



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Licenciatura en Psicología

Monografía

“ Esquizofrenia y Estigma. Un análisis desde el modelo CIF de la Discapacidad.”

Estudiante: Magalí Gilles Guigou

C.I: 5.587.260-2

Tutora: Asist. Mag. Julia Córdoba

Revisora: Asis. Mag. Rossina Machiñena

Montevideo, Uruguay

Abril, 2021

Índice

Resumen-----	
1. Introducción-----	
2. Marco teórico	
2.1 Breve recorrido histórico sobre la concepción de la esquizofrenia.	
2.2 Breve recorrido histórico sobre la concepción de discapacidad	
3. Discusión	
3.1 Análisis comparativo entre la Ley del Psicópata y la Ley de Salud Mental: el caso de Uruguay.	
3.2 Estigma y autoestima como barreras en personas con esquizofrenia.	
4. Conclusiones	
5. Referencias Bibliográficas	

Resumen

Cuando se habla de esquizofrenia en distintos ámbitos, suelen surgir apreciaciones y perspectivas variadas en cuanto a esta condición de salud, no solo desde los ámbitos clínicos, profesionales sino también en la sociedad en general. En el presente trabajo se describe el proceso que han realizado distintos países en relación al abordaje de la Salud Mental, analizando su relación con el estigma, el autoestigma y cómo esto impacta a las personas con esquizofrenia y sus familias.

En segundo lugar se expone un recorrido cronológico sobre la definición conceptual de la esquizofrenia y de la discapacidad, teniendo en cuenta las distintas actitudes - culturales, sociales y las decisiones - técnicas, políticas- que se tomaban en torno a las personas que presentan esta condición de salud.

Por otro lado, y con el objetivo de visibilizar cuáles han sido los aspectos que han mostrado un avance en Uruguay se lleva a cabo un análisis entre la Ley del Psicópata y la actual Ley de Salud Mental, demostrando principalmente el cambio en materia de derechos humanos.

Se plantea, por último, la problemática del estigma y el autoestigma en relación a la esquizofrenia, a través del análisis del concepto, la instalación del mismo y los efectos que pueden generar en distintos ámbitos.

Palabras clave: estigma, esquizofrenia, CIF, discapacidad.

Introducción.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo (OMS, 2015), y aunque no es tan común como otros tipos de patologías mentales, es una de las más estigmatizadas. Los estados han asumido esta realidad como preocupante y se generaron distintas estrategias para el abordaje de esta condición de salud, con programas y servicios específicos tanto para garantizar la inclusión social de las personas con este Trastorno de la Salud Mental (en adelante TSM) como los procesos de tratamiento, intervención y rehabilitación.

Estados Unidos, por ejemplo, inició en los años cincuenta el proceso que se llamaría “desinstitucionalización”, el cual tuvo como resultado que fueran reduciendo la cantidad de usuarios que se encontraban residiendo en hospitales psiquiátricos. Esto produjo el planteamiento de trabajar sobre un modelo comunitario con las personas que tuvieran trastornos graves y persistentes, como la esquizofrenia. Sucede algo similar en Italia a través de la “reforma psiquiátrica”, y paulatinamente también en Reino Unido y Países Nórdicos (Cuetos, 2012).

En América Latina, Chile, Brasil, Cuba y Argentina son algunos de los países que han avanzado considerablemente en estrategias e intervenciones a nivel comunitario, desde la interdisciplinariedad. Colombia, por otro lado, mantiene aún una mirada tradicional, contando con pocos estudios sobre la esquizofrenia, basándose principalmente en la utilización de fármacos e internaciones como formas de tratamiento (Zaraza, Hernandez, 2016).

Más allá de estos avances, aún es evidente el estigma hacia las personas diagnosticadas con esquizofrenia. En investigaciones realizadas en Chile se llega a la conclusión de que la estigmatización es una de las barreras que impiden un desarrollo del tratamiento y la rehabilitación adecuada, generando no solo problemas en la persona que vive con la condición de salud sino también su familia y entorno cercano. (Loubat, Lobos, Carrasco, 2017). En estudios realizados en España, también coinciden en los efectos que puede tener el estigma sobre el tratamiento, agregando que la sociedad focaliza en algunos estereotipos como, por ejemplo, la peligrosidad y la culpa (Ochoa, et al 2011).

Otros estudios realizados en Colombia y Mexico evidenciaron una alta prevalencia de intentos de suicidio, impactando en la familia con emociones vinculadas al miedo y la culpa. Entre las causas que pueden llevar al suicidio se observaron, principalmente, la soledad, la desesperanza, la irritación y la depresión (Rascon, et al 2004).

En Uruguay, al igual que en algunos países mencionados anteriormente, sucede un proceso de desinstitucionalización, que ha tenido como consecuencia que la población que se encuentra en instituciones asilares, como los manicomios, haya disminuido en los últimos años. Esto se debe en gran parte al desarrollo del Plan Nacional de Salud Mental, la creación de la Red de Salud Mental, entre otros (Del Castillo, Villar, Dogmanas, 2011).

Este proceso que Uruguay transita se apoya en gran parte por distintas organizaciones y movimientos, entre ellos se encuentra la Asamblea Instituyente por la Salud Mental, desmanicomialización y vida digna cuyo objetivo es hacer visibles las distintas problemáticas y vulneración de derechos que las personas “psiquiatrizadas” atraviesan (De León, 2018)

Marco Teórico.

A continuación, se propone una descripción cronológicamente organizada de los desarrollos conceptuales sobre la esquizofrenia que permitirán contextualizar las actitudes y decisiones técnicas, políticas, normativas, sociales y culturales en relación a las personas con esta condición de salud y sus familias.

Breve recorrido histórico sobre la concepción de la esquizofrenia.

