



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Monografía

*El estigma a las personas con esquizofrenia y
sus posibles intervenciones para reducirlo.*

Estudiante: Gabriel Tessler Schal

C.I.: 1.483.731-2

Docente tutora: Andrea Gonella

Docente revisora:

Índice

Resumen.....	2
1. Introducción.....	3
2. Esquizofrenia	
2.1. Aspectos Generales.....	5
2.2. Manuales clasificatorios para el diagnóstico.....	6
3. Introducción al concepto de estigma	
3.1. Definición y dimensiones del estigma.....	9
4. Niveles del estigma	
4.1. Estigma social.....	9
4.2. Estigma internalizado o autoestigma.....	14
4.3. Estigma estructural o institucional.....	16
5. Algunas estrategias para reducir el estigma	
5.1. Introducción.....	17
5.2. Intervenciones en el ámbito social.....	17
5.3. Acciones para mitigar el estigma internalizado o autoestigma.....	20
5.4. Políticas y reformas para cambiar el estigma estructural o institucional.....	21
6. Situación actual en salud mental en Uruguay.....	22
7. Conclusiones generales.....	25
8. Referencias.....	27

Resumen

La esquizofrenia es una patología que ha suscitado el interés entre investigadores de diversas disciplinas científicas, dando lugar a diversas teorías. Las personas que padecían esta enfermedad se las consideraban peligrosas para la sociedad, en consecuencia sufrían discriminación y rechazo, siendo institucionalizadas casi siempre de forma indefinida.

Con el paso del tiempo ha ido transformándose su conceptualización, pero actualmente las personas con trastornos mentales, aún sufren las consecuencias negativas del estigma de la sociedad.

Goffman (1986) en su texto "Estigma. La identidad deteriorada", plantea que bajo la influencia del estigma social, se puede dejar de percibir a las personas que tienen una particularidad, como individuos comunes, viéndolos en su lugar como poco deseados y en casos extremos, como peligrosos o frágiles. Cuando el atributo puede provocar en nosotros una percepción de defecto o falla, es cuando hablamos de estigma social.

Debido a las consecuencias del estigma, es necesario una concientización sobre el sufrimiento que conlleva los prejuicios de la esquizofrenia, conforme a esto, Díaz del Peral (2017) describe las distintas intervenciones anti-estigma en sus distintas modalidades: "la movilización y la protesta", "la psicoeducación", "el contacto y la interacción", pero no hay suficientes evidencias de que tan efectivas sean con el fin de reducir sus consecuencias.

En relación a esto en Uruguay contamos con la Ley de Salud Mental N° 19.529 que describe cuales son los puntos fundamentales que se tiene que prestar atención, cómo prevenir, promover, contar con un tratamiento y una rehabilitación adecuada para generar una vida digna. Establece como principios fundamentales el reconocer a las personas en forma integral, resguardándolas de la discriminación y la estigmatización.

Palabras clave: esquizofrenia, estigma, intervenciones anti-estigma, ley de salud mental

1. Introducción

Wang (2024) se refiere a la enfermedad mental:

“La esquizofrenia aterra. Es el paradigma de la locura. La enajenación nos asusta porque somos seres que anhelan siempre una estructura y un sentido; ordenamos los interminables días en años, meses y semanas; ponemos nuestra esperanza en hallar formas de arrinconar y controlar la mala suerte, la enfermedad, la desdicha, la desazón y la muerte, desenlaces todos ellos inevitables, por mucho que finjamos que son de todo menos eso. Aún así, luchar contra la entropía parece de una futilidad increíble cuando nos enfrentamos a la esquizofrenia, que rehúye la realidad en pro de su propia lógica interna” (parr. 1).

El motivo para realizar este trabajo final de grado está relacionado con el trayecto que fui realizando en la carrera de Licenciatura en Psicología, donde en la unidad curricular obligatoria Psicopatología de Adultos, se aborda la temática y con el interés en querer profundizar, tuve la oportunidad de inscribirme a los cursos optativos de Esquizofrenia y Rehabilitación Social y Abordaje en salud mental en el contexto nacional actual.

Estas instancias curriculares tuvieron en mí, la influencia en querer seguir indagando sobre la esquizofrenia, la estigmatización y las consecuencias que esta ocasiona a los usuarios, a sus familiares y las diferentes intervenciones para luchar contra la discriminación.

La monografía comienza con conceptos generales de la esquizofrenia, los distintos autores que se dedicaron a investigar a personas con esta enfermedad, desde el siglo XIX hasta la actualidad, incluyendo los manuales clasificatorios para el diagnóstico vigentes, el DSM – 5 y la CIE – 11 y la importancia de los mismos en la Psicología.

A lo largo de este trabajo, se han indagado varios artículos sobre el estigma y los distintos tipos que existen y diferentes formas de lucha para reducir y minimizar sus efectos perjudiciales, en particular la “Alianza Global Anti-estigma” (GASA) creado en 2012. Es una

alianza internacional para luchar contra la discriminación. Tiene como objetivo intercambiar conocimientos, mejorar las prácticas e investigaciones recientes con el fin de avanzar en la lucha contra el estigma que se enfrentan las personas con enfermedades mentales; integrado por países de América, Europa, África y Oceanía.

Según Díaz del Peral (2017) el estigma se puede clasificar en tres tipos y es como se planteará a lo largo de este trabajo: en primer lugar, el “*estigma social*”, que es el que comúnmente reconocemos. Este tipo de estigma se refiere a la percepción negativa que la sociedad tiene sobre la enfermedad mental. En segundo lugar el “*estigma estructural*”, este tipo de estigma surge de las leyes, políticas y planes. Finalmente, el “*autoestigma*” que desafortunadamente puede afectar a muchas personas, con el tiempo pueden terminan internalizando los prejuicios y estereotipos negativos que existen sobre ellas. Conforme al autor la sociedad tiende a tener una imagen negativa y generalizada, lo que conduce a diversas formas de discriminación, evitación y rechazo.

Díaz del Peral (2017) relata que comprender el estigma es relevante por las consecuencias negativas que produce y sus posibles intervenciones para reducirlo, para que los usuarios puedan tener acceso a una rehabilitación psicosocial, al mundo laboral, a la vivienda, a la vida social, a una adecuada atención en los servicios de salud. Díaz del Peral menciona que es una enfermedad que genera un deterioro en las funciones sociales y/o cognitivas, que requiere además de una intervención farmacológica, psicoterapia, psicoeducación y una contención familiar, en la que la familia juega un rol fundamental en el tratamiento. El autor plantea que los usuarios con diagnóstico de esquizofrenia sufren por la sintomatología propia de la enfermedad y sufren también por las consecuencias que genera el estigma”.

El estudio concluye explicando la situación actual de la salud mental en Uruguay y evaluando el grado de cumplimiento de la normativa vigente. Se describe y contextualiza de forma general los diferentes obstáculos que dificultan la correcta aplicación de la ley, así como las deficiencias que persisten. Aunque se han logrado ciertos avances, persisten niveles de estigmatización y discriminación hacia las personas con esquizofrenia, junto con importantes carencias en este ámbito de acuerdo a la documentación indagada.

2. Esquizofrenia

2.1. Aspectos Generales

Novella y Huertas (2010) relatan que el término esquizofrenia, tiene como comienzo más conocido en la llamada “Dementia praecox” por parte de Emil Kraepelin (1856-1956), no obstante hay controversias en la historia del origen del término demencia precoz, ya que data del alienismo francés a mitad del siglo XIX.

Zanchettin y Zanon (2016) en su artículo “La llamada esquizofrenia y lo innombrable” describe que Eugen Bleuler (1857-1939) es quien establece el término “esquizofrenia” y data del año 1911, quien publica “Demencia precoz y el grupo de las Esquizofrenias”, en el que formula una nueva agrupación a las manifestaciones clínicas expuestas por Emil Kraepelin (1856-1956) en relación con el concepto “demencia precoz”.

