

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2018.

Ser o no ser “asistible”: sujetos estigmatizados y condiciones de asistibilidad en el sistema de salud.

Vázquez, Andrea Elizabeth.

Cita:

Vázquez, Andrea Elizabeth (2018). *Ser o no ser “asistible”: sujetos estigmatizados y condiciones de asistibilidad en el sistema de salud. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/718>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/Q7s>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SER O NO SER “ASISTIBLE”: SUJETOS ESTIGMATIZADOS Y CONDICIONES DE ASISTIBILIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD

Vázquez, Andrea Elizabeth

Universidad de Buenos Aires. Secretaría de Ciencia y Técnica. Argentina

RESUMEN

El artículo que aquí se presenta, forma parte de la tesis doctoral de la autora. Desde el marco teórico con el que trabajamos, se consideran las dimensiones de la producción social de la enfermedad. Por eso es válida la elección de la categoría sufrimiento psíquico, para estudiar los dolores que forman parte de la vida y, a la vez, los efectos que devienen de la reducción de esos procesos a la psicopatología. Definimos la asistencia como el conjunto de prácticas relativas a la salud. El contexto asistencial incluye la referencia a técnicas y praxis así como a complejos procesos sociales en que intervienen valoraciones de tipo ético y moral. Desde esta perspectiva, es clave relevar la ideología asistencial que habilitará (o no) un proceso asistencial sobre el asistible (y su entorno) mientras se encuentre vigente su condición de asistibilidad. Pareciera que la persistencia de los discursos de estigma por parte de las instituciones obligadas a dar cuidado operara como una herramienta contradictoria. La revisión de los modos en que se realizan las intervenciones aparece como un elemento clave para mejorar la inclusión social y facilitar el ejercicio de la ciudadanía desde una perspectiva de derechos.

Palabras clave

Sujetos - Estigmatización - Asistibilidad - Sistema de salud

ABSTRACT

BE OR NOT BE “ASSISTANT” STIGMATIZED SUBJECTS AND CONDITIONS OF ASSISTANCE IN THE HEALTH SYSTEM

In this work the dimensions of the social production of the disease are considered. That is why the choice of the psychic suffering category is valid, to study the pains that are part of life and, at the same time, the effects that result from the reduction of those processes to psychopathology. We define assistance as the set of practices related to health. The assistance context includes the reference to techniques and praxis as well as to complex social processes in which ethical and moral valuations intervene. From this perspective, it is key to reveal the care ideology that will enable (or not) a care process on the caregiver (and their environment) while their condition of assistance is still valid. It seems that the persistence of stigma speeches by institutions obliged to provide care will operate as a contradictory tool. The review of the ways in which interventions are carried out appears as a key element to improve social inclusion and facilitate the exercise of citizenship from a rights perspective.

Keywords

Subjects - Stigmatization - Assistance - Health system

Introducción

El campo de problemas de la subjetividad reflexiona acerca de los modos en que los sujetos y sus sufrimientos son producidos por ciertas prácticas sociales en determinados momentos históricos (Bozzolo, 2000, Stolkner, 1994).

La reflexión integra la producción de sentidos sobre las prácticas en salud y, por ello, su capacidad productora de subjetividad (Stolkner, 2013). Por esta razón, se torna clave priorizar un concepto de sufrimiento que permita entrever situaciones de padecimiento psíquico que pudieran haber quedado opacadas como efecto de la primacía del diagnóstico psicopatológico (Augsburger, 2002).

El consumo de drogas en la pobreza, tiene consecuencias mucho más arrasadoras en términos de malestar y recuperación, por tratarse de subjetividades construidas en escenarios de exclusión social (Perugino, 2012).

El drogadependiente-adicto-consumidor problemático, como sujeto socialmente instituido (Lewkowicz, 1999), se instituye junto con las instituciones y los especialistas encargados de su tratamiento.

La visibilidad de estas personas, como potenciales *asistibles*, será la condición que les permita acceder a la atención en salud.

Puntualizaciones sobre sujetos y subjetividad

En este trabajo se consideran las dimensiones de la producción social de la enfermedad. Para sostenerlo, se define[i] al sujeto como *“un ser común y potente que se forma en el proceso histórico. Ser común, porque está compuesto de las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ser potente, puesto que rompe continuamente estas necesidades para determinar innovación, para producir lo nuevo y el excedente de vida. El sujeto es un proceso de composición y recomposición continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida”* (Negri, 1992, pág. 36).

