

Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud¹

Conceptual and normative dialogues between schizophrenia and disability: The case of Uruguay from the perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health

Julia Córdoba Wolman, Magalí Gilles Guigou y Andrea Gonella

Universidad de la República²

Autor para correspondencia: Julia Córdoba Wolman, jcordoba@psico.edu.uy.

RESUMEN

El presente trabajo surge debido a la necesidad de contextualizar los nuevos enfoques y perspectivas que hay sobre la esquizofrenia en los ámbitos clínico, profesional, social y cultural y se centra en tres dimensiones que pretenden dar cuenta del desarrollo que ha tenido esta condición de salud. En primer lugar, se expone un recorrido cronológico sobre la definición conceptual de la esquizofrenia y de la discapacidad, el paradigma integrador que aporta a ambas la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, las posibles conexiones entre estas y la instalación del estigma y el autoestigma como barreras para la inclusión social; en segundo lugar, se describe el proceso que han llevado a cabo distintos países para el abordaje de la salud mental y por último se profundiza en los avances normativos respecto a la salud mental que están ocurriendo en Uruguay.

Palabras clave: Estigma; Esquizofrenia; Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud; Discapacidad.

SUMMARY

This paper arises from the need to understand the different views and perspectives concerning schizophrenia in the clinical, professional, social, and cultural spheres. It focuses on three dimensions that aim to give context to the development of this health condition. Firstly, a chronological overview of the conceptual definition of schizophrenia and disability, the integrative paradigm that the International Classification of Functioning, Disability, and Health brings to both the possible connections between the two, and the installation of stigma and self-stigma as a barrier to social

¹ Este artículo se basa en el trabajo final Esquizofrenia y estigma. Un análisis desde el modelo CIF de la discapacidad para la obtención del título de licenciada en psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

² Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología, Dr. Tristán Narvaja 1674, 11200 Montevideo, Departamento de Montevideo, Uruguay, tel. (59)824-00-85-55, correos electrónicos: magagilles@gmail.com y agonella@psico.edu.uy.



inclusion is presented. Secondly, it describes the process that different countries have undergone concerning the approach to mental Health. Lastly, we will examine in depth the normative advances in mental health issues that are taking place in Uruguay.

Key words: Stigma; Schizophrenia; International Classification of Functioning, Disability, and Health; Disability.

Recibido: 08/10/2021

Aceptado: 25/03/2022

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una condición de salud que afecta a más de 21 millones de personas en el mundo (0.3% de la población mundial), cuyo inicio ocurre por lo regular al final de la adolescencia o al comienzo de la vida adulta (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). En general, se suele considerar solamente su aspecto sanitario, pero es también importante considerar su impacto en otras áreas, como la tasa de empleo, la utilización de los recursos sociales y el efecto en los familiares cuidadores y en la expectativa de vida, entre otros (Frank, 2021). Respecto a este último punto, el impacto del diagnóstico es tal que varios estudios señalan que la expectativa de vida para esta población es en promedio 20% menor que el de la población general (Tiihonen *et al.*, 2009; Thornicroft, 2011; Walker, McGee y Druss, 2015).

Históricamente, la concepción de la esquizofrenia ha generado grandes debates en torno a sus causas y consecuencias. Durante la Edad Media se la relacionaba con los demonios o a las “posesiones demoníacas” debido, principalmente, a los síntomas que las personas exhibían (Torres, 2002). Generalmente, tales interpretaciones no eran hechas por expertos sino por personas vinculadas al ámbito religioso. Desde ese momento se vuelve evidente el importante lugar que ocupa la interpretación social y cultural de la época en este problema (Castoriadis, 2002).