En el artículo de Novella y Huertas (2010) Bleuler ofrece un enfoque de la enfermedad, no partiendo de su evolución, sino que contemplando, según él, su “rasgo psicopatológico fundamental”: la escisión del yo. Desde esta nueva perspectiva introduce el término “esquizofrenia” que significa “mente escindida”.

Bleuler (citado en Novella y Huertas, 2010) estudiando la obra de Kraepelin, “descubre” una serie de “síntomas fundamentales”, (las cuatro A de Bleuler) donde incluía:

Estos síntomas fundamentales (las célebres cuatro A de Bleuler) incluían, por este orden, trastornos de las asociaciones (los pacientes operan con ideas y conceptos que no tienen relación y pierden su continuidad, produciendo asociaciones “ilógicas” y formalmente incoherentes), trastornos afectivos (con gran tendencia al retraimiento y aplanamiento emocional o a la aparición de una afectividad incongruente), ambivalencia (presencia simultánea de pensamientos, sentimientos o actitudes contradictorias) y autismo (una manifestación particular y característica consistente en el predominio morboso de la vida interior sobre la vida de relación (p. 208)

Rodríguez et al. (2015) relata que las manifestaciones de lo que hoy en día denominamos esquizofrenia han intrigado a estudiosos de diferentes áreas de la ciencia durante largos períodos, lo que resultó en un foco de especulaciones y discusiones tanto dentro de los círculos científicos como más allá de ellos. Según los autores a causa de las alteraciones en el comportamiento y el pensamiento que presentan estas personas, durante mucho tiempo se consideró que la enfermedad tenía un origen demoníaco. De acuerdo con los autores eran vistos como una vergüenza para sus familias y una amenaza social. Como resultado, eran discriminados y confinados en instituciones para su aislamiento, casi siempre de forma permanente.

2.2. *Manuales clasificados para el diagnóstico (DSM – 5 y la CIE – 11)*

Con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (1952) en adelante DSM, se clasifican los diferentes tipos de trastornos mentales, estudiados hasta la actualidad, donde se describen las características y síntomas para cada trastorno, desde el punto de vista de la medicina psiquiátrica.

El propósito fundamental del DSM-5 es proporcionar a los profesionales de la salud una herramienta para diagnosticar trastornos mentales, facilitando así la elaboración de un plan de tratamiento detallado y personalizado para cada persona (American Psychiatric Association, 2014).

De acuerdo con el DSM-5 (2014) dentro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, encontramos determinadas anomalías como por ejemplo: los “delirios”, “las alucinaciones”, “pensamiento y discurso desorganizado”, que se manifiesta a través de la “incoherencia del lenguaje” o de cambios constantes de un tema a otro, “comportamiento motor desorganizado (catatonía)” y “los síntomas negativos” (p.87).

En conformidad con el DSM-5 (2014) los delirios son ideas fijas de carácter irreductible, son creencias que no varían a pesar de haber pruebas que demuestren lo contrario. En las ideas delirantes se pueden incluir variedad de temas, que pueden ser de índole “persecutorio”, “relacionados con el cuerpo”, “referenciales”, “religiosos”, “delirios de grandeza”. Según el manual la diferencia entre un delirio y una creencia firme es difícil de determinar en ciertas oportunidades. Depende del grado de convicción que se tenga, a pesar de que haya pruebas razonables y precisas contra su veracidad (p. 87).

Las alucinaciones pueden manifestarse en cualquier modalidad sensorial, siendo las auditivas las más comunes en la esquizofrenia, y se pueden expresar en forma de voces conocidas o no, que se perciben en forma diferente al propio pensamiento. Por lo tanto las alucinaciones tienen lugar sin la presencia de algún estímulo exterior, son totalmente vívidas y claras, no estando sujetas a la voluntad (DSM -5, 2014).

El pensamiento desorganizado se evalúa según el discurso, se caracteriza cambiando de un tema a otro “asociaciones laxas”, en ciertas oportunidades se pueden volver totalmente incomprensible “ensalada de palabras”. En etapas prodrómicas y residuales de la esquizofrenia, el pensamiento y el discurso pueden ser menos confuso (DSM –5, 2014).

Conforme con el DSM-5 (2014) el comportamiento motor desorganizado, puede manifestarse cuando se tiene que efectuar un movimiento con un objetivo claro, evidenciándose dificultades para realizar dichas tareas y/o actividades diarias. Puede abarcar movimientos carentes de sentido a situaciones inesperadas e impredecibles. Dentro del mismo, se puede incluir la catatonía, que se manifiesta como un descenso notorio de reactividad al ambiente, y puede ir, de adoptar una postura tiesa, inadecuada o extravagante y la falta total de respuestas verbales o actividades motoras, “mutismo y estupor”.

El DSM-5 (2014) indica como síntomas negativos al aplanamiento emocional y la falta de voluntad (abulia), el aplanamiento emocional se manifiesta con una disminución de expresividad del rostro, del contacto visual, prosodia y disminución de movimientos corporales que van acompañados con la emocionalidad, lo que le da énfasis al discurso. En relación con la abulia, es la falta de iniciativa en realizar actividades diarias, con un escaso interés en el área laboral y/o social, también dentro de los síntomas negativos se observa la alogia (disminución del habla), la incapacidad para experimentar placer y el desinterés para interactuar con otros.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS) según Reed et al. (2012) la OMS realiza con empeño crear una clasificación de trastornos mentales, que sea global, multicultural, y multidisciplinar, enfocándose en mejorar su utilidad clínica.

Valle (2020) hace referencia al CIE-11 que la esquizofrenia ha cambiado su conceptualización desde su concepción en el siglo XIX hasta la actualidad, en la que describe a los trastornos psicóticos, en el capítulo “Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos primarios”, en el mismo incluye la “esquizofrenia”, “el trastorno esquizoafectivo”, “el trastorno

esquizotípico”, “el trastorno psicótico agudo y transitorio”, “el trastorno delirante y otras esquizofrenias especificadas” u otros “trastornos psicóticos primarios” (p. 97).

En conformidad con Valle (2020) la CIE-11 explica que estos trastornos presentan una distorsión de la realidad y de la conducta, en la que los usuarios manifiestan síntomas positivos como por ejemplo: “delirios”, “alucinaciones”, “pensamiento y comportamiento desorganizado”, “experiencias de pasividad y control”. Y síntomas negativos “aplanamiento afectivo” y “trastornos psicotraces”. Según el autor para llegar a un diagnóstico de esquizofrenia la persona tiene que presentar una alteración del pensamiento, de la percepción, en los procesos cognitivos, en la voluntad, en su afecto, la conducta y la experiencia del yo, así como también puede manifestar alteraciones psicomotoras como la catatonia. Estos síntomas deben manifestarse en un tiempo de por los menos de un mes, y diferenciarse estos síntomas de manifestaciones de otras condiciones médicas y del consumo de drogas o medicamentos (p. 97).

Los dos manuales clasificatorios de acuerdo con Valle (2020) en forma similar, modificaron criterios para realizar el diagnóstico de esquizofrenia. Para Valle (2020) la CIE-11 expone dos diferencias con el DSM-5, este considera que los síntomas psicóticos estén presentes al menos un mes, en el DSM-5 agrega que estos síntomas conjuntamente con los síntomas prodrómicos estén presentes por un periodo de 6 meses. Por otra parte, la disminución de la funcionalidad es un criterio para diagnosticar la enfermedad en el DSM-5, la CIE-11 no lo describe.

Valle (2020) explica que ambos manuales de diagnóstico quitaron los subtipos de la enfermedad e incorporaron un especificador de síntomas para la valoración de las expresiones clínicas de la enfermedad: “delirios”, “alucinaciones”, “comportamiento psicomotor alterado”, “lenguaje desordenado y los síntomas negativos” (p. 100).