El sujeto que estamos conceptualizando, que queremos encontrar, es ese sujeto que no habla, que es hablado como resto, como despojo social. Un sujeto *“(…) del aguante”* (Menéndez, 2000, p.97). Sin embargo, solemos encontrarnos con aquellos que son conceptualizados como sujetos peligrosos y causantes de la inseguridad ciudadana: *“(…) los jóvenes, especialmente los varones y pobres, más aún si pertenecen al nutrido contingente de los que no estudian ni trabajan, candidatos a portar los atributos de peligrosidad que más temor generan en la ciudadanía”* (López, Guemureman y

Bouilly, 2012, p.62).

La salud o la enfermedad “(...) *no son, propiamente hablando, hechos del mundo de las cosas reales o naturales, sino hechos del campo de las relaciones sociales: de las valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan*” (Samaja, 2004, p.34).

La experiencia de enfermedad es la forma en que las personas se sitúan con respecto a la dolencia, esto es, los significados conferidos y las formas de lidiar con la situación. Las respuestas a los problemas producidos por la dolencia, se construyen socialmente y remiten a un mundo compartido de prácticas, creencias y valores (Alves y Rabelo, 1999).

El estudio de las valoraciones que los sujetos hacen, permite deconstruir los sentidos que configuran su realidad simbólica. Las representaciones subjetivas se comunican de forma lingüística (Samaja, 2004). Es posible comprenderlas, al estudiar “(...) *las narrativas que los sujetos construyen y que dan cuenta de las relaciones sociales que expresan*” (Minayo, 1997, p.147).

La visión de la complejidad en salud, ha surgido ante la necesidad de ampliar los modelos explicativos tradicionales. Los cuadros de muertes y lesiones producidos, fundamentalmente, por problemáticas sociales ha puesto de relevancia el rol de la violencia en los procesos de enfermar (Minayo, 2005).

En ciertos conjuntos sociales, se da un profundo sometimiento a diversas formas de violencia: “(...) *pobreza, hambre y desnutrición, expulsión del sistema educativo y sanitario, placer artificial e instantáneo, múltiples frustraciones y pérdidas, malestares y dolores corporales, estigmas, angustias, abusos, persecución y represión policial, falta de proyectos de futuro y muerte -frecuentemente-violenta y temprana*” (Epele, 2007, p.120). Se conceptualiza a la violencia cotidiana, como las prácticas y manifestaciones de agresión entre personas que son útiles para normalizar la violencia en el nivel microsociedad tal como la *pelea doméstica*, la *delincuencia* y la *drogadicción* (Bourgois, 2002, p.76).

Por ello, algunos autores conceptualizan al sufrimiento producido por estos procesos como maltrato social, vivencia que ha sido denominada como “*oppression illness*” (Epele, 2002, p.127).

Aquí cabe introducir una precisión con respecto al concepto de enfermedad. La sociología médica parsoniana distingue la enfermedad (*disease*) entendida como conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva de mal o dolencia (*illness*) que refiere al estado subjetivo experimentado por el individuo en el papel de enfermo. Posteriormente se propuso el concepto de *sickness*, para hacer referencia al encuadre social de la enfermedad y la determinación social del papel de enfermo (De Almeida Filho, 2000, p.87).

En el caso del consumo de drogas, puede tratarse de que se entrame con un tejido vincular, político y económico que hace de la objetivación y la apropiación “(...) *el patrón de la sujeción*” (Epele, 2010, p.231).

Procesos de estigmatización: *hacer sufrir*[ii]

En las denominadas enfermedades mentales, el proceso de objetivación se produce por medio de una operación que supone individualizar el proceso salud -enfermedad- cuidado y reducir ese

sufrimiento a un cuadro psicopatológico y al sujeto a un constructo. Esta reducción conlleva la negación de la complejidad del proceso. Aunque la psicopatología sea útil como herramienta terapéutica, es clave tener en cuenta que el sufrimiento subjetivo no puede reducirse a un cuadro diagnóstico.

“*El sufrimiento producido por la estigmatización, por ejemplo, no es inherente a la enfermedad sino a la posición social de la misma. El constructo teórico sufrimiento subjetivo permite anular otra dualidad: la de mente-cuerpo, en él lo biológico y lo subjetivo se articulan como dimensiones a los fines de la comprensión, y no como realidades diferenciadas*” (Stolkiner, 2012, p.9).