Muchos siglos después, Morel (1852), en un esfuerzo por desprenderse de las concepciones espirituales y religiosas en aras de un enfoque más

biologicista, introduce el término “demencia precoz” para denominar a las personas con un trastorno mental que comenzaba en la adolescencia y que producía un deterioro significativo a lo largo de la vida. Años más tarde, Hecker (1899) identifica la hebefrenia, la que describe en detalle no solo consolidando algunos de los conceptos de Morel, sino también introduciendo nuevas observaciones, por ejemplo, que se caracteriza por una desorganización del comportamiento y el lenguaje que afecta la afectividad del individuo, generando así un deterioro en la personalidad. Kraepelin (1896/2008), apoyándose en el término de Morel, mantiene la idea de que esta condición de salud surge a una edad temprana, en oposición a la psicosis maniaco-depresiva, y describe algunos tipos de la misma; paranoide, catatónica y hebefrénica, aportando así la base de la que Bleuler (1911) denominaría “esquizofrenia”, para quien dicha condición era tanto una entidad patológica como una reacción psicopatológica (*cf.* López, Sanmillán, Cainet y Olivares, 2015).

Ya entrado el siglo XX, Kasanin y Hanfmann (1938) hacen una aportación diferente, apoyándose en que las personas con esquizofrenia no solo manifiestan síntomas formales (ideas delirantes, alucinaciones, afecto aplanado), sino también variaciones en lo afectivo, teniendo momentos asociados a la depresión y otros momentos de gran exaltación (*cf.* López, *et al.*, 2015).

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

Desde entonces, la esquizofrenia ha sufrido variaciones en cuanto a su definición; Ey, Bernard y Brisset (1994) la definen como una patología mental grave que “... altera profundamente la personalidad y [...] provoca una modificación profunda y durable de la persona, quien cesa de construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico” (p. 473).

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (en adelante CIE 10), elaborada por

la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1992, “la esquizofrenia se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones [...]. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos” (p. 308).

Actualmente está vigente la quinta edición del DSM (2013), donde se destaca la conceptualización de la esquizofrenia como un “trastorno del espectro esquizofrénico” y evita el uso de determinadas expresiones que le adjudican a la persona la única característica de ser alguien con este trastorno. En este sentido, entre las sugerencias se evita hacer referencia a las personas con estas realidades como “el esquizofrénico”, a cambio de “persona con esquizofrenia”, en consonancia con las solicitudes de los colectivos sociales vinculados a la salud mental (DSM-V, 2002).

Si bien en determinados ámbitos la actualización sobre este trastorno es esporádica, existen otros ámbitos donde perduran concepciones caducas que condicionan y promueven conductas estigmatizantes. Estas actitudes no se dirigen únicamente al señalamiento y la exclusión, sino que se han instalado en prácticas amparadas por la ciencia y el Estado, ya que las opciones para quienes manifiestan los síntomas son el aislamiento y el encierro permanentes (López *et al.*, 2008; López *et al.*, 2015).

En su surgimiento, el objetivo de las instituciones manicomiales fue asistir y ocuparse de las personas que tenían algún tipo de enfermedad mental, mostraran otro tipo de condiciones de salud o que se encontraran en situaciones de vulnerabilidad. Este fin se fue desvirtuando con el paso del tiempo hasta desembocar en la reclusión y represión a quienes se hallaban internados, en general contra su voluntad. A tales instituciones se les llegó a considerar como una solución para las familias de las personas con esquizofrenia, que solicitaban que no se le diera el alta a su consanguíneo; de esta manera, gran parte de quienes ingresaban a los manicomios permanecían internados hasta el día de su muerte (Sacristán, 2009).

En la segunda mitad del siglo XX, ya en los años sesenta, surge entre los movimientos sociales de la época la antipsiquiatría, que propone alterna-

tivas a las instituciones asilares mediante un enfoque social y comunitario en el tratamiento e intervención de las personas con trastornos mentales graves (en adelante TMG). Desde esta perspectiva, se considera que los hospitales psiquiátricos, en vez de promover la autonomía en el marco de una rehabilitación psicosocial, provocan que las personas dependan de la institución (Pastor y Ovejero, 2009).

Este último aspecto a su vez está alineado con lo planteado en la Declaración de Caracas (OMS, 1990) en cuanto a la reestructuración de la atención psiquiátrica. Allí se plantea el cambio del abordaje psiquiátrico convencional vigente en ese momento por una atención primaria de la salud basada en modelos alternativos centrados en la comunidad. Para que estos avances puedan implementarse y ser una realidad en términos de derechos e inclusión es fundamental conocer cómo es que, aun habiendo acuerdos internacionales e importantes marcos normativos, la realidad de las personas que padecen esta condición de salud y sus familias sigue atravesando dificultades como si nada se hubiera modificado.

