.pdf>

Las prácticas discriminatorias en todos los niveles de la sociedad se constituyen en verdaderos “entornos discapacitantes” para las personas con enfermedades mentales (Švab, 2018) y son comunes en todos los países. La reducción de la participación social, las imágenes públicas de enfermedades mentales y las reacciones sociales como el distanciamiento social han sido descritas como una “segunda enfermedad” que pueden causar sufrimiento a las personas con enfermedades mentales (Daumerie et al., 2012).

Las representaciones mentales de la locura, la depresión y en general la enfermedad mental siguen siendo negativas (Caria, Roelandt, Bellamy, & Vandeborre, 2010). La encuesta francesa "Salud mental en población general: imágenes y realidades" se llevó a cabo entre 1999 y 2003 con una muestra de 36,000 personas mayores de 18 años y su objetivo fue describir las representaciones sociales de la población general sobre la locura y la enfermedad mental. Los resultados mostraron que un 75% de las personas entrevistadas relacionan "locura" o "enfermedad mental" con "actos delictivos o violentos". Los jóvenes y aquellos con un alto nivel de educación asocian con mayor frecuencia conductas violentas y peligrosas al campo de la enfermedad mental más que a la locura propiamente dicha. Los expertos rechazan la idea de que haya una relación directa entre violencia y enfermedad mental pues los estudios muestran que el 87 al 97% de los agresores no padecen enfermedades mentales (Tassone-Monchicourt, Daumerie, Caria, Benradia, & Roelandt, 2010), sin embargo, las personas con enfermedades mentales y particularmente con esquizofrenia siguen siendo percibidas como peligrosas, impredecibles y poco confiables (Jackowska, 2009).

Otra razón de rechazo o de distanciamiento social hacia las personas con enfermedades mentales es que frecuentemente son reconocidos como "extraños". Un estudio analítico asegura que una persona solo permanece como un extraño, si en los otros fallan los patrones de interpretación disponibles (Baumann, 2007). Estos patrones son modificables a través de la educación orientada hacia el respeto a la diferencia. Otros

factores que deben considerarse son las diferencias de género, los roles y las expectativas culturales y sociales que podrían explicar los niveles más altos de estigma percibido entre las mujeres con enfermedad mental (Boge K. et al., 2018) y aunque en esta investigación no se tuvo en cuenta el diagnóstico psiquiátrico, los estudios indican que las personas con esquizofrenia tienen más riesgo de discriminación experimentada y las personas con depresión más posibilidades de ocultar su enfermedad para evitar la discriminación (Yoshimura, Bakolis & Henderson, 2018).

4.5 Resultados sobre el concepto sobre discapacidad de los entrevistados

El concepto de discapacidad en el grupo de entrevistados tuvo una amplia diversidad ideológica. El concepto de discapacidad de siete de los veinticuatro participantes estaba relacionado con el ámbito laboral (restricciones para poder trabajar): hombre de 42 años, agricultor: “La discapacidad es no poder hacer lo que uno puede hacer en el trabajo”; hombre de 64 años, arquitecto: “La discapacidad es cuando no se puede trabajar”; mujer de 54 años, vendedora: “Discapacidad es que no pueden trabajar”; mujer de 56 años, ama de casa: “quedarse en la casa haciendo nada”, mujer de 47 años, ama de casa: “es no poder trabajar”; mujer de 47 años, ama de casa: “Es cuando una persona no se puede sostener a sí misma”. Esta relación entre la discapacidad y la limitación para trabajar tiene un origen positivista utilitarista, donde el trabajo da reconocimiento atributos de clase, relaciones de poder, identidad y posición social a las personas que son considerados productivos. Cuando desde el punto de vista utilitarista una persona no es productiva en términos económicos (como las personas con discapacidad) es excluida del trabajo formal y es relegada al trabajo informal, al subempleo o al desempleo (Rozo & Monsalve, 2011). Es innegable la relación bidireccional entre la discapacidad y la pobreza. La discriminación derivada de la discapacidad lleva a la exclusión, la falta de estudios y al desempleo, que su vez ocasionan bajas oportunidades de empleo y aumentan el riesgo de pobreza (França & Pagliuca, 2007).

Seis de los participantes relacionaron la discapacidad con las limitaciones físicas o sensoriales, por ejemplo: mujer de 39 años, recolectora de café: “la discapacidad es cuando uno está en silla de ruedas y no puede caminar o no puede ver ni oír”; mujer de 20 años, oficios varios: “es cuando uno le falta algo para estar bien”; hombre de 21 años, panadero: “Discapacidad es no estar capacitado para hacer lo que los demás hacen como caminar, correr o ver”; mujer de 48 años, oficios varios: “que le pongan a hacer algo y no puede”; mujer de 34 años, ama de casa: “yo creo que es cuando uno no puede hacer nada”; hombre de 34 años, profesor de inglés: “ser discapacitado es no poder hacer lo que uno quiera”. La discapacidad psicosocial es el tipo de discapacidad más olvidada del modelo social de la discapacidad (Arabian, 2010) y esto es probablemente porque no está puesta directamente en el cuerpo, esto explicaría porque el concepto de discapacidad se asocia frecuentemente a las limitaciones físicas o sensoriales.

El concepto de discapacidad de cinco de los veinticuatro participantes estaba estrechamente relacionado con la dependencia, a saber: hombre de 49 años, oficios varios: “es estar mal y necesitar que otro lo cuide a uno”; mujer de 47 años, ama de casa: “es cuando uno no puede valerse por sí misma”, hombre de 43 años, ganadero: “es alguien que no puede valerse por sí mismo”, hombre de 53 años, cuidador: “es estar mal del cuerpo y necesitar de otros para que lo cuiden”, hombre de 23 años, oficios varios: “es estar necesitado de los demás que te cuiden, que te den de comer y que te mantengan”. La discapacidad es frecuentemente asociada a la dependencia, pero no son sinónimos. Tanto la discapacidad como la dependencia son hechos universales, sin embargo muchas personas con discapacidad no son dependientes. La dependencia puede definirse como “la necesidad de ayuda, técnica o personal, para la realización o mejorar el rendimiento funcional de una determinada actividad” (Quejareta, 2012).

Tres de los veinticuatro entrevistados tenían un concepto de discapacidad relacionado con enfermedad crónica, así: mujer de 60 años, ama de casa: “La discapacidad es la enfermedad que dura toda la vida”, hombre de 43 años, panadero: “la discapacidad es

como una enfermedad”, hombre de 42 años, agricultor: “Es cuando uno tiene una enfermedad que es de por vida que evita estar bien”. La enfermedad crónica y discapacidad son dos conceptos estrechamente relacionados dentro del discurso “médico- rehabilitador”. En ocasiones son tan cercanos que pueden convertirse en un binomio: donde la discapacidad puede ser la consecuencia de una enfermedad crónica. Desde esta mirada las personas con enfermedades crónicas y las personas con discapacidad están fuera de la “norma” y necesitan ser curados o normalizados a través de la rehabilitación, si no logran tienen el riesgo de ser excluidos (Castillo, 2012).

Uno de los entrevistados asegura que la discapacidad es una imposición médica: hombre de 43 años, panadero: “Es cuando los médicos le imponen una carga a las personas de enfermedad o de discapacidades para sacarle plata a las EPS⁴”. Este concepto es afín a las teorías decoloniales que aseguran que la discapacidad es una expresión de las distintas matrices de dominación e inferiorización que componen la condición de discapacidad (Rojas, 2015) y a las ideas de Michel Foucault que considera a la medicina como una tecnología de poder del médico (dominante) sobre paciente (dominado) en el que se separa lo normal de lo anormal y lo sano de lo patológico (Aguilera Portales, 2010).