De acuerdo con Valle (2020) Los síntomas se clasificaron en 8 especificadores: “alucinaciones”, “delirios”, “discurso desorganizado”, “psicomotricidad alterada”, “síntomas negativos”, “procesos cognitivos alterados”, “depresión y manía”, los cuales son medidos por “una escala que va de 0 (ausente) al 4 (severo)”(p. 100).

De acuerdo con Valle (2020) el agregado de un especificador de síntomas de la esquizofrenia en común entre el DSM-5 y el CIE-11 favorece acceder y comparar información clínica entre los dos sistemas clasificatorios.

3. Introducción al concepto de estigma

3.1. Definición y dimensiones del estigma

Florit-Robles (2006) define al estigma “atravesar, hacer un agujero”, de esta manera al conocer a una persona que se le diagnostica esquizofrenia, esto puede tener un impacto sobre quienes la rodean, de manera tal que se puede desencadenar un proceso de discriminación y aversión.

Tal como indica Florit-Robles (2006) en cómo define el estigma y ampliando con lo que expresa Díaz del Peral (2017) que el estigma se puede clasificar en tres tipos: en primer lugar, está el “estigma social”, que es el que comúnmente reconocemos. Este tipo de estigma se refiere a la percepción negativa que la sociedad tiene sobre la enfermedad mental y a las dificultades que enfrentan las personas con trastornos graves para ser aceptadas socialmente en ciertos contextos. En segundo lugar el “estigma estructural”, este tipo de estigma surge de las leyes, políticas y planes que, de forma explícita o implícita excluyen a las personas con enfermedades mentales. Finalmente el autor menciona el “autoestigma” que desafortunadamente afecta a muchas personas con enfermedades mentales, con el tiempo estas personas pueden terminan internalizando los prejuicios y estereotipos negativos que existen sobre ellas.

4. Niveles del estigma

4.1. Estigma socia

Goffman (1986) en su texto “Estigma. La identidad deteriorada”, ampliando con lo expresado por Florit-Robles (2006) relata que bajo la influencia del estigma social, podemos dejar de ver a las personas que tienen una particularidad, que lo pueden volver distinto a los demás, como una persona común y corriente. Convirtiéndolo en alguien probablemente poco deseable hasta en otros casos extremos, en peligrosa o frágil, de esta forma podemos de dejar de ver a las personas en forma integral. Cuando el atributo genera en los otros una descalificación, una falla o defecto, es cuando hablamos de estigma social.

De acuerdo con Florit-Robles (2006) desde el prejuicio, es común que la población general repita algunas de las siguientes ideas basadas en creencias ilógicas o mitos, como que la esquizofrenia no tendría un tratamiento eficaz, que serían personas que deambulan por las calles, que deberían estar institucionalizadas, que serían peligrosas y violentas, que serían los padres los causantes de la enfermedad, que no podrían hacer nada, no podrían ni querrían trabajar, etc.

Muñoz y Uriarte (2006) y conforme con lo expresado por Florit Robles (2006) y Diaz del Peral (2017) expresan que para poder profundizar en el concepto, es fundamental comprender que se entiende por estigma social. Un ejemplo práctico es un caso, donde, María de 26 años, es una usuaria con esquizofrenia, y ha sido hospitalizada varias veces por crisis agudas por su enfermedad. Durante dos años no presentó síntomas de la enfermedad, se manejó con autonomía, vivió sola, mantuvo un trabajo y amigos. Los autores continúan el relato diciendo que María recayó y tuvo que ser hospitalizada, permaneció 2 meses para poder recuperarse, pero no alcanzó solamente que se recuperara de su enfermedad, se encontró que, una vez fuera del hospital, que su jefe la despidiera, ya que él, suponía que podría tener una crisis y volverse peligrosa. Que su familia la convenciera que era arriesgado que siga viviendo sola y lo mejor para ella es que regrese a la casa de sus padres, lejos de las amistades que había logrado formar, ya que su familia vivía alejada de la ciudad en la que María residía. Finalmente, luego de salir del hospital, y recuperada de la crisis, María se encuentra que perdió su trabajo, su vivienda y sus amistades. Según los autores expresan que si hubiera tenido una enfermedad física cualquiera (diabetes por ejemplo) en la que tuviese que hospitalizarse debido a una recaída, lo más probable es que no haya tenido que atravesar estas consecuencias negativas y que serían debidas al estigma social que tiene la esquizofrenia.

Para Muñoz y Uriarte (2006) cuando se clasifica a las personas, las estaríamos categorizando como “ellos” y “nosotros”, donde los estigmatizados serían “ellos”, los diferentes y “nosotros” los normales, formando dos grupos, siendo muy frecuente decir “esquizofrénico”, en lugar de “persona con esquizofrenia”. El uso del lenguaje, es revelador para el empleo de etiquetas. Esto en general puede suceder cuando una persona tiene esquizofrenia, no así, cuando la enfermedad es física ya que si una persona está atravesando un cáncer, sigue siendo del grupo de “nosotros”, de esta manera con el lenguaje, simbolizamos el estigma social.

En conformidad con la Real Academia Española (2019) el “estereotipo es una imagen o idea aceptada en común por un grupo o sociedad con carácter inmutable, el prejuicio es la opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal y la discriminación, es dar un trato desigual a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, de sexo, de edad, de condición física o mental, etc.”.

En el artículo “Estigma y enfermedad mental” de Muñoz y Uriarte (2006) narran que para estigmatizar, no bastaría que solo haya estereotipos y prejuicios, es necesario poder social, económico y político. Por ejemplo si las personas con una enfermedad mental producen estereotipos y prejuicios contra el personal de una unidad de servicio de salud mental, es poco probable que se los estigmatice, por el simple hecho de que no tendrían poder social, y que se produzca una discriminación importante.

Jones et al. (1984, citado por Magallanes Sanjuan, 2011) a la hora de analizar el estigma, los elementos más relevantes a considerar serían, la “visibilidad” de las personas que padecen una enfermedad mental, o sea en qué medida se oculta o no, la “disruptividad” o sea que tanto afecta a la vida diaria de la persona y, en qué medida interfiere en las relaciones sociales del estigmatizado y por último el “peligro” y se refiere a que a la persona con la enfermedad mental se la percibiría como violenta.

En opinión de Magallanes Sanjuán (2011) al igual que para Muñoz y Uriarte (2006) expresan que el estigma social posiblemente afectaría a distintas áreas en la vida de las personas con esquizofrenia, como por ejemplo: la falta de oportunidades laborales, problemas interpersonales, obstáculos en tener un tratamiento adecuado, las barreras en obtener prestaciones médicas ante padecimientos físicos y la negativa imagen que instalarían los medios de comunicación a la población.

En opinión de Green et al. (2003, citados por Magallanes Sanjuan, 2011) y según lo narrado por Muñoz y Uriarte (2006) se informa que los empresarios tendrían la percepción que las personas con enfermedades mentales deben ausentarse ante posibles crisis y serían vistas como personas peligrosas, violentas e impredecibles.

Según Link (1987) cuando una personas está catalogada con una enfermedad mental puede tener mayor posibilidades de que falte el trabajo y de que sus ingresos sean menores, en comparación con las personas cuya enfermedad no ha trascendido públicamente (citado en Magallanes Sanjuan, 2011).

Wahl (1992), elabora una revisión que describe que las personas con esquizofrenia serían utilizados por los medios de comunicación, informando que se trataría de una enfermedad amenazante, inadecuada y no deseable, además de personas que tendrían poca posibilidad de acceder a un trabajo y de ser violentos (citado por Magallanes Sanjuan, 2011).