El presente trabajo surge de la necesidad de pensar sobre esta dimensión del problema para poder implementar un cambio real, de acuerdo a los paradigmas propuestos internacionalmente tanto por la comunidad científica como por los integrantes de colectivos vinculados directa o indirectamente a la esquizofrenia y a los TMG.

Es por ello inevitable, al realizar este análisis, considerar el recorrido similar que ha sufrido el concepto de *discapacidad*.

La esquizofrenia y la discapacidad

La concepción que se tiene hoy en día de la discapacidad ha ido fluctuando a través de las distintas épocas y perspectivas, de un modo similar al trayecto conceptual que tuvo la esquizofrenia.

Según Palaciosy Bariffi (2007), el primer modelo surge en la Edad Media y se lo conoce como de “prescindencia”, el cual se basaba en que la discapacidad se encontraba ligada a lo religioso, asociando su causa a castigos divinos. Este modelo excluye a las personas con discapacidad, suprime sus derechos y las considera improductivas

en virtud de que no contribuyen económicamente a la sociedad.

No fue sino hasta el siglo XX que surge el modelo “rehabilitador”, que plantea que la discapacidad tiene orígenes materiales concretos; es decir, las causas de la misma ya no se asocian a las creencias religiosas. Tal convicción supone también que la persona discapacitada puede ser integrada a la sociedad siempre y cuando sea rehabilitada, y afirma que el valor como persona comienza a existir cuando se asemeja a los demás, dicho de otra manera, cuando ya es “normal”.

Uno de los problemas que tiene este modelo es que no considera ningún otro aspecto fuera de lo biológico; asume que la discapacidad es solamente un problema de la persona que la padece, ocasionado directamente por una causa precisa, por lo que el abordaje se lleva a cabo solo de forma individual, sin tomar en cuenta el contexto social y cultural ni algún otro aspecto que afecte al individuo. Desde esta perspectiva, las actitudes hacia quienes presentan un TMG fueron de segregación en razón de que la persona con discapacidad, que anteriormente era tratada como un “animal salvaje”, ahora pasó a ser considerada como un “animal doméstico”, expulsándola hacia las instituciones psiquiátricas y con el objetivo de, nuevamente, ser “normalizados” (Hernández, 2015). En suma, el modelo mantiene una actitud paternalista y asistencialista en el que las personas con discapacidad son vistas como menos valiosas que el resto, lo que refuerza la discriminación y la continuación de la vulneración de sus derechos humanos.

Es a partir de los años setenta que nace el modelo “social”, como respuesta al rehabilitador, que señala que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales, no individuales, ya que es la sociedad la que impone limitaciones. Desde esta perspectiva no se intenta “normalizar” o “rehabilitar” a la persona con discapacidad, sino que la que debe rehabilitarse es la sociedad en su conjunto. A raíz de esta visión comienzan a surgir definiciones asociadas a los derechos humanos que resaltan la idea de una equiparación de oportunidades e inclusión social, lo que propicia la idea de que las personas con discapacidad pueden contribuir a la sociedad en la medida en que sean

aceptadas y respetadas por su entorno. Este modelo considera que son las barreras físicas y sociales las que impiden que la persona pueda vivir en igualdad de condiciones que los demás, y que es una tarea socialmente compartida la que debe llevarse a cabo para erradicar las barreras y sus efectos. Entonces, dicho modelo busca no solo la autonomía de las personas con discapacidad para decidir sobre todos los aspectos de su vida, sino también para generar igualdad de oportunidades al potenciar las cualidades con las que cada uno cuenta (Palacios y Bariffi, 2007).

Finalmente, el modelo “integrador”, surgido por la misma época, incorpora los dos modelos mencionados anteriormente; también conocido como “biopsicosocial”, tiene en cuenta las dimensiones biológicas (médicas) y las perspectivas social y psicológica que pueden dar origen a la discapacidad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Salud y la Discapacidad (en adelante CIF) (cf. OMS, 2001) es la referencia de este modelo, que considera la discapacidad como un concepto “paraguas” ya que incluye restricciones en la participación debido a las limitaciones en las actividades de la vida diaria (en adelante AVD) (Romero, 2007) e incorpora –al momento de analizar la situación de una persona– los facilitadores y barreras presentes en el entorno, denominados *factores contextuales*.