La esquizofrenia es una condición de salud que ha sido fuertemente cuestionada, generando grandes debates en las diferentes épocas en torno a las causas y consecuencias que la rodean. Durante la Edad Media se relacionaba lo que hoy se identifica como esquizofrenia a los demonios o a las “posesiones demoníacas” asociadas a esto principalmente por los síntomas que las personas presentaban (Torres, 2002). Estas interpretaciones generalmente no eran realizadas por médicos sino por personas vinculadas al ámbito religioso. Es aquí donde juega un papel importante la interpretación social y cultural de la época, ya que tener una enfermedad mental en ese momento generaba vergüenza para la familia, siendo además discriminados y muchas veces juzgados. Las personas que presentaban los síntomas de este tipo de condición de salud generalmente eran aislados y encerrados perdurablemente (Lopez, Sanmillan, Cainer, Olivares 2015).

Benedict Morel (1860) introduce el término “demencia precoz” para denominar a las personas que presentan un desorden mental que comienza en la adolescencia, produciendo a lo largo de la vida un deterioro significativo (López et al.2015).

Años más tarde, Hecker identifica la hebefrenia, la cual describe en detalle, no solo consolidando algunos de los conceptos de Morel sino también introduciendo nuevas observaciones como, por ejemplo, que se caracteriza por una desorganización del

comportamiento y el lenguaje que afecta la afectividad del individuo, generando, según él, un deterioro en la personalidad (López et al.2015) .

Kraepelin quien apoya el término “demencia precoz”, mantiene la idea de que esta condición de salud surge a una edad temprana, logrando además identificar algunos tipos de esquizofrenia (López et al.2015).

En 1911, Bleuler introduce el término esquizofrenia, sustituyéndolo por el de demencia precoz que era utilizado hasta el momento, a raíz de que constato que las personas con esta condición de salud no necesariamente tenían un deterioro perpetuo.

Años más tarde, Kasanin realiza un aporte diferente, apoyándose en que las personas con esquizofrenia no sólo manifestaban síntomas formales (ideas delirantes, alucinaciones, afecto aplanado) de la enfermedad, sino también variaciones en lo afectivo, teniendo momentos asociados a la depresión y otros momentos de gran exaltación (Lopez, et al.2015).

Con el surgimiento del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (1952) (en adelante DSM) se ordenan y se clasifican los distintos tipos de esquizofrenia estudiados hasta el momento, incluyendo características y síntomas para cada uno.

Como se observa, la esquizofrenia ha sufrido variaciones en cuanto a su concepto, Henry Ey (1979) sintetiza y la define como “... una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Está dentro del conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico.”

Posteriormente,según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (1992) (en adelante CIE 10) la esquizofrenia se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.” (CIE 10 1992).

Actualmente existe el DSM 5 (2013), el cual plantea su propia definición de esquizofrenia con sus características. Uno de los aspectos a destacar de esta edición es que el texto evita el uso de determinadas expresiones, como por ejemplo, “el

esquizofrénico”, y emplea el término “persona con esquizofrenia”, lo cual nos muestra un avance significativo. (DSM 5, 2013).

En las distintas definiciones de la esquizofrenia mencionadas se comparte y se diferencian aspectos de la condición de salud que impactan sobre el imaginario social (Castoriadis, 2002) afectando, hasta el día de hoy, a las personas con esquizofrenia y sus familias. Uno de estos impactos se relaciona con las prácticas de encierro y aislamiento y con las actitudes de las personas hacia la idea de la locura.

La modalidad de encierro surge en la edad media, mucho antes que las construcciones conceptuales de la esquizofrenia mencionadas previamente. Anterior a la edad media, las personas que manifestaban síntomas relacionados a lo que ahora se refiere como enfermedad mental vivían en sociedad y, en muchos casos, se consideraba que los síntomas que presentaban se debían a que habían tenido algún contacto con los dioses (Barcia, 2000).

El encierro comenzó a verse como la mejor “solución” durante la edad moderna cuando comenzaron a surgir los primeros manicomios, que tenían como objetivo auxiliar y ocuparse de las personas que tenían algún tipo de enfermedad mental, otro tipo de condiciones de salud o se encontraban en situaciones de vulnerabilidad.

El objetivo de rehabilitación con el que se crearon estas instituciones fue desvirtuándose con el paso del tiempo (Sacristan, 2009) caracterizándose por recluir y reprimir a las personas que estaban encerradas, en general contra su voluntad. Funcionaron así como un mecanismo de control de lo desconocido y diferente. Además, se los consideraba como una solución para las familias de las personas con la enfermedad, que en reiteradas ocasiones negociaban para que no se le diera el alta al paciente. De esta forma gran parte de las personas que ingresaban a los manicomios se encontraban internados hasta el día de su muerte (Sacristan, 2009).

En la segunda mitad del Siglo XX, en los años sesenta surge, entre los movimientos sociales de la época, el “movimiento antipsiquiátrico” el cual propone alternativas de con un enfoque social y comunitario tratamiento e intervención con personas con Trastornos de la Salud Mental. Se consideran a los hospitales psiquiátricos como represivos y formadores únicamente de personas que terminaran siendo totalmente dependientes de la institución.

Breve reseña histórica del concepto de discapacidad.

A través de este recorrido puede visualizarse como el concepto de esquizofrenia ha ido evolucionando hacia un enfoque integral, incorporando las dimensiones biológicas,

psicológicas, sociales y culturales. Desde esta concepción se puede entender a la esquizofrenia, como una condición de salud que produce una situación de discapacidad ya que genera limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria (en adelante AVD) que, según la Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y la salud (OMS, 2001) (en adelante CIF) si la persona no encuentra facilitadores que compensen estas limitaciones se estaría ante una discapacidad.

Desde este modelo la discapacidad es considerado como un concepto “paraguas” ya que incluye restricciones en la participación debido a las limitaciones en las AVD e incorpora al momento de analizar la situación de una persona la presencia de facilitadores o barreras que estén presentes en el entorno, denominados factores contextuales.