Wahl (1992) así como Sieff (2003) relatan que los medios de comunicación, tendrían una influencia importante en relación con el estigma hacia la esquizofrenia transmitiendo definiciones discriminatorias, pudiendo generar comportamientos violentos, de rechazo o miedo sobre la enfermedad. Las personas serían despreciadas porque serían etiquetadas como peligrosas para los demás. Explican que la imagen que harían los medios de comunicación sería negativa, las mostrarían como personas violentas, que podrían ocasionar daños a otros (citados en Magallanes Sanjuan, 2011).

Según lo indicado por Wahl (2003, citado en Magallanes Sanjuan, 2011) detalla que esta representación de personas con enfermedad mental tan estigmatizada y discriminada, no solo puede llegar a población adulta a través de los medios de comunicación, sino que también a público infantil. Wahl (2003) observando películas y dibujos animados, ha hallado que los mostrarían como a personas poco agradables, peligrosas y violentas, por esta razón, “si desde pequeños se suministra información tan negativa acerca de las personas aquejadas con trastornos mentales es normal que se tengan prejuicios hacia los miembros de este colectivo” (p. 12).

Díaz del Peral (2017) expresa y ampliando por lo narrado por Muñoz y Uriarte (2006) que se tendría una imagen negativa, se tiene prejuicios de este grupo de personas con enfermedad mental, que se agrupan, y no se individualizan, discriminando, y generando posibles formas de evitación y rechazo. De esta forma el estigma social lograría que las personas queden excluidas socialmente, haciendo que sus derechos se encuentren reducidos. La persona con esquizofrenia tendría menos derechos, transformando posiblemente al estigma social indefectiblemente en una restricción de los mismos.

Para Díaz del Peral (2017) y abordando lo expresado por Magallanes Sanjuan (2011) el problema del estigma es que borraría las diferencias de las personas, lo que caracteriza a los individuos, quedando invisibilizadas las características individuales, categorizando a grupos de personas que comparten rasgos en común, transformando a las personas en un diagnóstico, etiquetándolas, no valorando a las personas por sus competencias y habilidades, o sea la enfermedad mental se extendería a todo.

Según Díaz del Peral (2017) y en conformidad con Muñoz y Uriarte (2006) menciona que las personas con esquizofrenia tendrían una doble dificultad, uno sería los síntomas propios de la enfermedad, que generarían sufrimiento al usuario y a su familia y la otra gran dificultad sería el rechazo y la discriminación causada por el estigma social, lo que vulneraría sus derechos, y posiblemente comprometiendo seriamente la recuperación social del usuario.

Continúa exponiendo Díaz del Peral (2017) y compartiendo con lo relatado por Florit-Robles que las expresiones que haría la gente para discriminar sería de todo tipo, y lo fundamental, que dichas creencias no son científicas y son falsas, y lo grave que tendría un peso enorme en millones de personas. Los juicios son variados, pero hay dos que impactarían directamente, ya que influirían a que puedan llevar una economía y una vida personal autónoma. Es creer que serían incapaces de cuidarse por sí solos, que tendrían que estar institucionalizados y es frecuente pensar que los usuarios con esquizofrenia serían violentos, que su agresividad sería impredecible o sea que podrían ser personas peligrosas.

Estudios científicos que se han hecho, como por ejemplo el de Elbogen (s. f.) con una población de 36.000 usuarios que padecen esquizofrenia, arroja como resultado que son personas que no han tenido tendencia a la violencia (Díaz del Peral, 2017).

Conforme con Díaz del Peral (2017) citando a Thornicroft (s. f.) expone que estudió a un grupo de usuarios con enfermedad mental grave, y les realizó un test sobre cuándo eran discriminados y no, en el cual una pregunta fue si “¿han sido discriminados porque los rechazaron o se han auto rechazados, porque no lo plantearon, ya que a priori estaban seguros de que iban a ser discriminados?”(p. 130).

Díaz del Peral (2017) expresa que para Thornicroft (s. f.) existirían dos formas de discriminación, la que experimentaría el usuario y la discriminación anticipada, la que la persona, daría por sentado a priori que va hacer excluida. El resultado arrojó que más del 60% de los encuestados la discriminación sería anticipada, esto llevaría a reflexionar las posibles dificultades al momento de pedir un trabajo, y en la búsqueda de una vivienda. En otra investigación hecha por Thornicroft (s. f.) se observó que concurrirían menos a los médicos, porque posiblemente creen que cuando se acerquen a centros de salud por alguna cuestión física no los atenderían en forma correcta.

De acuerdo con la Universidad Valparaíso (2015, citado por Sanhueza y Saravia, 2023) indica que las investigaciones realizadas a nivel nacional arrojan como resultado que

aunque cerca del 60 % de las personas con diagnóstico de esquizofrenia están en condiciones de trabajar y poder integrarse en el ámbito laboral, solo un 28% de los empleadores los consideran aptas para desempeñarse adecuadamente.

Corrigan (2002, citado por Arroyo Cifuentes, 2023) menciona que el estigma afectaría profundamente la vida de quienes enfrentan problemas de salud mental. En el ámbito social, el estigma estaría reduciendo significativamente las oportunidades de participación que deberían estar al alcance de todos los ciudadanos. Esto se traduciría en restricciones para ingresar al mercado laboral, dificultades para acceder a una vivienda o establecer relaciones de amistad o de pareja.

Según Muñoz (2009, citado por Arroyo Cifuentes, 2023) además, el estigma agravaría los síntomas, afectaría negativamente la integración social, disminuyendo tanto las expectativas de la persona sobre su propia recuperación, afectando también su autoestima, sentido de empoderamiento y bienestar general. El autor relata que también provocaría que la persona evite acceder a los servicios de salud mental, lo que agravaría su situación y retrasaría su proceso de recuperación.

A criterio de Hampson et al. (2020, citados por Sanhueza y Saravia, 2023) en una sociedad que está influenciada por el estigma social con respecto a la esquizofrenia y que en los espacios laborales impacta de forma negativa, los beneficios de la inclusión laboral plena se ven disminuidos, limitando que se integren al mismo.

Rodríguez (2024) relata en su artículo “Del estigma a la estima en la esquizofrenia” y ampliando con lo expresado por Muñoz y Uriarte (2006) que las personas tendrían la tendencia de tener una naturaleza excluyente, no tomando en cuenta lo diferente, lo distinto a lo que ya conoce y lo considera normal. Según la autora las personas clasifican y categorizan lo distinto.

4.2. *Estigma internalizado o autoestigma*

Conforme con lo planteado por Muñoz y Uriarte (2006) el estigma internalizado o autoestigma se manifiesta en las reacciones de las personas que son parte de un conjunto de individuos que son estigmatizados y en la que las expresiones estigmatizadoras se podrían

volver contra sí mismo así como en el estigma social, el estigma internalizado o autoestigma posee estereotipos, prejuicios y discriminación.

Las personas que internalizan el prejuicio y se lo apropian, estarían aceptando el estereotipo: “Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo”. Esto tendría como consecuencia que las personas tengan emociones muy negativas de sí mismas, una autoestima y autoeficacia muy disminuida, esto podría tener efectos negativos a la hora de buscar empleo y de aprovechar oportunidades para vivir en forma independiente. Posiblemente esto no se debe en ocasiones a la esquizofrenia, sino a su comportamiento autodiscriminador (Muñoz y Uriarte, 2006).

De este modo, según Muñoz y Uriarte (2006) el estigma internalizado o autoestigma nacería con la incorporación por parte de las personas con esquizofrenia de los estereotipos que hay en la sociedad sobre su grupo. Como ejemplo diversas expresiones prejuiciosas como puede ser que son incompetentes, débiles, violentos, esto no llevaría necesariamente a internalizar el estigma. Ya que hay personas que siendo conscientes de los estereotipos, no lo estarían aprobando y por lo tanto para muchas personas con esquizofrenia, no la conducirían a sufrir del autoestigma.