La CIF permite entender la esquizofrenia como una condición de salud que puede producir discapacidad si genera limitaciones para la realización de las AVD y restricciones en la participación (barreras) si la persona no cuenta con ayudas y ajustes (facilitadores) que puedan compensar tales dificultades.

En la Tabla 1 se propone señalar, a modo de resumen, cómo es que el desarrollo histórico del concepto de esquizofrenia y el de discapacidad tienen puntos de contacto al establecer una relación directa entre los TMG y las situaciones de discapacidad, junto con los avances científicos y las organizaciones sociales que condicionan el conjunto de ideas y actitudes que rodean la salud mental y la discapacidad.

Tabla 1. Cuadro comparativo concepto de esquizofrenia y modelos de discapacidad.

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

Los avances teóricos, científicos, técnicos y normativos sobre la discapacidad afectan directamente el heterogéneo colectivo de personas con TMG (Hultman, Forinder y Pergert, 2016; Mansell, Knapp, Beadle-Brown y Beecham, 2007; Rembis, Kudlick y Nielsen, 2018; Shakespeare, Porter y Stöckl, 2017). Aunque por momentos los señalamientos de estos dos grupos parecen estar separados, hay puntos en común que permiten una lectura vinculada.

Los principios de equiparación de oportunidades, atención de la salud integral, promoción de autonomía e inclusión laboral, educativa y social (Angelova-Mladenova, 2017; Castillo, 2014; Rojas, Verdugo y Troncoso, 2017; Schelly, 2008), si bien surgen de ámbitos específicos de la discapacidad, son fácilmente trasladables a las necesidades de las personas con TMG.

Estigma y autoestigma como barreras en personas con esquizofrenia

Tanto las personas con discapacidad como las que viven con esquizofrenia sufren cotidianamente los efectos del estigma. Este suele caracterizarse por tener una connotación negativa que ubica y condiciona a un grupo de personas que comparten determinadas características, físicas o mentales. Consta de tres elementos: un problema de falta de conocimiento (*ignorancia*), un problema de actitud (*prejuicio*) y una conducta (*discriminación*) (Uribe, Mora y Cortés, 2007).

El término fue creado por los griegos, quienes consideraban a la persona que tuviera algún tipo de estigma como un esclavo, un criminal o una deshonra para la sociedad a la que debía evitarse (Goffman, 2006).

Hoy día el término sigue teniendo un significado negativo, pero ha incorporado otra dimensión; desde el punto de vista de Magallares (2011): “Un estigma se podría definir como la posesión de algún atributo o característica que devalúa a la persona que lo tiene en un contexto social determinado” (p. 8).

El estigma exhibe un proceso de formación del que la sociedad debe ser parte, pues es en esta donde se establecen los diversos modos de categorizar a las personas según los atributos que se consideran deseables. Mientras ello acontece, el individuo que se manifiesta a los ojos de la sociedad puede mostrar un atributo que lo vuelve diferente de los demás y que rompe con el estereotipo social simbólicamente acordado; se convierte así en alguien menos estimado (Goffman, 2006).

Existe una tendencia a etiquetar los comportamientos o actitudes que no son los que podrían esperarse al suponerlos una amenaza. Etiquetar generalmente implica una distinción entre el “ellos” y el “nosotros”, y en ella desempeña un papel fundamental el lenguaje, mediante el cual también se manifiestan actitudes vinculadas al estigma al comparar el modo en que se hace referencia a las personas con esquizofrenia y a las personas que tie-

nen una condición de salud cuya afectación es física (Mascayano, Lips, Mena y Manchego, 2015).

Es pertinente apuntar que hay distintos tipos de estigma, los que pueden fluctuar en concordancia con los cambios sociales y culturales de una sociedad; tales son los estigmas físicos, los de personalidad y los que se relacionan con la identidad de grupo (Magallares, 2011). El estigma de personalidad o carácter es uno de los que más se asocian con la esquizofrenia, y ubica a las personas en un lugar que les es asignado socialmente en una comunidad o en un grupo; en el caso de las personas con esquizofrenia, ocurre un cambio en la identidad de la persona ya que tiene una historia de vida previa al diagnóstico (Uribe *et al.*, 2007).