Link y Phelan (2001), denominan *pérdida del estado* a la operación que tiene lugar cuando un sujeto es representado por su etiqueta. Lo que allí se produce, es una especie de sustitución del *ser sujeto* por el *ser la cualidad de la etiqueta* lo que nos obliga a reflexionar sobre el alcance de este proceso. Si pensamos en que el tipo de pérdida que está puesta en juego es la condición de sujeto, parece más pertinente referirse a este punto como desubjetivación. En estas circunstancias, el hecho de desligar a la persona de la cualidad estigmatizante, no necesariamente devuelve a la persona a la posición en que se encontraba antes de ser parte de un proceso estigma.

Por eso es válida la elección de la categoría sufrimiento psíquico, para estudiar los dolores que forman parte de la vida y, a la vez, los efectos que devienen de la reducción de esos procesos a la psicopatología.

Un estudio reciente sobre estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína, arriba a resultados que señalan que las mujeres entrevistadas dijeron sentirse “(...) *estereotipadas, rechazadas y reprimidas por las estructuras sociales y sentirse menos que las hembras animales que atendían a sus crías*”. A la vez, los discursos de las personas de los servicios de salud coincidían en asociarlas con “(...) *ladronas que roban y se prostituyen*” (Osuna Díaz, 2014, p.8).

Frecuentemente estas personas acceden a algún tratamiento tras haber sido derivados, rechazados en distintos servicios a los que acudieron. En estas circunstancias es esperable que sea el profesional el que se adapta a las posibilidades e imposibilidades del sujeto que llegó a consultar. Esta posición, supone estar dispuesto a escuchar y a, si es necesario, a demandarle que vuelva (Kameniecki, 2009).

La vivencia de *querer ser aislado*, suele suponer una respuesta subjetiva de autoaislamiento. O autoestigma.

En ocasiones, ese aislamiento a veces devenido en internación o en alguna forma de encierro institucional, no es más que un respiro transitorio para esa familia o esos vecinos que no saben qué hacer con el problema, “(...) *depositando, en el que encierran, la causa de todos sus males, situación que no es ignorada por el depositario de esa proyección*” (Perugino, 2012, p.93).

En cuanto a la percepción de estigma, también se ha resaltado en la narrativa de pacientes la sensación de impotencia (*powerlessness*) y pérdida. En un estudio sobre estigma vivido, las palabras clave que describen esas experiencias son: distancia, desconocimiento, rechazo, baja autoestima, lenguaje peyorativo, falta de autonomía, etc. (Uribe, Mora y Cortés, 2007).

En otro estudio, se ha conceptualizado la vivencia de despojo subjetivo en personas en tratamiento en una Comunidad terapéutica para adicciones planteando que los discursos y prácticas que allí se ponen en juego “(...) *inscriben al individuo en una trama de relaciones en las que su posición está siempre guiada por el consumo y la recaída, por la desconfianza y la laxitud moral, por la cronicidad y la voluntad débil*” (Bianchi y Lorenzo, 2013, p.32).

Se da un doble movimiento de justificación social de la segregación de ciertos grupos de personas. A la vez, los segregados “(...) *se autointponen la brutalidad de su marginación*” (Bourgois, 2010, p.67).

Los servicios de salud y sus discursos: ser o no ser asistible. Ser o no ser

Para analizar el vínculo entre los sujetos drogadependientes y los servicios de salud, quiero introducir la conceptualización teórico-metodológica de los procesos asistenciales propuesta por Romaní (2004).

Definimos la asistencia como el conjunto de prácticas relativas a la salud. El contexto asistencial incluye la referencia a técnicas y praxis así como a complejos procesos sociales en que intervienen valoraciones de tipo ético y moral. Desde esta perspectiva, es clave relevar la ideología asistencial que habilitará (o no) un proceso asistencial sobre el asistible (y su entorno) mientras se encuentre vigente su condición de asistibilidad.

“Así, no se trata tanto de discutir los factores etiológicos de la asistencia como analizar si existen o no las condiciones para que un individuo se convierta en “asistible”. Hay que subrayar que las condiciones de posibilidad de la asistencia no dependen nunca del sustrato biológico o psicológico del individuo, sino fundamentalmente de lo que la sociedad decida respecto a la posibilidad de incluir a un individuo dentro de ella; independientemente de su voluntad, ello será condición necesaria y suficiente para que pueda ser introducido en el dispositivo asistencial. Y el problema a tratar no tiene por qué ser una enfermedad física: puede ser el diagnóstico de una situación social, o respecto a las consecuencias de una transgresión moral o ideológica” (Romaní, 2004, p.142).

