



Los vestigios del estigma. Desafíos de las estudiantes universitarias para tratar su salud mental.

Artículo presentado como trabajo de grado para optar el título de:
Profesional en Sociología

Presentado por:
Annie Valentina Torres Lavacude

Dirigida por:
Óscar Javier Maldonado

**Programa de Sociología
Escuela de Ciencias Humanas
Universidad del Rosario
Bogotá, Colombia.
2023**

Los vestigios del estigma. Desafíos de las estudiantes universitarias para tratar su salud mental.

Annie Valentina Torres Lavacude¹

Resumen

El estigma estudiado por la sociología ha desencadenado discusiones sobre el fenómeno y su repercusión en la vida de los individuos. Hoy en día es evidente el aumento de iniciativas de gobiernos e instituciones tanto nacionales como internacionales para acabar el estigma relacionado con trastornos y malestares mentales. A pesar de las campañas contra-estigma éste parece prevalecer y sobrevivir por la resistencia para pedir ayuda y en el consecuente deterioro de los padecimientos. La situación con el estigma y la salud mental desencadena preguntas como ¿Qué sucede una vez una persona decide pedir ayuda? Esta investigación descifra un conjunto de desafíos de los que no se habla en las campañas contra-estigma, desde esperas prolongadas para una cita, dificultades para el pago de ésta, procesos burocráticos y malas experiencias en el consultorio. Estas indagaciones se desarrollan para plantear que si realmente se desea atacar el estigma sobre la salud mental es necesario abordar otros escenarios donde éste se presenta.

Palabras clave: Estigma, Salud mental, Desafíos sociales, Soportes, Crisis del Sistema de Salud.

Abstract

The stigma studied by sociology has triggered discussions about the phenomenon and its impact on the lives of individuals. Now, it is easy to detect an increase in initiatives led by governments and national and international institutions to end health stigma. Despite the anti-stigma campaigns, stigma prevail due to the resistance to ask for help and the consequent

¹ Estudiante del programa de sociología, Escuela de Ciencias Humanas, Universidad del Rosario, Bogotá. Este artículo es presentado como trabajo de grado para optar por el título de socióloga. Su desarrollo fue posible, gracias a chats en Reddit, quejas que se presentaban en conversaciones cotidianas y como reflexión con respecto a los “avances” sobre el estigma en la salud mental.

worsenment of the condition. The situation with stigma and mental health raises questions such as: What happens once a person decides to ask for help? This research unravels a set of challenges that anti-stigma campaigns don't talk about, from long waits for an appointment, difficulties paying for it, bureaucratic processes and bad experiences in sessions. These inquiries are developed to suggest that if you want to attack the stigma on mental health, it is necessary to address other scenarios where it occurs.

Keywords: Stigma, Mental health, Social Challenges, Supports, Health System Crisis.

Nunca he concebido la salud mental como algo positivo, mis primeros y recientes acercamientos me han dejado claro que hay un menosprecio generalizado sobre los malestares mentales. En los primeros años de bachillerato tuve mi primer acompañamiento por parte de la psicóloga de la escuela, no pasó ni media hora después de salir de su oficina cuando todos mis compañeros empezaron a abordarme con preguntas como “¿Te volviste loca?” o “¿Te van a llevar a la Monserrat?”. No tuve otra sesión por la decisión de mis padres, quienes consideraban que no eran necesarias porque, efectivamente, no estaba loca. No hubo más conversaciones sobre la salud mental. Luego, cuando ingresé a la universidad decidí acercarme de forma preventiva, intenté a través de mi EPS (Entidad Prestadora de Salud), la cual no lo considero necesario y me remitió a grupos de autoayuda. No estaba satisfecha, así que recurrí a los acompañamientos que ofrecía la universidad, tras un mes de espera logré hablar con una profesional, fue una experiencia positiva, pero tenía que esperar otro mes para la siguiente sesión, así que concluí que tratar mi salud mental a través de la ayuda especializada era demasiado exhaustivo.

Aún tenía interés sobre la salud mental, así que empecé a indagar en redes sociales al respecto. Lo novedoso sucedió cuando me uní a Reddit² y varias conversaciones se centraban

² Reddit es un sitio web donde se comparte información, noticias e información de interés, usualmente genera cadenas de conversación y votaciones para destacar contenido.

en quejas por la experiencia a la hora de tratar sus malestares mentales. En las charlas había desde interacciones incómodas con sus terapeutas hasta personas que nunca pudieron ver un profesional debido a que sus servicios médicos no cubrían la atención psicológica. Dentro de las redes sociales hallé múltiples consecuencias generadas por el estigma sobre la salud mental.

Una de las primeras conceptualizaciones alrededor del estigma la desarrolló Erving Goffman (1963) quien lo definió como una marca o un atributo “profundamente desacreditador” (Goffman, 1963: 13). Goffman además estudió categorizaciones perjudiciales para los estigmatizados, donde tuvo en cuenta a los enfermos mentales, catalogados, en ese entonces, como faltos de voluntad. Es muy valiosa su descripción en cuanto muestra las dificultades en la vida cotidiana del estigmatizado, además de cómo las marcas pueden llegar a tener orígenes discriminatorios para la diferenciación entre características físicas y mentales positivas o negativas. Sin embargo, este no ha sido el único aporte que Goffman ha realizado a la discusión sobre el estigma y la salud mental. En *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* aplicó una mirada sociológica sobre la salud mental.

El estudio del estigma desencadenó discusiones más complejas y reflexiones fuera de la interacción, debido a la complejidad misma del estigma, en el caso de la salud mental esta discusión es pertinente, pues muchos malestares mentales no son visibles y se aplica la doble vida a la que se refiere Goffman (1963), por lo cual, en lo que la salud mental respecta, muchas veces los estigmatizados, a menos que lo mencionen, pueden ser percibidos como personas normales. De ahí surgen las discusiones que buscan profundizar sobre la naturaleza del estigma ¿Quiénes estigmatizan? ¿De qué forma lo hacen? ¿Qué sucede cuando la marca no es perceptible? ¿Cómo se perpetúa el estigma hacia la salud mental? La sociología ha dado diversas respuestas al respecto, pero, de forma general, podemos presentir que el alcance del estigma no se da solamente en encuentros uno a uno.

Una clara muestra de esto son las interpretaciones del estigma hacia la salud mental desde los espacios institucionales. Para examinarlas es necesario dejar atrás interpretaciones de interacciones exclusivamente entre personas y se evaluar las acciones estratégicas del uso del concepto para el mantenimiento de ciertas desigualdades. En estos análisis se evidencian las consecuencias de ver el estigma como una vergüenza individual que debe ser superada, pues estas visiones, impulsadas usualmente desde la psicología, no tienen en cuenta las complejidades mismas de la salud mental, como la distribución desigual de la angustia. Estas posiciones también critican las miradas microsociológicas, pues al centrarse en las experiencias individuales se corre el riesgo de abandonar las cuestiones sociales como las causantes de la angustia mental, es decir, los temas relacionados con la discriminación, la pobreza o el desempleo³ (Tyler & Slater, 2018)

Si bien hay miradas críticas sobre los análisis microsociales, aún hay quienes defienden este tipo de estudios, pero desde nuevas lecturas relacionadas con la vivencia del estigma. Así mismo, se plantea una mayor problematización, menos apolítica, como la imbricación de varios estigmas sustentados en prejuicios, muchos de origen discriminatorio, por ejemplo, tener adicción a las drogas, problemas de salud mental y un historial relacionado con el crimen (Harwell, 2004). También hay nuevas perspectivas de análisis sobre el estigma, en concreto trabajos alrededor de temáticas como la resiliencia y la sobrevivencia, relacionados con movimientos compuestos por personas con padecimientos mentales que cuestionan quienes son los aptos para dar y usar el discurso sobre el estigma (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004)

³ El abordaje de Tyler y Slater (2018) demuestra la ineffectividad de las campañas contra estigma como *Heads Together*. Esta fue impulsada por miembros de la realeza británica, figuras públicas e inclusive políticos como Theresa May. El discurso se guió para dejar de avergonzarse sobre los problemas relacionados con la salud mental, estas historias sobre “superar la vergüenza” no tuvieron grandes efectos a nivel de acceso a servicios intensivos psicológicos o si quiera preventivos. De hecho, en 2017, período durante el cual impulsó la campaña, se evidenció un aumento sobre las demandas de atención que no fue respondido de forma adecuada, pues hubo recortes en los servicios de atención.

Los diversos abordajes demuestran la vigencia de las discusiones sobre el estigma, junto a sus constantes redefiniciones. Sin embargo, para distinguir y aclarar qué es o no estigma y cuándo es adecuado su uso, es vital aclarar que sí depende de las relaciones sociales, estándares sociales y contextos sociohistóricos específicos, por eso es un fenómeno social que debe ser contextualizado en momentos y lugares particulares. Así mismo, permanece a través del etiquetamiento de las diferencias, la catalogación de éstas en sentidos positivos y negativos y la distinción de quiénes son normales y quiénes no lo son, aquellos que no cumplen con las expectativas de normalidad tienen una pérdida de estatus y consecuencias, tales como la discriminación. A partir de estas premisas podemos inferir que hay un consenso en cuanto a que el estigma supone un conjunto de estructuras interrelacionadas y heterogéneas que generan procesos, tanto individuales como sociales, que producen una vida cotidiana perturbada (Pescosolido & Martin, 2015).