El estigma no solo es producido por el exterior, sino que también puede surgir en el mundo interno de una persona, a lo que se denomina “autoestigma”, el cual se vincula directamente con el lugar que toma la persona; es decir, asume determinadas suposiciones que la sociedad formula en torno a sus características (Rodrigues, 2014).

La autoestigmatización suele ser poco considerada y estudiada en virtud de que no se valora la percepción de quien posee la condición. En uno de los estudios realizados sobre el estigma autopercebido (Ochoa *et al.*, 2011) se halló que las personas con esquizofrenia sienten más preocupación sobre algunos aspectos que los hacen más propensos a ser discriminados, como la culpa (asociada generalmente a las causas de la enfermedad, como por ejemplo el consumo problemático de sustancias), la pérdida de roles y vínculos sociales (relacionados al rechazo social) y la percepción de peligrosidad, siendo esta última la más mencionada por los participantes.

El proceso de estigmatización afecta la posibilidad de sostener las consultas en el marco de los tratamientos y controles de salud; generalmente, las personas con este tipo de TMG no consultan, lo que altera, entre otros aspectos, sus posibilidades de inclusión social (Pederson, 2005). Comienza así un círculo iatrogénico, originado por el estigma, cuyo impacto emocional lleva a la persona que lo padece a buscar estrategias de aislamiento para evitar exponerse a situaciones de rechazo y discriminación. Tal angustia provoca que la persona se niegue a buscar nuevas estrategias en el

marco de la promoción de su autonomía, inclusión social y calidad de vida (Rodrigues, 2014).

Otros estudios evidencian que no todas las personas con esta condición de salud experimentan el autoestigma (Mascayano *et al.*, 2015). De hecho, muchas de ellas tienen una autoestima elevada y no toman en cuenta las actitudes estigmatizantes que puedan recibir de la sociedad. Por lo regular, quienes se encuentran en esta situación específica no se sienten identificadas con el grupo de personas estigmatizado aun teniendo conciencia de su enfermedad, lo que puede deberse a que cuentan con determinados recursos personales que les permiten no asumir ese lugar.

El estigma y el autoestigma pueden analizarse mediante los conceptos de barreras y facilitadores de la CIF (OMS, 2001), definiéndolos como los “... factores en el entorno de la persona que cuando están presentes o ausentes mejoran o limitan el funcionamiento y reducen o generan la discapacidad” (p. 228).

En este sentido, el estigma tiene impactos significativos en la calidad de vida de la persona que vive con esa condición de salud, de su familia y del entorno cercano. El proceso de estigmatización condiciona las estrategias de tratamiento y rehabilitación (Ochoa *et al.*, 2011; Loubat, Lobos y Carrasco, 2017), así como los intentos de suicidio cuyas principales causas son la soledad, la desesperanza, la irritación y la depresión (Rascón *et al.*, 2004).

Se insiste en que la afectación también trastorna a la familia cuando se analiza la realidad del padre, la madre y los hermanos de una persona con esquizofrenia (Núñez, Jodar, Meana y Ruiz, 2013). Uno de los puntos que determinan las posibles diferencias entre estos roles familiares es el momento vital en que se encuentran progenitores y hermanos; los padres se preguntan quién va a cuidar de su hijo cuando ya no estén o no puedan hacerlo, y los hermanos se cuestionan cómo va a ser su vida con esta realidad. Se suma a ello la diversidad de niveles de afectación que puede generar este TMG ya que no necesariamente son personas dependientes, y los cuidados y apoyos que pueden ser requeridos deben acompañar las necesidades asociadas al ciclo vital (Martín, 2010).

Algo similar al efecto que tiene en la familia ocurre con la comunidad en la que vive una persona con esquizofrenia. La cercanía que tiene esta con su comunidad puede instalarse como una barrera si el lugar adjudicado por esa comunidad es fijo y está asociado a su condición de salud, o como un facilitador en tanto existan redes de apoyo entre los miembros de la comunidad que promuevan la autonomía de este integrante (Pederson, 2005).