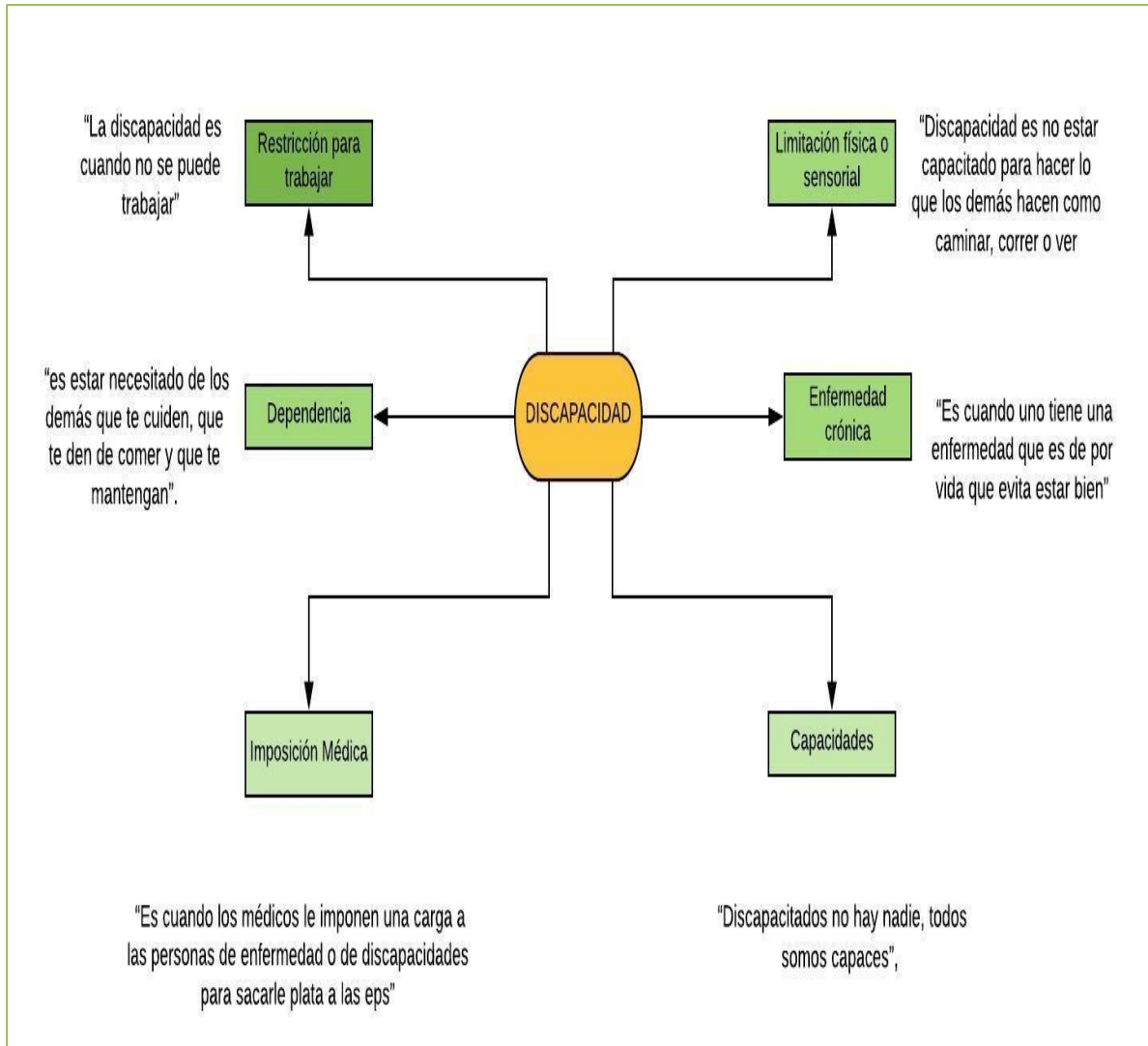
Otro de los participantes aseguró que no existen los discapacitados: mujer de 66 años, oficios varios: “Discapacitados no hay nadie, todos somos capaces”. Esta afirmación rememora a los grupos que se oponen al uso de la palabra discapacidad e invitan a focalizarse en las capacidades de las personas. Martha Nussbaum en su enfoque de las capacidades y el desarrollo humano denomina a las capacidades humanas o partes constitutivas del desarrollo a las libertades de ser o hacer para alcanzar combinaciones adecuadas de funcionamiento (Toboso Martín & Arnau Ripollés, 2008).

⁴Empresas Prestadoras de Salud.

Para una mujer de 45 años, ama de casa, la discapacidad es sinónimo de discriminación: “es ser discriminado de una sociedad”. Este concepto evoca al modelo de derechos humanos de la discapacidad cuyo núcleo es la dignidad humana y reconoce a las personas con discapacidad como sujetos a los que se deben garantizar sus derechos humanos en términos de igualdad e inclusión social y la eliminación de cualquier práctica discriminatoria (Ríos, 2015). Finalmente, solo uno de los entrevistados afirmó que no conocía el concepto de discapacidad.

Algunos de los comentarios más destacados de los participantes sobre su concepto de discapacidad se observan en la gráfica 3.

Gráfica 3: Concepto de Discapacidad en los participantes del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

4.6 Resultados sobre el concepto sobre discapacidad psicosocial

Veinte participantes aseguraron que la discapacidad psicosocial era la discapacidad de la mente y uno aseguro que era la discapacidad de lo psicológico y de lo social (hombre de 62 años, arquitecto). La mayoría de los participantes (dieciséis de los veinticuatro) no se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial. Un subgrupo (cinco de los dieciséis) argumenta que no lo son porque no dependen de los demás, pueden trabajar y están capacitados para hacer otras actividades, sobre esto comenta una mujer de 56 años, ama de casa: “No, mi salud está bien y puedo trabajar”; hombre de 34 años, profesor de inglés: “No, porque yo sí puedo razonar sin tener que depender de los demás”; hombre de 23 años, oficios varios: “No, porque no dependo de nadie”. Esto puede ser explicado por la asociación del concepto de discapacidad con la dependencia que este grupo de participantes hizo previamente.

Otro subgrupo de entrevistados (tres de los dieciséis) que tampoco se reconocen como discapacitados psicosociales se ofenden ante la pregunta, se expresan con enojo y resaltaron la diferencia entre la enfermedad mental y la discapacidad psicosocial, por ejemplo, un hombre de 21 años afirma: “No, yo no estoy discapacitado de la mente, yo tengo bipolar pero eso se controla con droga”. Otra participante, una mujer de 47 años, ama de casa asegura que su médico le dijo que era discapacitada, pero ella no estaba de acuerdo argumentando que podía trabajar y tenía otros saberes: “me dijeron que era discapacitada pero no creo que se sea discapacitada psicosocial porque yo puedo trabajar y salir adelante. Yo sé muchas cosas”. Esta mujer sale en defensa de esos otros saberes no valorados y no reconocidos, que se ven invalidados por la discapacidad psicosocial.

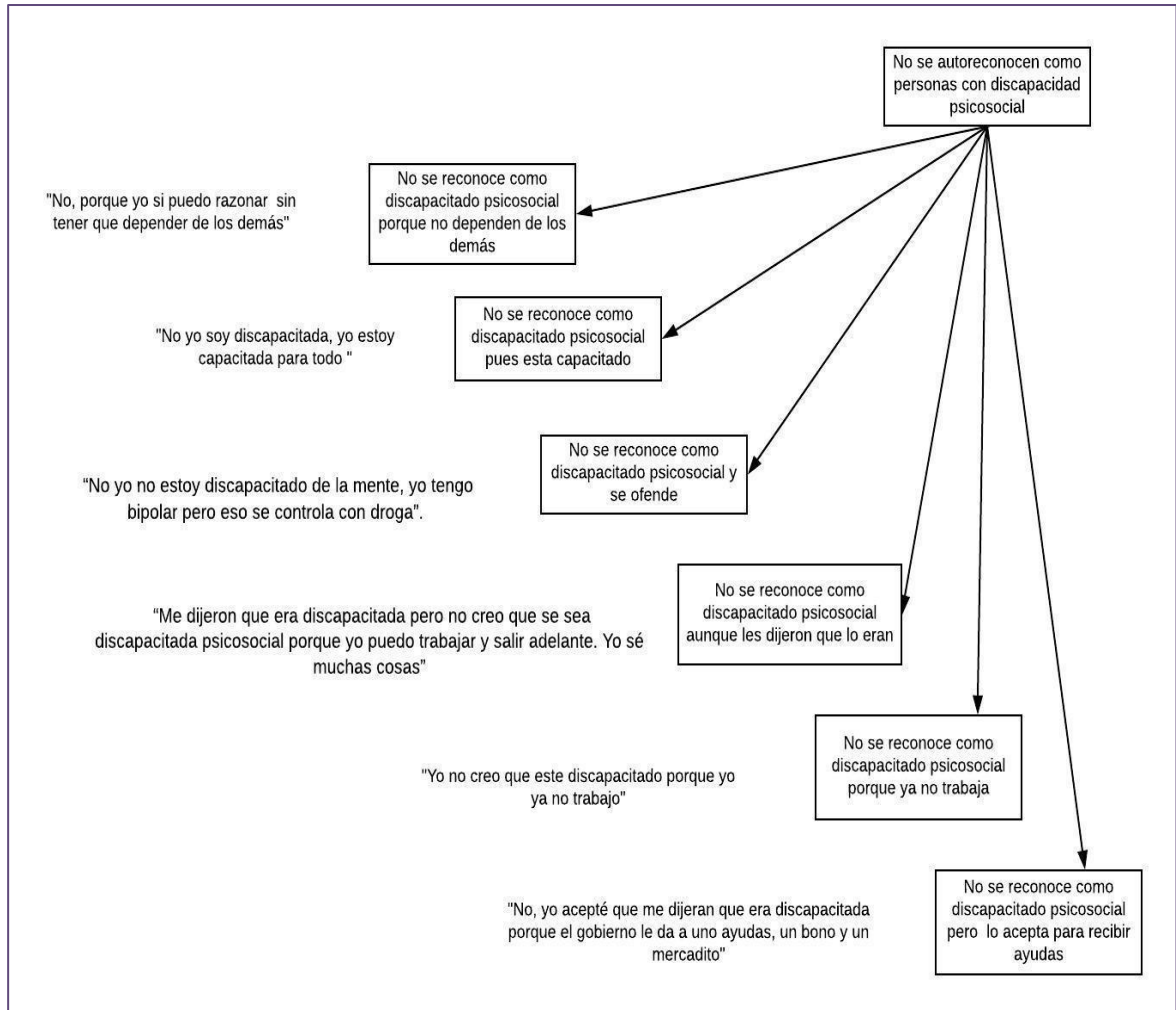
Una mujer de 60 años, ama de casa comenta que ha sido llamada discapacitada y lo asocia a que su familia la quiere tener hospitalizada: “me dijeron que estaba discapacitada, pero la verdad yo no creo, a mi familia le gusta tenerme hospitalizada”.