A pesar de la visión, casi unánime, de que el estigma tiene efectos y orígenes más allá de las interacciones cara a cara, las formas de abordarlo aún son discutidas. A causa de esto, en esta investigación se propone un abordaje desde la sociología de los desafíos, para poner en diálogo las consecuencias estructurales y/o individuales que se dan por el estigma hacia la salud mental. La figura del desafío como eje de análisis es pertinente por su posibilidad de diálogo entre individuos y estructuras. Además, la revisión del proceso de individuación nos permite indagar en la forma cómo las personas enfrentan desafíos estructurales desde posiciones diversas (Martuccelli & Santiago, 2017).

En este caso, ante las constantes discusiones sobre qué observación debería priorizarse, al tomar la estigmatización como un desafío social colectivo se conserva el vínculo individuo-sociedad, esto para no caer en visiones estructuralistas o disposicionalistas. Por tanto, el objetivo es observar las estructuras a partir de los individuos observando y describiendo lo que vive el actor y la forma en que lo experimenta, esta visión supone una que hay una estructura

con condicionamientos activos, pero también que hay un actor que opera en medio de éstos. En otras palabras, revisar tendencias estructurales identificables desde experiencias individuales. Para este artículo se busca indagar en las experiencias de estudiantes universitarias en Bogotá para responder a la pregunta ¿Qué pruebas atraviesan dichas estudiantes por el estigma sobre la salud mental al intentar acceder, o efectivamente hacerlo, al sistema de salud configurado por la Ley 100 de 1993 para tratar sus malestares mentales?

Para cumplir con este propósito es fundamental describir previamente el contexto en el que se plantea. A partir del enfoque sociológico propuesto se propone ubicar el desafío y para ello se realiza una descripción del funcionamiento del sistema de salud colombiano, el cual fue uno de los escenarios principales para el enfrentamiento de la prueba. El análisis se realiza a partir de la recolección de documentos oficiales e investigaciones sobre las repercusiones de estas políticas públicas en salud. Una vez se conoce el marco de estos desafíos se procede a recopilar las narraciones de cuatro estudiantes. Se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas y para convocar a las participantes se tuvieron en cuenta la edad, la ocupación y la garantía de haber intentado recibir tratamiento para sus malestares. Dos encuentros se realizaron de forma presencial y los demás de forma virtual sincrónica, se notificó a las estudiantes a través de un consentimiento informado los temas a tratar y las preguntas se establecieron para indagar en las pruebas presentadas, no en las causales de los malestares. Para el análisis del material se desarrolló una matriz donde se categorizaron las respuestas de las estudiantes.

El análisis de las respuestas y la estructura de la entrevista se diseñó para contextualizar la prueba y entender los procesos particulares para enfrentarla, por ello, primero, se propuso identificar el funcionamiento o formas para acceder al sistema de salud establecido por la Ley 100 de 1993 a partir de las vivencias de las estudiantes que solicitaron ayuda en sus EPS, IPS o aseguradora, con el propósito de describir el estigma estructural en cuanto la deficiencia en

la operación o la omisión de solicitudes de las personas. Segundo, se exploraron las relaciones paciente-profesional que pueden llegar a facilitar la revictimización y/o la interacción incómoda, es decir, evaluar al profesional no como alguien despojado de supuestos, sino como una persona que esta coaccionada por trabas institucionales y por estigmas sobre las personas con algún malestar mental. Y finalmente, se muestran las formas en que el estigma es enfrentado, es decir, se indagó en los tratamientos o soluciones dados a las solicitantes, esto con el objetivo de ver los soportes en el proceso de tratar tu salud mental y advertir si éstos han sido de fácil aplicabilidad o si se ha recurrido a formas alternativas para lidiar con el malestar mental.

Un camino desconocido: Los retos iniciales para tratar la salud mental en Colombia.

Juana, Diana, Sara y María⁴ son cuatro estudiantes universitarias que viven en la ciudad de Bogotá, tienen entre 20 y 23 años y sus vidas son significativamente diferentes. Juana es becada en su universidad y ha tenido descensos y ascensos sociales, ahora se encuentra en una situación económica estable gracias al empleo de su mamá, pero hubo tiempos de su adolescencia donde su familia vivió al límite y sobrevivió con el apoyo de otros de sus parientes. Diana creció en un barrio periférico y popular, sus papás quebraron cuando era pequeña y tuvo momentos complejos porque la plata no sobraba; si bien al principio pudieron pagarle la carrera, después de un par de semestres tuvo que empezar a trabajar y sacar un crédito para continuar sus estudios. María dice que se ubica en un estrato medio bajo y como Diana ha tenido que trabajar mientras estudia. Sara se ubica en una posición más cómoda, pero también trabaja para tener algo de independencia de sus padres. A pesar de que sus vidas disienten,

⁴ Los nombres de las participantes fueron modificados para proteger su identidad, así mismo, se omiten los nombres de las instituciones donde estudiaron y trataron su salud mental.

tienen algo en común: todas han intentado tratar su salud mental. A partir de estas vivencias se han construido los retos que han supuesto esta decisión.

Colombia es un Estado social de derecho, lo que implica una responsabilidad institucional para “servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución” (C.P., 1991, art. 6). Sin embargo, la garantía de los derechos y servicios no solo ha tenido una disposición constitucional o de exclusividad estatal. Con esto quiero decir que dentro de la cobertura de derechos fundamentales no todo se rige por los principios de la Constitución de 1991 y, además, se involucran actores diferentes al Estado. Un claro ejemplo de esta situación fue la reforma a la seguridad social en Colombia desde los años 90 con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se establece a partir de la legislación de la Ley 100 de 1993.

En efecto, la reforma a la seguridad social en Colombia fue posible debido a que se reconocía la necesidad de ampliar la cobertura de la salud, pero fue impulsada de manera paralela a la apertura económica, en el marco del Consenso de Washington, la cual se presentó como la respuesta apropiada ante un sistema económico carente de productividad y crecimiento (Flórez Enciso, 2001). De ahí que el funcionamiento del SGSSS no solo se guíe a partir del marco de la reforma constituyente, sino que su planteamiento se alinee a tendencias globales caracterizadas por políticas neoliberales que afectan el derecho a la salud por la prevalencia de las dinámicas empresariales, la cuales responden a la libertad y a la competencia. Con la implementación del SGSSS se evidencia cómo las desigualdades sociales se trasladan al acceso y calidad de los tratamientos médicos o de las acciones preventivas para la salud de los

ciudadanos, pues el modelo de mercado con competencia regulada garantiza el aseguramiento de algunos servicios⁵ (Pinto Masis, 2002), pero no la calidad y pertinencia de éstos.

Para entender el funcionamiento de la estructura de salud, y, en consecuencia comprender el reto que supone enfrentarse al sistema propuesto, cabe resaltar las explicaciones de Jaime Gañán (2013) quien resume de forma acertada las contradicciones y repercusiones de la Ley 100 de 1993. Con la legislación se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, integrado por subsistemas, entre ellos está el SGSSS, el cual se encarga de regular el servicio público de la salud, lo que equivale a atender las demandas de acceso hacia los servicios de salud, para lograrlo la ley estableció un Plan Obligatorio de Salud (POS), donde los contribuyentes a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se les garantiza un conjunto básico de servicios. Sin embargo, hay un gran descontento sobre la prestación de los servicios reflejado en las demandas en contra de las EPS y las instituciones prestadoras de salud (IPS).

Las tutelas⁶ se han constituido en una herramienta jurídica frecuente para demandar la insatisfacción con respecto a los servicios por parte de las entidades que deberían garantizar los procesos, medicamentos y recursos para la vida digna y, por tanto, la salud de los ciudadanos. Pese a su recurrente instauración, persisten barreras para acceder a una atención oportuna que arriesgan la vida de los solicitantes. Si bien hay unas que pueden llegar a ser de carácter independiente al sistema, como la ausencia de investigaciones sobre la enfermedad o que no se cuenta con el equipo para el tratamiento, las del sistema de salud colombiano se pueden explicar por la reglamentación del SGSSS, que es la generadora de las desatenciones,

⁵ Pinto Masis (2002) resume de forma acertada cómo funciona el acceso a la salud donde los usuarios escogen entre empresas aseguradoras, la cuales se encuentran en el mercado del servicio de salud ofreciendo servicios y respondiendo a las necesidades demandadas. Pero, de antemano hay una marcada diferencia a lo que se puede acceder por lo que puede

⁶ La acción de tutela es una herramienta establecida en el artículo 86 de la Constitución de 1991 de Colombia para proteger los derechos fundamentales. En el informe citado por Gañán (2013) se hace referencia al documento de la Defensoría del Pueblo *La Tutela y el Derecho a la salud 2009*. En este se evidencia como el 27.11% de las tutelas se dirigen hacia las demandas para el respeto a la salud.

por la prevalencia de la libertad económica sobre el derecho a la salud (Gañan Echavarría, 2013).