De todas maneras Muñoz y Uriarte (2006) afirmarían que algunos grupos de personas estigmatizados manifiestan una autoestima elevada y estar conscientes de los prejuicios. A pesar de la discriminación social y el hecho de las distintas reacciones que conlleva, que les sea indiferente y a otro grupo de personas lo internalicen se ha designado como “paradoja del autoestigma y la enfermedad mental”.

Basado en lo expresado, las personas que decidan comunicar que tienen esquizofrenia pueden tener determinadas consecuencias, puede suceder que al revelarlo su autoestima se fortalezca y que su estrés disminuya. Como también pueda tener consecuencias negativas, como la desaprobación de la sociedad. Ya sea que tomen una decisión u otra, dependería de su contexto y de su sentido de identidad valorando las ventajas o desventajas de revelarlo (Muñoz y Uriarte, 2006).

De igual modo Gonzalez-Pablos y Martin-Lorenzo (2021) y ampliando con lo expresado por Muñoz y Uriarte (2006) relatan que el estigma internalizado o autoestigma es cuando el usuario se apropia y reproduce estereotipos, prejuicios y discriminación, como creencias “no puedo trabajar”, “no se trabajar”, “no busco trabajo”, estaría reproduciendo la dinámica que la persona con esquizofrenia sería incapaz, incurable, y peligroso.

De esta forma para Corrigan (2005) las personas con esquizofrenia se estarían privando ellas mismas oportunidades para obtener propósitos vitales como lo vinculado con la autonomía económica y personal (citado en Gonzalez- Pablos y Martin-Lorenzo, 2021).

4.3. *Estigma estructural o institucional*

Tapia et al. (2015) plantean que el estigma estructural o institucional se asocia con las políticas de las instituciones públicas y privadas, así como con la conducta de los profesionales y empleados que operan en ellas. Según los autores a pesar de que los profesionales de la salud suelen tener una visión más favorable de las enfermedades mentales en comparación con el público en general, persistirían actitudes paternalistas, asumiendo que saben lo que es mejor para ellos. Limitando su autonomía o capacidad de decisión, particularmente en lo que respecta al pronóstico y a las supuestas limitadas oportunidades de recuperación para las personas con trastornos mentales.

Para Gómez y Ramos (2019) y ampliando lo relatado por Tapia et al. (2015) debido a la importancia de este grupo de profesionales en la recuperación en lo referente a la salud, es relevante hacer conocer y tomar conciencia de las creencias y conductas prejuiciosas de los mismos y las consecuencias de estas. Por esto mismo es importante hacer visible el impacto que causa la estigmatización en los profesionales de la salud.

Corrigan (2002, citado en Magallanes Sanjuan, 2011) afirmaría que los médicos y enfermeros, tendrían actitudes negativas hacia las personas con padecimientos mentales. Según el autor gran parte de los profesionales sanitarios tendrían estereotipos negativos acerca de este colectivo

Gómez y Ramos (2019) y concordancia con Tapia et al. (2015) refieren que siendo un ámbito donde se proporciona apoyo terapéutico, se da por descontado que son personas empáticas y que son los que mejor comprenden a sus pacientes, haciendo recomendaciones para la recuperación. Sorprenden las evidencias de la existencia de creencias y prejuicios propios de la estigmatización a los usuarios con esquizofrenia, considerándolas personas violentas, teniendo dudas de su capacidad en la adaptación social, como también en la eficacia de los tratamientos.

A juicio de Gómez y Ramos (2019) relatan que los mismos profesionales en salud mental experimentan en ciertas circunstancias haber padecido las consecuencias de la estigmatización, ya que por su especialidad perciben el estigma por asociación a las personas que tienen una enfermedad mental.

Según Wagner et al. (2011, citados en Gómez y Ramos, 2019) y en la línea con lo expresado por Tapia et al. (2015) han llegado a estimar, que los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, manifiestan haber experimentado en mayor medida los efectos del estigma y la discriminación en este sector que de cualquier otro de la sociedad.

5. Algunas estrategias para reducir el estigma

5.1. Introducción

Según Corrigan (2002) el estigma afectaría profundamente las vidas de las personas con problemas de salud mental. Generando inconvenientes en diferentes áreas, limitando las oportunidades de su integración en la comunidad que deberían estar al alcance de todos los ciudadanos. Inconvenientes en su incorporación en el ámbito laboral, posibilidades de acceder a una vivienda, de recibir apoyo de otros así como de establecer vínculos de amistad o de pareja (citado en Arroyo Cifuentes et al., 2023).

Por otro lado Muñoz (2009) y ampliando con lo expuesto por Corrigan (2002, citado en Arroyo Cifuentes et al., 2023) el estigma estaría perjudicando la sintomatología de la enfermedad, su vida social, reduciendo su autoestima, su fortalecimientos o bienestar. Continuando con el autor, el estigma llevaría a que las personas eviten de hacer uso de los servicios de salud mental, siendo de gran importancia realizar acciones para reducir el estigma y las consecuencias que conlleva.

5.2. Intervenciones en el ámbito social

En opinión de Díaz del Peral (2017) y de igual modo Muñoz y Uriarte (2006) expresan que las formas tradicionales para luchar contra el estigma social, serían “la movilización y la protesta social”, “la información y la psicoeducación”, “el contacto y la interacción””, pero no hay suficientes evidencias de que tan efectivas sean.

Según Muñoz y Uriarte (2006) y en conformidad con Díaz del Peral (2017) en cuanto a “la protesta” se refiere a intervenir en los medios de comunicación y en los anuncios, cuando se expresan declaraciones estigmatizadoras, de esta manera se habría logrado cambiar afirmaciones discriminatorias, de todas formas aún no se conoce bien el efecto de la protesta como estrategia contra el estigma.

“La protesta” puede contribuir a que la estigmatización social disminuya, pero probablemente no sea tan eficaz en generar comportamientos positivos nuevos y diferentes frente a la discriminación. La protesta ayuda a suprimir ideas estereotipadas y comportamientos prejuiciosos, pero no aportaría información que reeduce y ayudaría a rebatir ideas estigmatizadoras, con nueva y actualizada información (Muñoz y Uriarte, 2006).

Según Zapata et al. (2015) dentro de las maneras tradicionales para reducir el estigma y sus consecuencias “la psicoeducación” ha sido una temática de la mayoría de los programas antiestigma, siendo eficaces en contrarrestar sus efectos negativos

De igual modo que para Zapata et al. (2015) y en conformidad con Muñoz y Uriarte (2006) la psicoeducación como una posible intervención para reducir el estigma social sería una forma de generar información precisa, fidedigna y equilibrada. La psicoeducación puede llegar por varios medios, ya sean libros, videos y programas especialmente diseñados para transmitir la información correcta. Según los autores se ha constatado que los cursos educativos sobre salud mental, reduciría la discriminación y los prejuicios en una gran variedad de participantes (estudiantes, la policía, trabajadores de la industria, y familiares de personas con esquizofrenia..

En conformidad con Muñoz y Uriarte (2006) el tener “acceso y contacto” con personas con esquizofrenia ayudaría a que se incremente los efectos de una psicoeducación sobre la enfermedad mental. Sería beneficioso en la reducción de ideas estigmatizadoras. Es menos probable que personas que conozcan a miembros con enfermedad mental, sean estigmatizados por las mismas.

El tener “contacto” sería una estrategia muy beneficiosa para que se reduzcan ideas erróneas y prejuiciosas de personas con enfermedad mental, mejorando actitudes positivas, el contacto podría ser eficaz en la intervención (Muñoz y Uriarte, 2006).