Este comentario muestra la desconfianza de esta mujer que vislumbra un fin oculto (en este caso de su familia) de ser categorizada como discapacitada.

Una mujer de 45 años, ama de casa solo aceptó ser llamada discapacitada psicosocial por las ayudas que recibe del gobierno: “No me considero discapacitada... yo acepté que me dijeran que era discapacitada porque el gobierno le da a uno ayudas, un bono y un mercadito”. Esto refleja que las ayudas que se entregan por el reconocimiento discapacidad pueden ser vistas como una forma de compensación por las limitaciones que produce la enfermedad mental, aunque las personas no se reconozcan a sí mismos como discapacitados.

La gráfica 4 muestra algunos de los comentarios de los participantes que no se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial.

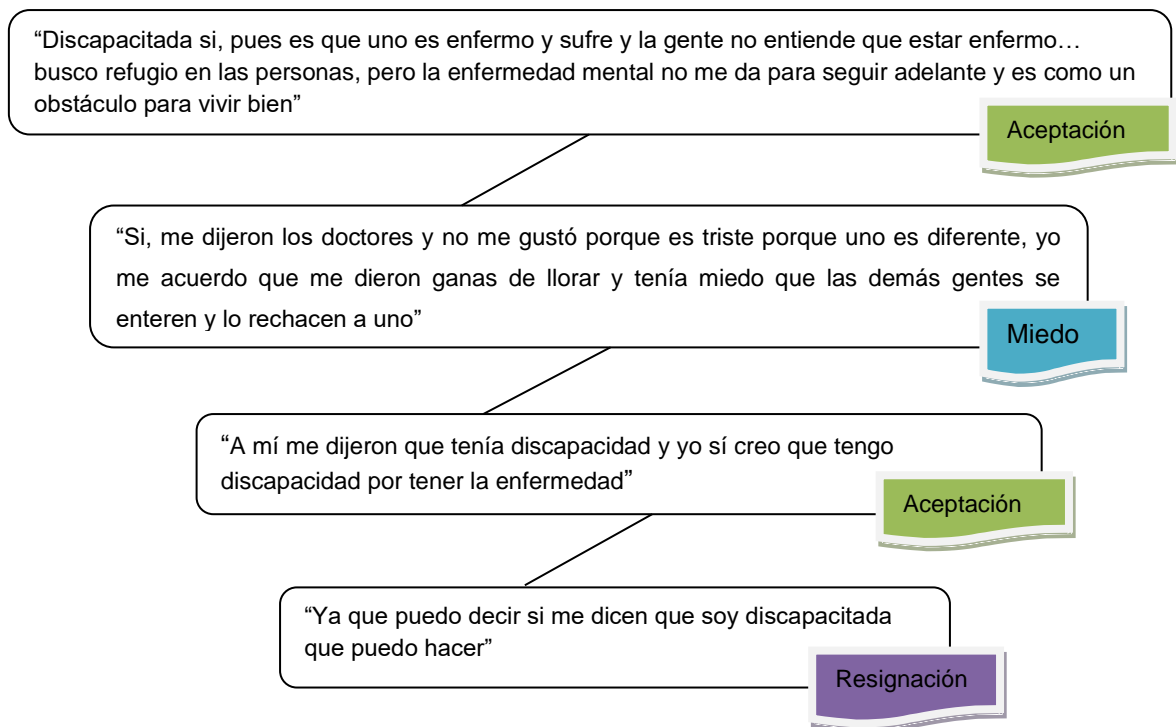
Gráfica 4: Comentarios de participantes que no se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial



Fuente: Elaboración propia.

Solo un pequeño porcentaje del grupo de los entrevistados(cuatro de los veinticuatro) se reconocían a sí mismos como discapacitados psicosociales, algunos aceptan la opinión de su médico sin refutar, por ejemplo una mujer de 60 años, ama de casa:“Ya que puedo decir si me dicen que soy discapacitada que puedo hacer”; hombre de 42 años, agricultor: “A mí me dijeron que tenía discapacidad y yo sí creo que tengo discapacidad por tener la enfermedad”; una mujer de 34 años, ama de casa que comenta: “Si, me dijeron los doctores y no me gustó porque es triste porque uno es diferente, yo me acuerdo que me dieron ganas de llorar y tenía miedo que las demás gentes se enteren y lo rechacen a uno” y una mujer de 47 años, ama de casa comenta:“discapacitada si, pues es que uno es enfermo y sufre y la gente no entiende que estar enfermo y piensan que por ser agresiva y romper vidrios les voy a hacer daño y busco refugio en las personas pero la enfermedad mental no me da para seguir adelante y es como un obstáculo para vivir bien”. Este comentario ilustra las limitaciones que impone la enfermedad mental en algunos casos para el disfrute de los derechos y pérdida del bienestar de las personas con enfermedad mental. La gráfica 5 muestra algunos de los comentarios de los participantes que se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial. Sólo 3 de los 24 participantes no sabían que era la discapacidad psicosocial.

Gráfica 5: Comentarios de los participantes que se autoreconocen como personas con discapacidad psicosocial.



Fuente: Elaboración propia.

4.7 Opiniones sobre ser considerados discapacitados psicosociales por tener enfermedad mental

La amplia mayoría de los entrevistados, veinte de los veinticuatro, rechazan que las personas con enfermedad mental sean categorizados como discapacitados psicosociales. Sus opiniones son diversas y están atravesadas por emociones como el enojo, la rabia y sentimientos de indignación:

- Mujer de 56 años, ama de casa (visiblemente molesta): “Pues que mal, uno pudiendo trabajar y que no lo dejen disque porque está discapacitado por ser disque bipolar. Yo no soy discapacitada y si dicen eso es una mentira”;
- Hombre de 21 años, panadero (enojado): “Eso no está bien que le digan cosas sin sentido. Uno tiene bipolar pero uno trabaja por eso uno no es discapacitado”;
- Mujer de 54 años, vendedora (enojada): “Pues me parece mal porque ya tengo con la enfermedad y ahora qué discapacitado... la gente abusa”;
- Hombre de 53 años, cuidador (con desasosiego): “pues pobres los enfermos mentales porque discapacitados también”.
- Hombre de 43 años, ganadero (indignado): “Yo tengo trastorno bipolar no es una enfermedad, sino que uno se altera a veces y uno se mejora y ya está uno esta normal, eso no es estar discapacitado”.
- Mujer de 34 años, ama de casa: “Yo creo que no tenga discapacidad mental porque la medicina me está sanando y estoy mejor”.

Dos entrevistados en particular se destacaron con sus opiniones, un entrevistado que se niega a ser rotulado (hombre de 43 años, panadero): “No me parece eso. Eso es imponerle a otro un rótulo y hacerle perder a uno dignidad” y una mujer que rechazó categóricamente ser llamada discapacitada (mujer de 49 años, ama de casa): “es mejor que me digan loca que discapacitada”.