Hay un desbalance sustancial, por un lado, están los principios de la regulación del SGSSS, que incluyen el cubrimiento a la salud, los cuales se basan principalmente en la eficiencia, centrada en el buen uso de los recursos administrativos, técnicos y financieros, la universalidad, para que los beneficios cubran a todas las personas sin ningún tipo de discriminación, y la solidaridad, que consiste en la ayuda mutua entre individuos, instituciones y sectores desde los más fuertes hacia los más débiles. Por otro lado, está la libertad económica, que también está permeada desde la Constitución de 1991, la cual puede intervenir en la prestación de servicios relacionados con la salud. Esta participación se justifica por la deficiencia del Estado para garantizar los servicios, la cual se cree que puede ser suplida a partir de los valores de competencia propios del sector privado. El Estado social de derecho prioriza tanto los derechos fundamentales, la vida digna y por ello la salud misma, como el carácter de libertad económica y de empresa.

La salud en Colombia es un derecho, pero a la vez es un servicio diferenciado según el costo que puedan asumir los contribuyentes⁷. Se administra desde un sistema que correlaciona la eficiencia con la equidad a través de la vigilancia del Ministerio de Salud y Protección social, la Super Intendencia Nacional de Salud y el mismo presidente de la república. La prestación de los servicios de salud queda a cargo de las IPS (públicas, mixtas o privadas). Por tanto, la

⁷ Sobre las posibilidades del sistema de salud. Gañan Echevarría (2013) explica el sistema de salud en Colombia a partir de los dos regímenes posibles: el contributivo y el subsidiado, dentro de estos dos, el contributivo se dirige a las personas con el poder adquisitivo, quienes a través de las EPS tienen derecho a un conjunto básico de servicios de salud; diferente a la cotización obligatoria, los contribuyentes pueden pagar costos adicionales para acceder a Planes Voluntarios de Salud (PVS) que contienen beneficios cruciales, dentro de estos hay diferentes formatos: planes de atención complementaria (varían según la EPS), planes de medicina prepagada y pólizas de seguro generadas desde compañías de seguro monitoreadas por la Superintendencia Financiera. Las personas del sistema subsidiado no pueden pagar, pero tienen derecho a un conjunto de servicios de atención que debe ser dado por las EPS, las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y las Cajas de Compensación Familiar. De forma adicional, el sistema garantiza a todos los habitantes del territorio los servicios en caso de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y la cobertura inicial de urgencias,

función pública se concentra en “el desarrollo del sistema, la coordinación, el diseño financiero, la regulación, propiamente dicha, y la protección del consumidor” (Gañan Echevarría, 2013: 100). Se parte de la premisa donde el mercado, el cual no tiene completa libertad, es más eficiente que el Estado.

Sin embargo, la eficiencia puede ser fácilmente cuestionada por la cantidad de demandas impulsadas por la falta de garantías en los servicios, en otras palabras, hay una gran inconformidad porque en lugar de diversidad de servicios con garantías de prestación y calidad, existen barreras que arriesgan la salud e inclusive la vida de los solicitantes. Los ciudadanos pueden solicitar los servicios para su salud, pero su solicitud puede verse afectada según el grupo social al que pertenezcan, es decir, el lugar que habiten, el origen étnico, la capacidad de pago e inclusive situación laboral es determinante ante tus posibilidades de acceso (Vargas Aldana, Rivera Jiménez, & Moreno Casasbuenas, 2016).

Sobre la situación específica de la salud mental, la contradicción permanece como lo hace en la salud en general y sus políticas públicas también responden a tendencias y recomendaciones globales⁸. Si bien hay una preocupación por garantizar el derecho a la salud mental⁹ donde se busca reducir la estigmatización hacia las personas con malestares o trastornos mentales y garantizar los servicios necesarios de los solicitantes, hay barreras agregadas porque el estigma la ha llevado a que sea una necesidad menor, tanto en decisiones personales como públicas. Una de las grandes complicaciones se puede asociar a la falta de claridad para tratar la salud mental, es decir, no hay un consenso sobre a qué se refiere estar saludable.

⁸ Referencia al Plan de Acción Integral de Salud Mental para 2013-2020 dado por la Organización Mundial de la Salud, el cual es una sugerencia que debe ser ajustada según cada contexto (Parales Quenza, Urrego Mendoza, & Acevedo, 2018)

⁹ Regido principalmente por la Ley 1616 de 2013, influida por recomendaciones internacionales (de forma más específica por parte de la Organización Mundial de la Salud) para tratar los trastornos mentales y la epilepsia como una necesidad de primera instancia en salud.

De forma usual se toman dos posibles definiciones: una hace referencia a la carencia de malestares o trastornos mentales, mientras que la otra se dirige a un carácter más preventivo donde la salud mental depende de factores sociales y de la garantía de tener una cotidianidad serena, en el caso Colombiano se advierte una transición de la primera a la segunda definición (Parales Quenza, Urrego Mendoza, & Acevedo, 2018).

En este trabajo se acoge la definición dispuesta en la política pública de salud mental¹⁰ donde el problema mental hace referencia a un malestar y a las dificultades en cuanto a la interacción con el contexto cercano. Es decir, la salud mental refiere a la interrupción de la cotidianidad tranquila por diversas causalidades. Con respecto a los trastornos mentales, estos refieren a

Las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo alimentario (no comer, aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros. (Política Nacional de Salud Mental, 2018).

En cuanto a la poca conceptualización y consenso de la salud mental, estos problemas se traducen en poca claridad sobre las causas, el diagnóstico y el tratamiento alrededor de la temática. Debido al nivel de desconocimiento, no tener bienestar mental implica una prueba misma.

La clara muestra de esto fue la presencia de un patrón entre la mayoría de las estudiantes: no tener salud mental implica un fracaso personal, una prueba que no fue superada y que afecta varias esferas de la vida, en el caso de las participantes implica la interrupción de su vida personal, académica y laboral. Cuando manifestaron necesitar ayuda fueron señaladas,

¹⁰ Referencia a la Política Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 4886 de 2018, definiciones acogidas de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

pues hay un estigma vigente donde se considera que las personas que no logran apaciguar sus problemas de forma autónoma y rápida son débiles y tienen problemas de carácter. En varias de las familias la salud mental es un tema innecesario "creen que les falta el perrenque de la generación anterior, que no aguantamos nada [le dicen a una] madure o busque de Dios" Comentó Diana. Muchas veces cuando hablaban de este tema se asociaba a un mal espiritual, a lo "anormal", a una debilidad de fe, un alejamiento de Dios o "el desobedecer el camino que Dios determinó", dijo Juana. Las respuestas ante estos problemas debían ser la oración o "ponerse a hacer oficio" en el caso de María.

Por lo que se refiere a los primeros encuentros de la salud mental, no todos ocurrieron cuando el estado de salud de las participantes desmejoró, en algunas ocasiones fue una experiencia externa. Un ejemplo claro fue la situación de la madre de Juana, quien presentó presiones laborales excesivas que afectaron su salud mental, ella no decidió ir de forma voluntaria o para prevenir un mayor deterioro, lo hizo para tener una excusa por no lograr los objetivos dentro de sus labores. En esos momentos, Juana acompañó a su madre en todo el recorrido para conseguir una cita con un especialista, en esos instantes pudo ver las complejidades para acceder al sistema de salud, sobre todo para solicitar una ayuda especializada: tuvo que consultar a dos médicos generales y para ser remitida tuvo que mentir la segunda ocasión y hablar sobre ideas suicidas. Si bien las consultas eran privadas, Juana me explicó que su mamá "no le paraba muchas bolas, solo quería tener la constancia de que iba a psicoterapia".

De igual forma, los primeros acercamientos a la salud mental de María no fueron por cuenta propia. Su madre trabajó en parte administrativa de una clínica especializada en salud mental, en ocasiones, cuando era niña, las terapeutas le hacían consultas gratis y de forma bastante informal y casual. Sin embargo, cuando fue adolescente esa experiencia "divertida y chévere" se transformó en algo traumático. Su familia tuvo que consultar a una profesional en

conflictos familiares por una demanda entre sus padres, y de esta manera la salud mental se convirtió en un proceso burocrático más para cumplir un requisito jurídico.

La situación de Sara es bastante distinta, su mamá jamás consideró que la salud mental fuera algo negativo y la acercaron con una terapeuta infantil de confianza para que supiera como controlar sus emociones. Luego, esta experiencia positiva y amistosa se vio opacada por el acompañamiento que le realizaron en el colegio tras un evento traumático que vivió junto a su familia. Las terapeutas de la escuela no manejaron bien la situación y esto generó que quisiera alejarse de los tratamientos relacionados con la salud mental.

En definitiva, “Las condiciones sociales son el determinante más importante de la salud mental, tanto en su origen como en el proceso de atención” (Parales Quenza, Urrego Mendoza, & Acevedo, 2018: 21). Todas han sido beneficiarias en el POS de sus acudientes, por lo que siempre han tenido acceso a los servicios de salud básicos, esto también por la gran cobertura en cuanto a EPS de la ciudad, sin embargo, sus caminos han sido radicalmente diferentes. Partamos de la experiencia de Sara, como se mencionó antes, en su familia el estigma hacia la salud mental no es frecuente, por lo que ella tenía en mente que era un tema relevante y que “las personas necesitan trabajarse”. Con esta concepción, y motivada para tratar de forma adecuada algunos acontecimientos que había atravesado, decidió aprovechar uno de los servicios que tenía su familia por el seguro que pagaban sus padres. Ella se fue por este camino particular porque le habían comentado que los servicios especializados de las EPS “eran malísimos”.