A juicio de Díaz del Peral (2017) explica que hay un proyecto la “Alianza Global Antiestigma” (GASA) que estaría siendo eficaz, ya que involucra a personas con problemas de salud mental. Se fundamenta en la recuperación, la esperanza y la dignidad, y resaltan las capacidades de estas personas, poniendo valor en sus potencialidades. De acuerdo con el autor consideran cuidadosamente la evidencia disponible, analizando qué campañas han sido exitosas y cuáles no. Actualmente, las campañas están orientadas a un público específico, siendo valiosas para que los propios usuarios, conjuntamente con psiquiatras, psicólogos, clínicos, etc., se den cuenta de que pueden defender sus derechos. De acuerdo con el autor son campañas enfocadas a públicos específicos como el personal de seguridad, cuidadoras, trabajadores de la salud, dueños de empresas, entre otros. Estas iniciativas promueven la igualdad y los derechos de las personas. Empoderan a los usuarios con problemas de salud mental y desmienten las creencias erróneas, es decir, *“Esto que usted cree de mí no es cierto”*.

Díaz del Peral (2017) señala que las personas están modificando su visión, pero no su comportamiento, y la “Alianza Global Antiestigma” orienta la campaña a la lucha contra la “discriminación”, su meta principal y los demás objetivos son complementarios. También ha centrado su atención en el estigma estructural, no solo en el estigma social, como el presente en las leyes, las sociedades, y demás.

La “Alianza Global Anti-Estigma” (GASA) está integrada por especialistas en salud mental de diferentes partes del mundo, comprometidos con la reducción del estigma y la discriminación vinculada a las enfermedades mentales. Actualmente está integrada por representantes de organizaciones de varios países de Europa, Asia y América. <https://antistigma.global/about/>

La Alianza tiene como propósito eliminar el estigma y la discriminación vinculados con las enfermedades mentales a nivel global. Su misión es difundir saberes, compartir las mejores prácticas y las investigaciones más nuevas para obtener buenos resultados para las personas a nivel mundial que tienen que enfrentarse a los prejuicios por tener una enfermedad mental. La Alianza y sus miembros están comprometidos a intercambiar conocimientos, su mirada está basada en las experiencias de personas con una enfermedad mental, facilitan y colaboran entre las asociaciones miembro, para aunar esfuerzos, trabajan éticamente con investigaciones rigurosas, basadas en la evidencia y valoran la diversidad de opiniones y las distintas culturas (<https://antistigma.global/about/>).

De acuerdo con Díaz del Peral (2017) las campañas utilizan habilidades del marketing empresarial, con determinados principios fundamentales y particularidades, como la participación de personas con problemas de salud mental, destacando sus facultades. Son campañas que ayudan a empoderar a los usuarios, deben mantenerse a lo largo del tiempo, ya que una excelente campaña pero de breve duración no es lo esperable. Fomentan trabajar en forma colaborativa en red y en comunidad. Según el autor son campañas que se adaptan al contexto local donde se llevan a cabo, no están estandarizadas y no son uniformes. Además, brindan un entorno de escucha para que las personas puedan expresarse libremente, ofreciendo un espacio seguro que contribuya a desmentir ideas falsas sobre la salud mental.

A juicio de Díaz del Peral (2017) el proyecto a nivel global “Alianza Global Anti-estigma” sería un proyecto que estaría siendo eficaz por sus características. De acuerdo con el autor examinan detenidamente la evidencia disponible, evaluando qué campañas han tenido éxito y cuáles no. Según el autor expresa, los programas tradicionales para reducir el estigma, “la movilización y la protesta social”, “la información y la psicoeducación”, “el contacto y la interacción”, al momento, no habría suficientes estudios que demuestren su eficacia como si lo habría para el proyecto internacional (GASA).

5.3. *Acciones para mitigar el estigma internalizado o el autoestigma*

A juicio de Muñoz et al. (2013) las intervenciones psicológicas serían útiles para reducir el autoestigma. Las principales perspectivas de las intervenciones que se pueden distinguir serían las que el objetivo sea cambiar las creencias y patrones estigmatizadores que están presentes en las personas con esquizofrenia, en el que Kingdon y Turkington (1994) son los precursores y la otra perspectiva sería la que reúne acciones enfocadas a aceptar la existencia de estereotipos, potenciando la autoestima, el empoderamiento y las destrezas para hacerle frente al estigma.

Según Corrigan et al. (2011, citados en Tapia et al., 2015) y ampliando con lo que opina Muñoz et al. (2013) asegurarían que una buena estrategia para reducir el autoestigma o estigma internalizado serían los programas de empoderamiento, dichos programas están enfocados en maximizar los recursos personales, potenciando y fortaleciendo sus cualidades. Promoviendo una mayor autonomía, hacerse responsables de sus propias vidas. Es

importante subrayar que estos programas no solo son impartidos por profesionales sino que por pares.

De acuerdo con Corrigan (2011) un elemento fundamental y favorable es cuando el profesional interviene en estos programas de empoderamiento, es que, el trato hacia el usuario, sea más igualitario y horizontal, que sean escuchados, y que los usuarios tengan una actitud proactiva en la atención de salud, exigiendo sus derechos a la autonomía (citado por Tapia et al., 2015).

Según lo que plantea Díaz del Peral (2017) como Corrigan (2011, citado en Tapia et al., 2015) y Muñoz (2013) el estigma internalizado solamente se podría vencer con el empoderamiento, dado que produciría autoestima, valía y capacidad lo que permite que las personas se fortalezcan.

Estos programas según Loh et al. (2007) así como para Swanson et al. (2006) buscan fomentar en los usuarios con esquizofrenia, motivación, un sentimiento de pertenencia, y buscar socializar, agrupándose con personas que quizás estén pasando por procesos y situaciones similares. Como resultado genera una mejor adherencia al tratamiento. También serían eficaces para aumentar la autoestima, la autoeficacia y para reducir el estigma internalizado, sus creencias y prejuicios sobre la enfermedad mental (citados en Tapia et al. 2015).

A juicio de Tapia et al. (2014) algunos logros de los programas anti-estigma es que estarían consiguiendo que los usuarios y sus familiares se incluyan en los mismos como “agentes de cambio”, llevando mensajes positivos y motivantes acerca de la recuperación y vincular redes en la comunidad, con la colaboración de “actores clave de la población”, dueños de empresas, jóvenes, personal de la salud, periodistas, entre otros.

5.4. *Políticas y reformas para cambiar el estigma estructural o institucional*

A juicio de Tapia et al. (2015) en cuanto al estigma estructural o institucional, los profesionales de la salud pueden desempeñar distintos roles: como agentes que perpetúen el estigma, como individuos estigmatizados, o como promotores de la reducción del estigma. Siendo el de promotores de reducir el estigma, el objetivo de la preparación y formación del personal sanitario general como el de salud mental.

Para Schulze (2007) es fundamental implicar a los profesionales de la salud en iniciativas anti-estigma, para que se comprometan en una labor que logre cercanía y apoyo constante hacia los usuarios y sus familias afectadas por el estigma (citado en Tapia et al., 2015)

Según lo expresado por Schulze (2007, citado en Tapia et al., 2015) si estos programas se orientan en el autocuidado de los profesionales, junto con la educación continua y de un trato directo con los pacientes, es probable que las actitudes estigmatizadoras y discriminatorias disminuyan o se mantengan en bajos niveles.

De acuerdo con Muñoz y Uriarte (2006) y ampliando con lo expresado por Gómez y Ramos (2019) en el apartado sobre “el estigma estructural o institucional” los programas psicoeducativos serían más eficaces con personas que tienen un conocimiento previo sobre la enfermedad mental o que han tenido contacto de antemano con usuarios con esquizofrenia. Siendo así, los participantes que tendrían información sobre la enfermedad mental por anticipado, estarían más receptivos y de acuerdo con lo que se informa. Dado que entre los profesionales de la salud se observaría una discriminación y conductas estigmatizadoras, la intervención con este grupo de profesionales sería relevante.

Del mismo modo, según Salaheddin y Mason (2016) los médicos de atención primaria deben ser capaces de reconocer la angustia psicológica de los usuarios (citados en Gonzalez y Damaso, 2022).