Solo cuatro de los veinticuatro están de acuerdo en que las personas con enfermedad mental sean llamados discapacitados psicosociales, algunos lo hacen aceptando la imposición de su médico, por ejemplo, una mujer de 60 años, ama de casa asegura: “Ya

que puedo decir si me dicen que soy discapacitada que puedo hacer” y un hombre de 48 años, agricultor afirma: “Pues que se va a hacer. Hay que aceptar las cosas”. Una mujer de 20 años que según su relato había realizado un intento de suicidio aseguró que la discapacidad psicosocial solo estaba asociada a personas con esquizofrenia o bipolares y no con personas con depresión. Otro participante asegura que aceptaría ser catalogado como discapacitado solo si recibe ayudas del estado (hombre de 49 años, oficios varios): “Y si a uno le dicen que es discapacitado le dan plata o que le dan pues si me conviene estar discapacitado entonces hago todo para que me den el carnet”. Es muy probable que el interés por las ayudas motive el aumento de procesos para el reconocimiento como discapacitado psicosocial.

5. Capítulo Discusión

Esta investigación fue pionera e innovadora dentro del campo de estudio de la discapacidad. El principal logro de esta investigación cualitativa fue acceder a los relatos radicalmente sinceros de las personas con enfermedad mental sobre sí mismos, su relación con las enfermedades mentales, sus conceptos de salud mental, de discapacidad y sus opiniones sobre la discapacidad psicosocial. La riqueza de sus narrativas abrió un mundo interior que había sido velado por los saberes dominantes (médicos). Si bien en algunos participantes se encontró que esos saberes dominantes ya habían ganado terreno, también se encontró entrevistados que interpelaban no solo a la autora sino a toda la organización construida alrededor de la enfermedad mental. Es importante tener en cuenta la influencia del contexto de los participantes en sus respuestas, pues recientemente habían egresado de una unidad de salud mental, es decir habían tenido contacto reciente con un ámbito fuertemente medicalizado y abstraerse completamente de esa situación es muy difícil.

El concepto de salud mental en los participantes de este estudio tenía características de los tres enfoques de salud mental desde la salud pública sin predominio de alguno de ellos. Este hallazgo muestra que todos los enfoques sobre el concepto de salud mental coexisten hoy en día. El concepto de discapacidad en los entrevistados fue muy diverso. La discapacidad fue asociada a las restricciones laborales, a la dependencia, a las limitaciones físicas o sensoriales, a las capacidades, a la discriminación y a un ejercicio

de poder (una imposición médica). Esto demuestra una marcada polisemia en el concepto de discapacidad, al menos en este grupo de entrevistados.

La mayoría de los participantes en esta investigación manifestó su desagrado al ser llamados enfermos mentales, aunque algunos aceptan tener una enfermedad mental. Más allá de la semántica, ontológicamente es diferente tener a ser, es decir, estas personas tienen una enfermedad mental pero no se identifican como enfermos mentales. Una lucha similar han venido enfrentando algunos grupos de personas con discapacidad quienes exigen que dejen de llamarlos discapacitados y sean reconocidos como personas con discapacidad. Dentro del grupo de participantes, dos casos se destacaron: una participante que exige su derecho a que no la reconozcan por su enfermedad sino por su nombre, ella tiene un nombre, una historia y un contexto, no es una enfermedad y ser llamada por su enfermedad es deshumanizarla. Otro entrevistado reclama haber sido etiquetado como enfermo mental y no poder expresar su desacuerdo. Las personas con enfermedad mental reclaman su participación activa en todo lo relacionado con ellos mismos, dejar de ser tratados como sujetos pasivos, ser escuchados y respetados.

Los relatos acerca de las experiencias encarnadas con la enfermedad mental, describen los estereotipos, los prejuicios, el estigma y la discriminación en su entorno familiar, social y laboral. También describieron experiencias de aislamiento, de abandono y de desmedro económico. Sus discursos estuvieron atravesados por sentimientos de indignación, enojo, tristeza y resignación. Entre los entrevistados se destacaron: mujer de 47 años, ama de casa: "Cuando me da por caminar los perros me muerden y los niños se burlan"; mujer de 34 años, ama de casa: "A veces me siento aislada de las personas por estar enferma porque la gente no saben que uno está enferma y hacen que uno se sienta mal"; mujer de 45 años, ama de casa: "Si muchas veces, la gente te mira mal y los amigos se van y todos le dan a uno la espalda"; hombre de 23 años, oficios varios: "Los amigos y las mujeres lo rechazan a uno".

La mayoría de los participantes no se reconocen a sí mismos como discapacitados psicosociales, incluso aquellos a quienes les habían dicho que lo eran dudan o desconfían de tal rótulo y de los fines que encierra. Un subgrupo de entrevistados argumentó que no son discapacitados porque no dependen de los demás, pueden trabajar y están capacitados para hacer otras actividades, por ejemplo, una mujer de 56 años, ama de casa: “No, mi salud está bien y puedo trabajar”; hombre de 34 años, profesor de inglés: “No, porque yo sí puedo razonar sin tener que depender de los demás”. El relato de una participante (mujer de 47 años, ama de casa) se destacó porque defendió esos otros saberes no valorados y no reconocidos, que se ven invalidados por la discapacidad psicosocial: “me dijeron que era discapacitada pero no creo que se sea discapacitada psicosocial porque yo puedo trabajar y salir adelante. Yo sé muchas cosas”.

La amplia mayoría de los entrevistados manifestó su desacuerdo con que las personas con enfermedad mental sean llamados discapacitados psicosociales: hombre de 53 años, cuidador (con desasosiego): “pues pobres los enfermos mentales porque discapacitados también”; hombre de 43 años, ganadero (indignado): “Yo tengo trastorno bipolar no es una enfermedad, sino que uno se altera a veces y uno se mejora y ya está uno esta normal, eso no es estar discapacitado”. Dos entrevistados en particular se destacaron con sus opiniones, un entrevistado que se niega a ser rotulado como discapacitado psicosocial (hombre de 43 años, panadero): “No me parece eso. Eso es imponerle a otro un rótulo y hacerle perder a uno dignidad” y una mujer que rechazó categóricamente ser llamada discapacitada (mujer de 49 años, ama de casa): “es mejor que me digan loca que discapacitada”.

Una de las razones por las cuales las personas con enfermedades mentales no aceptan ser llamados discapacitados psicosociales podría ser que la palabra discapacidad en el imaginario social se asocia a una deficiencia duradera o dependencia de los demás y puede ser percibida como un estigma. Erving Goffman define al estigma “como un atributo especial que produce en los demás un descrédito amplio” (Ruiz, 2005). Silvers planteó como solución construir un concepto neutral de discapacidad que no denigre la discapacidad ni implique que las personas con discapacidad sean inadecuadas (Silvers, 2003). Esta neutralidad que plantea Silvers exige que la discapacidad no sea cargada de valores negativos, pero esto a la fecha no ha sido posible.

Otra razón es la falta de autoreconocimiento de los entrevistados como enfermos mentales y/o como discapacitados psicosociales, cabe anotar que algunas personas con enfermedades mentales aceptarían ser reconocidos como discapacitados psicosociales para obtener los beneficios, pero sin que los demás se enteren o como un reconocimiento por su sufrimiento (Vidal-Naquet, 2009). Otras causas podrían ser el miedo a la mirada social o porque se les impone el estado de incurabilidad (Vidal-Naquet, 2009), el miedo a las restricciones para trabajar, el empeoramiento del estigma o doble estigmatización (ser catalogado como enfermo mental y discapacitado psicosocial). Estos miedos expresados por las personas con enfermedad mental están basados en sus experiencias previas de rechazo, discriminación y desprecio, y deben tenerse en cuenta en los métodos de identificación y en las formas de darles los apoyos que necesitan.

Para algunos autores la enfermedad mental es de por sí discapacitante pero no por el diagnóstico en sí mismo sino por los constructos sociales que viene asociados a ella. Uno de ellos es el estigma que nace en el discurso del otro diferente, excluido, no entendido, no aceptado, que debe ser separado y normalizado, que se perpetúa gracias a los prejuicios y se manifiesta en la discriminación (Correa-Urquiza, 2009). Las representaciones negativas hacia las personas con enfermedad mental persisten hasta hoy en día. Una encuesta en Hungría realizada en los años 2001, 2003, 2007 y 2015

mostró que la distancia social hacia las personas con enfermedad mental no había cambiado en 15 años (Buchman-Wildbaum, 2018), otro estudio en Suecia evidenció que brindar educación sobre las enfermedades mentales disminuyen la distancia o el rechazo social hacia las personas con depresión, pero muy poco hacia las personas con psicosis (Svensson & Hansson, 2016).