Es pertinente aclarar que este seguro no garantizaba citas ilimitadas con la organización de psicólogos que estaba aliada con la póliza de seguro. Cada semestre, cada persona afiliada contaba con tres citas, a partir de ahí tenían un costo aproximado de 150.000 pesos colombianos. En ese entonces, su papá y hermanos no necesitaban esas sesiones por lo que ella

las tomó y lograba alrededor de 12 sesiones semestrales, sin intermediarios y con hora y media de duración por encuentro.

En contraste con la experiencia de Sara, quien acudió de forma preventiva para tratar su salud mental y tuvo la inmediatez gracias al seguro del que era beneficiaria, María, Juana y Diana asistieron cuando consideraron que sus malestares mentales alteraron su cotidianidad. No tener salud mental implica una prueba en sí misma: no poder relacionarte con normalidad, no poder disfrutar de aquello que antes te generaba bienestar, en suma “dejar de ser y sentir como lo hacías” (Diana). Las tres decidieron pedir ayuda cuando sus malestares se interponían ante su funcionalidad habitual porque no podían superar otros desafíos por su estado “No disfrutaba estudiar, me daba mucha preocupación entrar a clases” (María); “Llegó un punto donde no podía levantarme de la cama, ir al baño era todo un reto” (Diana); “Tuve que aplazar semestre, esto me superaba, no podía hacer vida normal, no podía pensar en ser evaluada o en tener que preparar un examen, todo me producía un agotamiento terrible” (Juana).

La falta de una noción preventiva, el estigma sobre la salud mental y la poca información sobre las rutas posibles generó la postergación del posible tratamiento. Además, había un miedo vigente para solicitar ayuda, esto por el conocimiento sobre la ineficiencia del sistema de salud. Juana me habló sobre lo que implicaba asistir ir al médico a una consulta general “solo lo hacemos cuando es estrictamente necesario, ir a una cita solo por revisión es un gasto, el copago más el transporte, y si bien ya tenemos más estabilidad, lo vemos como un gasto de más” Además, en varias ocasiones manifestó que no confiaría su salud en el sistema de salud, “tú puedes manifestar que te duele algo de manera frecuente, puedes quejarte, pero ellos te mandan diclofenaco y sale [...] muchas veces he sentido que cuando el dolor no es inhabilitante me dicen de forma indirecta que me lo aguante”.

Todas relacionan las EPS con la ineficiencia “Demoras eternas [...] llamadas eternas, es un camino eterno buscar salud, no es algo garantizado, tú tienes que buscar tu propia salud”

(Diana). Durante la pandemia Juana tuvo complicaciones no solo con su salud mental, sino también con su salud física:

Tuve una urgencia física, no era de vida o muerte, pero fui a urgencias porque la cita más próxima [prioritaria] era en una semana [...] me remitieron a la EPS y allá que pasa: saben que tienes dolor, pero no pueden hacer mucho y lo que hacen es medicarte con Ibuprofeno y te mandan a la casa.

Diana tuvo una lesión de emergencia con uno de sus pies y hoy ve como el tratamiento fue tan ineficiente que nunca se recuperó apropiadamente. Si con las fracturas visibles y los dolores que no son señalados hay caminos extenuantes para ser tratados, para tratamientos con algo estigmatizado como la salud mental hay más trabas y acciones negligentes.

“Una completa porquería” Me describió Juana al describirme lo que es conseguir ayuda especializada en el sistema de salud, con la experiencia previa de su madre tenía la certeza de que no quería pasar por eso. Diana y María también sabían que el sistema era lento y querían resolver con rapidez sus malestares. Por ello, todas consideraron caminos alternos, que no eran muchos. Ante las posibilidades que conocían, no tenían claro cómo era el proceder, podían consultar con su EPS, buscar ayuda de un particular o usar los recursos dispuestos en sus instituciones educativas. Todas sabían que a menos que tuvieran una urgencia como una crisis nerviosa o un intento de suicidio no las remitirían directamente a psicología en su EPS. De igual forma, no tenían dinero para ir con un terapeuta particular, por ello, decidieron solicitar la ayuda disponible en sus respectivas universidades. En todas las instituciones, privadas, había una agenda ocupada, pero todas podían tener sesiones al menos cada dos semanas, el número de éstas se determinaba según los primeros acercamientos.

Luego, ahondaremos en las pruebas una vez se logra la terapia dentro de los servicios educativos, pero una de las complicaciones más relevantes es que los tratamientos solo están disponibles en períodos académicos, por lo que una vez se acabó el semestre tuvieron que acudir a otras ayudas. Diana tiene una de las experiencias más complejas, pues tuvo que saltar

de opción a opción hasta encontrar una apropiada, sus recorridos muestran la complejidad de los recorridos para el tratamiento.

Diana inició su camino en la universidad. Al igual que Juana, tuvo un par de sesiones que la ayudaron con su vida académica, la remitieron con la fonoaudióloga, quien le colaboró a organizarse y a generar una rutina, si bien esto la ayudó en su semestre académico, su malestar mental prevalecía y al finalizar el semestre académico su estado no le permitía hacer las tareas más simples. En ese momento decidió sacar cita con su EPS, al ser beneficiaria, tener un plan de salud básico y no contar con planes complementarios, debía pasar por un médico general que la remitiera, en ese momento tenía que hacer un esfuerzo para convencer al profesional, como en su momento lo hizo la mamá de Juana, y mencionó ideas suicidas:

Lo hice de forma amenazante porque cuando hablaba de estos síntomas, de que me sentía bajoneada, me decían que era por mi tiroides, por mi alimentación, o sea que era por las hormonas y lo creí por mucho tiempo, hasta que llegué a un punto donde estaba totalmente inhabilitada.

La primera cita disponible tardó un mes, la programación de la siguiente depende de la agenda de la EPS, ella tuvo que llamar y agendar y por la gran demanda podía ser atendida por cualquier otro terapeuta disponible. La segunda sesión se demoró otro mes, pero nunca la llamaron lo que generó una gran angustia “me sentía muy sola, sentía que no podía pedirle ayuda a nadie”. Ante la ineficiencia del servicio de su EPS, su familia decidió intervenir, pues ni siquiera podía seguir sus estudios, su madre consiguió un homeópata, quien solo la vió en dos ocasiones y por el cual tuvo la posibilidad de contactar a una profesional particular, con la que al fin tuvo un tratamiento apropiado y constante “Fue un sacrificio económico para mi mamá, pero era la única salida posible”.

Juana no quería tener contacto con su EPS, así que recurrió a los servicios que prestaba su universidad “fue una atención rápida, me dieron seis sesiones, pero solo asistí a tres” hubo incomodidad dentro de las sesiones, por lo que abandonó el tratamiento y se dirigió a ayudas

alternativas “sabía que mi mamá tenía una conocida que era terapeuta infantil y le pedí ayuda para ver si podía al menos decirme qué hacer, ella me dijo que lo recomendable era hablar con mi médico general, pero preferí irme por otras alternativas”. María decidió irse a estos servicios por el miedo a que su familia descubriera que tenía problemas relacionados con la salud mental “la atención fue oportuna, rápida y me ayudó en ese momento con mis problemas”.

No es al azar que muchas de ellas identifiquen barreras agregadas una vez decidieron buscar esta especialidad. Se evidencia a través de esos caminos y dificultades para acceder a los tratamientos que el estigma hacia la salud mental no solo se refleja en concepciones negativas sobre ésta, sino también se muestra como la estigmatización se evidencia en la desatención, así como en la falta de iniciativa a nivel de recursos y personal en las EPS. Puede que hayan superado su negativa hacia la salud mental y decidieran pedir ayuda para tratar su salud mental, pero su voluntad no basta para ser atendidas con la constancia requerida para su condición.

En Colombia, el funcionamiento del sistema de salud, en términos de salud mental, ha tenido conflictos entre la conscientización de la significancia de la promoción, prevención y atención¹¹ y la viabilidad financiera de estas propuestas. El reconocimiento del derecho de la salud mental está plasmado en acciones como la ley de salud mental, la Encuesta a la salud Mental de 2015 o las consultorías para acabar con los problemas de conceptualización, pero a nivel práctico el sistema produce barreras agregadas. Hay grandes limitaciones financieras del sistema, mientras que las políticas integrales e inclusivas no tienen repercusión por las barreras que supone la falta de liderazgo gubernamental e inversión en recursos y personal (Parales Quenza, Urrego Mendoza, & Acevedo, 2018).

Mantenerse, los retos una vez se entra al sistema.

¹¹ Mandatos establecidos en la Ley de Salud mental, es decir, ley 1616 de 2013.

"Cuando tú logras entrar al sistema, tú crees que ese ya es el logro, pero, en realidad no" (Juana). Todas tenían en mente que el reto era superar el estigma dentro de sí mismas y con su cercanos, se creía que el obstáculo principal consistía en aceptar que se necesitaba ayuda, más adelante tuvieron que superar procesos agregados para alcanzar una cita especializada de calidad¹². La llegada y constancia de esos tratamientos dependían de varios factores como el tener dinero para un particular, que el servicio universitario estuviera disponible o que en la EPS te remitieran y tuvieran agenda. Todas consiguieron a través de diferentes medios sus tratos con un profesional, pero se encontraron con más señalamientos y momentos incómodos que las desmotivaron a tratar su salud mental. No se puede concebir el consultorio como un lugar libre de prejuicios o creer que una persona que entra en tratamiento va a recuperarse de las maneras en que puede llegar a ocurrir con la salud física.