Longdon y Read (2017) así como Pranckeviciene et al. (2018) argumentan que es fundamental que el personal sanitario reciban formación en competencias interpersonales y en enfoques psicosociales, de manera que aumente su confianza en la recuperación de personas con esquizofrenia y disminuya la percepción de que son peligrosos e impredecibles (citados en Gonzalez y Damaso, 2022).

6. Situación actual de la salud mental en Uruguay

De acuerdo con Ron et al. (2023) en cuanto a las políticas de salud mental, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició en la década de los 90 un proceso de reforma en la atención que se ha convertido en un referente para la “reestructuración de los servicios psiquiátricos”, finalizando en la Declaración de Caracas. Según el autor esta

declaración promueve en mejorar la atención de salud superando al modelo de asistencia centrado en el hospital psiquiátrico, sustituyéndolo por alternativas comunitarias y promocionando acciones que garanticen los derechos humanos y la inclusión social de personas con problemas mentales.

La salud pública según Novoa (2012), se entiende como una disciplina orientada a proteger el bienestar de las personas, con el Estado desempeñando un papel central en esta labor, con este objetivo, se diseñan acciones enfocadas en prevenir enfermedades y recuperar la salud deteriorada. No obstante según el autor en Uruguay, las políticas públicas en materia de salud mental han sido insuficientes (citado por Dotti Rios, 2023).

En relación al Uruguay se aprobó la Ley de salud mental N° 19.529 (2017), con el objetivo de promover una atención centrada en la persona, donde los derechos humanos sean un pilar fundamental. Esta normativa reconoce a las personas en su dignidad, como un sujeto de derechos y como un ser bio-pisco-social, por lo tanto adopta una mirada interdisciplinaria. Uno de los puntos más importantes que la ley establece es el cierre de los hospitales psiquiátricos para el 2025, lo que implica que las personas se reintegren a sus hogares, tener acceso a soluciones habitacionales y que las internaciones de salud mental se hagan en hospitales generales.

La Ley de Salud Mental N° 19.529 (2017) expresa que el usuario de los servicios de salud mental debe estar resguardado de cualquier forma de explotación, estigmatización, discriminación, maltrato y trato humillante. Que no sea etiquetada y discriminada debido a un diagnóstico, ya sea actual o anterior con el acceso efectivo al derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un entorno sano.

En conformidad con Córdoba et al. (2020) la situación actual en el país en relación a la salud mental está cambiando ya que ha habido una disminución de personas que se encuentran viviendo en instituciones en los últimos tiempos, en los establecimientos asilares, como en los manicomios.

En opinión de Córdoba et al. (2020) la actual Ley de Salud Mental describe cuáles son los puntos fundamentales que se tiene que prestar atención, como prevenir, promover, contar con un tratamiento y una rehabilitación para generar una vida digna y de calidad para la población, en particular para aquellos que padecen un trastorno mental, considerándolas de una manera integral y plena. De acuerdo con las autoras hay que tener presente que cada persona es singular y que la hospitalización esté correctamente fundamentada. Dicha ley

tiene como punto de partida, la perspectiva de derechos dentro del marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), ofreciendo la seguridad que toda la población, tenga acceso a la atención integral de salud.

Sin embargo debido a obstáculos de índole presupuestal, hace que se dificulte la puesta en marcha del funcionamiento de la ley, y también existen otras dificultades, como el proceso de transición en la que se encuentran los trabajadores de la salud (Campo et al., 2014, citado por Córdoba et al., 2020).

Según Agrest et al. (2018, citados por Córdoba et al., 2020) afirman que teniendo en cuenta que la implementación de la nueva normativa requiere un involucramiento de distintos profesionales y técnicos, ya que prioriza un trabajo interdisciplinario, es muy probable la existencia de resistencias de varios sectores, por ejemplo los médicos y más específicamente los psiquiatras conservadores.

A juicio de Dotti Ríos (2023) sostiene que Uruguay dio un paso hacia adelante dejando atrás una ley promulgada en 1936, enfocada fundamentalmente en la vinculación entre la enfermedad mental y la peligrosidad, donde el encierro era la principal medida de rehabilitación para quienes padecían trastornos psíquicos graves.

De acuerdo con Dotti et al. (2023) un punto clave considerados en la normativa es el consentimiento informado, ya que esta asegura el derecho de los individuos a tener una atención adecuada. Esto incluye la garantía de estar informados y también involucrados en la toma de decisiones en los procedimientos que se utilizan, su estado de salud, la participación en las decisiones, y aspectos que son fundamentales para una correcta implementación de prácticas en salud que promuevan bienestar.

A juicio de Dotti (2024) y ampliando lo expresado por Córdoba et al. (2020) que ha hecho una revisión de documentación sobre la salud mental en Uruguay a partir de la implementación de la nueva ley, durante el periodo de enero de 2022 a diciembre 2023. Dotti afirma que se percibe una discrepancia entre lo que el Estado impulsa a través de sus políticas públicas en salud mental y lo que realmente reciben las personas con estas afecciones. De acuerdo con la autora esto pone en manifiesto que, aunque se ha promulgado una ley en materia de salud mental junto con su marco de implementación, no se estaría abordando en la actualidad adecuadamente los problemas reales que enfrentan los usuarios. Según la autora la documentación consultada destacaría las deficiencias del sistema de salud y de las instituciones psiquiátricas en Uruguay. También se observa una creciente preocupación por el aumento de casos de trastornos mentales en niños y adolescentes, así

como el incremento de la tasa de suicidios en el país, en especial tras la crisis sanitaria causada por el COVID-19.

7. Conclusiones generales

La esquizofrenia es una enfermedad que a causa del desconocimiento y la falta de información puede llevar a la formación de prejuicios y creencias erróneas, alejadas de la realidad. Ya que se trata de una condición de salud mental, y que es comparable a cualquier otra enfermedad orgánica.

Por lo tanto, este tipo de enfermedad suele estar asociada a una imagen negativa y deshumanizante, influida por diversos factores, como por ejemplo, los medios de comunicación, que a menudo brindan información incorrecta. Esta llegaría a un amplio público que debido a los prejuicios aún existentes sobre las enfermedades mentales y la salud mental en general, toma como verdades conceptos de la esquizofrenia que son erróneos.

Esta imagen tan negativa no solo llega a público adulto, sino que a población infantil por medio de películas y dibujos animados, por lo tanto es fácil deducir que si desde pequeños se representan a las personas con enfermedades mentales de una manera tan negativa, la discriminación y los prejuicios se van perpetuando en el tiempo. Siendo relevante educar en forma correcta a los niños y adolescentes a temprana edad, para no naturalizar un fenómeno social como la estigmatización que tanto daño ocasiona.

Todo esto contribuye al estigma que puede marginalizar, segregar y desvalorizar a quienes, además de enfrentar los síntomas de la enfermedad, deben soportar las percepciones y comentarios falsos sobre los trastornos mentales. En algunos casos, las personas afectadas internalizarían estas ideas, lo que incrementaría su sufrimiento y generaría sentimientos de vergüenza.

Por ello, es crucial abordar el tema del estigma y las consecuencias que provocaría, comprender que es una realidad que está presente en todas las áreas de la sociedad. Es imprescindible combatirlo en todas sus formas – social, estructural e internalizado - con el fin de reducir al máximo sus efectos adversos.