5.1 La diversidad epistemológica de la diversidad psicosocial

En la Convención sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad no se definió expresamente la discapacidad psicosocial, esto ocasionó que cada país estableciera su concepto, su forma de establecerlo y a los responsables de hacerlo. Aunque ha habido mejoras en el uso de términos comunes, metodologías y conceptos en el mundo (United Nations Statistical Commission, 2018), aún hay un largo camino que recorrer. Cuando no se define claramente un concepto, hay riesgo de catalogar a un individuo de manera equivocada con todas las consecuencias que eso conlleva. Las definiciones laxas y poco claras causan confusión, como ocurre en Colombia con la definición dada, según la cual casi la totalidad de personas del país podría tener una discapacidad psicosocial⁵. Así, se recogen datos epidemiológicos erróneos, con los que se formulan las políticas de estado y la inversión económica y social. Un ejemplo lo constituye el informe regional sobre la medición de la discapacidad de la Comisión Económica para América latina y el Caribe (CEPAL) del 2014, donde existen diferencias conceptuales del término discapacidad y destaca que en algunos países de Latinoamérica no se puede identificar con claridad cuál definición usan pues varía de acuerdo al modelo usado: el modelo biomédico (enfocado en las deficiencias de salud), el modelo biopsicosocial (enfocado en las limitaciones de la participación en las

⁵ El ministerio de justicia de Colombia define a la discapacidad psicosocial como: “limitaciones de las personas que presentan, en forma permanente, alteraciones de la conciencia, orientación, energía, impulso, atención, temperamento, memoria, personalidad, psicosociales, entre otras” (Ministerio de Justicia de Colombia, 2016).

situaciones cotidianas de funcionamiento) o el modelo social (enfocado en el ejercicio de los derechos humanos) (CEPAL, 2014).

En el marco de lo revisado en una extensa búsqueda bibliográfica en bases de datos y bancos de tesis se demuestra que el término discapacidad psicosocial tiene una amplia diversidad epistemológica a nivel académico y ha sido nombrada con distintos términos usados como sinónimos sin serlo. Es perentorio definir la discapacidad psicosocial de manera unánime.

5.2 La discapacidad psicosocial como argumento político

La discapacidad es un hecho social complejo (Buitrago-Echeverri, 2013). El concepto de discapacidad psicosocial no es fijo, es un proceso dinámico y está en plena construcción, pero su uso ambiguo ocasiona dificultades ya que la palabra tiene efectos políticos: nominar al otro es un acto político. El lenguaje valida o desvalida a las personas. Una denominación o categoría puede dejar de legitimar al otro en el mundo. Una palabra con un significado o connotación negativa carga al otro de nuevas angustias y puede perpetuar la exclusión desde la diferencia. La discapacidad es una identidad política estatal socialmente organizada alrededor del déficit. En el caso de la discapacidad psicosocial, esa identidad es adquirida por las personas con enfermedades mentales. Si bien las políticas públicas están orientadas a tratar de incluir al otro, las normas por sí mismas no solucionan el problema del rechazo y la exclusión. La habitabilidad en el mundo del otro depende de aquellos que operacionalizan la opresión y no se espera desaparezca el estigma, el prejuicio y el rechazo solo con desearlo. Las políticas de discriminación positiva son compensaciones de un mundo desigual o una reparación de las consecuencias de sus limitaciones pero su aplicación debe hacerse en un marco de respeto a los derechos. Estas políticas deben ir más allá de la entrega de bonos o mercados, deben convertirse en verdaderos programas de beneficios sociales en los que se les permita una participación activa de cada modalidad de apoyo que desee, de tal forma que sea reafirmado como un sujeto activo de su propia vida (principio de autonomía) y no un sujeto pasivo del sistema de salud o de su familia. La capacidad de

elección y de control de la persona con discapacidad fijan la dirección de esos servicios o apoyos, en contraste con los métodos tradicionales dominantes (Toboso-Martín & Ripollés, 2008).

5.3 La discapacidad psicosocial desde la bioética

Una de las demandas de las personas con discapacidad en general y de las personas con discapacidad psicosocial en particular, más allá del principio de la no maleficencia es el respeto por el principio de autonomía, en el que se promueve su papel como agentes morales, su participación ciudadana, se reconocen sus capacidades y su derecho a tomar decisiones acerca de sus procesos (SENADIS, 2015), sin embargo en algunas ocasiones las enfermedades mentales obnubilan la capacidad de decisión y en tales casos sería un tercero autorizado quien tomaría decisiones. El cómo y en qué casos aún es objeto de discusión. Las personas con enfermedades mentales reclaman su derecho a ser diferentes, únicas y diversas, personas con talentos y habilidades que no son reconocidas.

Es importante establecer qué no es la discapacidad psicosocial. Primero, no es sinónimo de enfermedad mental. La discapacidad psicosocial y la enfermedad mental tienen marcos diferentes y entran en tensión por su significado. La discapacidad requiere el apoyo de la sociedad, la aceptación de la diferencia y ajuste razonable, mientras que el trastorno o enfermedad mental es sugestivo de requerir cura o tratamiento (Baron-Cohen, 2017). En un estudio cuyo objetivo era determinar las relaciones entre dominios integrales de discapacidad psicosocial y trastornos mentales comúnmente diagnosticados en 181 pacientes ambulatorios psiquiátricos, se encontraron claras diferencias en la magnitud de las asociaciones entre las tres dimensiones de la discapacidad psicosocial y los trastornos comúnmente diagnosticados (Ro, 2018). Cuando se dice que la discapacidad psicosocial es una forma de reconocer a la enfermedad mental como una forma de discapacidad, hay un riesgo de doble estigmatización (Manna, 2015). El lenguaje tiene una función mediadora en nuestras relaciones sociales. Constanza Ruiz-Danneger evocando a Vygotsky afirma que el lenguaje es una herramienta psicológica que permite a los seres humanos poder cambiar

su mundo mental propio y el mundo mental de los demás (Ruiz-Danegger, 2016) de allí la importancia del uso adecuado y respetuoso de las palabras. La filósofa feminista Judith Butler destaca como la manera como somos llamados, es el medio a través del cual ingresamos al mundo social y nos referimos a nosotros mismos con el lenguaje que los otros nos han dado. Butler se enfoca en el poder del lenguaje y su “permatividad”, es decir como el lenguaje tiene la capacidad de transformar y de dar un significado, como da identidad o reconocimiento y como su uso puede iniciar o perpetuar sus relaciones de poder (Butler, 1997). Muchas personas con problemas mentales no se consideran a sí mismas ni enfermas mentales, ni discapacitadas (Vidal-Naquet, 2009). Por ejemplo, una persona tiene tricotilomanía (compulsión a arrancarse el cabello) pero no tiene limitantes psicosociales ¿debería ser catalogada como discapacitada psicosocial solo por tener tricotilomanía?

Segundo, la discapacidad psicosocial no es sinónimo de inimputabilidad. Tener una enfermedad mental asociado o no a limitantes psicosociales no exculpa de pena en caso de cometer hechos ilícitos (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010). Tercero, la discapacidad psicosocial no es sinónimo de pérdida de los derechos civiles (Kelly, 2014), ni de interdicción. Cuarto, no es sinónimo de pérdida absoluta de capacidad para trabajar, tal como lo expresa la Corte Constitucional de Colombia: “la invalidez ligada a la pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, no es asimilable a la discapacidad y no significa siempre imposibilidad de seguir trabajando” (Corte Constitucional de Colombia, 2017). Quinto, no es sinónimo de internación hospitalaria permanente (Wong & Solomon, 2002). Si se quiere ir más allá del concepto médico psiquiátrico para establecer la discapacidad psicosocial, debe tenerse en cuenta que la identificación de una enfermedad mental no es fácil y establecer su impacto sobre las áreas de relación del individuo es una tarea compleja, pues la discapacidad de origen psíquico es diferente a las demás, siendo originada por una amplia gama de enfermedades con diferentes síntomas (Organización Mundial de la salud., 2016). Una opción que merece atención es el WHODAS II (Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud versión 2), que es un programa

desarrollado por Organización Mundial de la Salud que usa como marco conceptual a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, evaluando desde las limitaciones del comportamiento hasta la participación experimentada por el individuo; cuenta con 36 ítems en los que evalúan seis ámbitos de actividad: entender y comunicarse, moverse, cuidar de sí mismo, llevarse bien con las personas, actividades de la vida y participación en la sociedad. Este instrumento está siendo validado en varios países del mundo (Federici, Meloni, Mancini, Lauriola, & Olivetti Belardinelli, 2009), (Adegbaju, Olagunju, &Uwakwe, 2013), (Chen et al., 2018).