La razón por la que el servicio de las EPS es evitado no se debe solo a las largas demoras, también es por las condiciones en qué se suele dar la consulta. Cuando Diana continuó su tratamiento a través de la EPS confirmó que era un servicio automatizado y con poca sensibilidad "Fue como un discurso preparado y bastante ajeno a todo lo que yo comenté". La terapeuta le dijo que debía ir al ginecólogo, hablar con su familia de su situación y asistir a otras dos psicoterapias más. En ese instante Diana se percató de que la profesional no la había escuchado, pues durante la primera sesión le comentó que hablar con su familia sobre esto no era sencillo y fue lo primero que le recomendó "¿Cómo iba a hablar de esto con ellos? Me sentía culpable, sentía que era una carga y no quería preocuparlos más" Esta sesión no le fue de mucha utilidad, además le generó mucha angustia, pues le dio un diagnóstico de forma inesperada:

¹² La calidad de los servicios especializados en salud mental no se mide como buena o mala, pues no se cuenta con las categorías para hacer estas evaluaciones. Cuando se habla de un servicio de calidad se refiere a una pertinencia y utilidad para las participantes. Por tanto, un servicio malo tiene que relacionarse con una tardanza excesiva y/o algo que no influyó en la mejora de esos estados o problemas y uno positivo se refiere a uno que se desarrolló sin muchas trabas y con un impacto positivo.

Anexó un diagnóstico con mi historia clínica y para mí fue terrible verlo, no me dieron contexto de lo que implicaba tener episodios depresivos y por lo que yo conocía me angustié mucho [...] tenía mis sospechas sobre esto, pero no sabía que procedía ¿en dos sesiones de más o menos media hora podría solucionar algo que había aprendido que era muy grave y que llevaba conmigo tanto tiempo? Además, me dieron unas pastillas ahí ¿cómo le digo que me siento así de mal y me da tabletas con un montón de pastas?” (Entrevista a Diana, 2021).

La poca sensibilidad de la profesional le molestó, pero decidió intentarlo una vez más, cuando la segunda llamada no llegó, ella tuvo que insistir para que la atendieran y respondieran su solicitud después de un mes. Tuvo de nuevo el encuentro con la profesional quien volvió a ignorarla. “Con tal de salir de ese hueco yo estaba dispuesta a cualquier cosa”. Esos momentos que la acercaron a desistir a su tratamiento se asemejan a la experiencia de Juana, quien tuvo una experiencia similar con su terapeuta de la universidad. La primera instancia se clasifica como cómoda “Ella me hizo hablar de las esferas de mi vida, de mi vida académica, amorosa y familiar [...] quería indagar dónde estaban los problemas” Ahí empezaron los conflictos:

Ella empezó a decirme que ella me veía bien, que yo era muy pila para identificar mis emociones. Empezó a hacer comparaciones, decía que ella tenía pacientes en peores estados, que tenían problemas con drogas, que eran adictos, que no podían seguir en la universidad por estos problemas, en ese momento sentí que yo estaba exagerando (Entrevista a Juana, 2021).

En la segunda sesión, Juana decidió ser más concreta con respecto a sus problemas “le dije: me cuesta concentrarme, no me siento bien estudiando”. Esa sesión fue determinante en la desconexión de la profesional “No profundizó sobre lo que yo le había dicho, me preguntó si yo creía en Dios, y siempre se despedía con un Dios te bendiga, eso no me molestaba, pero no me parecía lo apropiado” Esa mención sobre la religión, le hizo recordar que el deterioro de su salud mental podría ser su culpa. Esta clase de afirmaciones hizo que Juana recordara algunos comentarios por parte de los profesionales que su mamá había consultado en la EPS

“le decían cosas como que su falta de control la habían llevado a ese estado y sentí algo parecido, que yo me había llevado a esos lugares”.

Estas experiencias evidencian la entrada del estigma dentro de los consultorios, lo cual no es novedoso, pues se ha demostrado en distintas ocasiones que la ampliación de los conocimientos sobre la salud mental no implican una disminución del estigma, ni de los círculos cercanos, ni de los mismos profesionales¹³. Así mismo, se ha realizado poco seguimiento sobre las campañas antiestigma y su impacto en los solicitantes, quienes dicen aún sentir los tratos estigmatizantes por parte de los profesionales (Sánchez Castillo, 2016), como fue el caso de las estudiantes. Por tanto, aceptar que se necesita ayuda no significa un camino resuelto, pues pueden encontrarse con un profesional que agrave o no brinde soluciones apropiadas para el malestar, como sucedió inicialmente con Diana, Juana e inclusive con Sara cuando la trataron en su colegio. No puede creerse que el estigma es una barrera exclusiva de la población general o la familia, es vital identificar otros sitios donde se perpetúan y generan otras pruebas que ponen en riesgo la mejora de los malestares.

Tras las narraciones de las estudiantes se puede identificar una jerarquía dentro del consultorio, que es posible gracias al estigma que facilita una relación vertical por creencia de que hay alguien normal y una persona que no lo es. Esta relación se crea con desbalances por el mantenimiento de ideas donde se concibe a las personas con malestares mentales como peligrosas (Fuller Torrey, 2011), incapaces y/o responsables de sus padecimientos (Campo Arias, Oviedo, & Herazo, 2014). Si bien hay una formación previa de los profesionales y todo el personal sobre las posibles causas de los trastornos mentales, se ha evidenciado que hay otro

¹³ La alfabetización sobre la salud mental (ASM) no implica una disminución del estigma y con ello de la discriminación en los tratos hacia las personas con malestares mentales, véase Torres Cubeiro (2016) en “Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales” o la investigación de Fuller Torrey (2011) en “Stigma and violence: isn't it time to connect the dots?” sobre la persistencia e incremento del estigma en la población estadounidense pese a la ampliación del conocimiento sobre la enfermedad mental.

tipo de conductas discriminatorias en los espacios donde se trata la salud mental como “el desinterés y la molestia, la deshumanización, el mal pronóstico y la coerción” (Zarich, 2019).

¿Qué sucede cuando atraviesas otro momento incómodo? ¿Cuándo alguien que no debía reproducir prejuicios por el estigma hacia la salud mental lo hace? En los relatos compartidos se determina que se puede desertar y alejar de la terapia, como sucedió con Sara al ser adolescente y ser afectada por las terapeutas de la escuela o con Juana quien decidió no volver a intentarlo con los profesionales de su universidad o si quiera pensárselo con los de su EPS. También puede darse otra acción y es la de la insistencia por un tratamiento a través de ayuda especializada como fue el caso de Diana, quien insistió en dar con un profesional que le ayudara.

Es pertinente enfatizar en que cada participante puede determinar si los tratamientos le son o no útiles, esto debido a que tener un malestar mental no siempre elimina el discernimiento de las personas. Muchas veces el estigma hacia la salud mental genera una infantilización hacia quien es diagnosticado o se encuentra en tratamiento especializado, esto implica quitarle agencia a las personas para saber que es lo que les hace bien o mal (Vela Mora, 2020). Pero, cuando hay estados donde no hay psicosis o crisis¹⁴ las estudiantes pueden determinar cuando algo les hace bien y funciona. Es indispensable dar a quienes tienen trastornos mentales el derecho de determinar y participar de forma activa en sus tratamientos.

Hago énfasis en esto debido a que los profesionales son vitales para tratar la salud mental, muchas veces son quienes cargan con la salud de sus pacientes, patrón que debería corregirse, pues según lo escuchado y consultado no basta solo con un buen terapeuta para

¹⁴ Las crisis y/o psicosis se consultaron a partir de la “Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5” (2014), esta lectura también fue útil para la selección de las participantes, quienes se encontraban en un estado óptimo, en cuanto a que sus padecimientos ya habían sido (o son) tratados y no fueron diagnosticadas con trastornos o enfermedades que pudieran generar alteraciones de la percepción, alucinaciones, delirios, estados de ánimo negativos, insomnio, falta de energía y/o falta de concentración.

tener salud mental. Si hay una insatisfacción y un bajo involucramiento de quienes brindan la ayuda, habrá una gran desmotivación, que puede desencadenar el abandono para tratar la salud mental y al no tener mucho conocimiento sobre cómo se puede tratar esta ¿cómo se proseguirá si no es por el camino supuesto de una ayuda especializada?¹⁵

Esta aclaración sobre el involucramiento de las solicitantes, la seguridad dentro del consultorio y el trato horizontal se da porque “si las actitudes negativas predominan en los trabajadores, afectará al trabajo de rehabilitación y planificación del tratamiento reduciendo la ambición de recuperación por ambas partes, induciendo así el pesimismo y la desesperanza en la persona” (Sánchez Castillo, 2016: 21). En cambio, las actitudes positivas de los especialistas conducen a una esperanza y deseo de mantenimiento del tratamiento.