Por otro lado, en el ámbito laboral las personas con esquizofrenia se encuentran con muchos obstáculos y limitaciones, toda vez que se suele asociar esta enfermedad con la violencia, lo que dificulta notablemente que puedan obtener empleo. Al ser una condición no tan evidente, las personas que trabajan con quien presenta esta condición

pueden ignorar que la tiene y, en caso de saberlo, pueden no conocer la sintomatología asociada. De cualquier manera, la falta de empleo implica carecer de dinero propio, lo que dificulta que la persona pueda tener independencia económica para solventar sus gastos personales, lo que puede considerarse como una de las principales barreras para las personas con esquizofrenia (Magallares, 2011).

Para seguir profundizando en relación a cómo impacta el estigma, se propone en la Tabla 2 un análisis basado en los factores contextuales de la CIF, a fin de poder identificar, desagregar y relacionar cómo el contexto condiciona al instalar barreras o facilitadores, los que parten generalmente del estigma y la discriminación.

Tabla 2. Cuadro comparativo factores contextuales (CIF) y estigma.

Factores personales	Estigma
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	Se hace referencia a la pérdida de ciertas capacidades, a raíz de lo cual no se valoran las opiniones que una persona con esquizofrenia pueda tener, ubicándola como alguien que no puede tomar decisiones o resolver un problema (Ochoa <i>et al.</i> , 2011).
Tareas y demandas generales	En muchas familias suelen ver al paciente con esquizofrenia como un niño, producto de las limitaciones en sus capacidades, destacando el aspecto de dependencia y no involucrándose activamente (Uribe <i>et al.</i> , 2007).
Comunicación	Muchas de las personas que tienen esquizofrenia evitan mencionar que sufren esta condición de salud, acción que también llegan a realizar sus familias (Ochoa <i>et al.</i> , 2011).
Movilidad	Muchas personas con esquizofrenia sienten que no tienen el control de su vida, lo que los lleva a pensar que necesitan la protección y supervisión de sus familiares y a veces suelen sentirse controlados y dependientes (Ochoa <i>et al.</i> , 2011).
Autocuidado	Algunas de las personas que tienen esquizofrenia llegan a percibir que además de ser discriminadas por su diagnóstico también lo son por tener determinadas características personales, como no cumplir con normas de higiene esperadas” (Carcamo <i>et al.</i> , 2019).
Vida doméstica	Con frecuencia se presentan dificultades para que una persona con esquizofrenia pueda alquilar un lugar donde vivir, de hecho, un alto porcentaje de propietarios se niegan a alquilar su propiedad cuando se enteran de que será una persona con esquizofrenia la que vivirá en la misma (Robles, 2006).
Interacciones y relaciones interpersonales	En general a raíz de distintas investigaciones puede observarse que a la gente “normal” no le gusta estar con personas que tengan ningún tipo de enfermedad mental (Magallares, 2011).
Áreas principales de la vida	La noción de que las personas con esquizofrenia son violentas dificulta que las mismas puedan conseguir o conservar un empleo (Magallares, 2011).
Vida comunitaria, social y cívica	Aún existen importantes barreras en la participación directa en el que hacer comunitario. Generalmente, los promotores de las diferentes actividades no pueden notar como a través de sus funciones pueden beneficiar y mejorar el acceso a estos servicios (Pederson, 2005).
Factores ambientales	Estigma
Productos y tecnología	Se han encontrado varios materiales filmados e impresos de los medios de comunicación en los cuales se visualiza el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos (Muñoz, Uriarte, 2006). Los distintos medios de comunicación juegan un papel determinante en la construcción del estigma, mayor que tener contacto previo con una persona con esquizofrenia (Pederson, 2005).

Continúa...

Apoyos y relaciones	La familia de una persona con esquizofrenia puede pasar por distintas etapas, entre ellas la negación de la enfermedad (Uribe <i>et al.</i> , 2007).
Actitudes	El uso del lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Es común llamar a alguien esquizofrénico en vez de llamarlo persona con esquizofrenia (Muñoz, Uriarte 2006).
Servicios, sistemas y políticas	A raíz del estudio realizado se constata la presencia de dinámicas estigmatizantes en la relación trabajadores-usuarios que mantienen un patrón basado en una tolerancia fría y paternalismo. Esto significa que los trabajadores toleran la presencia de los usuarios, pero muchas veces los evitan o en otras circunstancias los sobreprotegen (Badallo, García y Yélamos, 2013).