La concepción que se tiene hoy en día de la discapacidad no fue la que se tuvo siempre, sino que fue fluctuando a través de las distintas épocas y perspectivas; similar al trayecto conceptual que tuvo la esquizofrenia; se establecieron, entonces, distintos modelos de discapacidad.

Según Palacios (2007) el primer modelo surge en la edad media y se lo nombra como “modelo de prescindencia”, el cual se basa en que la discapacidad se encontraba ligada a lo religioso, asociando las causas de la misma a “castigos divinos”. Este modelo marginaba a las personas con discapacidad, quitándoles sentido a la vida de las mismas. Carentes de derechos, las personas con discapacidad eran vistas como innecesarias ya que se consideraba que no contribuían a la sociedad, transformándolas en víctimas de la vulneración de sus DDHH.

A partir del S. XX surge el “modelo rehabilitador” el cual plantea que la discapacidad tiene orígenes científicos, es decir, las causas de la misma ya no se asocian a creencias religiosas. Este tipo de convicción también alude a que la persona que tiene una discapacidad podría ser integrada a la sociedad en su conjunto siempre y cuando fuera rehabilitada, afirmando que el valor como persona comenzaba a existir cuando se parecía a los demás, dicho de otra manera cuando fuera “normal”.

Uno de los problemas que presenta este modelo es que no considera ningún otro aspecto fuera del médico, asume que la discapacidad es solo un problema de la persona que la tiene, ocasionado directamente por una causa puntual, por lo que el tratamiento se llevará a cabo sólo de forma individual, no tomando en cuenta el contexto social y cultural ni ningún otro aspecto que afecte a el individuo. Las actitudes de las personas hacia quienes presentaban un TSM también incorporaron práctica de segregación ya que la persona con discapacidad, que anteriormente era tratada como un “animal salvaje”, ahora pasa a ser

considerada como un “animal doméstico”, expulsándolas hacia instituciones psiquiátricas y con el objetivo de ser “normalizados” (Hernandez, 2015). En suma, el modelo mantiene una actitud paternalista y por demás asistencialista en el que las personas con discapacidad son vistas como menos valiosas que el resto, lo que refuerza la discriminación y la continuación de la vulneración de DDHH.

Es a partir de los años setenta que nace el “modelo social”, a raíz de las carencias que mostraba el modelo rehabilitador, planteando como base que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales y no individuales ya que es la sociedad la que impone limitaciones. Desde esta visión no se intenta “normalizar” o “rehabilitar” a la persona con discapacidad sino que la que debe rehabilitarse es la sociedad en su conjunto.

A raíz de esta perspectiva comienzan a surgir determinados valores que contemplan los DDHH, resaltando la idea de igualdad e inclusión social, propiciando la visión de que las personas con discapacidad pueden contribuir socialmente de la misma forma que una persona sin discapacidad, en la medida que sean aceptadas y respetadas por su entorno. Es decir, este modelo busca visualizar que las barreras físicas y sociales son las que impiden que la persona pueda integrarse y que es una tarea socialmente compartida la que debe realizarse para erradicar las barreras y sus efectos.

En conclusión, este modelo busca no solo la autonomía de las personas con discapacidad para decidir sobre todos los aspectos de su vida, sino también generar igualdad de oportunidades potenciando las cualidades con las que cada uno cuenta (Palacios, 2007).

Finalmente se encuentra el “modelo integrador”, el cual contempla la integración de los dos últimos modelos mencionados anteriormente (médico-rehabilitador y social), conocido también como modelo biopsicosocial ya que tiene en cuenta no sólo la perspectiva médica e individual del sujeto sino también la perspectiva social y psicológica que pueden dar origen a la situación de discapacidad. La CIF (OMS, 2001) se basa en este último modelo.

En la Tabla 1 se propone, a modo de resumen, cómo el desarrollo histórico del concepto de Esquizofrenia y de Discapacidad tienen puntos de contacto no sólo estableciendo una relación directa entre los TSM y las situaciones de discapacidad sino también cómo los avances científicos y las organizaciones sociales condicionan el conjunto de ideas y actitudes que rodean la Salud Mental y la Discapacidad.

Tabla 1		
<i>Cuadro comparativo concepto de esquizofrenia y modelos de discapacidad</i>		
<u>Periodos</u>	<u>Concepción de esquizofrenia</u>	<u>Modelo de Discapacidad</u>
Edad Media	No existía un concepto propiamente dicho, se asociaba la esquizofrenia a creencias religiosas.	Modelo de Prescendencia, el cual basa la discapacidad en lo religioso.
Segunda mitad del siglo XIX	Surge el concepto de demencia precoz para llamar a la esquizofrenia.	
Primera mitad del siglo XX	Concepto de esquizofrenia basado en una mirada principalmente biologicista, surgimiento de varios tratados de psiquiatría.	Modelo Rehabilitador, el cual asocia la discapacidad con orígenes únicamente científicos.
Segunda mitad del siglo XX	Surgen movimientos anti psiquiatría, cuestionamiento del concepto de esquizofrenia y formas de rehabilitación.	Modelo Social, el cual remite la discapacidad a factores sociales sobre los biológicos.
Siglo XXI	Actualización de los distintos manuales de psiquiatría tomando como base para definir a la esquizofrenia tanto factores médicos como factores sociales que conforman esta condición de salud.	Modelo integrador

Discusión.

Si bien Uruguay ha logrado avances en términos legales y en relación a los procesos de sensibilización y visibilización de la situación de las personas con esquizofrenia debido a lo planteado en los capítulos anteriores se vuelve necesario comparar con una referencia internacionalmente validada, como es la CIF (OMS, 2001) cuáles son, en detalle, aquellos aspectos en los que es evidente la mejora y en los que aún queda camino por recorrer.

Análisis comparativo entre la Ley del Psicópata y la Ley de Salud Mental: el caso de Uruguay.