Hampson et al. (2020) afirman que en una sociedad que está influenciada por el estigma con respecto a la esquizofrenia, que en los espacios laborales impactaría de forma negativa, los beneficios de la inclusión laboral plena pueden verse disminuidos, limitando que se integren. (citados por Sanhueza y Saravia, 2023). Esto es un claro caso de discriminación en el ámbito laboral, considerando que el trabajo remunerado es un derecho de todos los ciudadanos

Las personas con un diagnóstico de esquizofrenia deben tener la oportunidad de ser autónomas y capaces de valerse por sí mismas sin depender de otros al igual que cualquier otra persona. De igual manera al momento de la búsqueda de vivienda, en el acceso a la atención de salud en general, ante cualquier otra enfermedad física, en lo relacionado a vincularse con otras personas para amistad o formar una pareja, las personas con esquizofrenia son estigmatizadas. En resumen el estigma afectaría en los derechos que todo ciudadano tiene.

Por ello, resulta fundamental trabajar en la concientización, dar a conocer e informar adecuadamente sobre que implica el estigma hacia las personas con esquizofrenia y sus consecuencias negativas. Es importante llegar tanto al público en general como a los profesionales de la salud, para que la Ley promulgada en 2017 se aplique plenamente.

A lo largo de la monografía se describen las medidas tradicionales para luchar contra el estigma, “la movilización y la protesta social”, “la información y la psicoeducación”, “el contacto y la interacción”, pero no habría estudios suficientes que demuestren su eficacia. Sin embargo según Díaz del Peral (2015) el proyecto internacional “Alianza Global Anti-estigma” por sus características, está siendo un programa eficaz, ya que considera las evidencias que están disponibles, haciendo un minucioso estudio de los programas, de cuáles han tenido éxito, y cuáles no.

Uruguay cuenta con la Ley de Salud Mental N° 19.529 que describe cuales son los puntos fundamentales que se tiene que prestar atención, como prevenir, promover, contar con un tratamiento y una rehabilitación adecuada para generar una vida digna. Establece como principios fundamentales en reconocer a las personas en forma integral, y que el usuario de los servicios de salud mental debe ser resguardado de cualquier forma de discriminación y estigmatización.

Pero actualmente persisten deficiencias en la atención de la salud mental. Aunque se ha avanzado con la promulgación de la nueva ley, su implementación enfrenta todavía

numerosas dificultades de diverso tipo. A causa de inconvenientes de índole presupuestal, hace que se obstaculice la puesta en marcha del funcionamiento de la ley, pero también existen otros contratiempos. Como el proceso de transición en la que se encuentra el personal de salud, de resistencias de médicos y más precisamente de psiquiatras más conservadores, de diferentes técnicos y profesionales. Teniendo en cuenta que para el buen funcionamiento de la ley se requiere voluntades de varios sectores, ya que para la nueva normativa es prioritario el trabajo interdisciplinario. A pesar de que no se está cumpliendo plenamente con la normativa, la aprobación de esta ley representa un avance significativo para la salud mental en Uruguay, quedando aun muchos desafíos y obstáculos por superar para su plena implementación. A pesar de estas dificultades es fundamental seguir trabajando y asegurar el compromiso de las voluntades políticas necesarias para que la ley se aplique de forma completa.

8. Referencias

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

American Psychological Association. (2019). Normas APA 7. a edición Guía de citación y referenciación. 7.

Arroyo Cifuentes, J. L., Diaz Mandado, O., García de Mateos Granda, A. M., Gil Sanz, D., González Blanco, M., González Rueda, R., ... & Martínez Cabezón, A. M. (2023). Guía de buenas prácticas para la realización de acciones de lucha contra el estigma. *Inf. psiquiatr.* <https://www.informacionespsiquiatricas.com/storage/article/pdfs/7b1b1add5b2616cf64197e04bc57860.pdf>

Bleuler, E. (1996). La esquizofrenia (1926). *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*, 16(60), 664-676. <https://psicopatologia1unlp.com.ar/bibliografia/tp/esquizofrenia/Bleuler.%20La%20esquizofrenia.%20Conferencia%201926.pdf>

Córdoba Wolman, J., Gilles Guigou, M., & Gonella, A. (2023). Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. *Revista Psicología y Salud*, 33(2).

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2808/4661>

Díaz del Peral, D. (2017). Recuperación y estigma. *Rev. psiquiatr. Urug*, 127-144

Dotti, G. (2024). Salud mental en Uruguay: Ley 19.529 desde su implementación hasta la actualidad. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 19(1).

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/427/545>

Dotti Ríos, M. G., & Otárola Acosta, M. A. (2023). Salud mental y seguridad de pacientes de acuerdo a Ley 19.529 que plantea la desmanicomialización. *Revista Uruguaya de Enfermería (En línea)*, 18(1). <https://doi.org/10.33517/rue2023v18n1a10>

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*, 223-244. [Vista de La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica \(apuntesdepsicologia.es\)](#)

Goffman, E. (1994). *Estigma/La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.

Gómez, N. N., & Ramos, R. T. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 11(2), 253-

266. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EstigmaEnLosProfesionalesDeLaSaludMental-7282877.pdf)

[EstigmaEnLosProfesionalesDeLaSaludMental-7282877.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EstigmaEnLosProfesionalesDeLaSaludMental-7282877.pdf)

González Bellés, R., & Dámaso Vega, B. (2022). El estigma del trastorno mental como problema de salud pública: una revisión integradora.

<http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2022.8.11>

González-Pablos, E., & Martín-Lorenzo, C. (2021). Estigma y esquizofrenia.

Informaciones Psiquiátricas, 243, 65-75.

Ley de Salud Mental. Ley 19529 de 24 de agosto de 2017. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Magallares Sanjuan, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales. <https://raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/view/10.5565-rev-psicologia.816/333076>

Muñoz, M. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense.

Muñoz, AA y Uriarte, JJU (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental* 6 (26), 49-59. [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EstigmaYEnfermedadMental-4830167%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EstigmaYEnfermedadMental-4830167%20(1).pdf)

Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>

Real Academia Española (2019). Diccionario de la Lengua Española <https://dle.rae.es/consulta>

Reed, G. M., Anaya, C., & Evans, S. C. (2012). ¿ Qué es la CIE y por qué es importante en la Psicología?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461-473. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33723713007.pdf>

Rodríguez, M. A. P. (2024). Del estigma a la estima de la esquizofrenia. *Con Evidencia*, (3), 27-29. <https://doi.org/10.32870/ce.vi3.52>

Rodríguez, P. L., Brooks, H. E. S., Beltrán, A. R. C., & Martínez, O. D. L. M. O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757222018>

- Ron, A. E., Pera, I. P., & Soiza, M. L. (2023). Ética y esquizofrenia: una mirada desde el rol de los profesionales de la nutrición. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 25(2).
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/nutricion/article/view/355870/20814284>
- Sanhueza, G., & Saravia, G. G. (2023). Inserción laboral y esquizofrenia. Una revisión de literatura desde el Trabajo Social. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, (24), 183-206. 9.
<https://doi.org/10.54789/rihumso.23.12.24.9>
- Tapia, F. M. (2014). *PROGRAMAS PARA REDUCIR ESTIGMA HACIA LA ENFERMEDAD MEN-TAL: LECCIONES PARA LATINOAMÉRICA* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Córdoba).
- Tapia, FM, Castro, WL, Poblete, CM y Soza, CM (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental* , 38 (1), 53-58
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56982Fuente>
- Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 13(2), 95-104.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300203>
- Wang, E. W. (2024). *Esquizofrenias reunidas: Ensaïos*. Carambaia.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=aiABEQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=esquizofrenias+reunidas+wang&ots=r2iRRGDdsr&sig=SShnYPLQxG40dID2sijnRCrqlYI#v=onepage&q=esquizofrenias%20reunidas%20wang&f=false>
- Zapata Ospina, JP, Rangel Martínez-Villalba, AM, & García Valencia, J. (2015). Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista colombiana de Psiquiatría* , 44 (3), 143-149.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80643082004>
- Zanchettin, J. F., & Zanon Moschen, S. (2016). La "llamada esquizofrenia" y lo Innombrable.
https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/psicoanalisis/trabajos_completos/revista16/zanchettin.pdf