Algunos dispositivos de atención suponen modalidades tan restringidas y alejadas de la realidad de la mayoría que solo un pequeño grupo de pacientes y sus familiares pueden sostenerlo, relanzando el “*deambular*” (Perugino, 2012, p.96).

En este sentido es que algunos autores conceptualizan como *deriva institucional* (Barcala, Torricelli, Brio, Vila y Marotta, 2007, p.168) al largo recorrido que emprenden los usuarios del sistema de salud al intentar dar respuesta a su problema. Según esa investigación, la deriva consiste en la repetición de consultas a diferentes servicios, equipos y/o profesionales de distintas disciplinas desconectados entre sí y con el resto de los equipos e instituciones intervinientes. Las diferencias entre los servicios, el funcionamiento de equipos con sus lógicas más o menos “amigables”, revelan la heterogeneidad de las instituciones de salud. Para quien concurre en busca de atención, es el azar el que determina buena parte de esa experiencia (Carballeda, 2012).

En un trabajo sobre las consecuencias de la criminalización del

consumo de drogas en los vínculos entre instituciones de salud y usuarios/as de drogas que viven en condiciones de marginación social (Epele 2007), se analiza a la sospecha como una lógica que estructura una barrera entre los usuarios y el sistema de salud. En ocasiones, esto se manifiesta por parte del personal de salud como descalificación y falta de credibilidad (Mora Rios y Bautista, 2014). Pareciera que la persistencia de los discursos de estigma por parte de las instituciones obligadas a dar cuidado operara como una herramienta contradictoria. Declarativamente se cuestionan estos procesos pero a la vez se da una resistencia al vaciamiento del discurso atemorizante como si perderlo supusiera quedar sin herramientas para la acción (Romaní, 2006).

En un trabajo antes citado (Vázquez y Romaní, 2012), se analizaron también los discursos de los profesionales de los servicios de salud seleccionados. Estos idearios sobre las personas drogadependientes operan en las relaciones entre los profesionales y los usuarios de los servicios. En algunos casos, tienen raigambre en la formación académica y disciplinar. En otros casos, se sostienen los mismos prejuicios o mitos que prevalecen socialmente.

En el caso de Barcelona, se evidenció que la mayor responsabilidad del acceso suele depositarse en la persona que se acerca al servicio y que estas imágenes producen una barrera de accesibilidad. Asimismo se analizó que los imaginarios de los profesionales en cuanto a sus visiones académicas y/o a reproducción de imágenes sociales junto a la ausencia de expectativas de cambio de estas personas (en cuanto a su consumo), también afectan la accesibilidad (Sepúlveda, 2010).

En el estudio de la Ciudad de Buenos Aires, se relevaron discursos estigmatizantes sobre las personas drogadependientes. Prevalció una representación ligada a la desviación, la peligrosidad y la potencial relación con hechos delictivos y de inseguridad ciudadana. Quedó en evidencia que la reproducción por parte de profesionales de la salud de la estigmatización construida socialmente, podría colaborar en la producción de barreras de accesibilidad específicas para esta población.

Discusión

Identificar barreras de accesibilidad a la atención en salud contribuye a monitorear la equidad en salud como un elemento imprescindible para la mejora del acceso de toda la población y “(...) *para reducir las inequidades sociales y de salud*” (Hirmas Aday y otros, 2013, p.228). El planteo central que motoriza estos estudios, es que la accesibilidad adecuada y oportuna, en igualdad de derechos, favorece la disminución de la condición de marginalidad de estas personas (Sepúlveda, 2010). Es decir, logra mejorar su inclusión social.

La revisión de los modos en que se realizan las intervenciones aparece como un elemento clave para mejorar la inclusión social y facilitar el ejercicio de la ciudadanía desde una perspectiva de derechos.

NOTAS

[i] Citado por Stolkiner, 2001. Op.Cit.

[ii] Es el título de la tesis Doctoral de Alejandro Alagia. Op. Cit.