En algunas etnografías con personas con enfermedades mentales, estas se quejan reiterativamente de cómo son despojados de hablar sobre sí mismos, de la enfermedad mental y su manejo (Manna, 2015), (Correa-Urquiza, 2009). Las personas con enfermedades mentales deben dejar de ser asumidas como sujetos pasivos de cuidado mental (Russo & Beresford, 2015), tomándose en cuenta su opinión sobre si desea o no que se les catalogue como discapacitadas psicosociales (Lovell, 2009) y aún más dado que en el siglo XXI persisten las representaciones mentales negativas en las personas del común sobre la enfermedad mental y la discapacidad, y en tales condiciones revertir el estigma es arriesgado (Vidal-Naquet, 2009). Teniendo en cuenta lo complejo que resulta certificar a una persona como discapacitado psicosocial, debería ser un equipo multidisciplinario experimentado quien lo haga y no una sola persona basada solo en el diagnóstico, la entrevista con el familiar o en la historia clínica previa.

5.4 Perspectivas futuras de la discapacidad psicosocial

Hoy en día, existe una renovada demanda de volver a las formas de curación locales, a ese sur global colonizado por las practicas coloniales hegemónicas del occidente que considera como única forma científicamente sustentable para el manejo de la enfermedad mental a la psiquiatría convencional, invisibilizando otras formas de curación como las indígenas en Suramérica o las intervenciones por los budistas en el Himalaya. Se critica además la fuerte influencia neoliberal y capitalista en las concepciones sobre la

salud mental y la creciente medicalización de los comportamientos. Una lucha contra una norma global única de salud mental que reclama que conceptualice la salud mental, el bienestar y la angustia de maneras diferentes o en formas alternativa a la visión occidental dominante (Fernando, 2017).

El término discapacidad psicosocial puede convertirse en un nuevo reconocimiento o transformarse en nueva etiqueta para las personas con enfermedades mentales, solo el futuro tiene la respuesta. Sin embargo, vale la pena considerar el uso de términos de fuerte impacto social como la Neurodiversidad, sin que esto signifique que las personas con enfermedades mentales no necesiten apoyos, algunos de los cuales son motivo de controversia. Si bien el concepto de Neurodiversidad aún necesita desarrollo epistemológico, podría usarse en los ámbitos sociales y laborales, dejando los diagnósticos médicos en la medicina, en donde deben estar.

6. Capitulo Conclusiones

1. En el marco de lo revisado en una extensa búsqueda bibliográfica en bases de datos y bancos de tesis se demuestra que el término discapacidad psicosocial tiene una amplia diversidad epistemológica a nivel académico y ha sido nombrada con distintos términos usados como sinónimos sin serlo. Es perentorio definir la discapacidad psicosocial de manera unánime.
2. El concepto de salud mental en los participantes de este estudio tenían características de los tres enfoques de salud mental desde la salud pública sin predominio de alguno de ellos. El concepto de discapacidad en los entrevistados fue muy diverso. La discapacidad fue asociada a las restricciones laborales, a la dependencia, a las limitaciones físicas o sensoriales, a las capacidades, a la discriminación y a un ejercicio de poder (una imposición médica).
3. La mayoría de los entrevistados no aceptan ser llamados enfermos mentales. Dos casos en particular se destacaron: un participante que exige su derecho a que no la reconozcan por su enfermedad sino por su nombre y otro reclama haber sido etiquetado como enfermo mental y no poder expresar su desacuerdo.

4. La mayoría de los participantes no se reconocen a sí mismos como discapacitados psicosociales, incluso aquellos a quienes les habían dicho que lo eran dudan o desconfían de tal rótulo. La amplia mayoría de los entrevistados manifestó su desacuerdo con que las personas con enfermedad mental sean llamados discapacitados psicosociales.

5. En sus relatos acerca de las experiencias encarnadas con la enfermedad mental, la mayoría de los participantes describieron situaciones asociadas a prejuicios, estigma y discriminación en su entorno familiar, social y laboral. También describieron experiencias de aislamiento, de abandono y de desmedro económico. Sus discursos estuvieron atravesados por sentimientos de indignación, enojo, tristeza y resignación.

7. Capitulo Recomendaciones

Teniendo en cuenta que esta investigación fue realizada en un grupo pequeño de personas usando una metodología cualitativa, a futuro podría replicarse con un grupo de personas más amplio usando adicionalmente metodologías de investigación cuantitativas como encuestas e incluyendo poblaciones con características más divergentes, por ejemplo: grupos de personas con enfermedad mental fuera de un contexto clínico psiquiátrico como asociaciones de usuarios, personas desplazadas por el conflicto interno en Colombia con afectación psicosocial, personas con problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas o al consumo de alcohol, adolescentes o adultos mayores.

A.Anexo: Formato para el consentimiento informado para la entrevista

ANÁLISIS CRÍTICO DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Consentimiento informado

Las personas usuarias de la clínica Remy están invitadas a participar en una investigación cuyo objetivo es conocer sus opiniones acerca de haber sido diagnosticados con una enfermedad mental, cómo se reconocen así mismos frente a la enfermedad mental y sus conceptos sobre la discapacidad psicosocial. Este es un estudio cualitativo, en el que usamos entrevista grabada en audio de una duración aproximada de 40 minutos donde usted tendrá que contestar algunas preguntas y dar algunos datos generales.

Su participación es totalmente voluntaria por lo que no está obligado a participar.

Es importante que sepa que su anonimato está garantizado es decir la información obtenida es confidencial y solo será usada con fines académicos.

Su participación en esta entrevista no implica ningún riesgo y no le generará gastos.

Si tiene alguna duda o pregunta, con gusto se la contestaremos.

Agradecemos su participación y colaboración prestada.

Fecha: ___ de _____ de _____

Yo _____ identificado con cédula número _____ habiendo comprendido los objetivos de la investigación presente, habiendo recibido las informaciones sobre el mismo, de manera libre y voluntaria acepto participar en esta investigación como de constancia con mi firma y huella.

Firma del participante: _____

Firma de la investigadora: _____

B. Anexo: Registro de certificaciones sobre capacidad mental para participar en el estudio

REGISTRO DE CERTIFICACIONES SOBRE CAPACIDAD MENTAL PARA DAR CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ENTREVISTA FOCALIZADA PARA EL CONTEXTO DEL ANÁLISIS SOBRE EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL.		
Nombre completo del candidato	Declaración sobre capacidad mental (De acuerdo los parágrafos segundo, tercero y cuarto del artículo 16 de la Resolución 008430 de 1993)	Responsable (firma y sello)
	Se certifica que presenta capacidad mental para dar su consentimiento para participar en el estudio arriba mencionado.	
	Se certifica que presenta capacidad mental para dar su consentimiento para participar en el estudio arriba mencionado.	

C. Anexo: Guía para la realización de entrevista focalizada

GUIA PARA REALIZACIÓN DE ENTREVISTA FOCALIZADAPARA EL ANÁLISIS SOBRE EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL.		
<p>Antes de contactar al participante, se confirmará que tenga capacidad mental para dar su consentimiento con el médico psiquiatra a cargo del caso a través de un escrito corto y sucinto.</p> <p>Ya en la entrevista el investigador se presenta, explica con detalle en qué consiste el estudio, resuelve las dudas sobre el mismo y se procede a tomar el consentimiento informado y solicita autorización para grabar audio, inicia la entrevista hasta completar la información necesaria en todas las categorías.</p>		
	Categorías	Preguntas más probables

<p>Características epidemiológicas de los entrevistados</p>	<p>Nombre, sexo, edad, estado civil, lugar de residencia (área rural o urbana), escolaridad, ocupación.</p>	<p>¿Cuál es su nombre?, ¿Cuántos años tiene?, Cual es su oficio o profesión?, ¿Hasta qué año curso en el colegio?, ¿cuál es su estado civil?, ¿Dónde vive?, ¿Área rural o urbana?</p>
<p>Establecer las conceptualizaciones individuales que tienen las personas con padecimientos mentales usuarios de la clínica Remy sobre sí mismos y la enfermedad mental.</p>	<p>Narrativas sobre auto concepto</p>	<p>En pocas palabras; ¿Cómo se describiría a usted?, ¿Qué opiniones tiene sobre que le hayan dicho que tiene una enfermedad mental?, ¿Qué piensa sobre ser llamado “enfermo mental”?</p>
	<p>Narrativas sobre las vivencias relacionadas con la enfermedad mental</p>	<p>¿Para usted que es salud mental?, ¿Cómo considera usted que ha cambiado su vida desde que le dijeron que tenía una enfermedad mental?, ¿Su familia, sus amigos o conocidos han cambiado la forma en que lo tratan por tener una enfermedad mental?, ¿Usted considera que ha sido rechazado por tener una enfermedad mental?</p>