Con Diana se facilita la explicación sobre la superación del estigma dentro de los consultorios, por un lado, tuvo profesionales que no la escuchaban y le daban “pañitos de agua tibia” estas actitudes la frustraron, le generaron desmotivación y deseos de sucumbir ante su malestar. Por otro lado, encontró profesionales que la trataron como una adulta, la hacían responsable de su mejora, pero la contextualizaban para saber cómo esta podía llegar o no a ser exitosa, y no la culpaban de su condición, sino que le daban explicaciones que la llevaron a entender por qué y cómo llegó a esos estados. La experiencia con el homeópata y la particular en salud mental fueron las que le permitieron “ver la luz al final del túnel”. Le entusiasmaba tratarse y sabía que podía recuperar un estado de bienestar.

La existencia de una relación de respeto y escucha es posible, pero eso no implica que dentro del consultorio se presenten otros inconvenientes y retomo la idea: no basta con hallar un buen profesional, pueden presentarse otros obstáculos para continuar con el especialista. Si bien no es el objetivo de esta investigación, es indudable afirmar que para los profesionales y

¹⁵ En el tercer subtítulo se da cuenta de esta incógnita.

el personal involucrado en la salud mental hay desafíos abismales para dar un servicio de calidad¹⁶. Hay limitaciones para los profesionales de la EPS, quienes tienen agendas apretadas y no pueden pasarse de los 40 minutos usualmente. También, para los de las instituciones educativas, quienes tienen enfoques en psicoeducación y muchas veces no pueden dar sesiones dirigidas a situaciones que no se relacionen con el ámbito académico.

También, fuera del consultorio y distinto al manejo de la situación de los profesionales, pueden darse situaciones más complejas, como la que se le presentó a Sara, quien de una semana a otra perdió sus sesiones porque el convenio del seguro con la red de psicólogos, probablemente, dejó de ser rentable y fue cancelada. O con Diana, que, si bien encontró una profesional que la trató y mejoró su estado, no podía permanecer con ella de forma prolongada, pues no había un presupuesto constante. Los esfuerzos adicionales de su familia le permitieron pagar sus sesiones, pero no había dinero para mantenerlas.

El éxito de los tratamientos ¿De qué dependen?

Cuatro, cuatro y media de la mañana por tarde y despiertas, sales corriendo de la cama a alistar tu desayuno y todo lo que necesitas para salir. Sales y esperas media hora un bus para esperar otra hora y media, quizás dos, para llegar a la universidad. De siete de la mañana a cinco de la tarde tienes clases con bloques de dos o tres horas, entre clases te queda una hora para almorzar. Sales a las cinco y quieres quedarte y hacer otras cosas, pero tienes que llegar a casa. Esperas otras dos horas en bus, llegas a casa, la limpias, haces el almuerzo del siguiente día y la cena en la noche. A las nueve al fin acabas con tu hogar y te sientas a adelantar trabajos de la universidad, exámenes, lecturas y/o ensayos. Entre las doce y/o dos de la madrugada al fin puedes dormir, mantienes esta rutina de lunes a viernes. Si tienes suerte los sábados y

¹⁶ Se muestra de forma clara en la investigación de Vela Mora (2020) donde los involucrados en el programa manifiestan sus dificultades sobre financiamiento y otras dificultades para el éxito del tratamiento relacionadas con la falta de apoyo en la familia.

domingos puedes descansar, si no, trabajas porque tienes que pagar matrícula, transporte y otros gastos.

Un día despiertas y no puedes levantarte de la cama, llegas tarde a tus clases, tus notas empiezan a bajar, te cuesta concentrarte en las actividades más sencillas y te da pereza hasta comer. Estás agotada, no puedes tender la cama o hacer la comida. Las rutinas establecidas se interrumpen porque esa energía del día a día desaparece. Diana, Sara, María y Juana siempre manifestaron sus jornadas atareadas, entre la universidad, el trabajo y el hogar una hora de terapia y otro par para la dedicación del tratamiento se vuelven un desafío más para tratar su salud mental.

Diferente a la poca disponibilidad se puede añadir que tampoco hay muchas claridades sobre la ruta de acción una vez se consigue un profesional ¿Cuál es la mejor forma de tratar la salud mental? Como sucede con los desencuentros en cuanto a la definición del término, se hallan los conflictos sobre los tratamientos. Algunos ejemplos se relacionan con las discusiones de los profesionales de la salud mental ¿Debemos aislar a quienes sufren de malestares mentales? ¿La medicación es vital para el tratamiento? ¿Cuánta agencia posee alguien que padece un malestar o trastorno mental? Cada camino fue distinto para las estudiantes, algunos tratamientos lograron articularse con las vidas de las estudiantes y pueden calificarse como exitosos, mientras que otros fueron de complicados de aplicar y no generaron mejora en el estado de éstas.

Dentro de esta investigación se vio que el manejo del profesional repercute de forma amplia en la prueba para superar los malestares de la salud mental. Al haber una jerarquía terapeuta-paciente se espera que se den los pasos a seguir y mejorar progresivamente. En los casos de Juana y Diana la implementación de las recomendaciones se dificultó por la falta de entendimiento sobre sus contextos y posibilidades, pues los tratamientos consistían en cambios de rutina. En el caso de Diana, con las consultas de la EPS, se concluyó que ella debía cambiar

su forma de vida “hacer más ejercicio, dar espacio para el descanso, comer de forma saludable y organizar las horas de su vida” surgieron frustraciones sobre estos consejos “¿Cómo iba a hacer eso? Antes no tenía tiempo y ahora no tenía tiempo, ni ganas de nada” También le enseñaron ejercicios de respiración “Yo sé que es importante saber calmarse y eso, pero el problema no era ese, yo necesitaba despertarme del estado en el que me encontraba”

¿Qué sucede cuando los tratamientos son de difícil o imposible aplicabilidad? ¿Si el problema son los estilos de vida? Surge la posibilidad de que la prueba pueda ser imposible de superar al no depender de decisiones individuales. Diana no solo sentía una gran desesperanza por su estado en sí mismo, la concepción pesimista sobre la salud mental de los profesionales la hicieron creer que no podría “salir de ese hueco”. Las actitudes negativas de los profesionales pueden conducir a tratamientos guiados por estereotipos¹⁷. Es decir, concebir la enfermedad mental como incurable y/o determinada por rasgos de personalidad, por lo que su posibilidad de “cura” dependerá de la persona y sus capacidades para modificarse a sí misma y a sus contextos.

Con Juana estas concepciones son innegables, pues dentro los acompañamientos que consiguió a través de la universidad un gran eje de las sesiones era la explicación de lo que le estaba sucediendo:

De los cuarenta minutos que teníamos, una gran parte se la dedicábamos a videos sobre lo que era la ansiedad, desbalances químicos y como era una respuesta de para protegerme (...) eso ya

¹⁷ Los estereotipos negativos no solo se refieren a la infantilización hacia los pacientes, también hay consecuencias desencadenadas por la visión de quien padece la enfermedad mental como un condenado. Con Márquez Romero (2010) en (Márquez Romero, 2010) “Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí?” se evidencian los esfuerzos para dar voz a los “locos” pero prevalece el trato que concibe la otredad como algo negativo, por lo que las iniciativas suelen tener éxitos parciales, tal como las observaciones de Vela Mora (2010) quien vio que las intenciones por una mayor independencia se veían truncadas tanto dentro como fuera del hospital. Es necesario aclarar que estos tratos no son exclusivos de los profesionales, pues la familia, amigos y cercanos de las estudiantes muchas veces manifestaban las visiones que tenían sobre los enfermos mentales como “showseros” en casos de estados emocionales (mencionado por Juana) o “incurables” en cuanto a las percepciones de trastornos con sintomatologías con alucinaciones.

lo sabía, lo consulté en internet, sí era un alivio saber que tenía, pero después de eso ¿Qué sigue?
(Entrevista a Juana, 2021).

A Juana le aconsejaron relajarse, hacer ejercicios de respiración y se le recomendaron algunos libros de autoayuda; en nuestras conversaciones concluimos que muchas veces estos textos culpan directamente a la persona de sus malestares y de su mal manejo emocional.

El fracaso de estos tratamientos se puede asociar a varios factores: el primero, las pocas opciones a la hora de tratar a las estudiantes. A Diana y a Juana les ofrecieron terapias conversacionales, que resultaron en consejos poco prácticos. De estas conversaciones surge el segundo inconveniente, la mala articulación del tratamiento con las realidades de las estudiantes, quienes no tuvieron forma de aplicar los hábitos de rutina al tener que seguir con ritmos exigentes para no tener consecuencias, sobre todo, económicas “si no trabajo, no estudio y no puedo conseguir el dinero suficiente en vacaciones, tengo que hacerlo mientras hago el semestre” mencionó Diana. Lo tercero se puede relacionar con la falta de agencia de las estudiantes y de cómo las visiones negativas sobre la salud mental generan un fracaso anunciado.