BIBLIOGRAFÍA

- Alagia, A. (2013). *Hacer sufrir*. Ciudad de Buenos Aires: Ediar.
- Alves P., Rabelo M. (1999). Significação e metáforas na experiência da enfermidade. En: Alves P.C, Rabelo M.C. (Orgs.). *Experiência de doença e Narrativa*. p. 171-85. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Augsburger, M.C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75.
- Barcala, A., Torricelli, F., Brio, M.C., Vila, N., Marotta, J. (2007). "Salud mental infantil: un análisis de la capacidad de respuesta de los Servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires (pp.167-174). En *Psicofarmacología y neurociencia en pediatría*. (Brio, M.C. Ed.) Buenos Aires: Sciens.
- Bianchi, E., Lorenzo, G. (2013). La recuperación es para obedientes. Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *RELMECS*, 3, 1.
- Bourgois, P. (2002). El poder de la violencia en la guerra y la paz. *Apuntes de Investigación del CECyP*, Año VI, 8, 73-98.
- Bourgois, P. (2010). *En busca de respeto. Vendiendo crack en Harlem*. Siglo veintiuno: Buenos Aires.
- Bozzolo, R. (2000). La producción histórica de subjetividades. Los aportes de Michel Foucault. En Ferrara, F., Bozzolo, R., y otros *Crisis del sujeto contemporáneo* (pp.115-137). Buenos Aires: Universidad Nacional de Lomas de Zamora.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- De Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia Tímida. Ensayo de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Epele, M. (2002). Scars, harm, and pain: about being injected among drug using latina women. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse* 1(1):47-69.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires, 25. 153-170.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A.M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerral, Vega Morales J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33(3):223-9.
- Kameniecki, M. y otros (2009). *Consumos problemáticos. Encuentros con presentación de casos clínicos: Un trabajo en curso*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lewkowicz, I. (1999). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social instituido. Condiciones históricas de posibilidad. En Dobon, J.E., Hurtado, G. (Comp.) *Las drogas en el siglo... ¿qué viene?* (pp.91-107). Buenos Aires: Universitaria de la Plata.
- Link, B. y Phelan, J. (2001). On stigma and its public health implications. Recuperado el 10 de febrero, 2006, de: www.stigmaconference.nih.gov/FinalLinkPaper.html
- López, A., Guemureman, S., Bouilly, M. (2012). Estado de los datos: la dificultad de conocer. En Daroqui, A., López, A. Cipriano García, R. (Coord.) *Sujeto de castigos. Hacia una sociología de la penalidad juvenil*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.
- Menéndez, E. (2000). La dimensión antropológica. En Grup Igia y colaboradores. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogadependencias*. (pp.79-98). España: Ajuntament de Barcelona y FAD.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús. Volumen 1, Nro 1, 9-32.
- Minayo M.C. de Souza (1997). *El Desafío del Conocimiento: Investigación Cualitativa en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Minayo M.C. de Souza (2005). Relaciones entre Procesos Sociales, Violencia y Calidad de Vida. *Revista Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús. Volumen 1, Nro 1, 69-78.
- Mora Ríos, J., Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, Julio-Agosto, 303-312.
- Negri, T. (1992). *Fin de Siglo*. Barcelona: Paidós.
- Osuna Díaz, M. (2014). Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: Una exploración de las voces femeninas y su entorno social. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, [S.l.], v. 24, n. 1. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de: <http://reps.asppr.net/ojs/index.php/reps/article/view/216/218>>.
- Perugino, A. (2012). Fisuras. En Tasín, J., Ragone, K. y Perugino, A. *El paco. La historia como fracaso*. (pp.81-117). Buenos Aires: Yotser Libros.
- Romaní, O. (2004). *Las drogas. Sueños y razones*. 1º Edición: 1999. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O. (2006). *Problemas de drogas, ¿qué problemas?* Trabajo presentado en Congreso Sociedad, Familia y Drogas, Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar.
- Sepúlveda, M. (2010). (Coord.) *Informe Final: La accesibilidad a los recursos de atención de drogodependencias de mujeres usuarias de drogas ilegales en situación de exclusión social*. Barcelona: Grup Igia.
- Stolkner, A. (1994). Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental. En Saldón O.y Troianovsky P. (Comp.) *Políticas en salud mental*. (pp.25-53). Buenos Aires: Lugar.
- Stolkner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Actualidad Psicológica*, Año XXVI, 239. Recuperado el 10 de julio de 2008 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkner_subjetividades_de_epoca.pdf
- Stolkner, A. (2012). *Infancia y medicalización en la era de "la salud perfecta"*, *Propuesta Educativa*. FLACSO 37, 28-38.
- Stolkner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Recuperado el 12 de diciembre de 2014 de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkner_2013_medicalizacion_de_la_vida_sufrimiento_subjetiv_2014.pdf
- Uribe, M., Mora, O.L., Cortes, A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48, 3. 207-220.
- Vázquez, A., Romaní, O. (2012). Drogadependencia, estigma y exclusión en salud. Barreras de accesibilidad de drogadependientes a Servicios de Salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología*. UBA, XIX, 159-166.