<p>Describir las nociones que tienen las personas con padecimientos mentales usuarios de la clínica Remy sobre el concepto de discapacidad psicosocial.</p>	<p>Narrativas sobre las vivencias relacionadas con el concepto de discapacidad.</p>	<p>¿Qué significa para usted la discapacidad?, ¿Qué significa para usted ser discapacitado?, ¿Se considera a usted mismo un discapacitado psicosocial o mental?, ¿Qué opiniones tiene sobre ser considerado un discapacitado psicosocial por tener una enfermedad mental?</p>
<p>Otras categorías emergentes</p>		

D. Anexo: Tabla de resultados de búsqueda y selección de documentos en bases de datos

BASES DE DATOS	Discapacidad mental		Discapacidad psíquica		Discapacidad psiquiátrica		Discapacidad psicossocial		Neurodiversidad	
	Total	Útiles	Total	Útiles	Total	Útiles	Total	Útiles	total	Útiles
JSTOR										
en español	127	0	3	0	0	0	12	0	0	0
en inglés	42950	3	0	0	8541	1	5569	1	42	0
PUBMED	1260	3	270	3	74	0	4558	11	34	2
DIALNET	107	0	35	1	18	0	27	0	2	0
EUMED	224	2	77	0	56	0	15	0	0	0
SCIELO	7300	0	3100	1	215	0	3740	1	16	2
GOOGLE SCHOLAR	64500	3	15700	4	16200	3	17400	2	215	1
BIREME .BR	Deficiência mental		Deficiência mental		Inhabilidade psiquiátrica		Deficiênciapsicossocial		Neurodiversidade	

	102955	0	102955	0	4	0	21886	2	2	1
--	--------	---	--------	---	---	---	-------	---	---	---

E. Anexo: Tabla de los resultados de la búsqueda y la selección de documentos en bancos de tesis

TESIS	Discapacidad mental		Discapacidad psíquica		Discapacidad psiquiátrica		Discapacidad psicosocial		Neurodiversidad	
	Total	Útiles	Total	Útiles	Total	Útiles	Total	Útiles	total	Útiles
DEUTSHE NATIONAL BIBLIOTHEK	1504	0	106	0	1504	0	78	0	9	0
BIBLIOT DIGITAL BRASILEIRA DE TESIS	1260	0	67	0	1260	0	10	0	2	0
TESIS Universidad Nacional	1182	2	6	0	10	0	480	1	0	0
TESIS Universidad Javeriana	741	0	353	0	355	0	281	0	0	0
TESIS Universidad de Los Andes	5	0	0	0	0	0	16	0	0	0

Bibliografía

Aguilera Portales, R. E. (2010). Biopolítica, poder y sujeto en Michel Foucault. *Universitas: Revista de Filosofía, Derecho y Política*.

Adegbaju, D. A., Olagunju, A. T., & Uwakwe, R. (2013). *3 A comparative analysis of disability in individuals with bipolar affective disorder and schizophrenia in a sub-Saharan African mental health hospital: towards evidence-guided rehabilitation intervention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1405–1415. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0654-6>

Arabian, M. (2010). Discapacidad psicosocial: invisible en México. *DFensor*, 10–17. Recuperado de: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Ffundacionparalasamericas.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F11%2Fdiscapacidad-psicosocial-y-CDPD.pdf&ei=0L6KUtvEENLekQfHyYHIDQ&usg=AFQjCNEaRMzOhvSOW>

Armstrong, T. (2015). The myth of the normal brain: embracing neurodiversity. *AMA Journal of Ethics*, 17 (4), 348-52.

Assaki, R. (2010). Deficiência psicossocial: a nova categoria de deficiência. *Fortaleza: Agenda 2011 do Portador de Eficiência*.

Ayestarán, S., & Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(016), 95–128. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1986/revista-16/08-representacion-social-de-la-enfermedad-mental.pdf>

Baron-Cohen S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity - a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Children Psychology Psychiatry*, 58 (6), 744-747.

Barreyre, J., & Eres, C. P. (2009). L'évaluation des situations de handicap d'origine psychique. *Vie Sociale*, 1(1), 61–92. Recuperado de: <https://doi.org/10.3917/vsoc.091.0061>

Béliard, A., & Eideliman, J.-S. (2009). Aux frontières du handicap psychique : genèse et usages des catégories médico-administratives. *Revue Française Des Affaires Sociales. Handicap Psychique et Vie Quotidienne*, 1–2(1–2), 99–117.

Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry* (Ed Esp). Recuperado de: https://psiquiatria.com/atprimaria_y_sm/raices-del-concepto-de-salud-mental/

Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131-135.

Brendan, K. (2014) An end to psychiatric detention? Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 204 (3), 174-175.

Buitrago- Echeverri, M. (2013) Discapacidades peregrinas: construcciones sociales de la discapacidad en Colombia: Aportes para salud pública desde una perspectiva crítica. Doctorado thesis, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá.

Buchman-Wildbaum, T, Paksi B, Sebestyén E, Kun B, Felvinczi K, Schmelowszky Á, D Griffiths M, Demetrovics Z, Urbán R (2018). Social rejection towards mentally ill people in Hungary between 2001 and 2015: Has there been any change? *Psychiatry Res.* May 23;267:73-79.

Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid, España. Síntesis.

Castro, H. (2005). Estigma y Enfermedad Mental: Un Punto de Vista Histórico-Social. *Hhv.Gob.Pe*, VI, 33–42. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4_estigma_y_enfermedad_mental.pdf

Castillo, F. G. (2012). El binomio discapacidad-enfermedad: un análisis crítico/The Disability-Disease Pairing: A Critical Analysis. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1).

Congreso de la República de Colombia. (21 de 01 de 2013). Ley 1616 de 2013. Recuperado: el 20 de julio de 2018. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Charzat M. (2002). Rapport à Madame Ségolène Royal, ministre délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap – du fait de troubles psychiques – et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches.

CEPAL (2014). Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Recuperado de: <https://www.cepal.org/deype/noticias/documentosdetrabajo/0/53340/LCL3860e.pdf>

Chen, R., Liou, T.-H., Chang, K.-H., Yen, C.-F., Liao, H.-F., Chi, W.-C., & Chou, K.-R. (2018). Assessment of functioning and disability in patients with schizophrenia using the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 in a large-scale database. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(1), 65–75. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0834-6>

Cobas- Ruíz, M., Zacca- Peña, E., Morales- Calatayud F., Icart -Pereira, E., Jordán- Hernández, A., Valdés- Sosa, M. (2010). Caracterización epidemiológica de las personas

con discapacidad en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 306-310.
Recuperado de: <http://scielo.sld.cu>

CIOMS(1993). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación biomédica en Seres Humanos*. Recuperado de:

<http://www1.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf>

Consejo Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad. (2016). *Salud mental y discapacidad psicosocial*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conadis/articulos/salud-mental-y-discapacidad-psicosocial>

Corte Constitucional de Colombia. (2017). Sentencia T-340/17. Visto: enero 4, 2018.
Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-340-17.htm>

Correa-Urquiza, M. (2010). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. Tesis doctoral. Universitat Rovira I Virgili. Tarragona-España.

Cornejo, M., Mendoza, F.y. Rojas, R. (2008). *La Investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico*. *Psykhe* 17(1),29-3. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art04.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, CEPAL, Patrimonio Natural, & Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2005). *Resultados del censo general de Colombia 2005: Dane*. *Dane*, 52(5), 1–6. Recuperado de: <https://doi.org/10.2307/1936056>

Enonchong, L. (2017). Mental disability and the right to personal liberty in Africa. *The International Journal of Human Rights*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/13642987.2017.1322067>

Federici, S., Meloni, F., Mancin, A., Lauriola, M., Olivetti Belardinelli M. (2009). World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: contribution to the Italian validation. *Disability Rehabilitation*, 31(7):553-64.

Fernández, M. T. (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *DFensor*, 10–17. Recuperado de: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Ffundacionparalasamericas.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F11%2Fdiscapacidad-psicosocial-y-CDPD.pdf&ei=0L6KUtvEENLekQfHyYHIDQ&usg=AFQjCNEaRMzOhvSOW>

Fernando, S. (2017). Globalising mental health or pathologising the Global South? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health.

Federici, S., Meloni, F., Mancini, A., Lauriola, M., & Olivetti Belardinelli, M. (2009). World health organisation disability assessment schedule II: Contribution to the Italian validation. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 553–564. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/09638280802240498>

Figuroa, M. A., & Inostroza, H. (2015). *Discapacidad y Salud Mental: una visión desde SENADIS*. Santiago, Chile: SENADIS.

