



Universidad de la República

Facultad de Psicología

## EL APORTE DE LA PSICOLOGÍA EN LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA HACIA LA ESQUIZOFRENIA EN URUGUAY: ESTRATEGIAS, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Trabajo Final de Grado

Monografía

Estudiante: Ana Clara Malacrida

C.I: 5.314.466-1

Tutora: Deborah Rydel

Revisora: Ana Belén Santa Cruz

Montevideo, Uruguay

Diciembre, 2025

## Índice

### Resumen

<b>1. Introducción .....</b>	1
<b>2. Esquizofrenia</b>	
2.1. Conceptualización ..	3
2.2. Historia .....	4
2.3. Etiología y factores de riesgo .....	5
2.4 Tratamiento.....	6
<b>3. Estigma</b>	
3.1. Historización.....	8
3.2 Conceptualización .....	9
3.3 Niveles.....	11
3.4 Impacto en las personas con esquizofrenia .....	13
<b>4. Situación en Uruguay .....</b>	15
<b>5. El papel de la psicología en la reducción del estigma</b>	
5.1. Primer nivel de atención en salud .....	17
5.2. Intervenciones basadas en la alfabetización en salud mental.....	18
5.3. Intervenciones basadas en el contacto social .....	20
5.4. Intervenciones basadas en el empoderamiento y la psicoeducación .....	23
5.5. Intervenciones en los medios de comunicación .....	26
<b>6. Conclusiones .....</b>	28
<b>7. Referencias.....</b>	31

A los locos no nos quedan bien los nombres.

Los demás seres  
llevan sus nombres como vestidos nuevos,  
los balbucean al fundar amigos,  
los hacen imprimir en tarjetitas blancas  
que luego van de mano en mano  
con la alegría de las cosas simples.

Y qué alegría muestran los Alfredos, los Antonios,  
los pobres Juanes y los taciturnos Sergios,  
los Alejandros con olor a mar!

Todos extienden, desde la misma garganta con que cantan  
sus nombres envidiables como banderas bélicas,  
tus nombres que se quedan en la tierra sonando  
aunque ellos con sus huesos se vayan a la sombra.

Pero los locos, ay señor, los locos  
que de tanto olvidar nos asfixiamos,  
los pobres locos que hasta la risa confundimos  
y a quienes la alegría se nos llena de lágrimas,  
cómo vamos a andar con los nombres a rastras,  
cuidándolos,  
puliéndolos como mínimos animales de plata,  
viendo con estos ojos que ni el sueño somete  
que no se pierdan entre el polvo que nos halaga y odia?

Los locos no podemos anhelar que nos nombren  
pero también lo olvidaremos

- Roque Dalton García

## Resumen

La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más estigmatizados, y este estigma genera consecuencias perjudiciales en diversos ámbitos de la vida de quienes reciben este diagnóstico. Entre sus efectos más relevantes se encuentran las barreras para la inclusión comunitaria, así como el impacto negativo en el proceso de recuperación, la calidad de vida y el bienestar general. En este marco, el objetivo de este trabajo es analizar el papel que cumple la psicología en la reducción del estigma hacia la esquizofrenia en Uruguay, a través del estudio de estrategias basadas en evidencia, su eficacia y su aplicabilidad en nuestro país. Para ello, se realizó una revisión de las principales intervenciones posibles desde la psicología, tales como la psicoeducación comunitaria, el contacto social, las estrategias dirigidas a reducir el autoestigma e intervenciones psicoeducativas con las familias. Cada una de estas estrategias fue analizada críticamente en función de las acciones desarrolladas en Uruguay, en comparación con programas e intervenciones implementados a nivel internacional. Esta contrastación permitió identificar fortalezas y potencialidades del enfoque local, así como también desafíos estructurales, barreras persistentes y oportunidades de mejora en el contexto nacional.

**Palabras clave:** esquizofrenia, estigma, recuperación, calidad de vida, inclusión social

## Abstract

Schizophrenia is one of the most stigmatized mental disorders, and this stigma negatively affects multiple areas of life for those diagnosed. It creates barriers to community inclusion and impacts recovery, quality of life, and overall well-being. This thesis aims to analyze the role of psychology in reducing stigma toward schizophrenia in Uruguay, through evidence-based strategies, their effectiveness, and applicability. It reviews key interventions such as community psychoeducation, social contact, self-stigma reduction, and family-focused psychoeducation. Each was critically analyzed in light of actions taken in Uruguay and compared with international programs, identifying local strengths, challenges, and opportunities for improvement.

**Keywords:** schizophrenia, stigma, recovery, quality of life, social inclusion

## 1 Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta aproximadamente a 24 millones de personas en todo el mundo, y altera de forma significativa la vida de quienes la padecen. Esta patología se asocia con un marcado deterioro en diversas áreas, incluyendo la vida personal, familiar, social, funcional y ocupacional.

A lo largo de la historia, las personas con trastornos mentales han sido objeto de múltiples concepciones erróneas, mitos y leyendas, que han dado lugar a prácticas profundamente deshumanizantes. Esta persistente demonización de la enfermedad mental ha contribuido a la construcción de creencias infundadas sobre quienes la padecen, alimentando los prejuicios y estereotipos que aún persisten en nuestra sociedad.

Los prejuicios y estereotipos, englobados bajo el término estigma, constituyen una de las principales causas por las que las personas con esquizofrenia son privadas de sus derechos humanos más fundamentales. Como consecuencia, suelen ser víctimas de discriminación en múltiples ámbitos de su vida, incluyendo el trabajo, la vivienda, las relaciones sociales e incluso la atención sanitaria. Esta situación afecta negativamente su inclusión en la comunidad, generando una barrera para su recuperación y teniendo un impacto perjudicial en su calidad de vida y bienestar general. Asimismo, el estigma repercute directamente en la autoestima de quienes padecen esta patología, así como en su disposición para buscar y mantener un tratamiento adecuado.

En Uruguay, a pesar de los avances normativos en materia de salud mental —como la Ley N.º 19.529 de 2017— el estigma hacia las personas con trastornos mentales persiste en diversos niveles de la sociedad. Este se manifiesta en los ámbitos comunitario, institucional, individual y familiar, y genera obstáculos significativos para la recuperación de quienes han sido diagnosticados con esquizofrenia.

Por esta razón, y considerando que la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más estigmatizados, la lucha contra el estigma se vuelve un componente fundamental de cualquier iniciativa orientada a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con este diagnóstico. Por consiguiente, resulta primordial evaluar e implementar estrategias efectivas orientadas a la reducción del estigma en sus distintos niveles, ámbito en el cual la psicología desempeña un papel central.

Entre las estrategias más utilizadas se encuentran intervenciones psicoeducativas, programas de contacto social, campañas de sensibilización, programas de empoderamiento. No obstante, su impacto y viabilidad en el contexto uruguayo aún

requieren evaluación. En este marco, el presente estudio se centra en el rol de la psicología en la adaptación, implementación y fortalecimiento de estas estrategias en Uruguay, mediante la revisión de enfoques, investigaciones e intervenciones basadas en evidencia y el análisis de experiencias locales. Este abordaje permite identificar las fortalezas y potencialidades del modelo uruguayo, así como las barreras estructurales y los desafíos que persisten, aportando insumos para optimizar el aporte de la psicología y orientar las políticas públicas en el ámbito de la salud mental.

“El número de brujas era elevado

porque incluían a los locos”

Zilboorg

## 2 Esquizofrenia

### 2.1 Conceptualización

Referentes internacionales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019), definen la esquizofrenia como un trastorno mental caracterizado por alteraciones significativas en la percepción, el pensamiento, la cognición, la experiencia personal, el comportamiento, la afectividad y la voluntad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), a escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0,32%). Lo más frecuente es que aparezca al final de la adolescencia o adultez temprana (entre los 20 y 30 años), y suele manifestarse en los hombres antes que entre las mujeres (OMS, 2022).

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM 5-TR, 2013) describe entre los síntomas que caracterizan el cuadro clínico los delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento desorganizado y los síntomas negativos como la abulia, apatía, anhedonia, embotamiento, aplanamiento afectivo, entre otros. Estos síntomas varían en sus diferentes manifestaciones clínicas dado que es un síndrome clínico heterogéneo, variable entre individuos, así como su curso y desenlace.

A su vez, se identifica el deterioro funcional y cognitivo de la persona como rasgos nucleares del cuadro clínico y su pronóstico, existiendo un importante deterioro de las esferas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales, entre otras esferas importantes de la vida. (CIE-11, 2019; DSM 5-TR, 2013; OMS, 2022).

## 2.2 Historia

La comprensión del término 'esquizofrenia' requiere un recorrido histórico que nos remonta a los inicios del siglo XX, cuando el psiquiatra suizo Eugen Bleuler cuestionó la conceptualización de "demencia precoz" propuesta por Emil Kraepelin, quien la había definido como una entidad clínica caracterizada por un curso crónico y deterioro progresivo. Bleuler argumentó que no todos los casos eran necesariamente precoces ni derivan en demencia (Cisternas et al., 2003). Es entonces cuando introdujo el término "esquizofrenia", cuyo significado se explicará a continuación.

De acuerdo con Novella y Huertas (2010) en 1911 Bleuler publicó su texto "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenen" (Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias), donde ofrecía una caracterización del cuadro no a partir de su evolución, sino de lo que consideraba su rasgo psicopatológico fundamental: la escisión del yo. Esta nueva perspectiva llevó a Bleuler a introducir el neologismo "esquizofrenia" derivado del griego: "Schizo" (escisión) y "Phrenia" (mente).

Bleuler identificó cuatro síntomas fundamentales que, según postulaba, estaban siempre presentes en la esquizofrenia. Estos incluían: alteraciones en las asociaciones del pensamiento, caracterizadas por una pérdida de coherencia y lógica en el discurso, lo que lleva a que las ideas se conecten de manera incongruente; trastornos afectivos, con una marcada tendencia al retramiento emocional, al aplanamiento afectivo o a la expresión de emociones inapropiadas al contexto; ambivalencia, entendida como la coexistencia simultánea de sentimientos, pensamientos o actitudes opuestos; y autismo, definido como un repliegue patológico hacia la vida interior, con un progresivo desinterés por el entorno social (Novella & Huertas, 2010).

Para Bleuler, estos síntomas eran los verdaderamente nucleares y exclusivos del cuadro esquizofrénico, mientras que otros signos clínicos más notorios como delirios, alucinaciones, alteraciones de la memoria o del lenguaje los denominó accesorios, dando a entender su papel secundario en el cuadro clínico (Novella & Huertas, 2010). Bleuler distinguió así, los síntomas surgidos del proceso patológico central: la escisión de la vida psíquica (síntomas fundamentales) de aquellos secundarios al proceso, que solo entran en funcionamiento cuando la mente afectada responde (Cisternas et al., 2003).

En cualquier caso, el proceso esquizofrénico se caracterizaba por una "escisión" (Spaltung) de las funciones psíquicas, un fenómeno que resultaba de la influencia de "complejos" autónomos o secuencias de representaciones junto con un tono afectivo

particular que, al dominar sucesivamente la personalidad, afectan su unidad y cohesión. (Novella & Huertas, 2010).

La propuesta de Bleuler no se limitó únicamente a sugerir una mera modificación terminológica, sino que respondía a un cambio de enfoque en la comprensión del paciente y su enfermedad, alejándose de las conceptualizaciones de la esquizofrenia que la consideraban una forma de demencia irreversible para definirla como un trastorno mental crónico, pero de curso variable, en el que existía la posibilidad de mejoría (Cisternas et al., 2003).

### **2.3 Etiología y factores de riesgo**

Las investigaciones no han identificado una causa única de la esquizofrenia; por el contrario, se considera que su aparición resulta de la interacción entre múltiples factores, como la dotación genética y diversos factores ambientales, así como de influencias psicosociales que pueden afectar su desencadenamiento y curso (OMS, 2022).

La etiología de la esquizofrenia puede explicarse parcialmente por el modelo de Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring desarrollado en 1977. Estos autores plantean que la aparición de trastornos mentales graves como la esquizofrenia resulta de la interacción entre una predisposición biológica (factores genéticos y neurobiológicos) y estresores externos, que incluyen factores ambientales y, especialmente, psicosociales.

Según este enfoque, la vulnerabilidad constituye un factor central: cuanto mayor sea la vulnerabilidad individual, menor será la cantidad de estrés necesaria para incrementar las probabilidades de aparición de un trastorno; por el contrario, una vulnerabilidad baja —es decir, una alta capacidad de tolerancia— requiere un nivel más elevado o persistente de estrés para que se produzca un desajuste significativo (Zubin & Spring, 1977).

El modelo de vulnerabilidad-estrés engloba diversos factores de riesgo que aumentan la predisposición a desarrollar un trastorno mental, al determinar cómo una persona se ve influida por los estresores. Entre estos factores se incluyen características de la personalidad, déficit en habilidades de afrontamiento y sociales, cansancio extremo, exposición acumulativa a experiencias adversas o traumáticas, percepción de falta de control sobre la situación y carencia de recursos adecuados para manejar la frustración (Vásquez Villegas, 2010; Zubin & Spring, 1977).

Desde su formulación, el modelo ha sido revisado en varias ocasiones con el objetivo de hacerlo más específico, incorporando un nuevo elemento: los factores de

protección. Estos constituyen circunstancias o variables que reducen la vulnerabilidad y facilitan la recuperación frente a trastornos mentales. Entre ellos se encuentran las redes de apoyo y un estilo de vida saludable (factores externos), así como fortalezas personales como autoestima positiva, control interno, optimismo realista, compromiso, un sistema sólido de valores y creencias y conductas de afrontamiento eficaces (factores internos) (Vásquez Villegas, 2010).

## **2.4 Tratamiento**

Bustillo et al. (2001) sostienen que la esquizofrenia representa condiciones mentales graves y debilitantes, comúnmente asociadas con un deterioro en las funciones cognitivas, resultados funcionales deficientes en la vida diaria, disminución de la calidad de vida, altos niveles de estigma internalizado y escaso compromiso con las actividades vitales.

De acuerdo con estos autores, el tratamiento farmacológico constituye la base fundamental para abordar este trastorno. Una amplia evidencia respalda que los antipsicóticos son eficaces para aliviar los síntomas psicóticos, prevenir recaídas e incluso mejorar la expectativa de vida de quienes la padecen. En particular, los antipsicóticos de segunda generación —que presentan una menor incidencia de efectos adversos neuromotores— representan un avance terapéutico relevante (Bustillo et al., 2001).

Sin embargo, el tratamiento farmacológico por sí solo no resulta suficiente para mejorar diversos resultados clínicos y funcionales, como el rendimiento cognitivo, las habilidades sociales, el desempeño ocupacional y la calidad de vida. Tampoco logra impactar de manera significativa en aspectos del funcionamiento cotidiano, como la búsqueda y el mantenimiento de un empleo o el establecimiento de relaciones personales significativas. De hecho, la mayoría de las personas que viven con esquizofrenia experimentan sólo mejoras parciales en áreas que consideran importantes desde su propia perspectiva, y no alcanzan una recuperación funcional y personal plena (Bustillo et al., 2001).

En consecuencia, Barlati et al. (2024) sostienen que un número considerable de personas con esquizofrenia continúa presentando síntomas residuales discapacitantes y un deterioro significativo en el funcionamiento psicosocial, incluso cuando mantienen una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico.

Siguiendo la línea de estos autores, es en este punto donde las intervenciones psicosociales adquieren un papel central, ya que complementan y potencian los efectos del

tratamiento farmacológico, al tiempo que abordan dominios y necesidades que no son contemplados por los antipsicóticos. Diversas intervenciones psicosociales han demostrado eficacia y consistencia en múltiples áreas del funcionamiento, y actualmente se recomiendan como tratamientos basados en la evidencia para la esquizofrenia en numerosos países y en distintas directrices internacionales (Barlati et al., 2024).

Dado que la esquizofrenia constituye un espectro clínicamente heterogéneo y no existe una intervención universalmente efectiva, resulta esencial contar con un conocimiento amplio y actualizado sobre las distintas intervenciones psicosociales basadas en la evidencia. Esto permite diseñar planes de tratamiento individualizados que se ajusten a las necesidades específicas de cada persona, lo cual hoy se reconoce como un componente clave para mejorar la eficacia de los abordajes terapéuticos (Barlati et al., 2024).

En este marco, cobra especial relevancia la incorporación del enfoque de recuperación centrada en la persona. Díaz del Peral (2017) lo define como un proceso singular y subjetivo, mediante el cual las personas con trastornos mentales pueden construir una vida plena y con sentido, aun cuando persistan ciertos síntomas. Este modelo desplaza la mirada de la curación total hacia la promoción de la autodeterminación, el empoderamiento y el fortalecimiento de los vínculos sociales, enfatizando la importancia de que cada individuo defina su propio proyecto vital más allá de las limitaciones impuestas por la patología.

Finalmente, más allá de su descripción clínica, la esquizofrenia se inscribe en un entramado social de significados que condicionan la forma en que se vive el diagnóstico. En este sentido, la noción de estigma adquiere relevancia central (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001; Corrigan & Watson, 2002).

### 3 El estigma

#### 3.1 Historización

Las personas con esquizofrenia se encuentran hoy sujetas a prejuicios y estereotipos que no se basan en la ciencia sino en la historia, sustentados sobre siglos de mitos, creencias y prácticas de exclusión (Salaverry, 2012).

En la Antigüedad, la enfermedad mental era atribuida a causas sobrenaturales, como la posesión demoníaca, lo que provocaba rechazo y relegamiento a cuidados privados, ya que no se consideraba un asunto de interés público (Salaverry, 2012).

En Grecia clásica, la enfermedad mental generaba vergüenza y humillación tanto para el afectado como para su familia, percibiendo al enfermo crónico como indeseable y relegado al cuidado familiar sin instituciones públicas (Gabay & Fernández Bruno, 2017).

En el siglo V a.C. Hipócrates propuso la teoría humorista, explicando la enfermedad mental como desequilibrio de los cuatro humores corporales, enfrentándose a las interpretaciones demonológicas predominantes (Salaverry, 2012).

Sin embargo, la posterior difusión y oficialización del cristianismo condujo a conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y la visión cristiana que enfatiza la omnipotencia y omnipresencia divina. Los médicos convertidos al cristianismo supeditaron sus convicciones profesionales a las religiosas resurgiendo entre estos médicos la interpretación de la locura como posesión demoníaca (Salaverry, 2012).

Estas creencias condujeron a persecuciones, exorcismos y, eventualmente, a la creación de asilos gestionados por órdenes religiosas, que brindaban apoyo espiritual pero no tratamiento médico, y que reflejaban la marginación social de las personas con trastornos mentales (Gabay & Fernández Bruno, 2017; Salaverry, 2012).

A partir del siglo XVII, según Foucault (2009), la locura pasó a considerarse un problema social que debía ser aislado. Se establecieron instituciones para el confinamiento de enfermos junto con vagabundos y delincuentes, reforzando la percepción de que la locura representaba una amenaza. En Francia, el rey Luis XIV decretó el encierro de personas consideradas locas o marginales, consolidando su imagen como peligrosas e incapaces de control, y transformando la locura en una condición deshumanizada (Stucci-Portocarrero, 2013).

La construcción de la locura en términos de enfermedad, diferenciándose del pensamiento racional, dio lugar a una división entre lo normal y lo patológico. Esta separación contribuyó a establecer una jerarquía social en la que quienes eran catalogados como locos pasaron a ser percibidos como distintos y en una posición de inferioridad (Foucault, 2009).

En el siglo XX, los hospitales psiquiátricos, como el Hospital Vilardebó y la Colonia Bernardo Etchepare en Uruguay, consolidaron la marginación de las personas con trastornos mentales, reforzando estereotipos de peligrosidad e incapacidad (Casarotti, 2007).

En síntesis, desde la demonología hasta la institucionalización manicomial, estas representaciones históricas han moldeado el estigma actual, destacando la necesidad de romper con mitos y promover enfoques más humanizados e inclusivos hacia las personas con esquizofrenia (Salaverry, 2012),

### **3.2 Conceptualización**

Diversos autores han conceptualizado el fenómeno del estigma a lo largo del tiempo. En su propuesta clásica, Goffman (1963) define el estigma como “un atributo profundamente desacreditador” (p. 10), que transforma la percepción del individuo, pasando de ser considerado “normal” a ser visto como alguien contaminado o degradado en su condición humana.

Sostiene que, de este modo, dejamos de percibir a la persona como un individuo completo y común para reducirla a alguien menospreciado. Un atributo de esta naturaleza, cuando genera un descrédito generalizado en los demás, recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja. Esto ocurre debido a la discrepancia entre la identidad social virtual y la identidad social real: es decir, entre las características que una persona “debería” tener según las normas y expectativas culturales, y los atributos que efectivamente posee (Goffman, 1963).

Este autor también plantea que no todos los atributos indeseables se convierten en objeto de estigma, sino únicamente aquellos que resultan incongruentes con el estereotipo social sobre cómo “debe ser” cierto tipo de individuo. Frente a estas incongruencias, las sociedades tienden a construir ideologías destinadas a explicar la supuesta inferioridad de la persona estigmatizada y a justificar el peligro que se le atribuye, racionalizando animosidades que en realidad se basan en otras diferencias, como en este caso, la presencia de una patología mental (Goffman, 1963).

Por su parte, Link et al. (1989) proponen una versión modificada de la "teoría del etiquetado" para explicar la estigmatización hacia las enfermedades mentales y sus consecuencias, enfatizando el papel de la sociedad en la creación de la desviación a través de etiquetas impuestas externamente.

Estos autores muestran cómo se aprenden e interiorizan concepciones sobre los pacientes de salud mental a través del lenguaje, y cómo dichas concepciones se transforman en "rótulos" que permiten etiquetar, clasificar y discriminar. Además, examinan cómo el acto de asignar un diagnóstico de trastorno mental, como la esquizofrenia, puede influir en la identidad de la persona y en su comportamiento posterior. Desde esta perspectiva, etiquetar a alguien como "esquizofrénico" puede generar efectos profundamente negativos en su vida, al contribuir a formas de autodefinición negativa y a un mayor aislamiento social (Link et al., 1989).

Asimismo, Link y Phelan (2001) critican la variabilidad de definiciones sobre el estigma de miembros de diferentes disciplinas y redefine el concepto como la co-ocurrencia de etiquetar a ciertas personas por alguna característica a partir de una selección social, ligar a estas personas con características indeseables acorde a las creencias culturales, separarlos en distintas categorías, consiguiendo una distinción entre el "nosotros" y "ellos".

Una de las formas en que las personas que padecen esquizofrenia son claramente separadas en otra categoría es el término "esquizofrénico" en vez de referirse como "una persona que tiene esquizofrenia". Por último, son sometidos a la pérdida de estatus y discriminación, para lo que es necesario que el grupo que estigmatiza este en una posición de poder con respecto al grupo que la sufre, es decir, la estigmatización está totalmente supeditada al acceso al poder social, económico y político, que la plena ejecución de la desaprobación, el rechazo, la exclusión y la discriminación (Link & Phelan, 2001)

Por su parte, Corrigan y Watson (2002), quienes prestan especial atención a los aspectos cognitivos y conductuales centrales del estigma asociado a la enfermedad mental, clasifican las manifestaciones del estigma en estereotipos, prejuicios y discriminación.

En su propuesta, el estereotipo se entiende como un proceso cognitivo que, mediante la generalización, permite formar impresiones rápidas y generar expectativas sobre cómo actuarán las personas que pertenecen a determinados grupos. Los prejuicios, por su parte, constituyen respuestas cognitivas y afectivas —como el miedo o el rechazo— que surgen cuando los individuos adhieren a esos estereotipos. Finalmente, la discriminación refiere a las reacciones conductuales derivadas de los prejuicios: si un

prejuicio genera enfado, la respuesta tenderá a ser hostil; si genera miedo, será de evitación (Corrigan & Watson, 2002).

### **3.3 Niveles del estigma**

#### **Autoestigma**

Link et al. (1989) postulan que las personas con trastornos mentales ya han internalizado estereotipos sobre la enfermedad mental antes incluso de recibir un diagnóstico, a partir de creencias culturales y experiencias sociales. Esta internalización puede afectar su autoimagen y su comportamiento, llevándolas a anticipar el rechazo y la discriminación. De este modo, pueden aparecer conductas de evitación social, baja autoestima y dificultades para la integración tanto social como laboral.

Resulta esencial la distinción realizada por Thornicroft et al. (2009) entre discriminación experimentada y discriminación anticipada. La primera refiere a las experiencias directas de discriminación que enfrentan las personas con trastornos mentales en diversos ámbitos, las cuales pueden limitar sus oportunidades y afectar negativamente su calidad de vida.

Por otro lado, la discriminación anticipada alude a la expectativa de ser discriminado debido al diagnóstico, lo que puede llevar a las personas a evitar situaciones sociales, de búsqueda de empleo o vivienda, o incluso el acceso a ayuda profesional por temor al rechazo, aun en ausencia de discriminación real (Thornicroft et al., 2009).

De este modo, las personas estigmatizadas gestionan su identidad y sus interacciones sociales mediante estrategias como ocultar el diagnóstico o asumir el estigma y aceptar la etiqueta impuesta por la sociedad, lo que implica una forma de internalización del prejuicio (Goffman, 1963).

Thornicroft et al. (2009) argumentan que tanto el estigma experimentado como el percibido contribuyen significativamente al aislamiento social y a la disminución de la autoestima en las personas con trastornos mentales. Además, subrayan la importancia de desarrollar intervenciones y políticas que aborden estos aspectos del estigma para promover una mayor inclusión y bienestar de estos individuos.

#### **Estigma social**

El estigma social ha sido conceptualizado por Earnshaw et al. (2022) como un proceso social que implica distinguir a las personas en función de sus estatus sociales

(como atributos, enfermedades o identidades) y devaluar, desacreditar y excluir a quienes poseen dichos estatus. Este proceso supone una separación simbólica entre las personas estigmatizadas y aquellas consideradas “normales”.

En esta línea, Goffman (1963) introduce el concepto de identidad deteriorada para referirse a la situación en la que las personas estigmatizadas dejan de ser percibidas como “completas” o “normales” y pasan a ser consideradas como “manchadas”. Esta atribución negativa las ubica en una posición de desventaja social, afectando la manera en que son tratadas y limitando sus oportunidades de participación plena en la vida comunitaria.

### **Estigma estructural**

Autores como Link y Phelan (2001) sostienen que gran parte de la producción sobre estigma se ha concentrado en los aspectos individuales de la experiencia, dejando en segundo plano el análisis de los factores estructurales y de los determinantes sociales que influyen en los procesos de exclusión.

Estos factores configuran lo que denominan estigma estructural, también llamado estigma institucional, el cual refiere al conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas, que restringen los derechos y las oportunidades de las personas con trastornos mentales. De este modo, estas prácticas institucionales legitiman las diferencias de poder y contribuyen a reproducir inequidades y formas persistentes de exclusión social (Link & Phelan, 2001).

En este sentido, Corrigan et al. (2004) señalan que los efectos del estigma institucional pueden ser tanto intencionales como no intencionales. El estigma institucional intencional aparece cuando reglas, políticas o procedimientos de organizaciones públicas o privadas, situadas en posiciones de poder, restringen consciente y deliberadamente los derechos y las oportunidades de las personas con trastornos mentales.

No obstante, también existen políticas cuyas consecuencias generan restricciones para grupos minoritarios sin que haya una intención explícita de discriminar. En estos casos, la discriminación se produce de manera inadvertida, como han planteado Feagin (1978) y Colina (1988, citados en Corrigan et al., 2004).

### 3.4 Impacto en las personas con esquizofrenia

Las personas que presentan esquizofrenia suelen enfrentar vulneraciones a sus derechos humanos tanto en el ámbito institucional como en la comunidad. El estigma asociado a este trastorno se manifiesta de manera intensa y generalizada, lo que propicia la exclusión social y afecta significativamente sus relaciones familiares y redes de apoyo. Esta discriminación estructural también puede limitar el acceso a servicios de salud general, oportunidades educativas, vivienda adecuada y empleo (OMS, 2022).

Muñoz et al. (2009) señalan que, además de las limitaciones propias del trastorno, las personas con patologías mentales enfrentan desconocimiento y prejuicios sociales que exacerbán las dificultades de integración social y laboral. La construcción de una imagen social desfavorable y las conductas de rechazo generan barreras que incrementan el riesgo de aislamiento. Asimismo, estas personas suelen encontrar obstáculos para acceder a educación, empleo y relaciones interpersonales en igualdad de condiciones, de modo que el estigma dificulta seriamente su participación plena en la comunidad (Mascayano et al., 2015).

Además de las conductas de rechazo dirigidas hacia este grupo por parte de su entorno, se suman las repercusiones del autoestigma, un fenómeno que puede conducir al aislamiento social como estrategia para evitar el rechazo, así como a la aparición de baja autoestima, sentimientos de culpa y autocensura. Este proceso se asocia con la internalización de creencias de desvalorización y discriminación, y con un deterioro en la autoestima y la autoeficacia, además de contribuir al empeoramiento de los síntomas (Mascayano et al., 2015).

En otro plano, las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves presentan un riesgo muy elevado de mortalidad prematura. De acuerdo con Díaz del Peral (2017), viven significativamente menos que la población general, principalmente debido a enfermedades cardiovasculares, metabólicas y tumorales. Esto se explica, en parte, por formas de discriminación estructural en la atención sanitaria y por un trato desigual dentro del sistema de salud. Además, existe una tendencia documentada a interpretar los síntomas de sufrimiento físico como manifestaciones de la patología mental (Díaz del Peral, 2017).

De esta forma, algunos profesionales pueden minimizar los síntomas físicos de estas personas, atribuyéndolos erróneamente a su trastorno mental en lugar de realizar un diagnóstico adecuado. Asimismo, un porcentaje considerable de profesionales del área de la salud mental comparte las mismas opiniones y prejuicios que la población general sobre

quienes padecen un trastorno mental grave, lo que evidencia la presencia de sesgos dentro del propio sistema (López et al., 2008).

A su vez, la vergüenza asociada al estigma incide negativamente en la búsqueda de tratamiento y en los procesos de rehabilitación, ya que dificulta tanto el acceso a la atención como la adherencia terapéutica, obstaculizando así la reintegración efectiva a la vida cotidiana. Además, el estigma incrementa el sufrimiento individual y social, lo que puede agravar la evolución y el pronóstico de la enfermedad (Pedersen, 2005).

Asimismo, Link et al. (1989) señalan que las personas diagnosticadas pueden mostrarse menos dispuestas a buscar ayuda debido al temor a la estigmatización y a la falta de confianza en los profesionales de la salud. Esto puede retrasar o impedir la obtención de un tratamiento adecuado y, en consecuencia, empeorar el pronóstico.

En síntesis, el estigma suele repercutir negativamente en el bienestar de las personas que padecen una patología mental, manifestándose en afectaciones en la autoestima, dificultades para sostener los tratamientos y un debilitamiento de las redes de apoyo, lo que profundiza su vulnerabilidad (Mascayano et al., 2015).

Finalmente, si bien los modelos clásicos del estigma permiten comprender los procesos generales de etiquetamiento, prejuicio y discriminación, su aplicación a la realidad uruguaya requiere considerar particularidades históricas, culturales e institucionales del país. Estas teorías ofrecen un marco sólido para identificar mecanismos universales del estigma, pero presentan limitaciones para captar la especificidad del sistema de salud uruguayo, las dinámicas sociales propias del país y las políticas públicas vigentes.

En este sentido, la psicología aporta una perspectiva diferenciada frente a otras disciplinas al centrarse en los procesos subjetivos, clínicos, relaciones e institucionales implicados en la experiencia del estigma, permitiendo articular los fenómenos sociales con sus efectos en la vida psíquica, en la búsqueda de ayuda y en los procesos de rehabilitación. Esta articulación posibilita analizar de forma más precisa cómo estas dinámicas conceptuales se manifiestan en el contexto uruguayo actual.

#### 4 Situación en Uruguay

Según Ginés (1999), en el ámbito de la salud mental en Uruguay existe una carencia significativa de información epidemiológica confiable. Aunque la medicina uruguaya ha demostrado fortaleza en el ámbito clínico, un aspecto débil ha sido el desarrollo de programas de investigación epidemiológica poblacional.

No obstante, se sostiene que ciertos trastornos psiquiátricos presentan una tasa de incidencia universal, que no varía según las culturas ni las condiciones socioeconómicas de cada país; a nivel mundial, se estima que la esquizofrenia y trastornos relacionados afectan entre el 0,5 % y el 1 % de la población. En el caso uruguayo, los datos más recientes de la Dirección General de la Salud (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024) indican que en 2023 se registraron 1.476 egresos hospitalarios con diagnóstico principal de esquizofrenia.

En cuanto al estigma prevalente hacia las personas con esquizofrenia en el contexto nacional actual, si bien la cantidad de estudios e informes es limitada, es posible identificarlo a través de sus múltiples manifestaciones. Entre estas, la institucionalización prolongada es una expresión del estigma estructural prevalente en la sociedad, que limita la autonomía, la inclusión social y la calidad de vida de este colectivo. Esto se traduce en la exclusión social, la segregación y la dificultad para ejercer plenamente los derechos humanos, perpetuando la discriminación hacia las personas con trastornos mentales (Corrigan & Shapiro, 2020).

Históricamente nuestro país ha dependido de instituciones psiquiátricas de larga estadía para alojar a personas con patologías mentales y otras problemáticas sociales, lo que ha contribuido al aislamiento y la marginación de esta población (Casarotti, 2007).

Según Faraone (1993), desde su origen histórico y las justificaciones actuales, los manicomios tienen como objetivo declarado la rehabilitación de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales. Sin embargo, en la práctica institucional subyace otro propósito: el encierro de individuos que representan algún tipo de problemática social.

La reclusión en una Institución psiquiátrica constituye una forma de exclusión la cual lleva implícita una marginación social, por lo tanto, independientemente de los supuestos fines protectores también obstaculiza y distorsiona los procesos constitutivos y de reconstrucción de la sociabilidad de la persona, produciéndose una ruptura y pérdida de las redes vinculares (Faraone, 1993).

A pesar del estigma prevalente en nuestro país, también se han logrado avances significativos en la atención y protección de las personas con esquizofrenia, respaldados por leyes, políticas y programas de salud mental.

La Ley N° 18.335 de Derechos y Obligaciones de los Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (2008), establece los derechos y obligaciones de los pacientes, incluyendo a aquellos con trastornos mentales. Garantiza el derecho a recibir información adecuada sobre su diagnóstico y tratamiento, así como a otorgar su consentimiento informado.

Posteriormente, se promulgó la Ley N° 18.651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad (2010), que establece un marco de protección integral para las personas con discapacidad, incluyendo a quienes presentan trastornos mentales como la esquizofrenia. Esta ley promueve la igualdad de oportunidades, la no discriminación y la plena participación social. Entre sus disposiciones, se destacan medidas orientadas a facilitar el acceso al empleo, la educación y a una atención sanitaria adecuada.

En 2015, el Plan Nacional de Cuidado buscó garantizar el derecho al cuidado de todas las personas en situación de dependencia, incluyendo aquellas con trastornos mentales graves. Aunque ha enfrentado desafíos y críticas por ciertas limitaciones, representa un esfuerzo por abordar las necesidades de cuidado de diversas poblaciones.

De forma reciente, la Ley de Salud Mental N°19.529, promulgada en 2017, representa un avance significativo en la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales graves. Esta normativa impulsa un enfoque basado en la atención comunitaria, promoviendo la desinstitucionalización y la integración social de dichas personas. Asimismo, establece la integración de servicios de salud mental en hospitales generales y la atención comunitaria, con el fin de evitar la segregación. No obstante, a ocho años de su promulgación, la implementación de esta ley continúa enfrentando diversos obstáculos.

En consonancia con la Ley N° 19.529, se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, impulsado por el MSP, alineándose con los principios establecidos en la Ley de Salud Mental de 2017. Este plan tiene como objetivo la transición de un modelo de atención asilar a uno comunitario, apuntando a la progresiva eliminación de las instituciones monovalentes, fomentando la creación de dispositivos de salud mental alternativos insertos en la comunidad, con especial énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud, centrado en un enfoque integral, centrado en la persona, interdisciplinar e

intersectorial, que propicie la autonomía e integración en comunidad de las personas con trastornos mentales (MSP, 2020).

## **5 El papel de la psicología en la reducción del estigma**

### **5.1 Primer nivel de atención: promoción y prevención de la salud**

Una de las claves imprescindibles para combatir el estigma hacia los trastornos mentales es intervenir desde el primer nivel de atención, haciendo especial énfasis en la promoción y prevención a través de un enfoque comunitario (MSP, 2020).

La OMS (2025) plantea que:

Las intervenciones de promoción y prevención se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental y pueden ir dirigidas a individuos, grupos específicos o poblaciones enteras (párr. 11).

Por su parte, Levcovitz et al. (2011) proponen que el primer nivel de atención se enfoca en la comunidad y su entorno, y se encarga de coordinar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los espacios cotidianos de la población como el hogar, la escuela o el trabajo, manteniendo un vínculo cercano con las personas, las familias y los grupos sociales, e impulsando su participación activa y organizada.

La estrategia se dirige principalmente a los determinantes sociales con mayor repercusión en la salud de la población, como la exclusión social. Para ello, promueve acciones colectivas orientadas a transformar el entorno, impulsar hábitos de vida más saludables y fortalecer las capacidades de la comunidad mediante procesos de empoderamiento. Su componente central es la participación comunitaria y social de manera continua y sostenida (Levcovitz et al., 2011).

En el contexto nacional, el Parlamento de Uruguay (2007) señala que abarca un conjunto de acciones orientadas a las personas, las familias, la comunidad y su entorno, con el propósito de responder de manera efectiva a las necesidades esenciales de salud y contribuir a mejorar la calidad de vida. Estas acciones se realizan con la participación activa de quienes forman parte del proceso y en estrecha vinculación con su ambiente natural y social.

## 5.2 Intervenciones basadas en la alfabetización en salud mental

La desinformación, los prejuicios y los mitos prevalecientes en la sociedad representan algunos de los principales obstáculos que enfrentan las personas con trastornos mentales graves para su inclusión plena. Frente a esta problemática, la psicoeducación constituye una herramienta clave para fomentar una comprensión más adecuada de la salud mental y disminuir el estigma asociado (Hernández, J & Maya Sánchez, 2020).

Godoy et al. (2020) consideran que la psicoeducación constituye una estrategia terapéutica dirigida a pacientes y sus familiares, que proporciona información específica sobre la enfermedad, su tratamiento y pronóstico, fundamentada en evidencia científica actual y relevante para un abordaje integral de la patología. Este concepto se desarrolló, en parte, a partir del trabajo de George Brown en 1972 con familias de personas con esquizofrenia, quien observó que ciertos estilos de interacción familiar se relacionaban con un aumento en la frecuencia de recaídas en personas con trastornos mentales graves.

Jorm (2022) introduce el concepto de alfabetización en salud mental como una forma de entender la psicoeducación en la comunidad, subrayando la relevancia de adquirir conocimientos y habilidades que permitan identificar, manejar y prevenir trastornos mentales en la misma. Impulsar esta alfabetización supone ofrecer información comprensible y accesible que capacite a las personas para enfrentar problemas de salud mental, disminuyendo el estigma y favoreciendo la inclusión social.

Sin embargo, Corrigan y Kosyluk (2021) han demostrado que las intervenciones basadas únicamente en brindar información—como las campañas educativas sobre salud mental—pueden tener un efecto limitado en la reducción del estigma, por ello, se vuelve fundamental complementar estas acciones con intervenciones focalizadas en receptores específicos, adaptando los mensajes a sus contextos y roles particulares para lograr un mayor impacto.

Por esta razón, es importante seleccionar cuidadosamente los destinatarios de estas campañas, entre los que se incluyen distintos colectivos, como profesionales del ámbito sanitario, policías, docentes, periodistas, estudiantes, empresarios, entre otros. Dirigirse a grupos específicos permite adaptar el mensaje a su forma de comprensión, adecuando el lenguaje, los recursos y los medios empleados, lo que facilita un contacto más directo y efectivo (Confederación Salud Mental España, 2013).

En esta línea, Jorm (2022) sostiene que la educación sobre salud mental debe ser continua y adaptada culturalmente para ser efectiva, considerando las diferencias sociales y culturales que influyen en las percepciones y actitudes hacia la enfermedad mental.

En Uruguay, la campaña 'Salud Mental Sin Prejuicios' fue impulsada por la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP) y la Fundación 'Caminantes', integrada por familiares de personas con trastornos psiquiátricos. Cuenta con el respaldo del MSP, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (ASSE, 2016).

Su objetivo es visibilizar, concienciar y sensibilizar a la ciudadanía, promoviendo una nueva mirada sobre la salud mental mediante la difusión de conceptos clave y herramientas que permitan reflexionar sobre el tema e incorporarlo a la vida cotidiana. La iniciativa busca fomentar la apertura, la integración, la atención, la comprensión y el apoyo de la comunidad hacia las personas con trastornos mentales y sus familias, contribuyendo así a reducir el estigma y a coordinar acciones que favorezcan el desarrollo de una sociedad más inclusiva (ASSE, 2016)

Entre 2021 y 2024, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) ha lanzado campañas anuales durante el mes de la salud mental con el objetivo de sensibilizar a la sociedad uruguaya y promover un enfoque integral y comunitario de la salud mental.

En 2021, la campaña "Hablemos de salud mental" buscó fomentar el debate y la reflexión sobre la temática desde una perspectiva de derechos humanos (INDDHH, 2021). En 2022, "Hagamos de la Salud Mental una Prioridad" promovió la sensibilización y la desestigmatización, destacando los avances del Plan Nacional de Salud Mental (INDDHH, 2022).

En 2023 y 2024, la campaña "La salud mental solo se construye en comunidad" consolidó el cambio de paradigma en la percepción y atención de la salud mental, difundiendo materiales educativos, instalando espacios de participación y resaltando el vínculo de la salud mental con derechos humanos, justicia social, educación, trabajo, género y diversidad (INDDHH, 2023; INDDHH, 2024).

El programa "Ni Silencio Ni Tabú", implementado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) con el apoyo de UNICEF y MSP, busca promover el bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes en Uruguay mediante acciones de sensibilización, educación y atención directa (INJU, 2025).

Entre sus principales estrategias incluyen campañas de comunicación y formación de adultos referentes, producción de conocimiento para generar políticas basadas en evidencia y articulación interinstitucional para asegurar la coordinación de todas las acciones. Desde 2023, el programa forma parte del Plan Nacional para el Abordaje de la Salud Mental y Adicciones, contando con presupuesto propio y alcance nacional (INJU, 2025).

Estas campañas en Uruguay evidencian un compromiso estatal con la temática, aunque presentan limitaciones significativas. La mayoría se concentran en fechas puntuales, principalmente durante el mes de la salud mental en octubre, lo que atenta contra su continuidad y sostenibilidad en el tiempo, lo que constituye un elemento imprescindible para tener un impacto verdadero (Confederación Salud Mental España, 2013).

Una excepción destacable es el programa “Ni silencio ni tabú”, que se mantiene de forma sostenida y aporta valor agregado al combinar la sensibilización con la formación de adultos referentes, favoreciendo así un componente clave como lo es el trabajo con receptores específicos (Confederación Salud Mental España, 2013; Corrigan & Kosyluk, 2021). Sin embargo, en general no se realizan evaluaciones que permitan medir su impacto real sobre el estigma hacia los trastornos mentales, y aunque constituyen avances relevantes, estas campañas suelen ser de carácter amplio, sin contemplar de manera específica la esquizofrenia.

### **5.3 Intervenciones basadas en el contacto social**

El concepto de contacto social según Corrigan y Penn (1999) se refiere a la interacción entre personas con y sin trastornos mentales, como una estrategia para reducir el estigma. La idea central es que el contacto directo o indirecto puede cambiar las percepciones y actitudes de los estigmatizadores hacia las personas que padecen un trastorno mental. Este contacto puede promover una mayor comprensión y empatía, lo que, a su vez, disminuye los prejuicios y la discriminación.

Diversos estudios han mostrado que las intervenciones que incluyen contacto directo entre la población general y personas con trastornos mentales son más efectivas para reducir el estigma que aquellas centradas únicamente en la transmisión de información. El contacto posibilita experiencias emocionales, humanas y empáticas, que modifican más profundamente las actitudes estigmatizantes (Corrigan & Kosyluk, 2021).

De acuerdo con la teoría del Contacto Intergrupal (Allport, 1954), la interacción con personas con esquizofrenia puede reducir los prejuicios prevalecientes en la sociedad.

Para que este contacto sea efectivo, debe cumplir con cuatro condiciones: igualdad de estatus, de modo que no exista una jerarquía clara entre los miembros de los grupos en términos de poder, influencia o recursos; objetivos comunes, que ayuden a los miembros de cada grupo a percibir a los demás como aliados en lugar de amenazas; cooperación, fomentando la interdependencia entre los grupos a través de un contacto cooperativo y no competitivo; y apoyo institucional, de manera que la intervención cuente con respaldo de normas sociales, leyes o políticas institucionales que promuevan la igualdad y el respeto mutuo. Sin este respaldo, el contacto puede no ser suficiente para cambiar actitudes y comportamientos (Allport, 1954).

La Confederación Salud Mental España (2013) plantea que la educación con contacto ofrece una oportunidad para reconocer que toda persona tiene muchas cualidades y características que hacen a su persona, más allá del diagnóstico o sus problemas de salud mental. Hay que propiciar el descubrimiento de las diferentes facetas de las personas con diagnóstico de salud mental y el hecho que los problemas de salud mental pueden pasar a cualquiera, favoreciendo una reconstrucción de la imagen social del "otro" que permite percibir a las personas con trastornos mentales no desde la enfermedad, sino desde su historia, sus capacidades y sus experiencias de vida. Este enfoque reduce la distancia simbólica y la percepción de amenaza (Corrigan & Kosyluk, 2021).

Penn et al. (2003) encontraron que la exposición a experiencias reales de personas con esquizofrenia, como documentales o testimonios en primera persona, genera mayor empatía y reduce el miedo en la población general.

Asimismo, el uso de narrativas personales de recuperación —ya sea a través de videos, textos o presentaciones en primera persona— permite contrarrestar los estereotipos que vinculan los trastornos mentales con la incapacidad o el peligro. Estas historias muestran procesos de transformación, afrontamiento y agencia personal, constituyéndose en una herramienta poderosa para sensibilizar y educar sobre salud mental (Corrigan, 2021).

El contacto social no solo contribuye a la reducción del estigma social, sino que también puede generar efectos positivos en la persona que comparte su testimonio, fortaleciendo su autoestima y su sentido de pertenencia. De este modo, se trata de una

estrategia bidireccional que fomenta el empoderamiento de quienes participan en estas experiencias (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan & Kosyluk, 2021).

En Uruguay, un ejemplo destacado de este tipo de intervención fue la campaña “Hagamos de la salud mental una prioridad”, desarrollada en 2022 por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el MSP. La iniciativa difundió testimonios reales de personas usuarias de salud mental a través de diversos canales, como televisión, redes sociales y espacios públicos, generando un impacto significativo al visibilizar la voz de quienes tradicionalmente han sido silenciados (INDDHH, 2022).

A su vez, la Radio Vilardevoz, creada en 1997, es un proyecto colectivo de participación, comunicación y salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. Nacido en el Hospital Vilardebó, se constituye como un dispositivo alternativo que, desde la psicología social y comunitaria, utiliza herramientas artísticas y comunicacionales para habilitar y reintegrar socialmente a personas con padecimientos psíquicos (Radio Vilardevoz, s.f.).

Entre sus iniciativas destaca el Proyecto “Rompiendo el Silencio”, ganador del concurso “Comunidades con Voz” del Banco Mundial (2011), basado en los Desembarcos, intervenciones itinerantes que sensibilizan a nivel nacional e internacional mediante la radio en vivo y espacios de expresión colectiva. Su objetivo central es contribuir a la habilitación, problematizar la concepción social de la locura y hacer circular las voces históricamente silenciadas, cuestionando prácticas y representaciones sociales que sostienen la exclusión de quienes atraviesan sufrimiento psíquico (Radio Vilardevoz, s. f.).

Estos proyectos representan un avance muy valioso en la lucha contra el estigma en nuestro país, especialmente la experiencia de Radio Vilardevoz, cuya permanencia en el tiempo constituye un elemento clave para generar un impacto sostenido (Corrigan & Kosyluk, 2021). Asimismo, el trabajo intersectorial con organismos como el MIDES resulta fundamental para ampliar el alcance de estas iniciativas.

Sin embargo, aún no existen evaluaciones sistemáticas sobre el impacto real que estas experiencias tienen en la reducción del estigma hacia las personas con padecimientos psíquicos. En el futuro, sería relevante impulsar propuestas adaptadas a públicos específicos, así como encuentros en espacios comunitarios que favorezcan el contacto social y el intercambio directo (Corrigan & Kosyluk, 2021).

## 5.4 Intervenciones basadas en el empoderamiento y la psicoeducación

La internalización de prejuicios y estereotipos sociales puede llevar a las personas con esquizofrenia a experimentar sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima. Estas vivencias afectan no solo su bienestar emocional, sino también su proceso de recuperación, aumentando el riesgo de aislamiento social. Para abordar esta problemática, se han desarrollado diversas intervenciones psicológicas orientadas a reducir el autoestigma, promoviendo una percepción más positiva de sí mismas y fortaleciendo sus recursos personales (Corrigan & Rao, 2012).

En primer lugar, Yanos et al. (2011) argumentan que la reestructuración cognitiva es muy relevante para reducir el estigma internalizado. El autoestigma puede conceptualizarse como el desarrollo y mantenimiento de creencias inexactas y desadaptativas, la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido adaptada con éxito por diversos investigadores y profesionales para abordar cogniciones desadaptativas en personas con enfermedades mentales graves.

Estos autores desarrollaron una intervención grupal llamada Mejora Narrativa y Terapia Cognitiva para abordar el estigma internalizado en personas con trastornos mentales graves. La intervención combina psicoeducación para ayudar a reemplazar las visiones estigmatizantes sobre la enfermedad mental y la recuperación con hallazgos empíricos, reestructuración cognitiva orientada a enseñar habilidades para desafiar creencias negativas sobre uno mismo, y elementos de psicoterapia enfocados en mejorar la capacidad de una persona para narrar la historia de su vida (Yanos et al., 2011).

Por su parte, Díaz Enciso (2018) argumenta que la psicoeducación debe ser realizada a partir de un modelo participativo o Empowerment cuyo objetivo principal es el “empoderamiento” de la persona, que se transforma en el centro del proceso, de forma activa y dinámica.

El empoderamiento es un proceso social, cultural, psicológico y político mediante el cual personas y grupos pueden expresar sus necesidades, manifestar sus preocupaciones, participar en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones para satisfacer esas necesidades, incluyendo colaborar en la creación de políticas y servicios que les afectan. Así, se genera una mayor alineación entre los objetivos de vida de las personas y los medios para lograrlos (OMS, 2021).

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010), el empoderamiento constituye un aspecto fundamental del desarrollo humano y se entiende

como un proceso mediante el cual las personas asumen control y responsabilidad sobre sus acciones con el fin de alcanzar su máximo potencial. Para el individuo, implica superar situaciones de impotencia y adquirir dominio sobre su propia vida, comenzando por identificar sus necesidades y metas personales, mientras se fortalecen las capacidades y recursos necesarios. Este proceso busca fomentar la autodeterminación y la autonomía, permitiendo a la persona influir en decisiones sociales y políticas, al mismo tiempo que refuerza su autoestima.

En Uruguay, se destacan los talleres de rehabilitación psicosocial impulsados por la Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental, que buscan fomentar la inclusión comunitaria, la promoción de autonomía y mejorar la calidad de vida de las personas con sufrimiento psíquico (Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental [CNASM], s.f.).

El Centro Diurno y sus programas asociados buscan promover la inclusión social y comunitaria de personas con discapacidad psíquica, trabajando sobre sus necesidades de apoyo y funcionamiento psicosocial mediante la Planificación Centrada en la Persona y objetivos individuales (CNASM, s.f.).

En estos programas se brindan apoyos a las familias y vínculos afectivos, y se ofrecen distintos dispositivos como viviendas transitorias (Programa Arrayán) que fomentan la autonomía, y apoyos en pensiones, apartamentos supervisados y domicilios. Para la inclusión laboral, el Programa Ceibo aplica la metodología de Empleo con Apoyo, planificando individualmente la búsqueda, obtención y mantenimiento de empleo en el mercado laboral abierto, en igualdad de oportunidades. La participación de las familias acompaña todo el proceso, reforzando la calidad de vida de las personas (CNASM, s.f.).

Desde una perspectiva psicológica, estas instancias fortalecen la capacidad de agencia de los usuarios, promoviendo el protagonismo en la construcción de discursos alternativos frente al relato hegemónico patologizante (Díaz del Peral, 2017). Esta experiencia se alinea con los aportes de la psicología comunitaria, que subraya la importancia de generar espacios participativos donde los sujetos puedan reconfigurar su identidad más allá del diagnóstico, contribuyendo a la transformación social y la reducción del estigma desde abajo hacia arriba (Corrigan & Kosyluk, 2021).

Por otro lado, Breitborde y Mueser (2013) plantean que de particular interés son las actitudes, comportamientos y la postura emocional de los cuidadores en relación con el funcionamiento clínico o social de sus familiares enfermos. El estudio de la “emoción expresada” de las familias ha recibido la mayor atención, y el hallazgo principal es que la

crítica familiar y la sobreinvolucración emocional están asociadas con un mayor riesgo de recaída en el familiar enfermo (Hooley, 2007).

De acuerdo con Hooley (2007), el constructo de emoción expresada fue desarrollado en la década de 1960 por George Brown, un sociólogo británico. Este autor postula que la hipótesis de que la emoción expresada puede desempeñar un papel causal en el proceso de recaída es consistente con los hallazgos de estudios de tratamiento. Las tasas de recaída en pacientes (que ya están bajo medicación) se reducen considerablemente cuando las familias también reciben intervenciones diseñadas para disminuir los aspectos del comportamiento de alta emoción expresada (Brown et al., 1958, citado en Hooley, 2007).

Hoy en día se acepta ampliamente que la emoción expresada es un constructo bidireccional (Hooley et al., 1995; Hooley & Gotlib, 2000; Hooley et al., 2006, citados en Hooley, 2007). Lejos de ser un constructo que culpa a las familias, la emoción expresada podría considerarse “una medida de un conjunto de problemas en la relación paciente-familiar que son importantes para el proceso de recaída”.

Las intervenciones que mejoran la comunicación familiar y las habilidades para la resolución de problemas tienden a reducir los niveles de emoción expresada y a mejorar el ambiente familiar en general. Las tasas de recaída en pacientes se reducen cuando las familias reciben este tipo de apoyo (Hooley, 2007).

Dichas intervenciones implican proporcionar a los familiares educación sobre la enfermedad, así como mejorar las habilidades de comunicación y de resolución de problemas. A este respecto, Godoy et al. (2020) destacan que la psicoeducación familiar podría promover un cambio en la comprensión que se tiene sobre la enfermedad. Además, expresar aprehensiones, temores e inseguridades en un ambiente contenedor podría disminuir la sobreimplicación emocional, el hipercriticismo y la hostilidad, favoreciendo el acompañamiento ante las dificultades que surgen a partir de la enfermedad.

En Uruguay, la Facultad de Psicología de la Universidad de la República ofrece un curso de formación permanente en Psicoeducación y recursos dirigido a familiares de personas con diagnóstico de psicosis o esquizofrenia (Gonella, 2024).

Este programa se vincula estrechamente con la importancia de la psicoeducación para los familiares, un enfoque fundamental para reducir el estigma y mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus redes de apoyo (Godoy et al., 2020). Además, la psicoeducación fortalece las habilidades de los cuidadores, lo que contribuye a disminuir la sobrecarga emocional y el estrés, factores que inciden directamente en la expresión

emocional y el bienestar general de las personas involucradas (Hooley, 2007; Barlati et al., 2024).

A pesar del valor que presentan estos programas de psicoeducación familiar en Uruguay, se siguen enfrentando barreras como la ausencia de una política pública específica que garantice el acceso universal a estos espacios, lo que hace que su implementación dependa de proyectos acotados y sin continuidad, a desigual distribución territorial de los servicios de salud mental, así como la falta de formación específica de los equipos del primer nivel, limitan la capacidad de respuesta a las necesidades de las familias (Comisión Asesora de Salud Mental, 2024).

A esto se suma una cultura institucional que históricamente ha excluido a las familias del proceso terapéutico, y la escasez de recursos humanos y financieros para sostener programas sistemáticos (Gabay & Fernández Bruno, 2017).

En este sentido, la experiencia del curso ofrecido por la Facultad de Psicología representa un antecedente valioso, pero su escala aún es limitada. Se plantea la necesidad de una inversión sostenida, mayor formación y recursos en el primer nivel de atención, y una transformación cultural que reconozca a las familias no solo como sostén, sino como aliadas en el proceso de recuperación y lucha contra el estigma (Comisión Asesora de Salud Mental, 2024; MSP, 2020).

## **5.5 Intervenciones en los medios de comunicación**

Una de las claves que ayudan a entender la persistencia de los prejuicios y estereotipos asociados a las personas con problemas de salud mental en Uruguay reside en el papel de los medios de comunicación (Pérez Álvarez et al., 2015).

Dado que los medios de comunicación constituyen la principal fuente a través de la cual gran parte de la población obtiene información sobre diversos fenómenos, pueden considerarse un arma de doble filo. Por un lado, poseen un gran potencial para promover la concientización, la información y la sensibilización.

Sin embargo, su interés no siempre radica en transmitir la veracidad de los hechos de manera precisa, sino en generar impacto en el público. En consecuencia, cuando se trata de trastornos mentales graves como la esquizofrenia, los medios suelen recurrir a estrategias como la exageración, el uso de imágenes desconcertantes que no representan la realidad o la enfatización de casos aislados que la audiencia generaliza, prescindiendo de la excepcionalidad de los hechos (Mena Jiménez et al., 2010; Pérez Álvarez et al., 2015).

En virtud de lo mencionado anteriormente, las personas responsables de la producción y difusión de contenidos en los medios de comunicación deben actuar con especial cuidado, estar debidamente informadas y asumir un alto sentido de responsabilidad. Su labor implica retratar de manera precisa y veraz las realidades que serán transmitidas a millones de personas, las cuales servirán de base para la conformación de sus creencias, opiniones y, en consecuencia, de sus comportamientos y actitudes (Iglesias Bocanegra et al., 2018).

Los medios de comunicación pueden contribuir a una representación más justa y respetuosa de las personas con problemas de salud mental mediante el uso de un lenguaje adecuado y no estigmatizante, evitando asociar los trastornos con violencia o imágenes que refuercen estereotipos negativos. Asimismo, pueden promover relatos de recuperación, superación personal y vida cotidiana normalizada, así como fomentar la búsqueda de ayuda como un acto positivo (Mind, 2018).

Es fundamental también colaborar con organizaciones que representan y defienden los derechos de estas personas para ofrecer una imagen más diversa y cercana, brindar espacios para que ellas mismas expresen su voz, abstenerse de difundir información sensacionalista o sin fundamento científico, e implementar mecanismos de monitoreo sobre la calidad de la información e imágenes transmitidas en los medios (Mind, 2018).

Una de las dimensiones menos desarrolladas en Uruguay en la lucha contra el estigma es la intervención sistemática sobre los medios de comunicación, actores clave en la construcción del imaginario social sobre la esquizofrenia. Aunque algunas campañas han promovido una narrativa alternativa centrada en testimonios reales, aún no existen lineamientos públicos ni programas permanentes que capaciten a periodistas y comunicadores en enfoques respetuosos y responsables.

Si bien el país cuenta con iniciativas emergentes, ampliar y sistematizar estas acciones sigue siendo un desafío pendiente para consolidar una cultura mediática inclusiva y reducir efectivamente el estigma asociado a los trastornos mentales graves.

## 6 Conclusiones

El estigma hacia las personas con esquizofrenia en Uruguay constituye una barrera estructural, cultural e interpersonal que limita su derecho a la participación plena en la comunidad, impacta negativamente en su calidad de vida y obstaculiza su proceso de recuperación.

A pesar de los avances normativos, como la Ley N.º 19.529 y el Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027, persisten dispositivos, discursos y prácticas sociales e institucionales que reproducen la exclusión, la discriminación y el silencio, mostrando la tensión entre el marco legal y su implementación efectiva en la vida cotidiana de las personas. Esta brecha evidencia cómo, a pesar de la existencia de un discurso progresista en las políticas públicas, las prácticas cotidianas aún reflejan prejuicios, ausencia de recursos adecuados y persistencia de lógicas excluyentes.

Este trabajo se propuso analizar, desde una perspectiva crítica, situada y comprometida, el papel que puede desempeñar la psicología en la reducción del estigma hacia la esquizofrenia, entendiendo que esta disciplina posee herramientas clínicas, comunitarias y políticas, reconociendo la necesidad de intervenciones multicomponente que operen no solo sobre los síntomas, sino también, y principalmente, sobre las representaciones sociales, institucionales y culturales que condenan a las personas diagnosticadas a una identidad estigmatizada.

Se destaca el abordaje específico desde la psicología, no solo desde su rol clínico tradicional, sino desde su potencial como herramienta de transformación cultural y de defensa de derechos.

La psicología, en tanto campo ético y científico, está llamada a trabajar sobre los determinantes sociales del malestar, a formar profesionales sensibles a los discursos estigmatizantes y a promover prácticas centradas en la autonomía, la recuperación y la dignidad de las personas.

Además, la psicología debe asumir una mirada crítica sobre su propio rol en la producción del estigma, reconociendo que incluso desde su intervención puede contribuir inadvertidamente a reproducir representaciones excluyentes o sesgadas. Este ejercicio de autocrítica potencia su capacidad transformadora y permite diseñar estrategias más conscientes y éticas.

La formación de profesionales de la salud mental adquiere aquí un papel central: deben recibir preparación que les permita identificar y cuestionar los discursos estigmatizantes, integrar la reflexión ética en su práctica y desarrollar competencias para intervenir de manera transformadora.

Asimismo, el trabajo ofrece una mirada específica y contextualizada, realizando una revisión crítica de experiencias locales evaluando su potencial transformador e identificando tanto oportunidades como barreras estructurales aún vigentes.

Este análisis evidencia que, aunque existen políticas y programas que buscan reducir el estigma, muchas de estas campañas presentan limitaciones importantes: carecen de evaluación sistemática de sus impactos, no están dirigidas a públicos específicos, no abordan la esquizofrenia de manera particular y carecen de sostenibilidad en el tiempo. Estas limitaciones refuerzan la necesidad de desarrollar estrategias más focalizadas, evaluadas y sostenibles, adaptadas al contexto uruguayo, que logren un verdadero cambio cultural.

En este marco, se destaca el rol estratégico del primer nivel de atención como espacio privilegiado para la intervención temprana, la prevención del estigma y la construcción de prácticas comunitarias respetuosas de la subjetividad.

Desde esta mirada, se propone implementar estrategias como programas de psicoeducación desde la atención primaria, campañas lideradas por usuarios, capacitaciones obligatorias a profesionales y comunicadores, así como la promoción de la creación e implementación de políticas públicas y leyes que garanticen los derechos, la inclusión y el acceso a servicios adecuados para las personas con esquizofrenia.

Estas acciones deben ser acompañadas de sistemas de evaluación continua y de mecanismos que permitan retroalimentar y ajustar las estrategias de manera basada en evidencia, asegurando su efectividad y pertinencia social.

De esta forma, resulta indispensable generar investigación rigurosa que evalúe la efectividad de las intervenciones y programas anti estigma implementados, con el fin de fortalecer el diseño de futuras estrategias y asegurar que las acciones tengan un impacto real y sostenido en la vida de las personas con esquizofrenia.

Solo mediante un abordaje que combine acción crítica, formación ética y evaluación sistemática será posible consolidar la psicología como un verdadero agente

de transformación social en el contexto uruguayo, capaz de reducir el estigma y promover inclusión, autonomía y derechos.

En síntesis, la lucha contra el estigma hacia la esquizofrenia no es solo una tarea de sensibilización, sino un desafío político, ético y social, donde la psicología debe asumir un rol activo no solo en la atención clínica, sino en la transformación de los sentidos colectivos, en la defensa de los derechos y en la promoción de la ciudadanía plena, con una perspectiva crítica, situada y comprometida con la justicia social.

Porque reducir el estigma no es solo mejorar la imagen pública de un diagnóstico: es restituir el derecho a una vida con sentido, dignidad y comunidad.

## 6. Referencias Bibliográficas

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.

<https://archive.org/details/natureofprejudic00allprich>

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). (2016, 5 de octubre). *Salud Mental Sin Prejuicios*.

<https://www.asse.com.uy/contenido/Salud-Mental-Sin-Prejuicios-9227>

American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Versión en español). American Psychiatric Publishing.

Barlati, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, 37(3), 131–139.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38410981/>

Breitborde, N. J. K., López, S. R., Chang, C., Kopelowicz, A., & Zarate, R. (2009). Emotional over-involvement can be deleterious for caregivers' health: Mexican Americans caring for a relative with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 716–723. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19190836/>

Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P., & Keith, S. J. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163–175. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.163>

Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 153–163.

<https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/histpsiq-casarotti.pdf>

Cisternas, P., Castañeda, N., & Riquelme, R. (2003). El concepto de esquizofrenia en Bleuler a noventa años de su aparición. *Psiquiatría y Salud Mental*, 19(2), 99–111.

<https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/11/03-2-004-El-Concepto-de-esquizofrenia-en-Bleulera-noventa-anos-de-su-aparicion..pdf>

Comisión Asesora de Salud Mental. (2024). Puntos críticos en la implementación de la Ley 19529: La mirada de la Comisión Asesora de Salud Mental. *Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*. [http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2024/09/06\\_asm.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2024/09/06_asm.pdf)

Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental [CNASM]. (s. f.). *Programas*.  
<https://www.cnasm.org.uy/index.php/programas/>

Confederación Salud Mental España. (2013). *Estrategia de lucha contra el estigma en salud mental* [PDF].  
[https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia\\_lucha\\_estigma\\_salud\\_mental.pdf](https://consaludmental.org/publicaciones/Estrategia_lucha_estigma_salud_mental.pdf)

Confederación Salud Mental España. (2013). *Guía de recomendaciones para informar sobre salud mental en los medios de comunicación*. Salud Mental España.  
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guia-medios-recomendaciones-informar-salud-mental.pdf>

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776.  
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>

Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 231–248). American Psychological Association.  
<https://huskiecommons.lib.niu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2043&context=allfaculty-peerpub>

Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371205700804>

Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2020). Measuring the impact of stigma in mental illness: Historical perspectives and contemporary strategies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 867–875. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20674114/>

Corrigan, P. W., & Kosyluk, K. A. (2021). Narrative and contact-based approaches for reducing public stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *Stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4318124>

Díaz del Peral, D. (2017). Recuperación y estigma. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 81(2), 127–144. [https://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05\\_CONF\\_2.pdf](https://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/01/05_CONF_2.pdf)

Díaz Enciso, C. (2018). *Efectividad de un programa psicoeducativo en el empoderamiento de los pacientes con esquizofrenia* (Trabajo fin de grado). *Nure Investigación*, 15(95).

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1385>

Earnshaw, V. A., Watson, R. J., Eaton, L. A., Brousseau, N. M., Laurenceau, J. P., & Fox, A. B. (2022). Integrating time into stigma and health research. *Nature Reviews Psychology*, 1(4), 236–247. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00034-2>

Faraone, S. A. (1993). Desmanicomialización: Notas para un debate sobre los procesos de transformación de las instituciones psiquiátricas asilares. *Margen*.

<https://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>

Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica* (A. Uceda, Trad.). Ediciones Siglo XXI.

<https://archive.org/details/michel-foucault-historia-de-la-locura-en-la-epoca-clasica-fon>  
[do-de-cultura-economica-1998](https://archive.org/details/michel-foucault-historia-de-la-locura-en-la-epoca-clasica-fon)

Gabay, P. M., & Fernández Bruno, M. (2017). La evolución histórica de los paradigmas de atención en psiquiatría. *Revista Vértice*, 28, 344–352.

<https://doi.org/10.5172/jamh.11.1.39>

<https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/422/360>

Ginés, Á. (1999). *La salud mental en Uruguay*. Sindicato Médico del Uruguay.

<https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias98/art10.htm>

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.

<https://archive.org/details/goffman-erving.-estigma-la-identidad-deteriorada-2006>

Gonella, A. (2024). *Psicoeducación y recursos para familiares de personas con diagnóstico de psicosis o esquizofrenia (Virtual)*. Facultad de Psicología, Universidad de la República. <https://psico.edu.uy/node/18583>

Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329–352.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236>

Iglesias Bocanegra, L. (2018). *Estigma y tratamiento del trastorno mental en los medios de comunicación* (Trabajo de Fin de Grado, Grado en Logopedia, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid). UVADoc.  
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31096/TFG-M-L1298.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2021).  
*Hablemos de salud mental.*  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/campanas/hablemos-salud-mental>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2022).  
*Campaña Salud Mental 2022: Hagamos de la Salud Mental una Prioridad.*  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/campanas/campana-salud-mental-2022-hagamos-salud-mental-prioridad>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2023).  
*Campaña Salud Mental 2023: La salud mental solo se construye en comunidad.*  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/calendario-actividades/lanzamiento-campana-salud-mental-2023>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2024, 1 de octubre). *Campaña 2024 de Salud Mental.*  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/campanas/campana-2024-salud-mental>

Instituto Nacional de la Juventud (INJU). (2025). *Programa Ni Silencio Ni Tabú.*  
<https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/programa/programa-ni-silencio-ni-tabu>

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243.  
<https://doi.org/10.1037/a0025957>

Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D., & Fernández Galeano, M. (Eds.). (2011). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas.* Organización Panamericana de la Salud. [Organización Panamericana de la Salud](https://www.paho.org/uruguay/2011/09/01/atencion-primaria-de-salud-en-uruguay-experiencias-y-lecciones-aprendidas)

Ley N.º 19.529, Ley de Salud Mental. (2017). República Oriental del Uruguay.  
<https://www impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400–423. <https://doi.org/10.2307/2095613>

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

López Álvarez, M., Laviana Cuetos, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43–83.  
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352008000100004>

Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.007>

Magallares Sanjuan, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicología*, 13(2), 7–17.  
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.816>

Mena Jiménez, A. L., Bono del Trigo, Á., López Pardo, A., & Díaz del Peral, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 597–611. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000400004>

Mind. (2018). *Media guidelines: Reporting on mental health*. Mind.  
<https://www.mind.org.uk/media/u2dnynhm/mind-media-guidelines-talking-about-mental-health.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental: Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS*.  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\\_Empoderamiento\\_OMS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Montevideo: MSP.  
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%202020-2027%20aprobado.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2024, 12 de setiembre). *Documento 12/001/3/5312/2024, Actuación 6 14. Dirección General de la Salud, Montevideo, Uruguay.*  
[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2024-10/REF.%205312%202024\\_removed.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2024-10/REF.%205312%202024_removed.pdf)

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental.* Editorial Complutense.  
[https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma\\_y\\_enfermedad\\_mental\\_analisis\\_del\\_rechazo\\_social\\_que\\_sufren\\_las\\_personas\\_con\\_enfermedad\\_mental.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.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>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Glosario de promoción de la salud* (3.ª ed.). Organización Mundial de la Salud.  
[https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/10865/GLOSARIO\\_Promoción\\_de\\_la\\_Salud\\_OMS\\_2021\\_v3.pdf](https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/10865/GLOSARIO_Promoción_de_la_Salud_OMS_2021_v3.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Esquizofrenia.*  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11).* <http://listinet.com/biblioteca/7102-1433832680.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 24 de septiembre). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* [Hoja informativa].  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Parlamento del Uruguay. (2007). Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/36>

Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 28(1), 55-63.  
[https://www.researchgate.net/publication/281364699\\_Estigma\\_y\\_exclusion\\_en\\_la\\_enfermedad\\_mental\\_Apuntes\\_para\\_el\\_analisis\\_e\\_investigacion](https://www.researchgate.net/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion)

Penn, D. L., Chamberlin, C., & Mueser, K. T. (2003). The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 383–395.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007012>

Pérez Álvarez, C., Bosqued Molina, L., Nebot Macías, M., Guilabert Vidal, M., Pérez Zaera, J., & Quintanilla López, M. A. (2015). *Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(128).  
<https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002>

Radio Vilardevoz. (s. f.). *Qué es Vilardevoz*. [https://radiovilardevoz.org/?page\\_id=207](https://radiovilardevoz.org/?page_id=207)

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 143–148.  
[https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-463420120001000227&script=sci\\_artext](https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-463420120001000227&script=sci_artext)

Stucchi-Portocarrero, S. (2013). Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 218–223.  
<https://doi.org/10.20453/rnp.v76i4.1170>

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)

Vásquez Villegas, G. A. (2010). *Estrés, vulnerabilidad y resiliencia: Enfoque clínico*. Revista Médica Vozandes, 21(1). Recuperado de  
<https://revistamedicavozandes.com/media/2010/V2010v21n1P-REVISION.pdf>

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 576–595.  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3191919/>

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability–stress model of schizophrenia: A conceptual integration. *Psychological Review*, 84(3), 549–572.

[https://www.researchgate.net/profile/Paul-Dessauer/post/Why\\_do\\_many\\_delusions\\_and\\_hallucinations\\_have\\_paranoid\\_or\\_persecutory\\_content/attachment/59d62e6cc49f478072e9f04e/AS%3A273575376818183%401442236860792/download/zubin77.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paul-Dessauer/post/Why_do_many_delusions_and_hallucinations_have_paranoid_or_persecutory_content/attachment/59d62e6cc49f478072e9f04e/AS%3A273575376818183%401442236860792/download/zubin77.pdf)