Si nos ubicamos en nuestro país, Uruguay, se visualiza que hasta principios del S. XIX, las personas con algún tipo de TSM vivían amparadas por sus familias de origen y otras tantas vivían sus días en la calle, hasta que en 1880 surge el primer hospital psiquiátrico, el Hospital Vilardebó. Luego, debido a la sobrepoblación del primer nosocomio nace la Colonia Etchepare, fundada bajo un modelo asilar que tenía como base la cura a través del trabajo (Apud, Borges, 2010).

A principios del siglo XX, la sociedad uruguaya comienza a darle otro sentido a los TSM, visualizándola como algo complejo que se relaciona con múltiples factores, además del orgánico, aunque prevalecen las concepciones predominantemente médicas.

Surge en Uruguay en el año 1936 la ley llamada Psicópatas (Ley N° 9.581, 1936), basada en una perspectiva biologicista acorde a los modelos conceptuales promovidos por los círculos académicos, instituciones estatales y organismos internacionales de la época. Esta normativa nace en un contexto muy particular, de 1933 a 1936 Uruguay atraviesa un periodo de quiebre institucional, viviendo la denominada dictadura de Gabriel Terra. Durante esta etapa Terra instala en el País una atmósfera de tensión, ubicándose en contra de la burocracia y el estatismo. En este momento Uruguay vive una crisis tanto económica como política (Ainsa, 2007).

Es importante destacar que esta Ley surge antes de la denominada medicación antipsicótica, que aparece por primera vez en los años cincuenta. El primer fármaco fue probado, comprobando que tenía un efectos sedantes sobre los síntomas psicóticos positivos (Herlyn, 2016).

Para comenzar el análisis, La ley 9.581 nombra a las personas con algún tipo de enfermedad mental como “Psicópatas” con todo el peso que la palabra les atribuye, asignándole a los individuos un lugar de peligrosidad en el resto de la sociedad, marcando desde el primer momento una diferencia y generando una fuerte estigmatización.

Se basa principalmente en la asistencia psiquiátrica y la hospitalización en los llamados establecimientos psiquiátricos. Expone que puede existir la hospitalización voluntaria, la hospitalización por indicación médica o por orden judicial, remarcando que las personas que ingresen de manera voluntaria no figuraban en el registro general de psicópatas, teniendo en cuenta lo que podría significar para las personas que su nombre se encontrara en una lista de ese tipo. La realización de electroshock y el uso de psicofármacos se basaban en apaciguar algunos de los principales síntomas visibles de la esquizofrenia, pero detrás de estas estrategias no se generaba ninguna planificación posterior para realizar una rehabilitación que permitiera la reinserción de la persona a la sociedad.

En comparación, la actual Ley de Salud Mental 19.529 (2017), plantea como uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación que posibilite una vida digna para todos, en especial para las personas que transitan una patología mental, reconociendo a la persona de manera integral teniendo en

cuenta sus singularidades, considerando a la hospitalización como último recurso (Ley 19.529, 2017).

La ley de Salud Mental (2017) parte desde una perspectiva de Derechos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (Ley 18.211), el cual se basa en garantizar la cobertura universal para el acceso a la atención integral de la salud a todos los residentes del Uruguay. El SNIS toma como principios; la promoción de la salud sin perder de vista los estilos de vida de la población, la equidad, el respeto de los derechos de los usuarios, la sustentabilidad, entre otros. Plantea como uno de sus objetivos principales, alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida (Ley N°18.211, 2007).

Basada en estos principios, La ley de Salud Mental (2017) promueve y defiende los derechos de las personas con TSM, teniendo presente una perspectiva de salud distinta a la que se plantea en la Ley del Psicópata. Otra de las cualidades de la ley actual es que se prioriza el trabajo interdisciplinario, dejando de lado la perspectiva médica- psiquiatra como la única válida.

En la Tabla 2 se propone, para el análisis en profundidad de ambas Leyes, los Factores Contextuales de la CIF (OMS, 2001) entendiéndose que permite desagregar con detalle las dimensiones fundamentales para el estudio de las situaciones de discapacidad que pueden surgir de la presencia de un diagnóstico de Esquizofrenia.

Tabla 2		
<i>Cuadro comparativo factores contextuales (CIF) y marco regulatorio uruguayo</i>		
<u>Factores Personales</u>	<u>Ley N° 9.581</u>	<u>Ley N° 19529</u>
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	La presente ley promueve la inclusión educativa, velando porque se favorezca la integración educativa y cultural. Particularmente en el caso de los niños y niñas se protegerá el derecho a la educación durante el ciclo educativo contemplando las necesidades específicas de cada persona.
Tareas y demandas generales	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.

Comunicación	La Ley no posibilita la intervención por sí mismo del usuario en las cuestiones relativas a su tratamiento y/o internación. Para ello es necesario recurrir a la asistencia y eventual patrocinio de un abogado e institutos jurídicos (De León, Kakuk, 2015).	Se expone que la persona con algún tipo de enfermedad mental tiene derecho a comunicarse, y a recibir información completa sobre su situación, sus derechos y los posibles tratamientos, pudiendo manifestar en todo momento si está de acuerdo o no con el mismo.
Movilidad	En esta ley, se plantea como forma de rehabilitación la hospitalización que conlleva al consumo de psicofármacos y a no tener contacto con el mundo exterior, por lo tanto la persona internada en un hospital psiquiátrico no tenía derecho a salir sin que se le diera el alta médica.	Se habla de rehabilitación tomando el modelo comunitario, sin dejar de lado las particularidades de cada individuo, con el fin de favorecer la inclusión y la calidad de vida, utilizando la hospitalización como último recurso. Se propiciará el trabajo con las familias de las personas.
Autocuidado	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Vida doméstica	La presente ley plantea que las personas con algún tipo de patología mental deben ser asistidos por sus familias o encargados, en caso de no poder se solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública. No presenta ningún indicio de que la persona pueda vivir de forma autónoma.	Se plantea la coordinación de los diferentes Ministerios para promover programas que posibiliten, entre otras cosas, la adquisición de viviendas para las personas con algún tipo de enfermedad mental. Fomenta un mayor desarrollo del Plan nacional de Vivienda. Además promueve los distintos estilos de vida de la población y los factores determinantes del entorno.
Interacciones y relaciones interpersonales	La Ley ubica a las personas como "objeto de tratamiento"; desviándose la condición de sujeto de la centralidad de la persona. Esta característica, desde el paradigma de la enfermedad mental, se expresa en las denominaciones que la Ley utiliza para lo/as destinataria/os, tales como "psicópatas" o "enfermos de afección mental" (De León, Kakuk 2015).	Expone que la persona con algún tipo de enfermedad mental debe ser reconocida siempre como sujeto de derechos, respetando su vida privada. Además de poder optar en todo momento con quien desea estar acompañada durante y después del tratamiento que se le realice.
Áreas principales de la vida	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Presenta dentro de sus principios la vinculación de la salud mental con el derecho a la educación, el trabajo, entre otros. Promueve la capacitación e inserción laboral, fomentando la autonomía.

Vida comunitaria, social y cívica	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Plantea la integración educativa y cultural, facilitando el acceso a las mismas. Expone dentro de los derechos, el de comunicarse y acceder a actividades culturales y recreativas.
<u>Factores Ambientales</u>	<u>Ley N° 9.581</u>	<u>Ley N° 19529</u>
Productos y Tecnología	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Se expone que se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.
Apoyos y relaciones	En la presente ley se manifiesta que los parientes o representantes gestionan el alta de la hospitalización, para luego volver a su casa. A nivel médico, se inspeccionará la situación de los enfermos que se encuentren en su domicilio.	La persona tiene derecho a estar acompañada cuando lo desee de familiares o amigos, que podrán participar del proceso de tratamiento. Se brindará apoyo desde equipos interdisciplinarios.
Actitudes	La denuncia maliciosa que motive la internación de una persona en un establecimiento psiquiátrico, será penada con multa de 500 a 1.000 pesos o prisión equivalente.	La persona con algún tipo de enfermedad mental tiene derecho a ser tratada con respeto, como a todo ser humano, siendo protegida de todo tipo de explotación, estigmatización y trato discriminatorio.
Servicios, sistemas y políticas	Se proporcionan los llamados establecimientos psiquiátricos, con un director encargado médico. Podrán realizarse internaciones voluntarias e involuntarias. Se propiciará la formación de patronatos para la protección de los enfermos que salgan de los establecimientos psiquiátricos.	La atención en salud mental priorizará el primer nivel de atención. Se fomentarán las redes territoriales de atención. Se establecerán programas de dispositivos residenciales de apoyo. Podrán realizarse internaciones voluntarias e involuntarias, como último recurso.

Estigma y autoestigma como barreras en personas con esquizofrenia

El estigma puede identificarse como un concepto que tiene connotaciones negativas, el cual ubica y condiciona a un grupo de personas que comparten determinadas características, físicas o mentales. Según Uribe, Mora y Cortés (2007) consta de tres elementos: un problema de conocimientos (ignorancia), un problema de actitud (prejuicio) y una conducta (discriminación).

Este término fue creado por los griegos, alegando que la persona que tuviera algún tipo de estigma era un esclavo, un criminal, una deshonra para la sociedad, a quien debía evitarse (Goffman, 1970). Actualmente el término continúa teniendo un significado negativo, pero no se designa solo a marcas corporales sino al mal en sí mismo. Desde el punto de vista de Magallares, (2011): “un estigma se podría definir como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado”.

El estigma cuenta con un proceso de formación, el cual implica a la sociedad en su conjunto. Según Goffman (1970) en cada sociedad se establecen distintos medios para categorizar a las personas según los atributos que se consideran esperables en las mismas, esto es establecido por el medio social, el cual nos permite que, al encontrarnos con otras personas no le dediquemos demasiada atención, asumiendo de manera inconsciente determinados supuestos sobre esos otros. Mientras esto acontece, el individuo que se manifiesta frente a los ojos de la sociedad puede demostrar un atributo que lo vuelve diferente a los demás, convirtiéndolo en alguien menos estimado. De este modo, la persona deja de ser vista de la misma manera cuando rompe el estereotipo social simbólicamente acordado. De esta forma, el término estigma se utiliza para hacer referencia a un atributo desacreditador (Goffman, 1970). Puede identificarse que existe una tendencia a etiquetar los comportamientos o actitudes que no son esperables, entendiéndose como una amenaza. Etiquetar generalmente implica una separación entre “ellos” y “nosotros”, lo que hace que “ellos” sean diferentes a “nosotros”, aquí juega un papel fundamental el uso del lenguaje que social y comúnmente se utiliza al hacer referencia a las personas que tienen una condición de salud como lo es la esquizofrenia, que no es utilizado de la misma forma con las personas que tienen una enfermedad con causas físicas (Muñoz, Uriarte, 2006).

Es pertinente mencionar que existen distintos tipos de estigma que pueden ir fluctuando o no en concordancia con los cambios sociales y culturales que una sociedad puede tener; los físicos, los de personalidad y los que se relacionan con la identidad de grupo (Magallares, 2011). En este caso, el estigma de personalidad o carácter es uno de los que más se asocia a la esquizofrenia. El estigma ubica a las personas en un lugar que les es asignado a nivel social, en el caso de las personas con esquizofrenia existe un cambio en la identidad de la persona, ya que viene transitando una historia de vida previa al diagnóstico en la cual es identificado de cierta forma, para luego pasar a ser para los otros “el esquizofrénico” (Uribe, et al 2007).

El estigma no solo es producido por el exterior, sino que también puede suceder en el mundo interno de una persona, a esto se le llama “autoestigma”. El mismo se vincula directamente con el lugar asumido que toma la persona, es decir, asume determinadas

suposiciones que la sociedad realiza en torno a la enfermedad, por ejemplo, la idea de peligrosidad. A los individuos con esquizofrenia les es muy difícil no tener en cuenta lo que la sociedad les demuestra, por lo que lo dan por hecho y adoptan una posición muy negativa al respecto. En palabras de Romero, (2009), estas personas transitan un proceso dual en el cual son conscientes de que tienen muchas características positivas con respecto a su propia personalidad pero a raíz del proceso de socialización, interiorizan las mismas creencias que un grupo social dominante; asumiendo que son “diferentes”.

La autoestigmatización es poco considerada y poco estudiada ya que no se valora la percepción de quien posee la enfermedad. En uno de los estudios realizado sobre el estigma autopercibido, se mostró como resultado que las personas con esquizofrenia sienten más preocupación sobre algunos aspectos que los hacen más propensos a ser discriminados, como lo son la peligrosidad, la culpa, pérdida de roles sociales y rechazo, siendo la categoría de peligrosidad la más mencionada por los participantes. La categoría de culpa, se asocia generalmente a las causas de la enfermedad, las cuales pueden vincularse con los excesos y las adicciones. Como se mencionó anteriormente esto impacta directamente en el éxito o fracaso de los objetivos propuestos en las distintas intervenciones, condicionando la calidad de vida de la persona (Ochoa, et al 2011).

Aun así, es pertinente mencionar, que no todas las personas con esta condición de salud experimentan autoestigma. De hecho, muchas de ellas tienen una autoestima elevada e ignoran las actitudes estigmatizantes que puedan recibir de la sociedad. En general, no se sienten identificadas con el grupo de personas que es estigmatizado, lo cual puede deberse a que cuentan con determinados recursos personales que les permiten no asumir ese lugar. Estos individuos son conscientes de la condición de salud que viven, pero logran identificar cuando el estigma es ilegítimo e injusto, indignándose ante él y separándose del mismo (Muñoz, Uriarte 2006).

El estigma y el autoestigma pueden ser analizados a través de los conceptos barreras y facilitadores de la CIF (OMS, 2001), según la cual una barrera y/o facilitador “son factores en el entorno de la persona que cuando están presentes o ausentes mejoran o limitan el funcionamiento y reducen o generan la discapacidad”. El estigma, puede apoyarse en otros aspectos de la vida de la persona, además de la condición de salud, que, dependiendo de si ofician como barrera o facilitador, propiciará o no la asunción del estigma.

A raíz de esto es que, utilizando como base los factores ambientales de la CIF logro identificar que los vínculos familiares pueden condicionar o facilitar la cotidianidad de la

persona con esquizofrenia. No todas las familias quieren o pueden formar parte de la rehabilitación, sucede que en muchas ocasiones este proceso de cuidado es acompañado por uno de los miembros de la familia, generalmente suele ser alguno de los progenitores, en otros casos son los hermanos. La perspectiva que tienen los padres y madres de una persona con esquizofrenia es muy distinta a la que tienen los hermanos. Uno de los puntos que los diferencian es el proceso vital que transitan, por un lado, los padres y madres han realizado su vida, pero los hermanos aún están por transitar o iniciando ese proceso. Lo mismo sucede a nivel afectivo, ya que la pareja de los padres y madres suelen apoyar y acompañar, tomando la responsabilidad, en cambio, los hermanos se enfrentan a otras cuestiones, como por ejemplo el no saber si su pareja actual o futura, e hijos, quieran y puedan compartir la responsabilidad. Es una decisión difícil que rodea a los hermanos, la cual se vuelve aún más complicada cuando existen otros hermanos, lo que lleva a pensar en sí el acompañamiento va a ser compartido o no. Es así que mientras los padres se preguntan quién va a cuidar de su hijo cuando mueran, los hermanos se preguntan cómo va a ser su vida desde el momento que es dado el diagnóstico (Nuñez, Jodar, Meana y Ruiz 2013).

Similar al efecto de la familia sucede con la comunidad en la que vive una persona con una condición de salud como la esquizofrenia. En general, las comunidades pequeñas muestran más tolerancia hacia ciertos comportamientos que demuestre la persona con esquizofrenia, ya que tienen presente la historia personal de ese individuo, conociéndolo muchas veces desde que es pequeña y también a su familia. Esta cercanía puede identificarse como una barrera si el lugar adjudicado por parte de esa comunidad es fijo, asociado a su condición de salud, o como un facilitador en tanto existan redes de apoyo entre miembros de la comunidad que promuevan la autonomía de este/a integrante (Pederson, 2005). Este punto se vincula fuertemente con el concepto que se tenga de estigma en cada comunidad particular, y en como sean vistas las personas con esquizofrenia. Relacionándose con la historia de la comunidad, y con la de sus habitantes.

A nivel laboral las personas con esquizofrenia se encuentran con muchos obstáculos y limitaciones ya que se suele asociar esta enfermedad a la violencia, lo cual dificulta notablemente que puedan conseguir un empleo. Este aspecto suele vincularse directamente con la visibilidad y las “etiquetas”, ya que cuando la enfermedad es conocida socialmente se suele estigmatizar, contrario a cuando una persona vive con la misma enfermedad pero nadie más tiene conocimiento de la misma (Magallares, 2011). La falta de empleo conlleva falta de dinero propio, lo que dificulta que la persona pueda tener independencia económica

para solventar sus gastos personales, este aspecto puede identificarse como una de las principales barreras para las personas con esquizofrenia.

En cuanto al contexto sanitario suelen surgir varias dificultades. El proceso de estigmatización impacta en la posibilidad de sostener las consultas en el marco de tratamientos y controles de salud; generalmente las personas con este tipo de TSM no consultan afectando sus posibilidades de inclusión social (Pederson, 2005). Comienza un círculo iatrogénico, originado por el estigma, cuyo impacto emocional lleva a la persona que lo vive a buscar estrategias de aislamiento para evitar exponerse a situaciones de rechazo, discriminación. La vergüenza genera angustia y provoca que la persona se niegue a intentar nuevas estrategias en el marco de la promoción de su autonomía, inclusión social y calidad de vida (Rodrigues, 2014).

Para seguir profundizando en relación a cómo impacta el estigma se propone, en la Tabla 3, un análisis en base a los Factores Contextuales de la CIF (OMS, 2001), de modo de poder identificar, desagregar y relacionar cómo el contexto condiciona significativamente instalando barreras o facilitadores y que estos, generalmente, parten del estigma y la discriminación.

Tabla 3 <i>Cuadro Comparativo factores contextuales (CIF) y estigma.</i>	
<u>Factores Personales</u>	<u>Estigma</u>
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Se hace referencia a la pérdida de ciertas capacidades, a raíz de esto no valoran las opiniones que una persona con esquizofrenia pueda dar, no tomando en cuenta lo que piensa. Surgieron comentarios como “hasta que no sea responsable no me ire de casa”, “no me dejan cuidar a una persona enferma” (Ochoa, et al. 2011). Este tipo de actitudes ubican a la persona como alguien que no puede tomar decisiones o resolver un problema.
Tareas y demandas generales	En muchas familias suelen ver al paciente con esquizofrenia como un niño, producto de las limitaciones en sus capacidades, destacando el aspecto de dependencia, no involucrandolo activamente (Restrepo, 2007).
Comunicación	“Acciones como eludir mencionar que se tiene una enfermedad mental son las más frecuentemente comentadas (“yo no digo que tengo una enfermedad mental”, “cuando me preguntan digo que tengo depresión”, “dices que tienes una

	enfermedad mental y te rechazan”, “al decir que eres enfermo mental cambia el trato con los demás”), incluso por parte de la familia (“mi familia no dice que tengo una enfermedad mental”)” (Ochoa, et al 2011).
Movilidad	Muchas personas con esquizofrenia sienten que no tienen el control de su vida, lo que los lleva a pensar que necesitan la protección y supervisión de sus familiares y a veces suelen sentirse super controlados y dependientes (Ochoa, et al 2011).
Autocuidado	“Dentro del contexto de atención algunas personas perciben que no solo son discriminadas por su diagnóstico, sino que también lo son por pertenecer a una determinada clase social o por tener ciertas características personales o modos de vida, tales como ser inseguro o no cumplir con las normas de higiene personal esperadas” (Carcamo, Cofre, Flores,Lagos, Oñate, Grandon 2019).
Vida Doméstica	“A menudo se encuentran dificultades para alquilar un piso cuando los propietarios o vecinos se enteran que viviría una persona con esquizofrenia. De hecho, nuestra organización (Hermanas Hospitalarias) ha ampliado a lo largo de los dos años pasados su red de pisos supervisados situados en comunidades de vecinos normalizadas; de los propietarios contactados para alquilar su piso, el 83% de los casos se negaban a alquilarlo al conocer que quienes vivirían en él serían personas con enfermedad mental crónica” (Robles, 2006).
Interacciones y relaciones interpersonales	En general a raíz de distintas investigaciones puede observarse que a la gente “normal” no le gusta estar con personas que tengan ningún tipo de enfermedad mental (Magallares, 2011).
Áreas principales de la vida	“La idea de que los trastornos mentales llevan siempre asociados los ataques violentos ayuda poco a que las personas puedan encontrar un trabajo o conservar el que tienen” (Magallares, 2011).
Vida comunitaria, social y cívica	“En Inglaterra, las barreras hacia la participación directa en el quehacer comunitario siguen siendo importantes: los promotores de educación y de actividades deportivas, artísticas o culturales, no son conscientes de cómo sus servicios pueden beneficiar personas con discapacidad mental y hacer más accesible el acceso a estos servicios” (Pederson, 2005).
<u>Factores Ambientales</u>	<u>Estigma</u>

Productos y Tecnología	Se han hallado varios materiales filmados e impresos de los medios de comunicación en los cuales se visualiza el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos (Muñoz, Uriarte, 2006). “Los medios de comunicación (prensa, radio, cine y televisión) tienen una mayor significación en la construcción social del estigma, mucho mayor que el contacto previo con una persona con una enfermedad mental” (Pederson, 2005).
Apoyos y relaciones	La familia de una persona con esquizofrenia puede pasar por distintas etapas, entre ellas la negación de la enfermedad (Restrepo, 2007).
Actitudes	El uso del lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Es común llamar a alguien esquizofrénico en vez de llamarlo persona con esquizofrenia (Muñoz, Uriarte 2006).
Servicios, sistemas y políticas	A raíz del estudio realizado se constata la presencia de dinámicas estigmatizantes en la relación trabajadores-usuarios que mantienen un patrón basado en una tolerancia fría y paternalismo. Esto significa que los trabajadores toleran la presencia de los usuarios, pero muchas veces los evitan o en otras circunstancias los sobreprotegen (Badallo, García, Yelamos, 2013).

Conclusiones Finales.

En este acercamiento a la esquizofrenia, su historia y a los efectos que tiene el estigma y el autoestigma sobre las personas que tienen esta condición de salud, puede observarse que aun es un desafío erradicar, o reducir, el estigma social y cómo son consideradas las personas con esquizofrenia por la sociedad.

Tanto el desarrollo histórico del concepto de discapacidad como de esquizofrenia, el contexto nacional e internacional y el desarrollo teórico y científico muestran un recorrido y un avance en lo que respecta a la consideración de la mejora de la calidad de vida de este colectivo. A pesar de esto, es necesario continuar avanzando principalmente en materia de inclusión ya que más allá de los cambios a lo largo del tiempo el estigma continúa presente en nuestra sociedad.

La normativa, si bien es fundamental, no es suficiente; tal es el ejemplo de Uruguay donde se cuenta con una Ley de Salud Mental que propone dejar atrás los prejuicios y propicia nuevas estrategias para que las personas que viven con una condición de salud

como la esquizofrenia puedan tener acceso a una rehabilitación e inclusión social. El desafío está en que lo que se plantea se lleve a cabo en acciones concretas, tanto a nivel estatal, técnico-profesional como a nivel comunitario y cultural.