Foucault, M., (2000). *Los anormales*. Buenos Aires, Argentina. Fondo de Cultura Económica.

Florez, J. (2016). Neurodiversidad, discapacidad e inteligencias múltiples. *Revista Síndrome de Down*, 33(129), 59–64.

García-Síberman, S. (2002). Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública De México*, 44(101), 289–296. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400001

Graby, S. (2015). Neurodiversity: bridging the gap between the disabled people's movement and the mental health system survivors' movement? *Madness, Distress and the Politics of Disablement*, 231–235. Recuperado de <https://books.google.com/books?id=eKsICgAAQBAJ&pgis=1>

Gómez-Bernal V. (2014). Análisis de la discapacidad desde una mirada crítica: Las aportaciones de las teorías feministas. *Estudios Pedagógicos*, XL(2), 391-407.

Hernández Ríos, M. I. (2015). El Concepto de Discapacidad: De la Enfermedad al Enfoque de Derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46–59. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5280484.pdf%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=5280484>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2010). GUIA PARA LA REALIZACIÓN DE PERICIAS PSIQUIATRICAS FORENSES DE CAPACIDAD DE COMPRENSIÓN Y AUTODETERMINACIÓN. Retrieved August 16, 2018, from <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/40473/Guía+para+la+realización+de+pericias+psiquiátricas+forenses+sobre+capacidad+de+comprensión+y+autodeterminación..pdf/0598ae4e-ee91-dcd3-9ff5-b6d0db0eac67>

Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*. <https://doi.org/10.21500/20112084.801>

Kelly, B. D. (2014). An end to psychiatric detention? Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204(3), 174–5. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135475>

Lizama, V. V. (2016). Los modelos de la discapacidad: un recorrido histórico. *Revista Empresa y Humanismo*, 15(1), 115–136. https://doi.org/-doi_no_disponible_-_doi_not_available-

López, M., & Laviana, M. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXVIII(16), 43–83. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352008000100004>

Le Roy-Hatala, C. (2009). Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (1–2), 301–319.

Livermore, G. A., & Bardos, M. (2017). Characteristics of Adults With Psychiatric Disabilities Participating in the Federal Disability Programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000239>

Lojo, M. (2010). Cuando la voluntad se enferma. *DFensor*, 18–24. Recuperado de: http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_11_2010.pdf

Lovell, A. M. (2009). Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance: éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave. *Revue Française Des Affaires Sociales*, (1–2), 209–227. Recuperado de <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-209.htm>

Manna, A. (2015) The emergence of the “psychic handicap” in France, between social criticism and psychiatry. From the ethnography to the moral genealogy of a claim. *Minority reports*. Recuperado de:

<https://universitypress.unisob.na.it/ojs/index.php/minorityreports/article/view/33>

McWade, B., Milton, D., & Beresford, P. (2015). Mad studies and neurodiversity: a dialogue. *Disability & Society*, 30(2), 305–309.

Ministerio de justicia de Colombia. (2016). Guía para la atención personas con discapacidad para el acceso a la justicia. Recuperado de: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/RUNDIS/GUIA%20de%20atención%20a%20las%20personas%20con%20discapacidad%20en%20el%20acceso%20a%20la%20JUSTICIA%20.pdf>

Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.

Naciones Unidas. (2006). Convención Sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad. *Climate Change 2013 - The Physical Science Basis*. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

National Rehabilitation Information Center, (2014). Que son las discapacidades psiquiátricas. Recuperado de: <https://naricspotlight.wordpress.com/2014/05/12/que-son-las-discapacidades-psiquiaticas/>

Nussbaum, M. (2006). *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. Educación. Recuperado de http://who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). Discapacidad y salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 67–77. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100012>

Pachoud, B. (2014). Handicap psychique et insertion professionnelle : de nouvelles orientations théoriques et pratiques. *Le Journal des psychologues* 315, 32-36. Recuperado de: <http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-2-page-32.htm>

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto , concepto y modelos * Disability: context , concept and models. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, (16), 381–414. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-81562010000100012&script=sci_arttext%5Cnhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82420041012

Price, M. (2010). *Mental Disability and Other Terms of Art. Profession*, 117-123. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/41419869>

Pérez Brenez, N., Utrera Caballero, E., & Lopera Arroyo, M. J. (2014). Influencia del Autoestigma o Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. *Nure Inv*, 11(72), 8.

Recuperado de: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/29/21>

Querejeta González, M. (2012). Discapacidad y dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

Restrepo, Diego; Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211. recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918009.pdf>

República de Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 008430 de 1993. Normas para la Investigación en Salud.

Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Rice, C., Chandler, E., Harrison, E., Liddiard, K. & Ferrari, M. (2015). Project Re•Vision: disability at the edges of representation. *Disability & Society*, 30:4, 513-527.

Ríos, M. I. H. (2015). El concepto de discapacidad: De la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.

Rozo Reyes, C. M., & Monsalve Robayo, A. M. (2011). Discapacidad y justicia distributiva: una mirada desde la bioética. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 336 - 351.

Rodríguez, J. (2005). Definición y Concepto de la No Discriminación. *El Cotidiano*, 17(106), 66–76.

Rojas, S. (2015). Discapacidad en clave decolonial. *Realis*, 5 (1) ,175-202.

Ruiz, J. (2005). La Discapacidad como estigma: un análisis psicosocial del afrontamiento del desempleo de las personas con discapacidad física. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6925/desempleofisicos.pdf>

Ruiz-Danegger, C. (2016). Neurodiversidad y alteraciones del desarrollo (v. 2). Tramas/Maepova. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Constanza_Ruiz-Danegger/publication/304717832_Neurodiversidad_y_alteraciones_del_desarrollo_v_2/links/57784e5308ae1b18a7e44309.pdf

Russo, J., & Beresford, P. (2015). Between exclusion and colonisation: seeking a place for mad people's knowledge in academia. *Disability & Society*, 30(1), 153–157. <https://doi.org/10.1080/09687599.2014.957925>

Švab, V. (2018). Stigma in mental disorders: What is psychiatry able to do?. *Psychiatria Danubina*, 30(Suppl 4), 172-174.

Sasaki, R. K. (2010). Deficiência psicossocial: a nova categoria de deficiência. Recuperado de <http://vidaindependentebh.blogspot.com.co/2014/03/deficiencia-psicossocial-nova-categoria.html>

Silvers, A. (2003). On the possibility and desirability of constructing a neutral conception of disability. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(6), 471-487.

Svensson, B., & Hansson, L. (2016). How mental health literacy and experience of mental illness relate to stigmatizing attitudes and social distance towards people with depression or psychosis: a cross-sectional study. *Nordicjournalofpsychiatry*, 70(4), 309-313.

Shildrick, M. (2007). Dangerous Discourses: Anxiety, Desire, and Disability. *Studies in Gender and Sexuality*, 8(3), 221–244. <https://doi.org/10.1080/15240650701226490>

Toboso-Martín, M., & Arnau Ripollés, M. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen.

Uribe, M., Mora, O. L., & Cortés, A. C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207–220.

United Nations Statistical Commission. (2018). Advances in disability statistics: the way forward. Retrieved May 2, 2018, from <https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/side-events/20180307-2L-disability/>

Vasquez, J. (n.d.). La declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades. Recuperado de <http://www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/4.pdf>

Vásquez Rocca, A. (2012). Foucault; “Los anormales”, una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 34(2), 403–420. https://doi.org/rev_NOMA.2012.v34.n2.40745

Vehmas, S., & Watson, N. (2014). Moral wrongs, disadvantages, and disability: a critique of critical disability studies. *Disability & Society*, 29(4), 638–650. <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.831751>.

Vidal- Naquet, P. (2005).Les frontieres incertaines du handicap psychique. Qu est-que ce la handicap psychique. Recuperado de: <http://www.handipole.org/IMG/pdf/qu-est-le-handicap-psychique.pdf>.

Vidal-Naquet, P. (2009). Entre maladie mentale et handicap psychique : une experience problematique. *Vie sociale*,13-29.

Wong, Y. L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13–28. <https://doi.org/10.1023/A:1014093008857>

Yoshimura, Y., Bakolis, I., & Henderson, C. (2018). Psychiatric diagnosis and other predictors of experienced and anticipated workplace discrimination and concealment of mental illness among mental health service users in England. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-11.

Zribi, G., & Beulné, T. (2009). Les handicaps psychiques: concepts, approches, pratiques. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique.