

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES

Suplemento

1.

Número 1 | Volumen 33 | JULIO 2022





Línea
Neurociencias

PRESENTAMOS NUESTRA COMPLETA LÍNEA DE **ANTIDEPRESIVOS**

Atenix
SERTRALINA 25/50/100 mg

Sertralina

25 mg x 30 comp. recub.
50 mg x 30 y 60 comp. ran.
100 mg x 30 comp. ran.

PAMI

IOMA

pap



Faxpris
DESVENLAFAXINA 50 - 100 mg

Desvenlafaxina

50 - 100 mg
x 30 comp. recubiertos.

PAMI

IOMA

pap



Odranal
Bupropion 150 mg
Liberación Controlada

Bupropion

150 mg x 30 y 60 comp. recub.
de liberación controlada

PAMI



MIRTAZAPINA 30 mg
COMENTER

Mirtazapina

30 mg x 30 comp. ran.

PAMI



Información Disponible Para Profesionales: **Departamento Médico Raffo: Tel (011)4509-7100**
Complejo Urbana 1 - Int. Cnel. Amaro Ávalos 2829 - 3º Piso (B1605 EBQ) Munro/Vte. López/Pcia. de Bs. As.

WWW.RAFFO.COM.AR

REDACCIÓN.

Director

Juan Carlos Stagnaro
(Universidad de Buenos Aires).

Sub-directores

Santiago Levín
(Universidad de Buenos Aires).

Martín Nemirovsky
(Proyecto Suma).

Daniel Matusevich
(Hospital Italiano de Bs. As.).

Directores asociados

América Latina
Cora Luguercho.

Europa
Dominique Wintrebert,
Eduardo Mahieu, Martín Reca,
Federico Ossola.

EE. UU. y Canadá
Daniel Vigo.

Comité científico

Argentina: L. Almirón, M. Cetkovich Bakmas, A. Goldchluk, J. Nazar, J. Pellegrini, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, A. Sassatelli, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, M. A. Vera, H. Vezzetti. **Bélgica:** J. Mendlewicz. **Brasil:** J. Mari. **Colombia:** R. N. Córdoba. **Chile:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **España:** R. Huertas, V. Baremlit. **Francia:** Th. Tremine, B. Odier. **Italia:** F. Rotelli. **México:** S. Villaseñor Bayardo. **Perú:** R. Alarcón. **Reino Unido:** G. Berrios. **Suecia:** L. Jacobsson. **Suiza:** Nelson Feldman **Uruguay:** H. Casarotti, A. Lista. **Venezuela:** C. Rojas Malpica.

Consejo de redacción

Martín Agrest (Proyecto Suma), **Norberto Aldo Conti** (Hospital “José T. Borda”), **Juan Costa** (Cesac 6 y 24, Hospital “P. Piñero”), **Natalia Fuertes** (Hospital Italiano de Buenos Aires), **Gabriela S. Jufe** (Consultor independiente), **Alexis Mussa** (Consultor independiente), **Esteban Toro Martínez** (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación), **Fabián Triskier** (PAMI e INECO).

Comité de lectura

Eduardo Leiderman, Ernesto Walhberg, Silvia Wikinski.

Comité de redacción

Secretario: Martín Nemirovsky.

Daniel Abadi, Adriana Bulacia, Julián Bustin, José Capece, Pablo Coronel, Sebastián Cukier, Irene Elenitza, Laura Fainstein, Aníbal Goldchluk, Sergio Halsband, Luis Herbst, Edith Labos, Elena Levy Yeyati, Silvina Mazaira, Mariana Moreno, Mariano Motuca, Nicolás Oliva, Federico Pavlovsky, Ramiro Pérez Martín, Eduardo Ruffa, Diana Zalzman, Judith Szulik, Juan Tenconi.

Corresponsales

México: María Dolores Ruelas Rangel. **Colombia:** Jairo González. **Venezuela:** Miguel Ángel De Lima Salas. **Francia:** Eduardo Mahieu. **Reino Unido:** Catalina Bronstein.

CONTENIDO.

INTRODUCCIÓN	4
PROCESO QUE INVOLUCRA A LA DESINFORMACIÓN SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES Y EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS	5
COMPONENTES DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES: COGNITIVO, EMOCIONAL Y CONDUCTUAL	7
TIPOS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES	10
INVESTIGACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL	10
INTERVENCIONES SOBRE EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES	14
COMENTARIOS FINALES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

Suplemento de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría,
Reg. Nacional de la Propiedad Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 2718-904X (versión en línea). Hecho el depósito que marca la ley.
Todos los derechos reservados.
© Copyright by VERTEX. VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación trimestral de Polemos SA.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable.
Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Coordinación de edición: Carolina Pangas - editorial@polemos.com.ar

Diseño y diagramación: D.I. Pilar Diez mdpdiez@gmail.com

Imágen de tapa: Dry cooler garden (1921) Paul Klee - dominio público - www.rawpixel.com

PRESENTACIÓN

El estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales se deben principalmente a las ideas erróneas y muy extendidas sobre la naturaleza, causas y tratamientos de los mismos.

En los hechos, la desinformación sobre los trastornos mentales se combina con una visión sesgada y desfavorable que tiene la sociedad sobre ellos, lo que conduce al estigma y la discriminación.

El proceso que fusiona este enfoque estigmatizante y discriminatorio con la desinformación sobre los trastornos mentales, contribuye a una baja prioridad de la salud mental en la opinión de todos los miembros de la sociedad, ocasionando una robusta y persistente brecha para el acceso a la atención sanitaria y los cuidados extrasanitarios, tanto para la promoción como para la prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social de las personas que padecen los trastornos.

Un concepto clave para combatir el estigma y la discriminación es adquirir conciencia social sobre el hecho de que los trastornos mentales son reales, comunes, con frecuencia severos pero tratables, y también que si no se tratan son más costosos en pérdida de la calidad de vida y productividad para la sociedad, incapacitantes y en muchos casos físicamente devastadores y mortales.

Por la importancia del tema hemos solicitado a un calificado grupo de autores la redacción del presente Suplemento como parte de las campañas que llevan adelante junto a agrupaciones de familiares, y a fin de actualizar la información sobre un tópico tan fundamental para el quehacer cotidiano de los psiquiatras y para la Salud Pública.

Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro

Profesor consulto titular
Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires

Agradecimientos: a los revisores del documento: miembros de Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia de La Plata (AAFE) y de la Mesa de trabajo de Salud Mental de la Secretaría de Relaciones Interinstitucionales de la Universidad Nacional de La Plata, Magister en comunicación social Marianela Suárez y a los médicos psiquiatras Ricardo Corral y Manuel Vilapriño Duprat.



EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS MENTALES

Pedro Rafael Gargoloff

Médico especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Fundador y colaborador de la Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia de La Plata. Ex asesor de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Eduardo A. Leiderman

Médico especialista en Psiquiatría. Médico de planta del Hospital de emergencias psiquiátricas Torcuato de Alvear. Docente de pregrado y postgrado en la Universidad de Buenos Aires y en la Universidad de Palermo.

María Delia Michat

Médica especialista en Psiquiatría. Docente de Clínica Psiquiátrica y Psicofarmacología en el Instituto Superior de Formación de postgrado (APSA). Colaboradora de la Asociación de Ayuda de Familiares de personas con Esquizofrenia de La Plata.

Pedro Damián Gargoloff

Médico especialista en Psiquiatría y Psicología Médica. Colaborador de la Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia de La Plata. Presidente del Capítulo de Psicofarmacología de APSA.

Introducción

Los trastornos de la salud mental y los cuidados que ellos motivan pueden incidir, casi siempre negativamente, en la vida de las personas que los padecen y de aquellos con quienes conviven. Muchas veces este impacto negativo no está causado por los síntomas o las consecuencias de los mismos trastornos mentales sino por la desinformación, por un lado, y la visión sesgada y desfavorable que tiene la sociedad en su conjunto acerca de ellos, por otro. Es esta visión errónea y negativa la que se identifica como estigma y discriminación.

El proceso que combina ese enfoque estigmatizante y discriminatorio hacia quienes padecen trastornos mentales y sus familiares, más la desinformación sobre dichos padecimientos, conduce desafortunadamente a un reducido interés por la salud mental por parte de la mayoría de los integrantes de la sociedad, generándose así una fuerte y persistente brecha para el acceso a la atención sanitaria y los cuidados extra sanitarios, ya sea en la prevención, la asistencia, la rehabilitación o la reinsertación social de las personas con trastornos mentales (ver Figura 1).

La discriminación por padecer un trastorno mental y la consecuente exclusión de la vida en la comunidad son fenómenos frecuentes, que se observan en diversos ámbitos como la educación, el trabajo, la vivienda y la recreación, y hacen impacto negativamente en los vínculos familiares y sociales. Las personas con trastornos mentales sufren frecuentemente al ser víctimas de agresiones físicas y suelen enfrentarse a restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles así como a menores oportunidades para acceder a la atención sanitaria. La consecuencia es que muchas personas con trastornos mentales no logran una recuperación plena, acorde con sus potencialidades, ni logran su deseada reinsertación social.

Los factores que han intervenido para que el avance en el conocimiento científico no se corresponda con una mejora proporcional de los cuidados son muchos y de causas muy distintas. Entre otros, se destaca el rol relevante que juegan, como se dijo antes, el estigma y la discriminación, sumados a la desinformación, para inducir esta deficitaria rémora en la atención de los trastornos mentales. Por ello, reducirlos resulta ser una tarea crítica para la mejora global de la salud mental de la población, del bienestar y la calidad de vida que todos merecen y se les debe procurar, siendo por ello una responsabilidad irrenunciable de todos los miembros de la comunidad (Desviat, 2012).

En consecuencia, las estrategias para reconocer y reducir el estigma y la discriminación relacionados con los trastornos mentales por parte de la sociedad son fundamentales para mejorar la integración social de las personas que padecen esta condición de salud a fin de mejorar las

Figura 1.



relaciones interpersonales significativas, tener roles sociales satisfactorios, acceder de manera segura y a largo plazo a los tratamientos más efectivos disponibles, a la educación y a un trabajo digno (Alonso Suárez, 2009; OMS, 2022).

Además, para aspirar a una mejora en el acceso a la salud y sus resultados así como al respeto a sus derechos, la comunidad toda debe intervenir, de tal modo que quienes sufren trastornos mentales y sus familiares perciban en los hechos que realmente no están solos. En esta línea, Levav y Thornicroft propusieron hace muchos años una matriz de intervenciones según objetivos, que tiene plena vigencia actual: bajo la consigna de que la intervención clínica en salud mental no es suficiente, se debe ampliar el foco de los tratamientos de la persona enferma a la familia, a los miembros de la comunidad (líderes políticos y religiosos, exponentes del espectáculo), a la sociedad en toda su amplitud, a los medios de comunicación y al sistema sanitario en toda su amplitud, destacando que la lucha contra el estigma y la discriminación es uno de los pilares para el logro de una salud mental para todos (Levav, 1992; Thornicroft, 1994).

Proceso que involucra a la desinformación sobre los trastornos mentales y el estigma y la discriminación asociados

El proceso generador de estigma y discriminación se fundamenta en la asociación secuencial de tres componentes: *el cognitivo*, expresado en una etiqueta social o un rótulo de valor negativo que se aplica a una persona por su estilo de vida, por su pertenencia a una determinada clase social, género, identidad sexual, estado civil, laboral, o por padecer una enfermedad física o mental. Habitualmente dicha etiqueta social se origina en una creencia errónea como, por ejemplo: “Alguien que padece esquizofrenia es impredecible y peligroso”.

El segundo componente es el *emocional*. Éste surge por asociación y consecuencia del anterior y constituye el verdadero estigma: “*Por padecer esquizofrenia y ser peligroso, le temo*”.

Finalmente, se desprende el componente *conductual*, que se manifiesta en la discriminación expresada en descalificación, desatención y maltrato, desprecio por los derechos del discriminado que induce a su segregación y posible confinamiento. En el ejemplo descrito: “*Lo quiero lejos*”.

1. Desinformación

Para introducir el tema debe comenzar por cinco conceptos clave: los trastornos mentales son reales, comunes, frecuentes, severos y tratables. La desinformación sobre la salud y la enfermedad mental incluye el desconocimiento (tanto por parte de los propios pacientes como de su entorno) de que los trastornos mentales tienen una elevada frecuencia, que son tan reales como las enfermedades físicas y tienen un importante impacto individual, familiar y social. También se ignora o minimiza la existencia de tratamientos efectivos y accesibles y se omiten las devastadoras consecuencias a esperar, si estas personas no reciben los cuidados y tratamientos apropiados, oportunos y por todo el tiempo que lo requieran.

Una primera aproximación al problema del estigma y la discriminación asociada a los trastornos mentales requiere resaltar la elevada frecuencia de éstos así como su evolución frecuentemente prolongada.

Son tan frecuentes y persistentes que, lo percibamos o no, todos nos vemos afectados; ya sea directamente por padecerlo nosotros mismos o porque alguien próximo a nosotros a quien amamos o brindamos el cuidado que requiere según sus necesidades lo sufre, porque vivimos cerca de alguien que lo padece o trabajamos con quien lo experimenta.

Por esta razón, al afirmar que “*Los trastornos mentales afectan a mucha gente*”, se está diciendo la mitad de la verdad; mientras que aseverar que “*Los trastornos mentales afectan a todas las personas*”, constituye, realmente, toda la verdad. Cuando las personas comprenden que la mayoría de quienes conocen, o que ellos mismos, experimentarán algún trastorno mental durante su vida, es entonces cuando el problema se les torna importante, porque se convierte en un asunto de “*nosotros*”, y no solo de “*ellos*”; y será entonces cuando irrumpirá la necesidad en cada persona de intervenir, de hacer algo para aliviar (aliviarnos) de esa pesada carga.

Se ha estimado que aproximadamente la mitad de la población estadounidense experimenta alguna enfermedad mental en el transcurso de su vida (Kessler, 2007); otra forma, simple pero contundente de ex-

presarlo, es decir que la probabilidad de tener una enfermedad mental son casi las mismas que las de ser una mujer (o un hombre). Los trastornos mentales más comúnmente identificados en esta última publicación son los trastornos del humor, de ansiedad y por consumo de sustancias (Kessler, 2007). En Argentina, más de una de cada seis personas experimentan trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de sustancias o alcohol en el último año (Stagnaro, 2018a y b).

¿Qué muestran las comparaciones de la frecuencia de las enfermedades médicas no transmisibles, incluyendo todas las formas, leves y transitorias a las más severas y crónicas? Que a lo largo de la vida alrededor de un 90% de personas presentarán un episodio de hipertensión arterial, 45% una enfermedad cardíaca, 40% diabetes y otro tanto cáncer, y, un 50% trastornos mentales. Esto permite resaltar cuán comunes son los trastornos mentales en el contexto del total de las enfermedades médicas más frecuentes.

¿Es posible aseverar que las enfermedades mentales son reales? Por supuesto que sí; por ejemplo, la evidencia sólida y consistente que apoya una base genética para la esquizofrenia, ratificando así su condición de enfermedad “real”. Los estudios demuestran que el riesgo de desarrollar esquizofrenia para los familiares si un pariente padece esquizofrenia va de un 5% si un abuelo la padeció, al 13-17% si un hermano fue el enfermo, hasta el 46% si es hijo de ambos padres con esquizofrenia, con un mayor riesgo, del 48%, para gemelos idénticos, quienes tienen el 100% de su ADN en común. También que cuando ambos gemelos idénticos se crían con padres adoptivos, el riesgo sigue siendo prácticamente el mismo que los criados separados por diferentes padres adoptivos.

En cuanto al impacto individual, suele no reconocerse la desesperanza que agobia a quien padece una depresión y ve como única solución el suicidio, el tremendo e incomprensible sufrimiento de la persona en plena crisis de pánico, y tampoco la angustia extrema y el terror que acompaña a quien presenta un delirio de persecución con alucinaciones amenazantes durante una crisis psicótica.

¿Cómo aparece la culpa consecuente a ser incomprensido como persona con un trastorno mental? Basta imaginar a alguien tan desesperado y atormentado que intenta suicidarse y lo llevan a un hospital, y que en esas circunstancias sus amigos le dicen que no hay razón para estar así y que, si se lo deriva a una sala de emergencia, el personal sanitario lo trata sin empatía y hasta con desprecio. Imaginemos ahora la vergüenza y el caos en que se siente alguien que está apesadumbrado por una crisis de ansiedad y que tanto familiares, amigos y médicos de emer-

gencia adonde fue derivado, le dicen que “no tiene nada”, “que se la va a pasar”, “que salga, que se distraiga”. Las personas con enfermedades mentales y sus familias le dirán que el dolor por esta culpa injusta puede ser tan malo como el dolor por sufrir la enfermedad, igual de traumático y más destructivo.

El impacto en la familia se observa en el sufrimiento persistente y el estrés agudo por la enfermedad de un ser querido, además de lamentar la disrupción en la rutina hogareña, las restricciones en las actividades sociales de todo el grupo familiar y los mayores costos, sobre todo los relacionados con la pérdida de la capacidad laboral. Quienes cuidan a personas con trastornos mentales dedican, en promedio, 32 horas semanales a brindar esta atención, que es no remunerada e ignorada por la sociedad (Fuller, 2016).

El impacto en la sociedad, también expresa las consecuencias de los trastornos mentales, que son enfermedades poco representadas en las estadísticas sanitarias de morbilidad. Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY, *Disability Adjusted Life Years*, por sus siglas en inglés), es una medida de carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura. Los trastornos mentales, como grupo, son la primera causa entre todas las enfermedades en años perdidos, incluso más que los que producen las enfermedades cardíacas (Murray 2013), y equivalentes en su capacidad para discapacitar y matar a las personas, así como facilitar la aparición o agravamiento de otros problemas médicos crónicos como cardiopatías y diabetes. Otro dato no menos relevante es que alrededor del 90% de las personas que mueren por suicidio padecen una enfermedad mental (Cho, 2016).

La desinformación existe también en relación con la efectividad de los tratamientos y a que estos son potencialmente accesibles. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, con un tratamiento apropiado y un cumplimiento a largo plazo se verifica una notoria reducción de las recaídas.

Existen tratamientos efectivos y accesibles. La mayor parte de la sociedad sabe que existen tratamientos para los trastornos mentales, pero pocas personas saben cuán efectivos son estos tratamientos y la consecuente mejoría o recuperación de la salud que se puede obtener con ellos. También, esa mayoría reconoce que muchos trastornos mentales no se curan al punto de poder suspender definitivamente todo el tratamiento y no tener recaídas, pero, sorprendentemente, desconocen y niegan que tampoco es posible curar, con los mismos criterios, la hipertensión arterial, la diabetes, las cardiopatías y una gran mayoría de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

Un claro ejemplo de esta desinformación, aunque también esté causado por el estigma, es el caso del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: a pesar de ser más hereditario que la diabetes tipo II, la enfermedad cardíaca o el cáncer de mama y haber sólida evidencias que responde mejor al tratamiento que la mayoría de las enfermedades mentales y no mentales (Banaschewski, 2016), sigue siendo una de las favoritas de la descalificación de los críticos. ¿Por qué? Porque basados en información controversial y sin evidencias concluyentes, a la vez que influenciado por el estigma, han persuadido a una buena porción del público de que los profesionales de la salud mental y la industria farmacéutica están creando una sociedad de adictos a psicofármacos al “diagnosticar sin ningún fundamento y tratar innecesariamente” este real y severo trastorno mental.

A pesar de que la frecuencia de los trastornos mentales es muy alta y que en numerosas encuestas las personas consideran que los trastornos mentales son comunes, que pueden ser severos y que son tratables con expectativas de efectividad, menos de la mitad de las personas con trastornos mentales reciben atención (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018) y si la reciben, lo hacen hasta 10 años o más después de iniciada la afección (McGorry, 2011), y, además, un 50%, o más, de quienes sufren esquizofrenia o trastorno bipolar la discontinúan antes de lo prescripto (Jawad, 2028; Dufort, 2019). Todo ello evidencia la discrepancia entre creencias y comportamientos; aun convencidas de que las enfermedades mentales son reales y tratables, paradójicamente, en general las personas evitan los tratamientos; una de las razones de ese aparente contrasentido es el estigma de la propia persona enferma, por la culpa, vergüenza y autopercepción negativa que experimenta frente al diagnóstico de su trastorno mental (Livingston, 2010).

Por último, carecer de información sobre las consecuencias que sufren las personas con trastornos mentales cuando no reciben los tratamientos apropiados y oportunos, implica ignorar el severo deterioro de la funcionalidad y la calidad de vida, incremento de la tasa de suicidios y mayores costos personales y sanitarios, entre otras devastadoras secuelas. La Organización Mundial de la Salud, mediante una simple y accesible comunicación para el público general, resalta que a escala mundial, más de dos de cada tres personas que padecen psicosis no reciben atención de salud mental especializada, implicando esto un sombrío pronóstico (OMS, 2022).

Complementariamente, un ejemplo de cómo esta desinformación genera recomendaciones desacertadas, totalmente inaplicables y no recomendables, que además agravan el trastorno mental subyacente,

está dado por la tendencia de parte de la sociedad a exhortar la gratitud por lo que se posee, recomendándola como un mecanismo natural para resolver el trastorno mental que se padezca. Se observa por ejemplo cuando una persona con depresión mayor dice: *“Me pasa muchas veces cuando hablo de mi severa depresión que alguien me sugiera que debo que estar muy agradecida por la maravillosa vida que tengo”*, suponiendo erróneamente que, al reconocer los muchos aspectos positivos que tenga en su vida y por ello expresar gratitud, dejará de estar deprimida y volverá a la normalidad.

Componentes del estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales: cognitivo, emocional y conductual

Como se dijo más arriba hay varios componentes sucesivos que determinan el estigma y conducen a la discriminación de las personas con trastornos mentales.

1. El componente cognitivo: *Lo que pienso*

Por poseer una determinada condición biológica (deformidades corporales, color de la piel), social (raza, nacionalidad, religión), sanitaria (padecer un trastorno mental, más aún si es severo como la esquizofrenia) u otras variables como la orientación sexual, a ésta condición se le asocia equivocadamente un juicio negativo y se le asigna una valoración que es perjudicial para la persona, atribuyéndole un adjetivo que en el caso del estigma es dañino, nocivo y desfavorable para la persona y que además está desacoplado de la realidad.

Equivaldría a una concepción preconcebida, a un estereotipo o creencia respecto de cómo son y cómo se comportan las personas según presenten determinadas características, que, en el proceso de estigmatización y discriminación, implica una asociación entre una particular condición o variable personal/de grupo y las actitudes o conductas que, por esa condición, muy probablemente van a presentar. Esta asociación entre una determinada condición biológica con un juicio negativo es claramente errónea y perjudicial, con fuerte impacto, como se describe más adelante, debido al componente emocional que la acompaña.

Un ejemplo de estigma muy presente y al que regularmente se lo coloca como paradigmático es la siguiente asociación: por el hecho de padecer esquizofrenia (la etiqueta) se le atribuye erróneamente a esa persona ser violenta y peligrosa, impredecible en el riesgo que pueda ocasionar (el juicio negativo).

Como se dijo, la asociación entre estas condiciones y el juicio/valoración negativa que la acompañan, provienen de información errónea generada por muy

diversos mecanismos. En la actualidad, los que más contribuyen son los medios de comunicación, que presentan noticias sobre hechos de violencia en los que interviene personas con trastornos mentales con una sugerente relación causal entre éstas. Las películas, con actores caracterizados como insanos y altamente peligrosos, han potenciado esta visión de las enfermedades mentales severas. Con el advenimiento de las redes sociales, se da la oportunidad casi infinita de producir la asociación negativa que se viene mencionando, ya que la norma suele orientarse a que, quienes padecen trastornos mentales, no expliciten esa condición y tiendan a tomar distancia de los demás y, por parte de quienes se reconocen como “sanos”, a desconfiar, descalificar o denostar si, como excepción, quien sufra cualquier enfermedad mental la declara públicamente.

Un estudio, que tiene relación con lo expuesto, evidenció que los medios de comunicación descubrieron hace mucho tiempo que las personas prestan menos interés e importancia a las noticias positivas y mucho más atención a lo que el ser humano hace mal (Soroka, 2015). Dicho de otro modo, el público que lee un periódico o una revista, escucha una audición en la radio o mira un programa de televisión, se siente más atraído por las historias negativas y aquellas que producen mayor y persistente ansiedad; esta tendencia podría explicar, en el contexto del estigma y la discriminación, el porqué del enfoque de gran parte de las noticias cuando se suceden hechos de violencia protagonizadas por personas con enfermedades mentales. Es importante destacar que, en el caso de los trastornos mentales, el componente cognitivo suele generalizarse, ampliándose hacia los familiares de las personas con un trastorno mental, los dispositivos asistenciales y los profesionales de la salud mental. El empleo de la palabra “manicomio”, aplicada a todas las instituciones de salud mental con internación, aun cuando muchas en el mundo actualmente poseen recursos físicos, humanos y programáticos de calidad y respeto por la dignidad de las personas que allí se hospitalizan, es también un componente estigmatizante de las personas que padecen trastornos mentales y sus familiares y de los mismos dispositivos y profesionales que brindan asistencia en ellas.

Si bien este juicio negativo es claramente inexacto, como se verá, se consolida y fortalece al sumársele el factor afectivo o emocional.

2. El componente emocional: *Lo que siento*

Es la disposición emocional que se une a los conceptos previos mencionados. El par así constituido, componentes cognitivo y emocional, se asimila al prejuicio (López, 2008). En este marco, el prejuicio

constituye una valoración que se forma en ausencia de un completo y adecuado análisis sobre una determinada condición, erigiéndose en un juicio de valor infundado en los hechos que se tiñe de “calor emocional”, en este caso, siempre negativo, desfavorable.

Ejemplo, la dupla esquizofrenia-violencia (los dos elementos que se describieron como asociados, que se complementan y contribuyen a un mismo y erróneo fin), se vincula emocionalmente a la sensación de temor, miedo, de estar expuesto a una situación de verdadero peligro, en riesgo para sí mismo, la persona enferma y terceros.

3. El componente conductual: *Lo que hago o puedo llegar a hacer*

Es el comportamiento discriminatorio asociado a lo que pienso y lo que siento, y que por ello se expresa en una conducta específica y errónea, que es adversa para esa persona enferma al inducir pautas de rechazo, desprecio, exclusión y desdén.

Por ejemplo, la asociación entre esquizofrenia y violencia más el temor que esto conlleva, induce a una determinada conducta (o al menos su tendencia): “*Tomo distancia y no me involucro con quienes padecen este trastorno mental*”; de allí la opinión puede deslizarse a decir que es conveniente, aconsejable y hasta imperativo permanecer alejados de quien lo sufre, o sugerir que quienes lo presentan deben permanecer internados en forma prolongada y, de ser posible, de por vida.

En una encuesta llevada a cabo en los Estados Unidos, se verificó que más de la mitad de las personas creían que la depresión está causada por una debilidad o fallas personales y un tercio acuerda con la afirmación que las personas con problemas de salud mental son impredecibles y potencialmente peligrosas (Kaiser Permanente, 2017). Si bien, por este motivo, muchas personas temen ser asesinadas en la vía pública por un extraño con una enfermedad mental de gravedad psicótica; sin embargo, las investigaciones muestran que la probabilidad de que la muerte ocurra en estas circunstancias es extremadamente pequeña: 0,000007% por año (Nielssen, 2009). Este estudio resaltó que cuando ocurren, raramente es en la propia vivienda o en el trabajo y que se dan en el 64% de quienes nunca recibieron tratamiento para su psicosis. A pesar de esa relación estigmatizante entre enfermedad mental y peligrosidad, al contrario de lo que se supone, las personas con discapacidades no físicas, sufren cuatro veces más violencia sobre ellas que el promedio de población (Hughes, 2012).

4. El mito de la enfermedad mental

Un mito que tiene cierto arraigo entre algunos profesionales de la salud, pocos y cada vez menos afortunadamente, y una pequeña parte de la comunidad, es la convicción de que las enfermedades mentales no existen como enfermedades médicas reales; que son una invención fraudulenta de la industria farmacéutica y de los psiquiatras, quienes sobrediagnostican con los manuales de diagnóstico como el DSM de los Estados Unidos y sobremedican para problemas que no son enfermedades ya que carecen de fundamento etiológico científico, que son materialistas y se autoengañan con fines de lucro. Un impulsor de esta línea argumental fue el médico norteamericano Thomas Szasz, quien, en 1961, publicó su conocido libro *El mito de la enfermedad mental* (Szasz, 1961), ubicando a la psiquiatría en la misma categoría de la alquimia y la astrología, como una pseudociencia, afirmando falazmente que las personas son engañadas y que aseverar que tienen una enfermedad mental es un crimen monstruoso y una fenomenal estafa científica y económica. Hay que tomar nota que el gran y valioso avance en el conocimiento de las enfermedades mentales vino de la mano de las neurociencias, que en ese entonces recién despegaban.

Los argumentos de este autor sostenían la errónea concepción de que las enfermedades mentales no existen, afirmando que, en realidad, son una etiqueta aplicable a la desviación de las normas sociales y éticas, a los pensamientos, sentimientos y conductas diferentes, a problemas propios de la vida; afirmando que los falsos enfermos psiquiátricos podían y debían ser responsables de sus propios problemas y, en esa línea, era mandatario ayudarlos a tomar el control de sus vidas pero no tratarlos como enfermos con medicamentos ni otros tratamientos biológicos o psicológicos.

Estos conceptos se acompañan de un importante factor emocional, que lo sostiene y refuerza, y que irremediablemente conducen al no tratamiento de la enfermedad.

Esta línea argumental y sus consecuencias en quienes la aceptan, la hace asimilable a que “las enfermedades mentales no existen como enfermedades médicas reales”, posicionamiento que no es más que el mismo que explica el estigma y la discriminación, ya que posee los tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. Pero el muy serio problema sanitario y humano es que, al estar de acuerdo con esta postura e implementarla, las consecuencias son inexorablemente que las personas sufren y se mueren, porque se les impide el acceso a los tratamientos que necesariamente requieren para evitar la progresión discapacitante y en muchos casos fatal de la enfermedad

mental no tratada. Un ejemplo sencillo para ilustrarlo: las personas en riesgo de suicidio, quienes en un 90% presentan una enfermedad mental subyacente ¿sufrirán o se morirán por los antidepresivos que ingieran o porque, sin los antidepresivos, la enfermedad progrese y cometa suicidio?

La realidad, aunque parezca obvio, es que todo el argumento y el debate se reduce a si la psiquiatría se fundamenta en la ciencia o se basa en otra cuestión (como negocio o ignorancia). Es mucho más que un debate académico ya que la posición negacionista afecta la vida de millones de personas que sufren terriblemente y reclaman ayuda y alivio que no recibirían, afectando a quienes han sido etiquetadas como enfermos mentales a los miembros de su familia y los allegados que penan por sus seres queridos librados a la cronicación y agravamiento de su enfermedad mental.

5. El estigma y discriminación: presente en los trastornos mentales pero no en las enfermedades físicas

Ante una misma queja sobre el estado de salud, en el caso de una enfermedad física regularmente se observa que hay empatía con el paciente y se lo acompaña con consejos positivos. Pero, ante la misma queja, si esta se relaciona con un trastorno mental, es posible que quien la escucha no empatice con el paciente, debido a diferentes atribuciones cognitivas y emocionales propias del estigma relacionado con los trastornos mentales.

A continuación se mencionan simples ejemplos de la diferente visión y actitudes ante una situación similar, pero causada por una enfermedad física versus por un trastorno mental):

Ante una persona con quejas por sentirse enferma: ¿se le sugeriría que quizás no sea una enfermedad, que suspenda el tratamiento porque leyó en internet que tiene efectos secundarios negativos y probablemente sólo la esté empeorando? Si es una enfermedad física, prácticamente seguro que no lo haría pero si es mental es probable que le sugiera que discontinúe los psicofármacos.

Estando en Terapia Intensiva para visitar a un amigo después de un infarto de miocardio, seguramente le diría “*Ya te vas a mejorar, te vamos a ayudar, vos merecés recuperarte*”, pero si está allí por un intento de suicidio, el mensaje más probable sería así: “*Es de esperar que sigas con tu vida y reconozcas que tenés muchísimas posibilidades de ser feliz, ya es hora de que asumas responsabilidades y no intentes una solución tan cobarde, tenés que dejar de sentir lástima por vos mismo*”.

Luego de un tiempo sin verse, dos compañeras de trabajo se vuelven a ver y una de ellas dice: *“Estuve tan enferma que no logré mejorarme hasta que no dieron en la tecla con la medicación correcta”*. Ante una enfermedad física es probable que se genere este amigable comentario: *“¡Muy bueno María! ¡Me alegro mucho de que hayan encontrado un tratamiento que pudiera mejorarte!”* pero si fuera por un trastorno mental la observación, menos empática, podría ser: *“No María, la verdad que no creo que estos psicofármacos te hagan bien y además leí que son peligrosos. ¿Probaste con un té relajante, salir con amigos, ir a caminar o hacer gimnasia?”*.

Tipos de estigma y discriminación asociados a los trastornos mentales

El estigma y la discriminación relacionada con los trastornos mentales se ha clasificado con varios criterios, según cuál sea la enfermedad involucrada, cuáles los rótulos o etiquetas estigmatizantes y en función de quién la padece.

Ésta última es la adoptada, distinguiendo 4 tipos: El estigma y la discriminación social hacia las personas con trastornos mentales, el estigma y la discriminación autoinfligidos por las personas con trastornos mentales (autoestigma), el estigma y la discriminación de los familiares de personas con trastornos mentales y el estigma y la discriminación institucional que se dirige a las instituciones y profesionales de la salud mental.

El estigma y discriminación público o social es el que se desarrolló ampliamente en la sección previa, y que tiene como consecuencia un estrés severo para el enfermo, deterioro de su capacidad de afrontamiento a la enfermedad y de su funcionalidad, facilitando la reaparición de recaídas por rechazo de los prestadores a los tratamientos, a problemas policiales y legales, necesidades de hospitalizaciones especializadas cada vez más prolongadas con menores chances de recuperación. De este modo, se consolida el estigma social “la esquizofrenia es incurable y no vale la pena tratarla”, regresando al inicio, perpetuándose y agravándose en un modelo de círculo vicioso.

El estigma y discriminación que dirigen hacia sí mismos las personas que padecen una enfermedad mental o autoestigma, se refiere a la internalización de las actitudes y comportamientos negativos que ha experimentado por presentar ese particular condición. Se ha relacionado con creencias erróneas del propio paciente que, con un fuerte componente emocional, induce a la persona a la autodesvalorización y autodiscriminación, deteriorando su calidad de vida, afectando su autoestima, deteriorando su

desempeño social y sus vínculos interpersonales, lo que culmina con un agravamiento de todas las manifestaciones de la enfermedad y frecuente rechazo a la asistencia profesional. Este fenómeno no es nada infrecuente, Mascayano Tapia y colaboradores han observado que alrededor de un 40% de las personas con trastornos mentales severos presentan altos niveles de autoestigma (Mascayano Tapia et al., 2015).

La autoprofecía cumplida del autoestigma que se ilustra a continuación es un desarrollo simple del proceso de deterioro progresivo: quien padece un trastorno mental puede y suele manifestarse con culpa, desconocimiento, vergüenza, preocupación y temor por su futuro, situación que le provoca estrés y desfavorable impacto emocional y le genera menor capacidad para intervenir en todos los ámbitos vitales. Esta situación suscita pérdida de la esperanza en la recuperación y empobrecimiento del apoyo real de los demás hacia el paciente y de él hacia sí mismo, acentuando el propio estigma, tal que culmina como una profecía autocumplida negativa, autoproclamando que su “enfermedad es verdaderamente una condena personal”.

El estigma y discriminación que ocurre en los familiares de personas con trastornos mentales es una generalización que se observa cuando se da el “contagio” de una persona ya estigmatizada a quien la cuida en su calidad de pariente conviviente. Suele expresarse con diversos síntomas psiquiátricos y deterioro de las relaciones sociales, copiando en muchas ocasiones el aislamiento y la autoexclusión social que presenta el familiar enfermo.

Por último, el estigma institucional que se mencionó previamente, dirigido a las estructuras de asistencia; como lo ejemplifica el uso del término “manicomio” aplicado indistintamente a todos los dispositivos de salud mental con internación, tanto públicos como privados, lo cual provoca discriminación muy negativa hacia las instituciones y los profesionales y funcionarios que en ellos se desempeñan.

Investigación nacional e internacional

En las investigaciones que se han realizado sobre el fenómeno del estigma y el prejuicio hacia las personas aquejadas con trastornos mentales se pueden distinguir dos grandes períodos no muy fácilmente demarcados: un primer período descriptivo en donde se investigaron las actitudes de la población hacia las personas con trastornos mentales durante el cual se estudió principalmente:

a) el conocimiento con el que cuenta la población general sobre las enfermedades mentales (su etiología, sintomatología, tratamiento, evolución, consecuen-

cias y prevención), cuya corrección fue denominada alfabetización o conocimiento en salud mental (*mental health literacy*) (Jorm, 2000),

b) Los distintos componentes del estereotipo del estigma hacia los pacientes. Se distinguieron así 4 tipos de prejuicios hacia las personas con trastornos mentales: 1) son peligrosas y deben ser evitadas; 2) son culpables por los problemas que les acarrea su carácter débil; 3) son incompetentes y necesitan gente con autoridad que decida por ellos y 4) son infantiles y necesitan de la protección paterna y su dependencia (Corrigan & Rüsch, 2002).

c) La distancia social, es decir, la falta de disposición para compartir actividades, espacios y vínculos íntimos con personas enfermas, y la estimación del grado de estigma social, o sea, el grado de prejuicio que la sociedad tiene en su conjunto (Angermeyer et al., 2003; Gaebel et al., 2002).

d) el impacto que tiene el estigma de la sociedad en la evolución de las personas con trastorno mental y las formas y consecuencias del autoestigma (Corrigan & Rao, 2012; Corrigan, 2002)

El segundo período, más reciente, se refiere a las diversas investigaciones que fueron apareciendo acerca de los diversos intentos de reducir la discriminación y el estigma en las poblaciones y sus resultados (Mehta et al., 2015).

1. Conocimiento popular sobre la enfermedad mental

La mayoría de las investigaciones publicadas han hallado que la población general tiene en general una baja comprensión y conocimiento sobre la enfermedad mental (Angermeyer & Matschinger, 2003a, 2005; Crisp et al., 2000; de Toledo Piza Peluso et al., 2008; Gaebel et al., 2002; Griffiths et al., 2006). Ello contribuye notablemente a los prejuicios y al estigma. Sin embargo, la idea de que existe una asociación entre la ignorancia y el prejuicio en torno a las personas con enfermedad mental ha sido desafiada por una revisión sistemática de estudios publicados, en los que a pesar de haberse dado a lo largo de los años un mayor conocimiento sobre las enfermedades mentales, esto no se ha visto correlacionado con una mejor integración de los pacientes (Schomerus et al., 2012).

En general, la depresión y la esquizofrenia son los trastornos más identificables (Angermeyer & Matschinger, 2003a; Crisp et al., 2000), mientras que los trastornos por abuso y dependencia a sustancias y la esquizofrenia son las patologías que conllevan la mayor carga discriminatoria (Crisp et al., 2000). En el trabajo de Crisp realizado en 1737 individuos en Gran Bretaña, un 25% de los encuestados opinaba que los pacientes no se recuperaban nunca de una

depresión o de la dependencia al alcohol y drogas, subiendo ese porcentaje al 50% en el caso de la esquizofrenia. Entre el 50 y el 60% de los respondedores creían que eran personas con las que era difícil hablar y entre el 10 y el 20% pensaban que aún con tratamiento no iban a mejorar (Crisp et al., 2000). Es obvio que esa idea equivocada lleva a que los pacientes no busquen tratamiento o demoren su búsqueda. Dado que no se implementan importantes campañas de información en la sociedad, la información queda relegada a la que puedan brindar los profesionales de salud mental en forma individual. Un problema adicional en nuestro país es la renuencia de los profesionales a aparecer en medios públicos y la poca formación existente para la educación pública sobre las enfermedades mentales tanto en los profesionales como en los planteles docentes del país.

2. Componentes del estereotipo del paciente con trastorno mental

Diversas investigaciones han tratado de indagar en el estereotipo del paciente con trastorno mental: Un estudio alemán realizado en 5025 personas halló que la mayoría catalogaba a las personas con esquizofrenia como impredecibles y peligrosas (Angermeyer & Matschinger, 2005). El estudio inglés comentado arriba encontró que más del 70% de los encuestados creía que las personas con esquizofrenia y dependencia a drogas eran impredecibles y peligrosos, siendo los adictos personas responsables por su condición (Crisp et al., 2000). Un estudio en India observó que allí los pacientes con trastornos mentales severos son considerados mayoritariamente aletargados y vagos (Grover et al., 2020). Otro estudio reciente realizado en 1355 personas de África rural halló que entre un 30 a un 50% de las personas creían que una mujer con una descripción semejante a un trastorno de esquizofrenia estaba padeciendo un castigo divino (Rasmussen et al., 2019). Los pacientes con trastornos mentales son también etiquetados como extraños (Baumann, 2007), crónicos, difíciles de tratar y con mal pronóstico (Hayward & Bright, 1997). Un estudio realizado en los EE. UU. sobre 1241 personas observó que la atribución genética de los trastornos mentales disminuye la percepción de la responsabilidad por la enfermedad que la población le atribuye a los pacientes, así como también produce una mirada más complaciente por el padecimiento; sin embargo, aumenta la distancia social con las personas cercanas genéticamente a los pacientes, por ejemplo, los hermanos (Phelan, 2005).

3. Distancia social

La distancia social mide el grado de rechazo de una persona a compartir actividades o situaciones con

una persona de un determinado grupo. En general, en los estudios se ofrece una o varias viñetas clínicas sobre las que se hacen diversas preguntas. En otros, directamente se pregunta sobre una persona con un trastorno específico o no de un trastorno mental. Una de las escalas más utilizadas en los estudios sobre rechazo a personas con enfermedad mental es la escala de Bogardus que fue creada para medir el grado de discriminación con las personas inmigrantes mejicanas en los EE. UU. (Bogardus, 1933). Esta escala ha sido adaptada de distintas formas y traducida a distintos idiomas para su mejor utilización. Un estudio alemán realizado sobre 7246 individuos halló que el 77% no querría casarse con una persona con esquizofrenia, 23% no querría ser amigo, 16 % no querría trabajar con personas con ese trastorno y 8,5% tendrían miedo de tener una conversación (Gaebel et al., 2002). Otro estudio realizado en Canadá con 1653 individuos halló que el 75% no querría casarse, el 18% no querría ser amigo, el 11% tendría miedo de hablar y el 7% sentiría vergüenza de tener alguien con esquizofrenia en la familia (Stuart & Arboleda-Florez, 2001).

El uso de estas escalas tiene dos grandes limitaciones: por una parte, la conveniencia social. La gente suele contestar, a veces, no según sus verdaderas convicciones, sino por lo que corresponde ética o socialmente (Nederhof, 1985). Por otra parte, es difícil inferir respuestas conductuales de los reportes de intenciones; aunque las respuestas a las escalas son predictoras de conducta y se han hallado asociaciones sustanciales entre las actitudes y las conductas (Krauss S.J., 1995), distintas situaciones y factores pueden intervenir para que esta asociación no sea tal. Un estudio de 1444 personas mostró que las personas adictas a la cocaína eran las más rechazadas seguidas, en forma descendente, por los adictos al alcohol, las personas con esquizofrenia y las personas con depresión mayor (Link et al., 1999). Por suerte, pareciera que el estigma en la población se ha ido reduciendo a lo largo de los años (Lien et al., 2019; Siltan et al., 2011).

Los estudios sobre el estigma y discriminación hacia pacientes con trastornos mentales se han realizado también en profesionales de la salud mental con resultados contradictorios. Un estudio suizo demostró que los profesionales de salud mental encuestados (1073) tenían iguales estereotipos negativos hacia las personas con esquizofrenia y asumían la misma distancia social que la población general (Lauber et al., 2006; Nordt et al., 2006). Un estudio australiano halló que los profesionales tenían actitudes más negativas hacia los pacientes, especialmente hacia aquellos que padecían esquizofrenia (Jorm et al., 1999). Sin embargo, un estudio italiano observó que

los profesionales opinaban de manera semejante a la población general en relación con los derechos civiles y la competencia social de los pacientes (Magliano et al., 2004), y un estudio británico mostró que los psiquiatras tenían opiniones no estigmatizantes en comparación con la población general (Kingdom et al., 2004). Estos estudios son esenciales, ya que las actitudes de los profesionales inciden en las oportunidades terapéuticas de los pacientes, su recuperación y su integración en la comunidad.

En general, los estudios demuestran que las personas creen que el grado de discriminación de la sociedad en su conjunto (estigma social) es mayor que el personal (Angermeyer & Matschinger, 2003b; Gaebel et al., 2002; Griffiths et al., 2006).

4. Impacto del estigma

Algunos autores han estudiado el impacto que tiene el estigma en los pacientes. Se ha observado una exclusión en el campo laboral lo que lleva a un mayor desempleo (Hipes et al., 2016), el que a su vez conduce a una pérdida del status económico y social. La generación de autoestigma lleva a una reducción de la autoestima y la autoeficacia determinando menores expectativas, logros y una mayor dependencia (Corrigan & Rao, 2012), así como una barrera que dificulta buscar ayuda y tratamiento (Henderson et al., 2013; Corrigan, 2002).

5. Intervenciones para reducir el estigma

En el último período han aumentado las investigaciones que estudian las distintas intervenciones para reducir el estigma y sus resultados. En general se pueden identificar tres grandes estrategias: 1) una estrategia educacional que busca dar información sobre la enfermedad mental tratando de disminuir los estereotipos, 2) la estrategia vivencial que busca reducir los prejuicios a través del contacto con individuos que tienen enfermedad mental y 3) la estrategia del activismo social o protesta (Corrigan et al., 2012). Se ha visto una disminución en las actitudes estigmatizantes en 205 psiquiatras o residentes de psiquiatría con sólo el envío de un mail explicativo sobre el estigma (Bayar et al., 2009). Otro estudio investigó las estrategias de contacto y educación en 198 estudiantes de la universidad de Chicago demostrando que ambas estrategias tuvieron un impacto en el estigma personal y mejoraron creencias sobre el empoderamiento y la búsqueda de tratamiento, sin mostrar diferencias entre ambas (Kosyluk et al., 2016). En Japón, un estudio con 259 estudiantes demostró eficacia en reducir el estigma con un programa de filmaciones con pacientes (Koike et al., 2018). Asimismo, en Cataluña, se probó que un programa antiestigma reducía las actitudes estigmatizantes de profesiona-

les de la salud mental y de profesionales de la atención primaria (Eiroa-Orosa et al., 2021).

En ciertas revisiones sistemáticas y meta-análisis pareciera que el contacto es mejor que la estrategia educativa para disminuir el estigma (Corrigan et al., 2012). Sin embargo, Morgan y colaboradores revisaron 62 estudios concluyendo que tanto las intervenciones de contacto como las educativas reducen las actitudes estigmatizantes (en una magnitud de efecto de 0,39 y 0,3 respectivamente) y disminuyen la distancia social (con una magnitud de efecto de 0,59 y 0,27 respectivamente) (Morgan et al., 2018). A su vez, Mehta halló en su revisión que la eficacia de estas intervenciones dura poco en el tiempo siendo modesta más allá de las cuatro semanas y que la evidencia no apoya la opinión de que el contacto social es el tipo de intervención más efectiva en el mediano y largo plazo (Mehta et al., 2015). Recientemente, Jorm ha criticado las investigaciones de intervenciones antiestigma que se realizan, afirmando que no tienen rigor metodológico, los reportes son sesgados hacia resultados positivos y falta evidencia de un cambio real de conducta y no solo de actitud como resultado (Jorm, 2020).

Es de resaltar que la mayoría de estos estudios han sido realizados principalmente en América del Norte, Europa y Australia. Sin embargo, en 2004, se hizo una revisión de estudios realizados en América latina y el Caribe en la cual se observó que, en general, en los países de esta zona había una actitud predominantemente positiva hacia las personas con enfermedades mentales, siendo menor la discriminación entre las personas jóvenes, educadas y de clases socioeconómicas altas (de Toledo Piza Peluso & Luís Blay, 2004).

6. Investigaciones nacionales

Si bien han habido ciertos estudios sobre estigma previos al año 2010 (Stefani, 1977, 1979, 1985, 1986), la mayoría de los trabajos de campo se han realizado posteriormente a esa fecha, posiblemente este hecho esté vinculado a una transformación del tratamiento de los pacientes hacia una atención más basada en lo comunitario (Martin Agrest et al., 2015). Las investigaciones se pueden dividir en aquellas realizadas a la comunidad y a los profesionales de salud mental y aquellas en las que fueron estudiados los propios usuarios (Martin Agrest et al., 2015).

Con respecto a las investigaciones en las que se indagó a la comunidad, el trabajo pionero fue el de Stefani, en el cual, posteriormente a elaborar una escala de actitudes hacia la enfermedad mental (Stefani, 1977), se encuestó a 237 personas de 17 a 60 años, vecinos de la ciudad de Buenos Aires, observándose que las

actitudes hacia los pacientes eran más desfavorables entre los individuos que tenían un bajo nivel ocupacional u ocupaban una ocupación de bajo prestigio social (Stefani, 1979). En dicho estudio, no se observaron diferencias de actitud por edad o por sexo como en otros. Posteriormente, Stefani estudió la asociación entre autoritarismo y actitudes en una muestra de 150 personas observando que la actitud hacia la enfermedad mental estaba asociada con el dogmatismo y el autoritarismo de los individuos (Stefani, 1985).

Leiderman y colaboradores encuestaron a 1254 habitantes de Buenos Aires e indagaron sobre los conocimientos, distancia social y percepción de discriminación social hacia las personas con esquizofrenia. En dicho estudio se observó que el conocimiento era moderado comparado con otros países (si bien la mitad creía que las personas con esquizofrenia tienen la personalidad dividida y la mayoría consideraba que son violentos y peligrosos). El conocimiento estaba asociado a la distancia social, siendo ésta última mayor en personas mayores. La distancia social en relación con otros países fue baja, pero, aun así, el 25% dijo que le molestaría trabajar con una persona con esquizofrenia. Los familiares de los pacientes tenían, sorprendentemente, la misma distancia social a pesar de tener más conocimiento sobre el trastorno (Leiderman et al., 2011).

Digiuni y colaboradores compararon la percepción del estigma social asociado a hacer terapia psicológica entre alumnos de psicología de Argentina (121), Inglaterra (211) y Estados Unidos (130). Como se puede suponer, en Argentina, la percepción del estigma social fue menor (Digiuni et al., 2013).

Ardila-Gomez encuestó a 236 individuos y comparó las respuestas entre aquellos que eran vecinos de personas que habían sido dadas de alta de un hospital psiquiátrico de crónicos con un grupo control. Observó que los vecinos de las personas con enfermedad mental tenían menos actitudes discriminatorias fortaleciendo la idea de que el contacto personal aumenta la aceptación de personas con problemas mentales (Ardila-Gómez et al., 2015).

En 2018 se publicó un estudio de Zalazar y col. en el cual se encuestaron 1156 individuos que asistieron a un recital de rock en la ciudad de Buenos Aires. Se les tomó la RIBS (Escala de conducta reportada e intencionada). La mayoría de los que contestaron tenían deseo de interactuar con personas con problemas mentales, principalmente, los menores de 40 años, con mayor nivel educativo y con contacto previo con pacientes (Zalazar et al., 2018).

En este último año se publicaron 2 trabajos sobre estigma realizado en la población general. En uno se encuestaron 712 personas en la ciudad de Buenos

Aires y se comparó la distancia social hacia personas con esquizofrenia, inmigrantes y opositores partidarios. El estudio demostró que las personas con esquizofrenia son las más discriminadas y que la adscripción partidaria estaba asociada a la magnitud de la discriminación. Por otra parte, se observó que el tipo de discriminación era distinto hacia cada uno de los grupos discriminados: la mayor distancia social hacia las personas con esquizofrenia se fundaba en el cuidado de los hijos propios, de la propia salud y al rechazo a casarse. Hacia los inmigrantes el mayor rechazo era a casarse, alquilarles una pieza o que cuiden a sus hijos. Finalmente, en el caso del oponente partidario, la mayor distancia social era hacia casarse, ser amigo y alquilarle una pieza (Agrest et al., 2022).

En otro estudio se encuestaron 500 individuos de manera virtual y se compararon las distancias sociales hacia las personas con esquizofrenia, trastorno bipolar, abuso y dependencia a sustancias y epilepsia. La distancia social hacia las personas con trastornos mentales era mayor que hacia los individuos con epilepsia. Los más discriminados dentro de los pacientes con problemas mentales fueron los sujetos con un trastorno por uso de sustancias. En estos últimos, la responsabilidad atribuida a su enfermedad era la más alta (Mitelman et al., 2022).

Druetta y colaboradores encuestaron a 517 profesionales en 2 congresos nacionales de salud mental en la Argentina, preguntándoles sobre opiniones y actitudes hacia las personas con esquizofrenia (Druetta et al., 2013). Como grupo, los encuestados tenían una menor distancia social que la población general. Entre ellos, si bien más del 90% estaban de acuerdo con que los pacientes tienen el derecho a saber su diagnóstico, sólo el 64% se lo informaba. El 18% estaba de acuerdo con revocarles el derecho a votar y el 13% opinó que no deberían tener hijos. Más de un 60% cree que estos pacientes no deben ser profesionales de salud mental y sólo el 10% cree que se pueden recuperar. Existió una asociación negativa entre el grado de rechazo y el número de pacientes atendidos, pero una asociación positiva con los años de experiencia. El hecho de tener un familiar enfermo no disminuyó el grado de distancia social (Druetta et al., 2013).

En cuanto a las investigaciones realizadas en pacientes, Vázquez y colaboradores estudiaron a 241 personas con trastorno bipolar tipo I y tipo II de Argentina, Brasil y Colombia. Se evaluaron en dicho estudio la funcionalidad a través de la FAST (Test corto de evaluación de la funcionalidad) y las experiencias estigmatizantes a través de la ISE (Inventario de experiencias estigmatizantes). Estos autores vieron que altos niveles de estigma estaban correlacionados con bajos puntajes de funcionalidad (Vázquez et al., 2011). Otro estudio que comparó las puntuaciones de

la ISE entre pacientes bipolares de Argentina (178) y Canadá (214), halló que los pacientes argentinos puntuaban menos en la escala pero eran más jóvenes, con menor cronicidad y más educados que sus pares canadienses. Este trabajo observó que el estigma autopercibido era semejante entre los pacientes con trastorno bipolar tipo I y tipo II. La mitad opinaba que el estigma había afectado su calidad de vida y su autoestima, y consideraban que la población media tenía miedo de las personas con enfermedad mental (Mileva et al., 2013).

Una investigación estudió temas y cuestiones existenciales de pacientes con esquizofrenia y de sus cuidadores de España, Inglaterra, Chile, Venezuela, Brasil y Argentina, a través de grupos focalizados en los cuales se identificaron 4 cuestiones existenciales omnipresentes en los discursos: 1) la necesidad de realización personal y de encontrar un sentido en la vida; 2) la necesidad de ser respetado y no sufrir discriminación; 3) el conflicto de la pérdida de autonomía y 4) la importancia de comprender la enfermedad y reconocerse como enfermo (Wagner et al., 2011).

Torres Gonzales y colaboradores elaboraron un instrumento de 38 ítems para medir el estigma percibido por las personas con esquizofrenia u otras psicosis en un trabajo conjunto entre España, Brasil, Portugal, Inglaterra, Chile y Argentina. Esta escala tiene en cuenta las variaciones socioculturales y las experiencias de pacientes y cuidadores. Además de este instrumento se construyeron escalas de necesidades y de cuidado informal (Torres-Gonzalez et al., 2012). La escala de estigma de Marietán fue probada en 164 pacientes de distintos países observándose que los pacientes argentinos tenían puntaje más alto en 3 de las 4 dimensiones de estigma percibido (red social informal, red socio-institucional, profesionales de la salud y autoestigma) (Saldivia et al., 2014).

Por supuesto, que este breve resumen de investigaciones no llega a compendiar todo el bagaje de publicaciones existentes en el área. De ellos queda claro que el estigma hacia las personas con enfermedad mental está extendido en la población general y produce muchas dificultades para una verdadera recuperación e integración de los pacientes en la sociedad. Resta determinar mejor cuales son los programas más efectivos que sirven para terminar, o al menos disminuir este prejuicio y discriminación.

Intervenciones sobre el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales

Un análisis bibliométrico que examinó las publicaciones sobre estigma entre 1998-2018, concluyó que existe un mayor interés de investigación en el

tema justificado en una tendencia de crecimiento del volumen bibliográfico (Chen, 2020).

Aun así, la investigación en este tema es tan variada que sigue siendo difícil de capitalizar.

Los primeros pasos para intervenir sobre el estigma consisten en un estudio de descripción y análisis de los elementos que se detallarán posteriormente, informados culturalmente. Esto quiere decir que las estrategias serán más adecuadas si incorporan las características culturales relevantes de cada comunidad dado que, el entorno sociocultural, da forma a la manera en que el estigma es experimentado por los individuos dentro de ese grupo cultural (Mascayano, 2020).

Combatir la problemática del estigma en salud mental requiere del diseño de intervenciones y estrategias multinivel. A la hora de la elaboración de programas sanitarios y/o estudios científicos se deberá contemplar múltiples variables y elementos que componen la actuación frente al estigma.

Inicialmente deberá considerarse la población objetivo de intervención. Aquí encontraremos personas que viven con una afección (por ejemplo, personas que padecen trastornos mentales severos, consumos problemáticos de sustancias, suicidio, etc.), trabajadores de la salud (desde el equipo de salud mental hasta policías, ambulancieros y otros), cuidadores y familiares, miembros de la comunidad (población general, estudiantes, empleadores y compañeros de trabajo, periodistas, comunicadores, profesionales de justicia, diseñadores de políticas, etc.). Cabe mencionar que habrá que definir el grupo etario al que pertenecen (niños, adolescentes, adultos). Y también determinar si esa población funciona como agente estigmatizador o estigmatizado. Los familiares y los profesionales de la salud suelen ser dos ejemplos de tipo de población que puede funcionar como receptora y proveedora de estigma.

Seguido a esto, se definirá el nivel de intervención. El nivel intrapersonal se centra en las características de los individuos que viven con una condición estigmatizada; el nivel interpersonal se enfoca en la mejora de la atención y el apoyo en el entorno local de las personas estigmatizadas; el nivel comunitario busca reducir las actitudes y comportamientos estigmatizantes en los grupos comunitarios no estigmatizados. El nivel organizacional e institucional pretende hacer lo propio a ese estamento y el nivel gubernamental/estructural que pretende establecer y hacer cumplir estructuras legales, políticas y basadas en los derechos (Rao, 2019). También aportará establecer diferencias entre tipos de estigmas: autoestigma o estigma internalizado y heteroestigma.

Clásicamente se han descrito tres tipos de estrategias para reducir el impacto del estigma: la protesta,

la educación y la promoción del contacto entre el público en general y las personas con estos trastornos (Corrigan & Penn, 1999). La protesta y la educación implican el desafío de creencias, mitos, actitudes y conductas discriminatorias. La educación intenta modificarlas reemplazándolas por conocimientos más objetivos y científicamente más aceptables. La protesta social permite la expresión de ideas, el repudio de otras, visibilizando públicamente las problemáticas, exigiendo el cumplimiento de derechos y generando conciencia sobre el rechazo y la exclusión (Vielma-Aguilera, 2021). El contacto social es definido como cualquier interacción entre el público y la persona afectada con el fin de reducir el estigma (Heijnders & Van Der Meij, 2006).

Posteriormente, en 2020, Clay y cols., agruparon las estrategias investigadas usualmente en los siguientes ítems: educación, comunicación, contacto social, intervenciones creativas, tecnológicas y terapéuticas. La educación podrá ser llevada adelante en base a conferencias, presentaciones, capacitación, estudios de caso, material impreso, examen, autoevaluaciones, campañas públicas (medios de comunicación masiva como radio, periódicos, televisión, redes sociales o internet), visitas a unidades de salud mental y observación. La comunicación, a través de discusión, reflexión, intercambio de experiencias, cartelería, preguntas y respuestas, talleres, discusiones con el público y lluvia de ideas. El contacto social podrá ser directo, por simulación o videos. Las intervenciones creativas podrán ser proyecciones de cine, juegos de roles, teatro, danza, arte. Las intervenciones por tecnología se harán a partir de videos, CDs, sitios o foros web, conferencias web y mensajería instantánea (Clay, 2020). Por último, el abordaje terapéutico se ha explorado a través de terapia cognitiva conductual (TCC) individual o grupal (Clay, 2020), consejería, métodos de resolución de problemas, autoayuda, entrenamiento en habilidades sociales, grupos de pares y ayuda mutua (GAM), mejora de la calidad de la atención y alianza terapéutica (Rao, 2019).

Las intervenciones más complejas, las que combinan estrategias, no necesariamente son más efectivas para reducir componentes del estigma (Clay, 2020). En América Latina y el Caribe más del 85% de los estudios realizados utilizan estrategias educativas (Clay, 2020).

Varias medidas de resultado destacan como útiles a la hora de medir los efectos sobre el estigma social/público, o sea el proceso en el que los individuos de la población general respaldan los estereotipos de enfermedad mental y luego actúan de manera discriminatoria (Corrigan & Bink, 2016); y, sobre el autoestigma, el proceso de internalización de los prejuicios y la discriminación que resultan del estigma público

(Corrigan & Bink, 2016). Estos, además, pueden medirse por sus componentes: emociones, estereotipos, actitudes y comportamiento; o sus variantes: el estigma percibido, el experimentado, el anticipado, la discriminación percibida. Otras medidas relacionadas, que miden indirectamente el impacto sobre el estigma, serán el conocimiento sobre la enfermedad, la distancia social, la variación en síntomas clínicos, el funcionamiento social, la adherencia a los tratamientos, el acceso a los tratamientos, etc.

Otra variable es la duración de la intervención. En una revisión sistemática sobre 56 artículos, referida a intervenciones efectivas en estigma en países de ingresos bajos y medianos, registró una duración diversa, desde 1 sesión hasta intervenciones de más de 1 año (Clay, 2020). No siempre una intervención de larga duración se asocia a efectos prolongados, ni viceversa.

La duración de los efectos de las intervenciones es otra de las variables a tomar en cuenta. Son necesarios más estudios que evalúen este aspecto, para considerar la necesidad de posibles refuerzos. Muchas veces queda abierta a la duda la eficacia a largo plazo, sabiendo que la mayoría de las intervenciones se evalúan sólo al final o a corto plazo (Clay, 2020).

Una variable significativa es a cargo quién se encontrará la intervención. Para algunas intervenciones puede no ser demasiado importante esta elección, pero para otras sí. Por ejemplo, es conveniente aprovechar la experiencia de familiares muy bien psicoeducados para los grupos de ayuda mutua de allegados; la experticia de profesionales, familiares, pacientes y comunicadores sociales en el diseño de campañas; profesionales entrenados en grupos de TCC para mejorar la adherencia a los tratamientos, etc. La intervención puede ser un buen proyecto en sí mismo, pero quién es idóneo para administrarla tendrá influencia en su efectividad.

Por último, quién/quienes diseñan la intervención, podría estar relacionado con la eficacia. La investigación participativa basada en la comunidad (CBPR) implica reconocer la necesidad de asociar colaborativamente los esfuerzos de las personas que pertenecen a la comunidad estigmatizada, en este caso personas con enfermedades mentales graves y aquellos con estigma por asociación, con científicos y expertos en el tema (Corrigan & Bink, 2016).

El país de origen de la intervención y su nivel de recursos funcionará como escenario de esta. En general, los presupuestos de salud en los países de ingresos medianos y bajos suelen ser escasos, por lo tanto, tendrán que comparar la asignación de recursos con los análisis de costos correspondientes. Si bien la protesta y las intervenciones educativas podrían llegar a ser menos costosas, las estrategias comunicacionales a

nivel campañas masivas son caras y requieren apoyo institucional (Vielma-Aguilera, 2021).

El registro del ámbito donde se llevará adelante la intervención permite colaborar con el diseño del escenario en el que se realizará. No es lo mismo trabajar el estigma *in situ*, con diseños “ecológicos”, donde pueden estudiarse conductas reales, que en ambientes donde la posibilidad de contacto es potencial.

Al momento de determinar el grado de eficacia y efectividad de las intervenciones sobre el estigma, aparecen divergencias, contradicciones y dificultades para la comparación.

Clásicamente el contacto social y la educación se han considerado las estrategias con mejores resultados. En una revisión sistemática realizada en 2012, ambas estrategias tuvieron efectos positivos en la reducción del estigma público para adultos y adolescentes con una enfermedad mental (Corrigan P. M., 2012). Aun así, se observó una diferencia: en adultos resultó mejor el contacto (cara a cara más efectivo que video) y en adolescentes, la educación mejor que el contacto (Corrigan P. M., 2012).

Si bien no fue posible en este trabajo el detalle exhaustivo de todas las intervenciones antiestigma llevadas adelante en la Argentina, se mencionará aquellos antecedentes que han podido localizarse en publicaciones científicas o en la web. Se las organizará siguiendo la clasificación de Clay y colaboradores. Esta búsqueda resultó dificultosa, dada la inexistencia de algún recurso tecnológico que nucleee estas experiencias y la escasa rigurosidad de su presentación.

Las estrategias educativas se han llevado adelante de múltiples maneras. En Argentina, se registran algunos antecedentes de campañas públicas. Por ejemplo, en 2014 la Secretaría de Extensión y Cultura del rectorado de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER) produjo en Concepción del Uruguay audiovisuales con testimonios de pacientes externados, en el marco de la presentación “Un toque de locura”, de la murga *Me caigo y me levanto* (UNER, 2014).

También en 2014, la Coalición por una radiodifusión democrática, realizó videos protagonizados por actores para una campaña por la ley de salud mental llamada “Plena implementación de la Ley de Salud Mental 26.657” (Coalición por una radiodifusión democrática, 2014).

En 2015, una campaña contra el estigma producida por La Colifata TV, presentó cuatro spots ideados, guionados, actuados y producidos por sus protagonistas en el marco de talleres creativos realizados por la Asociación “La Colifata, Salud Mental y Comunicación”. Son el producto de la transformación creativa de situaciones cotidianas dolorosas vividas por integrantes de la radio La Colifata (Colifata, 2015).

En 2016, se publicó el video “Seamos más perros” para movilizar a la sociedad y promover la toma de conciencia y la reformulación del vínculo con personas que padecen trastornos mentales, apelando a la falta de prejuicios con la cual los animales se vinculan con aquellos que los rodean. Del video participaron actores y pacientes de la organización (Proyecto Suma, 2016). La misma organización, en 2017 publicó una serie de tres videos, y otro en 2018, con el hashtag #MenosEstigmaSuma que intentan mostrar que tener un trastorno mental no significa ser peligroso (Proyecto Suma, 2022).

En 2018, la Asociación de Ayuda de Personas que padecen Esquizofrenia de la ciudad de La Plata, AAFE, mediante una campaña en las redes sociales #NoEtiquetas (AAFE 2018), llegó estimativamente a 9.000.000 de personas, con una actividad centrada en tres conceptos: “Miráme como una persona, no como una etiqueta”; “¿Mi enfermedad mental tiene tratamiento! ¿Tu prejuicio tiene cura?” y “Debemos asegurar el acceso a la salud y a los derechos como persona”. Esta campaña recibió el premio Eikon 2019 en la categoría Marketing Social (Premios Eikon, 2019) y dio marco a la Celebración del Día Mundial de la Salud Mental, organizada por la Mesa de Salud Mental y Discapacidad de la Secretaría de Relaciones Institucionales de la Universidad Nacional de La Plata en 2018. En la Reflexiones de la Jornada, efectuadas por Mercedes Guzmán, miembro de AAFE, tituladas “Educar, educar, educar”, se dice: “Una y otra vez, en los talleres, surgió la palabra EDUCACIÓN. Educar desde la cuna (rol familiar indelegable, para el cual es necesario educar a la familia); educar desde los primeros años de la educación formal (rol indelegable de la escuela, para lo cual es necesario educar a los docentes y no docentes); educar a los profesionales, no sólo a los profesionales de la salud (cuenta pendiente en muchas instituciones de formación profesional); educar a los que, por su acción política, pretenden ocupar cargos públicos, porque en sus manos están las políticas públicas, la creación de normas y el control de su cumplimiento. En definitiva, educarnos todos y cada uno de nosotros para hacer de ésta, una sociedad educada” (Guzmán, 2018).

En 2019, la campaña “Vida Plena con Esquizofrenia” #VidaPlenaConEsquizofrenia, en la que la AAFE fue miembro activo con involucramiento en el desarrollo de contenidos y su difusión en medios y redes sociales.

En 2021, La Universidad Nacional de Córdoba (UNC) lanzó una charla TEDx llamada “¿Te creés normal? Enfermedades mentales”, brindada por la Dra. Cecilia Lopez Steinmetz, donde se trataron tabúes y estigmas relacionados con las enfermedades mentales (UNC, 2021).

En 2021, se lanzó la campaña “Busca el sol” con el hashtag #DepresiónsinEstigma, para la prevención del suicidio, desarrollada por Pfizer, Fundación INECO, portal iPsiquiatría, la Asociación Argentina de Psiquiatras, la Fundación para el Estudio y Tratamiento de las Enfermedades Mentales (FETEM) y la Fundación Clínica de la Familia. Siguió la iniciativa “Septiembre Amarillo” promovida por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (Pfizer, 2021).

Por otra parte, como estrategia educativa local contamos con el libro *El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría* de Marcelo Cetkovich-Bakmas publicado en 2018 (Cetkovich-Bakmas, 2018).

Un interesante artículo de diario titulado “Derribar estereotipos: menos del 3% de las personas con esquizofrenia comete actos violentos”, escrito por Florencia Tuchin, apunta a mostrar que personas con trastornos mentales severos pueden trabajar y tener una vida insertos en la comunidad (Tuchin, 2017).

Entre las estrategias comunicativas, los grupos de ayuda mutua (GAM), se centran en intercambio de experiencias entre pares. En Argentina, existen diversas prácticas en este sentido, conducidas y destinadas a grupos de pacientes y familiares. Para dar algunos ejemplos, se encuentran colaborando en Trastorno Bipolar FUBIPA; en esquizofrenia AAFE, APEF, ACAPEF, Lazos familiares pampeanos; en autismo Brincar y Liga Asperger; en alcoholismo los GIA; en TDAH Familias Leonas; y otras tantas asociaciones, que brindan apoyo y asesoramiento. Como ejemplo de este tipo de intervenciones, encontramos en 2001 la Jornada “Enfermedad Mental, Estigma y Discriminación. Desestigmatizar para dignificar”, de AAFE en el Colegio de Abogados de La Plata en 2001; en 2002 las Jornadas “El Estigma y la Discriminación: Un obstáculo para la Integración Social de la Persona con Trastornos mentales y del comportamiento” llevadas a cabo por AAFE, Fundación Contener y la AMIA; Jornada para la comunidad “Estigma y Discriminación asociado a las enfermedades mentales”, que tuvo lugar en el Primer Congreso Nacional Salud Mental Catamarca 2019, participando conjuntamente AAFE, ACAPEF y AMFE; el taller “Testimonios de discriminación asociado a esquizofrenia: reflexiones y propuestas de intervención de los profesionales y los familiares” realizado en el Congreso de APSA de 2019; el Encuentro para la comunidad “Estigma y Discriminación asociado a las enfermedades mentales: Mitos y Verdades” en el Congreso de Psiquiatría de Mendoza de 2018; y el Encuentro virtual “Mitos y realidades sobre esquizofrenia”, en 2022, y “Estigma del familiar”, en 2021, del Ciclo Nacional de Psicoeducación familiar.

Las estrategias de contacto social son las más pro-

badas en capacidad de reducir el estigma, pero no han podido localizarse experiencias locales en la bibliografía. Esta llamativa ausencia de registro contrasta con los datos provistos por los relatos entre actores. En 2019, pacientes y trabajadores del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” asistieron al Encuentro “Patás Arriba Por la inclusión y contra el estigma en salud mental” en un centro cultural. Al inicio se realizaron juegos teatrales, serigrafía, fanzine, confección de carteles y pancartas y, más tarde, se realizó una salida al espacio público, asamblea y cierre musical y visita al cine (Argentina.gov.ar, 2019). Por supuesto ésta no ha sido la única experiencia en este ámbito, pero la mayoría no han llegado a publicarse.

Dentro de las intervenciones creativas encontramos algunas vinculadas al cine que, si bien no han sido diseñadas específicamente para reducir el estigma, pone en debate social el tema y sus controversias. El cine ha llegado a ser tanto una herramienta generadora de estigma en salud mental como un recurso de ayuda. En Argentina, surgieron documentales tales como: “El vecino del PH: del Barrio al manicomio”, de Figueira, en 2019; “Los fuegos internos” de Santilla Lago, Martínez, Batista y Lugano, en 2019; “Comunidad de locos”, dirigido por Ana Cutul, en 2005; “La Asamblea” documental de Galle Maidana que da cuenta de la construcción del Frente de Artistas del hospital Borda; “Rotas Cadenas” de Miguel Rodríguez Arias sobre el proceso de desmanicomialización en la Provincia de San Luis; “Adiós al Manicomio” de Pablo Moyano; “Vidas Arrasadas” un informe e investigación del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) sobre la situación de las personas alojadas en asilos psiquiátricos del país. Los mencionados documentales han hecho foco comunicativo en la desinstitucionalización (Escobar & Barragán, 2016). Aún resta destinar esfuerzo para poder acercar al cine visiones esperanzadoras y de recuperación, alejándose de relatos que asemejen la salud mental al drama o a la comedia.

En cuanto a las estrategias tecnológicas, varios portales de asociaciones de profesionales, instituciones de salud mental públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, acercan a los usuarios de Internet la posibilidad de encontrarse con alfabetización en salud mental.

Dentro de las estrategias terapéuticas contamos con una experiencia publicada indexada en Pubmed y otra, publicada en la revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. La primera, es una intervención argentina que a través de la modificación de la asistencia hacia un modelo de atención médica trans-sensible a mujeres transgénero, informó que los participantes experimentaron una reducción significativa de estigma de identidad de género, tanto

promulgado como internalizado a 6 meses de la intervención (Radusky, 2020).

La otra intervención argentina publicada, fue el programa GENERA, realizado por primera vez en 2014 en una organización no gubernamental sin fines de lucro, en la ciudad de Buenos Aires. El mismo, consta de seis reuniones, organizadas a modo taller desde un abordaje psicoeducativo participativo, que combina estrategias de educación, comunicación, contacto social, creativas, tecnológicas y terapéuticas (Geffner, 2017). De estas experiencias, de los grupos de reflexión de usuarios y profesionales, han surgido datos locales que dan cuenta de la alta percepción del estigma social en las “Voces de los usuarios” (Geffner, 2017).

En 2019, el Archivo Nacional de la Memoria (ANM), la Unión de Trabajadores de Entidades Deportivas y Civiles (UTEDYC) y el INADI brindaron una serie de cuatro talleres de reflexión sobre violencias, no discriminación y derechos humanos, destinado a afiliados y público en general (Argentina.gov.ar, 2019).

En conclusión, si bien se ha avanzado en la investigación en los últimos años, el conocimiento acerca de los detalles del estigma y el desarrollo de intervenciones en el medio local es realmente escaso. Urge la necesidad de promover investigaciones rigurosas a lo largo de todo el país que perfilen adecuadamente las características y efectos del estigma informados culturalmente, la recopilación exhaustiva y análisis de iniciativas vigentes y el incentivo de desarrollo y estudios de eficacia de estrategias multinivel.

Comentarios finales

La conclusión es que para reducir el estigma y la discriminación asociado a los trastornos mentales se requiere un vigoroso y permanente apoyo de toda la comunidad, para comprender que es una de las fuertes razones que explican la inaceptable falta de adecuados servicios y dispositivos de tratamientos de internación y comunitarios, junto a, entre otros, la baja prioridad de la salud mental respecto de la salud física, la insuficiente inversión económica y la inapropiada asignación de ésta, la necesidad de investigar todas las formas de estigma localmente y de implementar las intervenciones antiestigma más efectivas; en resumen, implementar una política y programas de salud mental ajustados al paradigma epidemiológico comunitario (Hernández Monsalve, 2008; Desviat, 2012).

En la Argentina, dos documentos relacionados con el estigma y la discriminación asociado a los trastornos mentales permiten una detallada información sobre psicoeducación familiar (Gargoloff, 2020) y desarrollan recomendaciones para los medios sobre cómo

tratar los temas relacionados con la salud mental (Corral, 2021).

El lema para las campañas de educación pública relacionadas con el estigma y la discriminación debiera centrarse en que los trastornos mentales son reales, comunes, frecuentes, severos y tratables, así como son mortales, incapacitantes y físicamente devastadores si no se tratan (Morehead, 2021). También que, mientras existan dudas profundas sobre los modelos de la atención de la salud mental, es apropiado ser cauteloso antes de concluir, ante la potencial influencia del estigma, que todos los diagnósticos y tratamientos de salud mental son defectuosos (o en oposición: certeros e infalibles). En su lugar, la recomendación es adherir a los mismos estándares de legitimidad para las enfermedades tratadas por la psiquiatría que para las demás especialidades médicas. La enfermedad mental es un asunto muy serio, bajo todas las perspectivas (individual o social), así como bajo cualquier estándar médico o humano. Representa una crisis de salud pública de enormes proporciones, con un impacto masivo para la sociedad y una colosal magnitud de sufrimiento humano.

Apéndice

Mensajes e imágenes dirigidos a la comunidad que contribuyen a reducir el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales:

El Trastorno Mental que padeces

ES COMÚN: no sos el único y no estás solo para afrontarlo.

ES REAL: no lo estás inventando ya que las causas básicas de los trastornos mentales son simples: interacción de genes, más contexto y estrés.

ES SEVERO: no es que sos débil por tenerlo o porque no podés superarlo por tu cuenta.

NO ES CULPA DE NADIE: ni quien lo sufre ni la familia son culpables de lo que ocurre.

ES TRATABLE: La recuperación es posible, hay tratamientos efectivos y la vida plena es un objetivo potencialmente alcanzable.

Dos campañas argentinas contra el estigma y la discriminación asociados a los trastornos mentales que involucraron a asociaciones de familiares con perfil de grupos de ayuda mutua:

#NoEtiquetas

Campaña de concientización impulsada por Asociación de Ayuda de Familiares de Personas que padecen Esquizofrenia, que se llevó a cabo en 2018 (AAFE 2018), aplican en este apartado los tres conceptos centrales del mensaje hacia la comunidad:

#NoEtiquetas

Miráme como una persona, no como una etiqueta

¡Mi enfermedad mental tiene tratamiento!
¿Tu prejuicio tiene cura?

Debemos asegurar el acceso a la salud y a los derechos como persona

Esta campaña de concientización recibió el Premio Eikon del año 2019 al mejor marketing social del año 2018 (Premio Eikon 2019).

#VidaPlenaconEsquizofrenia

Esta campaña se llevó a cabo en el año 2019 con la participación de cuatro grupos de ayuda mutua nacionales (AAFE de La Plata, ACAPEF de Córdoba, APEF de CABA y AMFE de Mendoza), con textos e imágenes desafiantes que instaban a definir entre personas de indistinguible aspecto saludables y en bienestar, cuáles de ellas les impresionaban cómo que padecían esquizofrenia (ACAPEF 2019; APEF 2019).

Referencias bibliográficas

- AAFE (2018). Campaña #NoEtiquetes. <https://www.facebook.com/aafeong/photos/el-estigma-es-una-de-las-principales-barreras-para-el-tratamiento-de-la-esquizof/969368933257949/>
- ACAPEF (2019). Campaña Vida Plena 2019. <https://www.facebook.com/watch/?v=1081269765588867>
- Agrest, M., Mascayano, F., Ardila-Gómez, S. E., Abeldaño, A., Fernandez, R., Geffner, N., Leiderman, E. A., Susser, E. S., Valencia, E., Yang, L. H., Zalazar, V., & Lipovetzky, G. (2015). Mental illness stigma research in Argentina. *BJPsych. International*, 12(4), 86–88. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000623>
- Agrest, M., Nemirovsky, M., Dishy, G., Abadi, D., & Leiderman, E. (2022). 'Love comes first, and it is ahead of any different political partisanism': How political polarizations compare to other forms of discrimination in Buenos Aires (Argentina). *International Journal of Social Psychiatry*, 68(4), 808–817. <https://doi.org/10.1177/00207640211006736>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003a). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9), 526–534. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0676-6>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003b). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304–309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Labeling - Stereotype - Discrimination: An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 391–395. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0903-4>
- Angermeyer, M. C., Beck, M., & Matschinger, H. (2003). Distance from people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 9–12.
- APEF (2019). Campaña Vida Plena 2019. https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=440465793302054&id=101695187981880&_rdr
- Ardila-Gómez, S., Ares-Lavalle, G., Fernández, M., Hartfiel, M. I., Borelli, M., Canales, V., & Stolkner, A. (2015). Social Perceptions About Community Life with People with Mental Illness: Study of a Discharge Program in Buenos Aires Province, Argentina. *Community Mental Health Journal*, 51(1), 103–110. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9753-4>
- Argentina.gov.ar. (11 de 10 de 2019). Argentina.gov.ar. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/por-la-inclusion-y-contra-el-estigma-en-salud-mental>
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a "stranger." *International Review of Psychiatry*, 19(2), 131–135. <https://doi.org/10.1080/09540260701278739>
- Bayar, M. R., Poyraz, B. Ç., Aksoy-Poyraz, C., & Ankan, M. K. (2009). Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(3), 226–230.
- Bogardus, E. S. (1933). A distance social scale. *Sociology and Social Research*, 17, 265–271.
- Cetkovich-Bakmas, M. (2018). El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría. Paidós.
- Chen, S., Lu, Q., Bai, J., Deng, C., Wang, Y., & Zhao, Y. (2020). Global publications on stigma between 1998-2018: A bibliometric analysis. *Journal of affective disorders*, 274, 363–371. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.006>
- Clay, J. E. (2020). Core components of mental health stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 164.
- Coalición por una radiodifusión democrática. (24 de 9 de 2014). Plena implementación de la Ley de Salud Mental 26.657. Obtenido de <https://www.youtube.com/user/LeyDeSaludMental/featured>
- Colifata, R. L. (30 de 10 de 2015). iacolifata.org. Obtenido de <https://www.youtube.com/iacolifata/search?query=estigma>
- Corral R. M., Gargoloff P. R. y col (2021). Las palabras importan: recomendaciones para los medios de comunicación. <https://unlp.edu.ar/frontend/media/60/36560/6bb3ad5efc-80c5e71d670e2aaa42e0bd.pdf>
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American psychologist*, 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- 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://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., & Rüsch, N. (2002). Mental Illness Stereotypes and Clinical Care: Do People Avoid Treatment Because of Stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312–334. <https://doi.org/10.1080/10973430208408441>
- Corrigan, P. W., Scott Morris, P. B., Michaels, P. J., Jennifer Rafacz, M. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63, 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005292011>
- Corrigan, P., & Bink, A. (2016). The Stigma of Mental Illness. Elsevier Inc, 230-234.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(JUL.), 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>

- de Toledo Piza Peluso, É., & Luís Blay, S. (2004). Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(12), 955–961. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0820-y>
- de Toledo Piza Peluso, É., de Araújo Peres, C., & Luís Blay, S. (2008). Public conceptions of schizophrenia in urban Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 792–799. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0372-7>
- Desviat M, Moreno Pérez A (editores). Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2012. Editorial Deixit. ISBN: 978-84-92848-41-6. <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>
- Digiuni, M., Jones, F. W., & Camic, P. M. (2013). Perceived social stigma and attitudes towards seeking therapy in training: A cross-national study. *Psychotherapy*, 50(2), 213–223. <https://doi.org/10.1037/a0028784>
- Druetta, I., Ceresa, M. F., & Leiderman, E. A. (2013). [Attitudes of mental health workers toward people with schizophrenia] | Actitudes de los profesionales de la Salud Mental hacia las personas con esquizofrenia. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(110), 245–252.
- Dufort, A., & Zipursky, R. B. (2019). Understanding and Managing Treatment Adherence in Schizophrenia. Clinical schizophrenia & related psychoses, Advance online publication.
- Eiroa-Orosa, F. J., Lomascolo, M., & Tosas-Fernández, A. (2021). Efficacy of an intervention to reduce stigma beliefs and attitudes among primary care and mental health professionals: Two cluster randomised-controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031214>
- Escobar, M., & Barragán, P. (2016). Comunicar es salud: el rol de la comunicación en el proceso de desmanicomialización. La Plata: Facultad de Periodismo y Comunicación Social.
- Fuller D.A. Research Weekly: Mental Health Caregivers under “High Emotional Stress”. (2016). <https://www.treatmentadvocacycenter.org/fixing-the-system/features-and-news/3025-research-weekly-mental-health-caregivers-under-qhigh-emotional-stressq>
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. M., & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: Results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278–287. <https://doi.org/10.1007/s00406-002-0393-2>
- Gargoloff P. R., Corral R, M., Michat M. D., Muscellini R. et al. (2020). Psicoeducación Familiar en Esquizofrenia. Manual Psiquiatría para médicos. https://www.academia.edu/44488087/Psicoeducaci%C3%B3n_Familiar_en_Esquizofrenia
- Geffner, N. Z. (2017). Estigma y enfermedad mental: Voces de los usuarios. Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires: 1er Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones.
- Geffner, N. Z. (2017). Revisión de programas anti-estigma y a favor de la recuperación. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*, 189-202.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6, 0–21. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21>
- Grover, S., Shouan, A., & Sahoo, S. (2020). Labels used for persons with severe mental illness and their stigma experience in North India. *Asian Journal of Psychiatry*, 48(August 2019). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101909>
- Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique Early findings Methodology. *Journal of Mental Health*, 6(4), 345–354.
- Heijnders, M., & Van Der Meij, S. (2006). La lucha contra el estigma: una visión general de las estrategias e intervenciones de reducción del estigma. *Psychol Health Med*, 353–63.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hernández Monsalve M, Lalucat Jo L, Coords. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos (8), 2007.
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C., & White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research*, 56, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>
- Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., & McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(12), 349–363. <https://doi.org/10.1177/2045125318804364>
- Jorm, A. F. (2020). Effect of contact-based interventions on stigma and discrimination: A critical examination of the evidence. *Psychiatric Services*, 71(7), 735–737. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900587>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396–401. <https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/pages/mental-health-line.aspx>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1), 77–83. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00513.x>
- Kaiser Permanente commissioned KRC Research to conduct a 15-minute online survey among a total of 3,005 U.S. adults from August 10–16, 2017. <https://findyourwords.org/understanding-depression/mental-health-myths-facts-national-poll/>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 6(3), 168–176.

- Kingdom, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 401–406. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.401>
- Koike, S., Yamaguchi, S., Ojio, Y., Ohta, K., Shimada, T., Watanabe, K., Thornicroft, G., & Ando, S. (2018). A randomised controlled trial of repeated filmed social contact on reducing mental illness-related stigma in young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 199–208. <https://doi.org/10.1017/S2045796016001050>
- Kosyluk, K. A., Al-Khouja, M., Bink, A., Buchholz, B., Ellefson, S., Fokuo, K., Goldberg, D., Kraus, D., Leon, A., Michaels, P., Powell, K., Schmidt, A., & Corrigan, P. W. (2016). Challenging the Stigma of Mental Illness Among College Students. *Journal of Adolescent Health*, 59(3), 325–331. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.05.005>
- Krauss S.J. (1995). Attitudes and the prediction of behavior: a metanalysis of the empirical literature. *Pers Soc Psychol Bull*, 21, 58–75.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(SUPPL. 429), 51–59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Leiderman, E. A., Vazquez, G., Berizzo, C., Bonifacio, A., Bruscoli, N., Capria, J. I., Ehrenhaus, B., Guerrero, M., Guerrero, M., Lolich, M., & Milev, R. (2011). Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(4). <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0196-0>
- Levav (ed.) Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1992: 4. OPS/OMS, Washington, D.C., Estados Unidos de América.
- Lien, Y. Y., Lin, H. S., Tsai, C. H., Lien, Y. J., & Wu, T. T. (2019). Changes in attitudes toward mental illness in healthcare professionals and students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 34–39. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328–1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982), 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- López, M., Laviana, 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. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 28(1), 48–83. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es
- López, M., Saavedra, F. J., López, A., Laviana M. (2016). Prevalence of Mental Health problems in sentenced men in prisons from Andalucía (Spain). *Revista española de sanidad penitenciaria*, 18(3), 76–84. <https://doi.org/10.4321/S1575-06202016000300002>
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5), 322–330. <https://doi.org/10.1177/070674370404900508>
- Mascayano Tapia, F. L. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 53–58.
- Mascayano, F. T.-S. (2020). Including culture in programs to reduce stigma toward people with mental disorders in low- and middle-income countries. *Transcultural psychiatry*, 140–160.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current opinion in psychiatry*, 24(4), 301–306. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477a09>
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., EvansLacko, S., Palacios, J., Docherty, M., Barley, E., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental Healthrelated stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377–384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- Mileva, V. R., Vázquez, G. H., & Milev, R. (2013). Effects, experiences, and impact of stigma on patients with bipolar disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9(1), 31–40. <https://doi.org/10.2147/NDT.S38560>
- Mitelman, M., Chirazi, A., Schmollgruber, A., & Leiderman, E. A. (2022). Discrimination and social stigma against people with mental illness in Argentina. *International Journal of Social Psychiatry*, online pub.
- Morehead, D. B. (2021). Science over stigma : education and advocacy for mental health. American Psychiatric Association Publishing. <https://lcn.gov/2021003321>
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., San Too, L., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Research* (pp. 1–23). <https://doi.org/10.1016/j.psychires.2018.05.017>
- Murray, J. L., López, A. D. (1996). World Health Organization, World Bank & Harvard School of Public Health. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>
- NAMI: Mental Health Facts in America. <https://www.nami.org/nami/media/nami-media/infographics/generalmhfacts.pdf>

- Nederhof, A. J. (1985). Methods of coping with social desirability bias: A review. *European Journal of Social Psychology*, 15(3), 263–280. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420150303>
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- OMS. Esquizofrenia Datos y Cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (Última consulta: 21 de enero de 2022).
- Corrigan, P. W. (2002). Understanding the impact of stigma on people with. *World Psychiatry*, 1(1), 16–21.
- Pfizer. (1 de 1 de 2021). Septiembre amarillo. Obtenido de <https://www.septiembreamarillo.com/argentina.html#headHome>
- Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 307–322. <https://doi.org/10.1177/002214650504600401>
- Premio Eikon (2019). <https://premioeikon.com/asociacion-de-ayuda-de-familiares-de-personas-que-padecen-esquizofrenia-aafe-noetiquetes/>
- Premios Eikon. (17 de 9 de 2019). Premios Eikon. Obtenido de <https://premioeikon.com/asociacion-de-ayuda-de-familiares-de-personas-que-padecen-esquizofrenia-aafe-noetiquetes/>
- Proyecto Suma. (1 de 1 de 2022). Proyecto Suma. Obtenido de Campaña: <http://www.proyectosuma.org.ar/menosestigmasuma/>
- Proyecto Suma. (19 de 5 de 2016). Proyecto Suma. Obtenido de https://www.youtube.com/watch?v=uOE0KaJM0QE&list=PL08D4YGILEPJCzq4bbtN18Bor0rOprSuo&index=5&ab_channel=ProyectoSuma
- Radusky, P. D. (2020). Reduction of Gender Identity Stigma and Improvements in Mental Health Among Transgender Women Initiating HIV Treatment in a Trans-Sensitive Clinic in Argentina. *Transgender health*, 216–224.
- Rao, D. E. (2019). A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC medicine*, 41.
- Rasmussen, J. D., Kakuhikire, B., Baguma, C., Ashaba, S., Cooper-Vince, C. E., Perkins, J. M., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2019). Portrayals of mental illness, treatment, and relapse and their effects on the stigma of mental illness: Population-based, randomized survey experiment in rural Uganda. *PLoS Medicine*, 16(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002908>
- Saldívia, S., Runte-Geidel, A., Grandón, P., Torres-González, F., Xavier, M., Antonioli, C., Ballester, D. A., Melipillán, R., Galende, E., Vicente, B., Caldas, J. M., Killaspy, H., Gibbons, R., & King, M. (2014). The Maristán stigma scale: A standardized international measure of the stigma of schizophrenia and other psychoses. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-182>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., Milstein, G., & Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: Has anything changed?: Impact of perceptions of mental illness and dangerousness on the desire for social distance: 1996 and 2006. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 361–366. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd112>
- Sølvhøj, I. N., Kusier, A. O., Pedersen, P. V., & Nielsen, M. (2021). Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. *BMC psychiatry*, 21(1), 443. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03415-8>
- Soroka, S., McAdams, S. (2015). News, politics, and negativity. *Political Communication*, 32(1):1–22. DOI:10.2139/ssrn.2075941. https://www.researchgate.net/publication/241754236_News_Politics_and_Negativity
- Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vázquez, N et al. (2018). Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(2), 121–129. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H. y col. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría (Buenos Aires, Argentina)*, 29(142), 275–299. <http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex142.php>
- Stefani, D. (1977). Escala de Actitudes hacia la enfermedad mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 23, 202–207.
- Stefani, D. (1979). Actitudes hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 25, 282–287.
- Stefani, D. (1985). Autoritarismo y actitud hacia la enfermedad mental. *Salud Mental*, 8(2), 27–30.
- Stefani, D. (1986). Posición Social y actitud hacia la enfermedad mental. *Psicología Clínica Latinoamericana*, 4, 7–17.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(3), 245–252. <https://doi.org/10.1177/070674370104600304>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/>

- Szasz, T. S. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge UP.
- Torres-Gonzalez, F., Runte-Geidel, A., Antonioli, C., Wagner, L. C., Ballester, D., De Almeida, J. M. C., Galende, E., Vicente, B., Xavier, M., Gómez-Beneyto, M., King, M. B., & Saldivia, S. M. (2012). Standardised measures of needs, stigma and informal care in schizophrenia using a bottom-up, cross-cultural approach. *Mental Health in Family Medicine*, 9(2), 125–134.
- Tuchin, F. (17 de 7 de 2017). Derribar estereotipos: menos del 3% de las personas con esquizofrenia comete actos violentos. La Nación.
- UNC. (22 de 10 de 2021). <https://www.ted.com/tedx>. Obtenido de https://youtu.be/vlirLnob8_Q
- UNER. (9 de 10 de 2014). Testimonios para 'Un toque de locura'. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=oXOe1mlKHNM>
- Vázquez, G. H., Kapczinski, F., Magalhaes, P. V., Córdoba, R., Lopez Jaramillo, C., Rosa, A. R., Sánchez De Carmona, M., & Tohen, M. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 323–327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.012>
- Vielma-Aguilera, A. C.-A.-F. (2021). Interventions to Reduce Stigma Toward People with Severe Mental Disorders in Ibero-America: A Systematic Review. *Cienc. Salud.*, 1-27.
- Wagner, L. C., Torres-González, F., Geidel, A. R., & King, M. B. (2011). Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: Percepción de portadores y cuidadores. *Revista de Saude Publica*, 45(2), 401–408. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000200019>
- Zalazar, V., Leiderman, E. A., Agrest, M., Nemirovsky, M., Lipovetzky, G., & Thornicroft, G. (2018). Reported and intended behavior towards people with mental health problems in Argentina. *International Journal of Mental Health*, 47(3), 215–227. <https://doi.org/10.1080/00207411.2018.1474075>





Línea
Neurociencias

PRESENTAMOS NUESTRA
COMPLETA LÍNEA DE

ANTIPSICÓTICOS

Quetiazic[®]

Quetiapina 25 - 100 - 200 - 300 mg

Quetiapina

25 mg x 30 y 60 comp. ran.
100 mg x 30 y 60 comp. ran.
200 mg x 30 y 60 comp. ran.
300 mg x 30 comp. ran.



Quetiazic[®] XR

Quetiapina 50 - 200 - 300 - 400 mg

Liberación Prolongada

Quetiapina

50 - 200 - 300 - 400 mg
x 30 comp. recubiertos
de acción prolongada.



ARIZIC[®]

Aripiprazol

Aripiprazol

5 - 10 - 15 - 20 mg
x 30 comp. recubiertos.



LURAZIC[®]

Lurasidona 20/40/60/80 mg

Lurasidona

20 - 40 - 60 - 80 mg
x 30 comp. recubiertos.



DOZIC[®]

Risperidona 0,5 - 1 - 2 - 3 mg

Risperidona

0,5 mg x 20 comp. ran.
1 - 2 - 3 mg x 20 y 60 comp. ran.



Información Disponible Para Profesionales: **Departamento Médico Raffo: Tel (011)4509-7100**
Complejo Urbana 1 - Int. Cnel. Amaro Ávalos 2829 - 3º Piso (B1605 EBQ) Munro/Vte. López/Pcia. de Bs. As.

W W W . R A F F O . C O M . A R

CONSIV[®]
METILFENIDATO 18-27-36-54 mg

Tratamiento de primera elección,
con una única toma diaria
que permite incrementar el grado
de atención y rendimiento por
12 horas logrando **mayor adherencia** por
su **simplicidad posológica**.¹⁻²



BIBLIOGRAFÍA: 1. Biederman J et al Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder. International Journal of Neuropsychopharmacology (2004), 7, 77-97. 2. Biederman J et al. Efficacy and Safety of Ritalin[®] LATM, a New, Once Daily, Extended-Release Dosage Form of Methylphenidate, in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatr Drugs 2003; 5 (12) 833-841.



Información Disponible Para Profesionales: **Departamento Médico Raffo: Tel (011)4509-7100**
Complejo Urbana 1 - Int. Cnel. Amaro Ávalos 2829 - 3º Piso (B1605 EBQ) Munro/Vte. López/PCia. de Bs. As.

WWW.RAFFO.COM.AR