La falta de agencia también se evidenció en las imposiciones de los tratamientos y en las pocas posibilidades que les dieron para mejorar sus malestares. Para ahondar un poco en este tema podemos tratar la medicación como un sí o sí, en otras palabras, como hay sugerencias permanentes de que este es un paso obligatorio para el progreso. En el caso de Diana, le dieron una orden en su EPS para que pudiera reclamar un par de docenas de amitriptilina “no entiendo el sentido de esas decisiones, les digo que me siento mal, que ya no quiero continuar y me dan un montón de pastas” Ella siguió las recomendaciones y tras un par de días decidió dejarlas “Sé que estuvo mal, pero tenía sueño, me sentía cansada y no tenía energía para nada”

La medicación es un tema desconocido para las estudiantes, de hecho, a Diana nunca se le hicieron aclaraciones sobre los riesgos de tomar estos medicamentos. Buena parte de los

tratamientos son discutidos y cuestionados, la medicación no es la excepción, antidepresivos, antipsicóticos, tranquilizantes, todos, sin excepción, tienen efectos secundarios incapacitantes como cansancio, cambios en la salud menstrual, alteraciones físicas (pérdida o ganancia de peso), palpitaciones, dependencia, alteraciones del sueño, entre otras¹⁸ (Rogers & Pilgrim, 2014). A pesar de los efectos secundarios, puede haber mejoras significantes, pero la voz de quien asume estos riesgos suele ser omitida, sobre todo, en casos donde hay algún tipo de reclusión, Diana lo comentaba:

Yo dejé eso porque no me hacía bien, además me lo dieron tan a la ligera, como si fuera acetaminofén, que no lo tome en serio, esas vainas no son dulces, agradecí no estar internada, en ese caso me hubieran forzado a tomarme esa y mil cosas más y yo sí creo que en algunos casos es mejor trabajar las cosas que nos duelen, vivir anestesiado no es estar sano (Entrevista a Diana, 2021).

El último factor que dificulta el éxito del tratamiento tiene que ver con el sentido para recuperarse. “Quería estar bien para la universidad” mencionó María, “Solo deseaba poder volver a mis ritmos cuando entré a la U” dijo Juana. La improductividad es una de las preocupaciones globales en cuanto a las afectaciones hacia la salud mental, pues sus repercusiones en la economía son altas al poder ser altamente incapacitantes, por lo que pueden afectar la productividad de los países (Organización Mundial de la Salud, 2004). En esos términos, muchos tratamientos y objetivos a la hora de tratar la salud mental se concentran en devolver personas productivas para la sociedad.

Estas exigencias y expectativas sobre el resultado del tratamiento también se evidencian en algunas de las recomendaciones de los especialistas “Me decían cosas como levántate temprano, haz una lista de cosas, mántente ocupada para no estar triste” (Diana). En otras

¹⁸ En la sección de “The treatment of people with mental health problems” por Rogers y Pilgrim (2014) se profundiza sobre las discusiones de la medicación. Una de las críticas más relevantes se relaciona con la producción de medicamentos para aliviar los efectos secundarios por las mismas farmacéuticas que producen medicación con efectos adversos.

ocasiones, se hablaba de la necesidad de volver a ser funcionales y sentirse normales “yo quería volver a estudiar sin dificultad y mi especialista dijo: vamos a volver a ser como antes, pero yo no quería eso, no quería estar igual que antes porque ser como lo era antes me enfermó” (Juana).

Si el sentido de la superación de la prueba es volver a aquellas condiciones que te enfermaron ¿Para qué tratarse? Esta pregunta se resuelve con el deseo permanente de las estudiantes para tener bienestar en su cotidianidad, pero muchas veces sus condiciones obstaculizan aquello que les genera bienestar “A veces estás tan ocupada que no tienes tiempo para ti misma” Mencionó Sara. Las rutinas que manejan las jóvenes no solo les dificultaban la terapia, también concentraban varios de los problemas que les generaron el malestar mismo.

No se puede olvidar que el origen de sus problemas no tiene un principio exclusivo en sí mismas. Dicho de otra forma, cuando las participantes lograron acceder a ayudas especializadas y tuvieron más claridad sobre lo que había sucedido para deteriorarse, ellas resaltaron que esos detonantes muchas veces eran externos, en buena medida, el estrés académico y la falta de tiempo para su propio cuidado fueron determinantes con respecto a la desmejora de su salud mental “Siempre buscan culparte de lo que te pasa y recriminan tus estados, como si decidieras sentirte mal” comentó Sara.

Con relación a lo anterior, hay una situación agotadora y consiste en lidiar con las visiones estereotipadas de la vida universitaria. Hay una concepción de vitalidad con la juventud “Estás en el mejor momento de tu vida, lo tienes todo, aprovéchalo” (Juana), “Debes comer saludable, organízate y sal adelante” (Diana) o “Estás joven, disfruta” (Sara) son frases que demuestran el desconocimiento y la poca indagación a la hora de aconsejar el proceso de recuperación en personas jóvenes. Pasar por la universidad supone riesgos adicionales para la salud mental, de hecho, la depresión en estudiantes universitarios prevalece en las mujeres (Gutiérrez Rodas y otros, 2010). Para enfatizar en esto, cabe resaltar algunas reflexiones de la situación de Diana “[...] tenía muchas cosas que hacer, me dediqué al deporte y era muy

estudiosa [...] siempre sentí esa presión de ser excelente, mucho más en la universidad”, desde que Diana tenía 15 años identifica, tras pasar por terapia, que tuvo episodios profundos de tristeza que se agravaron cuando entró a la universidad “Son ritmos muy difíciles de manejar, clases largas, lecturas interminables, ensayos y todas las semanas es igual de pesado”

Con Juana la situación no es diferente “accedí a la universidad gracias a una beca que obtuve por mi puntuación en mi último grado de bachillerato” y desde que era adolescente, según una búsqueda propia, presentó síntomas relacionados con comportamientos ansiosos. Cuando empezó la universidad, ya había normalizado esas emociones “pensaba que aquellas sensaciones eran lo normal”. María tiene un caso distinto, si bien tenía problemas con el ir a terapia por la experiencia familiar, siente que gozó de una buena salud mental hasta que entró a la universidad “yo no tenía síntomas ansiosos antes de entrar a la universidad, me ponía nerviosa con las entregas y presentaciones dudaba mucho de mí y de cómo escribía”.

Si bien no se puede caracterizar cada espacio académico, a partir de las narraciones se puede afirmar que, en su mayoría, hay ambientes adecuados para estudiar, pero el esfuerzo para garantizar espacios y estrategias que generen bienestar fuera de lo académico es limitado. La competencia entre estudiantes, los períodos de evaluación, el miedo de perder alguna asignatura y/o la presión por mantener las becas son algunos de los factores que aumentan las presiones sobre las estudiantes. Ambientes mejor equipados y no solo dispuestos para el estudio, sino también para el descanso y otras actividades son indispensables para lo que muchos estudiantes conciben como un ambiente con mayor bienestar (Mazorco Salas, 2021)

Además de la complejidad de mantenerse en la universidad, también se encuentran otras tareas que ocupan a las estudiantes. Las labores de cuidado¹⁹ son mayormente asumidas por las mujeres, en el caso de Colombia estas suelen dedicar más de siete horas a estas actividades

¹⁹ Entiéndase estas actividades como el suministro de alimentos, el mantenimiento del vestuario, limpieza y mantenimiento del hogar, compra de alimentos, administración del hogar, cuidado de menores o adultos mayores y apoyo a la familia (DANE, 2021).

(DANE, 2021). En cuanto a las estudiantes, el hogar y cuidado de menores son una responsabilidad innegociable en sus vidas “A mí nadie me va a cocinar, muchas veces yo tengo que cocinar para toda mi familia” mencionó Diana. Estas tareas limitan sus tiempos en otras actividades, muchas veces al priorizar el cuidado de sus hogares retrasan actividades académicas o de otro carácter, lo que genera un sobreesfuerzo más adelante, pues deben renunciar al descanso y otras actividades personales para poder alcanzar sus objetivos académicos “Muchas veces dejas de dormir o pasar tiempo de calidad en otros asuntos por estar cocinando o limpiando” comentó Juana.

Dentro de las narraciones se destacó algo fundamental en la sociología de los desafíos: los soportes, éstos ayudan a comprender por qué a pesar de sus posibles fracasos, las estudiantes lograron mejorar sus estados. Los soportes se definen como recursos que permiten la superación de las pruebas, sin embargo “cuanto más frágil es la situación social de un individuo, más obligado se encuentra prácticamente este a tenerse desde el interior, sobre todo sin otra alternativa que demostrar su imposibilidad para lograrlo” (Martuccelli, 2007: 73).

A pesar de que el camino de la ayuda especializada no resultó útil en todos los casos, hubo soportes alternos que les permitieron tratar los malestares de su salud mental. Uno que destaca es la red de apoyo constituida por amigas y familiares. Juana mencionó que “muchas veces hablar con [sus] amigas es más sencillo y liberador [...] además, ellas me dieron consejos académicos y personales que me ayudaron bastante”. Esta red de apoyo siempre estaba al tanto de su estado de salud y buscaba alternativas para tratar lo que parecía ansiedad “Ejercicio, escritura y espacios para que mi mente me diera un respiro”. Al respecto, Diana señalaba que en los momentos de duda sobre la terapia “mis amigas me escuchaban y me ayudaban con la culpa que sentía por estar en ese estado [...] me daban consejos y me apoyaron con la Universidad [...] leíamos en grupo y en voz alta para que me rindiera un poco más”

Así mismo, la familia juega un papel fundamental, si bien en algunos instantes puede representar un impedimento para tratarse y continuar el tratamiento, una vez se toma la iniciativa pueden presentarse cambios sobre las percepciones de la salud mental que facilitan el proceso. Juana lo detecta de forma clara “mi mamá vivió lo que era tener problemas con la salud mental y lo difícil que es tratarse así que luego de un tiempo nos apoyamos la una con la otra” con Diana también hubo cambios significantes “toda mi familia fue a terapia paulatinamente, creo que verme mejor los motivó a probar esa vaina a ver qué, gracias a eso construimos relaciones más sanas [...] lo mejor fue que ellos fueron directos a una buena ayuda y no tuvieron que pasar por todos los intentos que yo tuve”

También hay un soporte relacionado con la promesa de la mejora, es decir, las estudiantes recalcaban que muchas veces no se sintieron así y podían llegar a ese estado de nuevo “La Universidad no siempre fue dura para mí [...] cuando trabajé y empecé a tener poco tiempo empezaron los problemas” Comentó Diana. “No siempre tuve esa sensación es de preocupación y paranoia, no pasé toda la vida pensando que había cosas malas que podían pasarme” Dijo Juana. “Hubo una época donde la Universidad me emocionaba, no me daba miedo, no lloraba de frustración, cuando podía dedicarle tiempo solo a eso era fácil” explicó María.