El estigma y el autoestigma ofician, desde el enfoque CIF (OMS, 2001) como barrera, generando consecuencias que condicionan la vida de las personas con esquizofrenia y sus familiares. Por un lado, es de suma importancia comenzar un proceso de sensibilización no solo en el entorno cercano de la persona sino también en el personal de salud y de la sociedad en general (Campo-Arias, Oviedo, Herazo, 2014). Este aspecto debe impactar hasta en el lenguaje que se utiliza cotidianamente para hacer referencia a este colectivo adjudicando a una condición, en este caso la esquizofrenia, como única característica posible y determinante de una persona; mismo proceso de estigmatización que reciben todas las personas en situación de discapacidad.

En conclusión, es pertinente y necesario continuar trabajando y reflexionando sobre esta problemática que nos compete como sociedad de la mano de la comprensión y la sensibilización.

Referencias Bibliográficas:

- Aínsa, F. (2007) La utopía de la democracia en Uruguay. Entre la nostalgia del pasado y el desmentido de la historia. Universidad de Salamanca, España.
- Apud, I. y Techera, A. (2010). La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay. Montevideo: CSIC, UdelaR.
- Arieto, A. (2009). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuadernos de trabajo social Vol.23.
- Badallo, A. García Arias, S. Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.
- Barcia, D. Alcantara, A. (2000) Organización de la asistencia psiquiátrica. Cap 53. Tratado de Psiquiatría. España. https://psiquiatria.com/tratado/cap_53.pdf
- Campo- Arias, A. Oviedo, H. Herazo, E. (2014) Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

- Carcamo, K. Cofre, I. Flores, G. Lagos, D. Oñate, N. Grandon, P. (2019) Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. Universidad de Concepción, Chile. Psicoperspectivas, individuo y sociedad.
- Castoriadis, Cornelius. (2002). La Institución Imaginaria de la Sociedad. El imaginario social y la institución. Vol. 2. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (1992) Décima Revisión (CIE 10) Organización Panamericana de la Salud.
- Cuetos, M. (2012) La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. España
- Del Castillo, R. Villar, M. Dogmanas, D. (2011) Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay.
- De León, N. (2018) Encuentro Montevideo / Nelson De León: Avanzamos para constituir una lucha regional por los derechos humanos y la salud mental.
- De León, N. Kakuk, M. (2015) Salud Mental y DDHH : fundamentos para la creación de un Órgano de Revisión en Salud Mental.
- Ey, H. Bernard, P. Brisset, Ch. (1994) Tratado de Psiquiatría. 8 edición. Barcelona: Masson.
- Goffman, E. (1970) Estigma. La identidad deteriorada.
- Herlyn S. (2016) Antipsicóticos. [Internet] [26 de marzo 2021]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/antipsicoticos_2016.pdf
- Hernandez, M. (2015) El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. Revista CES Derecho Volumen 6 No.2. Medellín
- Ley 9.581: Psicópatas (1936). Uruguay. Publicada D.O. 24 ago/936 - N° 9000. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp330194.htm>
- Ley 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud.(2007) Uruguay. Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384. Recuperada de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7089914.htm>

Ley 19.529: Salud Mental (2017). Uruguay. Publicada D.O. 19 set/017 - N° 29786.
Recuperado de:
<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484984925618.htm>

Lopez,M. Laviana,M. Fernandez,L. Lopez,A. Rodriguez,A. Aparicio,A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101

Lopez,P; Sanmillan,H; Cainet,A; Olivares, O. (2015) Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. Revista información Científica, vol. 93. Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo, Cuba.

Loubat, M., Lobos, R., Carrasco, N., (2017) Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en profesionales de la salud mental. Universidad de Santiago de Chile, Chile.

Magallares Sanjuan, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. Quaderns de Psicologia, Vol.13, No 2.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). DSM-IV- TR. Barcelona: Masson, S.A

Martin,J. Bernal,A. (2009) Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. Revista de Historia de la Psicología, Vol 30. num 2-3. España.

Muñoz, A. Uriarte, J. (2006) Estigma y Enfermedad Mental. Norte de salud mental, N°26. España.

Nuñez, J,P. Jódar, R.; Meana, R. y Ruiz, T. (2013) Mi hermano tiene esquizofrenia. Crisis, vulnerabilidad y superación. Madrid.

Ochoa, S., Martinez, F., Ribas, M., Garcia-Franco, M., Lopez, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala,S., Autonell,J., Lobo, E., Haro., J. (2011) Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Rev. Asoc. Esp.Neuropsiq, 2011; 31. Barcelona.

Organización Mundial de la Salud (2015). Nota descriptiva sobre esquizofrenia. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud. (CIF)
- Palacios, A., Bariffi, F., La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ediciones Cinca. Madrid
- Pederson, D. (2005) Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y la investigación. Revista de psiquiatría y salud mental.
- Pozón, S. (2014). La calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus familias. Análisis bioético, conceptual y psicopatológico. Universidad de Barcelona.
- Rascon GML, Gutierrez LML, Valencia CM, et al. Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. Salud Mental. 2004;27(5):44-52.
- Robles, A. (2006) La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. Apuntes de Psicología, Vol 24. Universidad de Sevilla.
- Rodrigues, S. (2014) Familiarización con el estigma: Una breve introducción. Boletín informativo de Psiquiatría. Vol 11. Centro de investigación de sistemas y avances psicosociales.
- Romero, A. (2009) Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuadernos de trabajo social. Vol.23
- Sacristan, C. (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. México
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M. y Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud mental, 38(1), 53-58. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58238799008>
- Torres Ruiz, A (2002). Locura, esquizofrenia y sociedad. Revista Neurología, neurocirugía y psiquiatría.
- Uribe, M., Mora, O. L. y Cortés Rodríguez, A. C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Universitas Médica, 48(3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>

Zaraza, D., Hernandez, D. (2016) Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.