Si bien la familia, las amigas y la promesa del bienestar fueron determinantes en el camino para tratar su salud mental, no se puede negar que la ayuda especializada adecuada es un soporte crucial. Como se mencionó anteriormente, Sara tenía una concepción preventiva de la salud mental, asistió desde que era pequeña para el manejo emocional y al crecer por una situación particular “veo las sesiones como una nueva forma de llenar una caja de herramientas”. Estos encuentros le permitieron estar lista para confrontar situaciones complejas “con el trabajo, las dos carreras y la universidad hay mucha presión, pero yo sé manejar la frustración, sé decir que no a muchas cosas porque nada es más importante que mi bienestar”

Sara tenía la posibilidad del no “si no puedo con un trabajo o lo que sea lo puedo asumir, ese tipo de cosas no me quitan el sueño, sé que tengo responsabilidades, pero si pierdo algo está bien”

María también contó con unos aprendizajes que fueron de gran ayuda, si bien el tratamiento propuesto por las universidades no fue útil en todos los casos, gran parte del malestar de María se concentraba en la Universidad y solucionar las cuestiones relacionadas con ésta fue un factor clave para su mejora “cuando fui me dijeron que podía fallar, que estaba bien y que no iba a ser juzgada por eso [...] desaprendí esa presión y muchas cosas mejoraron”. Cuando los tratamientos logran articularse con las necesidades de las estudiantes y son facilitadores para mejorar el bienestar, el desafío para tratar la salud mental tiene más salidas y recursos para la superación. Cuando una persona cuenta con herramientas previas, como fue el caso de Sara, la probabilidad de deterioro es menor. Aunque la distribución de la enfermedad mental es desigual (Tyler y Slater, 2018), según los relatos de las entrevistadas también se advierte que probable que la posibilidad del tratamiento sea diferenciada según los recursos para realizar cambios en estilos de vida y rutinas.

Creo que si no hubiera tenido que mantener mi estudio y hubiera tenido más herramientas académicas y económicas no hubiera tenido que esforzarme tanto y a lo mejor no me hubiera enfermado nunca [...] siempre siento que la plata hubiera ayudado un montón, hubiera ido directo a un profesional [...] también pienso muchas veces que tengo presiones agregadas por ser mujer, como que nadie confía en mi inteligencia, así que debo esforzarme siempre mucho y no tengo derecho a cansarme porque soy joven, es un conjunto de muchas presiones y pocas formas de aliviarlas (Entrevista a Diana, 2021).

Conclusiones

Esta investigación realizó una indagación sobre lo que sucede una vez se decide tratar los malestares de salud mental. Por un lado, y en concordancia con los objetivos de la sociología

médica, se deduce que la enfermedad mental tiene una complejidad que no puede reducirse a explicaciones fisiológicas, hay condiciones sociales como el sexo, el estrato socioeconómico y/o la edad que pueden desmejorar el estado de la persona y dificultar las posibilidades de mejora. Esta afirmación se da gracias al análisis de los recorridos de forma detallada, lo cual fue posible gracias a la sociología de los desafíos, la cual permitió reconstruir los obstáculos una vez se entra en el sistema de salud colombiano.

Por otro lado, los desafíos generados por el estigma hacia la salud mental no se deben concentrar solo en los comentarios negativos de los cercanos o en las miradas despectivas hacia quienes tienen los malestares mentales. También pueden observarse en las decisiones del gasto público en la salud, en el poco acceso que hay a servicios de calidad y en cómo las diferencias de inmediatez y calidad dependen de las posibilidades de pago. El estigma representó un desafío por su alcance en diferentes escenarios, aún es vigente y las campañas contra estigma enfocadas en el “No te de vergüenza, pide ayuda” no dimensionan las formas en que el estigma se sostiene. La construcción de la otredad, de la anormalidad y lo inaceptable no se transforma solo con la intencionalidad de cambio de quienes son estigmatizados.

Para finalizar, esta investigación reunió experiencias singularizadas de un desafío con un desconocimiento amplio sobre su superación. El camino que se divulga consiste en buscar ayuda especializada, pero a partir de las narraciones se demuestra que hacen falta muchos más recursos para poder superar la prueba. Algunos de los factores que contribuyen a la superación de la prueba son el apoyo de la familia antes, durante y después de la terapia, la red de amigas, el éxito académico, la atención de calidad y los recursos económicos para continuar la terapia e implementar los consejos. Si bien las estudiantes usaron varios soportes para sostenerse y continuar en la búsqueda de su bienestar, no se puede negar que el SGSSS presenta una atención diferenciada y deshumanizada que genera aún más obstáculos sobre el desafío de tratar la salud mental. Las nociones preventivas en la salud mental son limitadas y su

conocimiento conllevaría a estados menos deteriorados. Esta investigación también es una invitación para revisar otras perspectivas sobre la salud mental, ir más allá de informes y definiciones limitadas o negativas sobre la salud mental e indagar en los contextos que atraviesan las personas que tienen un malestar mental.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Campo Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-67.
- Constitución Política de Colombia. (1991). Artículo 6. En Constitución Política de Colombia, *Constitución Política de Colombia 1991. Capítulo 1: de los principios fundamentales*.
- DANE. (2021). *Cuenta Satélite de Economía del Cuidado (CSEC). Valoración económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado no Remunerado (TDCNR) e indicadores de contexto 2021*. Bogotá: DANE.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *Br J Psychiatry*, 176-181.
- Flórez Enciso, L. B. (2001). Colombia tras diez años de reformas políticas y económicas. *Cuadernos de Economía*, 20(34), 31-55.
- Fuller Torrey, E. (2011). Stigma and violence: isn't it time to connect the dots? *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 892-896.
- Gañán Echavarría, J. L. (2013). *Los muertos de la Lley 100*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gutiérrez Rodas, J. A., Montoya Vélez, L. P., Toro Isaza, B. E., Briñon Zapata, M. A., Restrepo, E. R., & Salazar Quintero, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Harwell, S. (2004). Triple stigma: persons with mental illness and substance abuse problems in the criminal justice system. *Criminal Justice Policy Review*, 84-99.
- Márquez Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? *Periféria*, 12(1), 1-25.
- Martuccelli, D. (2007). Soportes. En D. Martuccelli, *Gramáticas del individuo* (págs. 37-117). Buenos Aires: Editorial Losada.
- Martuccelli, D., & Santiago, J. (2017). *El desafío sociológico hoy. Individuo y retos sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Mazorco Salas, J. E. (2021). Representaciones sociales sobre la salud mental construidas por los miembros de una universidad regional en Ibagué, Colombia: un abordaje metodológico mixto. *Revista Colombiana de Sociología*, 95-121.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Parales Quenza, C. J., Urrego Mendoza, Z. C., & Acevedo, E. H. (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 17-34.
- Pescosolido, B., & Martin, J. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 87-116.

- Pinto Masis, D. M. (2002). La competencia regulada y la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. Evidencia del sistema de salud colombiano. *Harvard School of Public Health*.
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). The treatment of people with mental health problems. En A. Rogers, & D. Pilgrim, *A Sociology of Mental Health and Illness* (págs. 124-143). Berkshire: Open University Press.
- Sánchez Castillo, M. d. (2016). *Estigma en los profesionales de salud mental (tesis de maestría)*. Castellón de la Plana: Universitat Jaume.
- Torres Cubeiro, M. (2016). Alfabetización en salud mental, estigma e imaginarios sociales. *Imagonautas. Revista Interdisciplinaria sobre Imaginarios Sociales*, 50-63.
- Tyler, I., & Slater, T. (2018). Rethinking the sociology of stigma. *The Sociological Review Monographs*, 66(4), 721-743.
- Vargas Aldana, E., Rivera Jiménez, V. P., & Moreno Casasbuenas, R. E. (2016). Descripción de las interrelaciones entre actores y funciones del sistema general de seguridad social en salud colombiano: una mirada desde el derecho fundamental a la salud. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Vela Mora, D. (2020). *Trastornos mentales: Una mirada antropológica sobre la construcción del concepto de salud mental a partir del personal del Hospital Día en Villavicencio (trabajo de grado)*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Zarich, J. (2019). *Actitudes estigmatizantes hacia los pacientes con trastornos en la salud mental en el personal de enfermería según sexo, nivel de formación y años de antigüedad en la profesión*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.