Los ejemplos presentados en la Tabla 2 pretenden ilustrar y aclarar cómo estas actitudes pueden desplegarse en ámbitos íntimos o públicos, o que se asume que no debieran seguir sucediendo.

A su vez, un mismo factor contextual, por ejemplo el de apoyos y relaciones, puede ser distinto para personas con características de salud similares; es decir, la familia, como se ilustra en este caso, puede ser tanto una barrera que aumenta los niveles de estigma y exclusión y vivir como un núcleo el estigma de tener un integrante con esta situación, o ser un facilitador que promueve la participación y la mejora de la calidad de vida del integrante con TMG (Grossman y Magaña, 2016).

En todas las dimensiones de la CIF analizadas en este apartado la presencia y el acceso a recursos y apoyos para estas personas pueden transformar su situación, y los movimientos que afectan a algunas personas generan grandes cambios en toda la sociedad (Gómez, Restrepo, Gañán y Cardona, 2018).

Experiencias internacionales en el abordaje de la salud mental

Aunque no es tan común como otros tipos de trastornos de la salud mental, la esquizofrenia es una de las más estigmatizadas (Campo y Herazo, 2015; Kudva *et al.*, 2020; Mascayano *et al.*, 2015; Moreno, Sánchez, López y Sarmiento, 2014). Los países han asumido esta preocupante realidad (OPS, 2014) y se han generado distintas estrategias para su abordaje mediante programas y servicios para los procesos de tratamiento, intervención y rehabilitación, así como para garantizar la inclusión de las personas con TMG.

Estados Unidos (Cuertos, 2006), por ejemplo, inició en los años cincuenta el proceso que se llamaría “desinstitucionalización”, logrando reducir

la cantidad de usuarios que se encontraban residiendo en hospitales psiquiátricos y así generar la idea de trabajar sobre un modelo comunitario con y para las personas que tuvieran trastornos mentales graves y persistentes, como la esquizofrenia. Movimientos similares se realizaron en Europa (European Social Network, 2010; Knapp, McDaid, Mossialos y Thornicfort, 2007), África (Ibrahim, 2014; Petersen *et al.*, 2016), Asia (Newnham *et al.*, 2020) y Australia (Meurk, Leung, Hall, Head y Whiteford, 2016), no sin discusiones y críticas (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2018; Yates, 2018).

En América Latina, Colombia (Zaraza y Hernández, 2016), Chile (Gobierno de Chile, 2017), Brasil (Cavalcanti, 2019), Cuba (Peña *et al.*, 2013) y Argentina (Daray, 2015) son algunos de los países que han avanzado considerablemente en el diseño de estrategias e intervenciones comunitarias a partir de enfoques interdisciplinarios; sin embargo, estos movimientos son insuficientes, lo que deja casi intocado el persistente el estigma hacia las personas con esquizofrenia (Chung, Tse, Lee, Wong y Chan, 2019; Magallares, 2011; Oliveira, Esteves y Carvalho, 2015).

En Uruguay, al igual que en algunos países mencionados anteriormente, sucede un proceso de desinstitucionalización que ha tenido como consecuencia que la población que se encuentra en instituciones asilares, como los manicomios, haya disminuido en los últimos años. Este desarrollo sucede, principalmente, gracias a cuatro grandes hitos: la instalación de la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015), la promulgación de la Ley de Salud Mental en el año 2017, la creación de la Red de Salud Mental (Gobierno de Uruguay, 2019) y el Plan Nacional de Salud Mental (Gobierno de Uruguay, 2020).

Si bien Uruguay ha logrado avances en términos legales y en relación con los procesos de sensibilización y visibilización de la situación de las personas con esquizofrenia, según se dijo anteriormente, se vuelve necesario comparar –con una referencia internacionalmente validada, como es la CIF– cuáles son, en detalle, aquellos aspectos en los que es evidente la mejora y en los que aún queda mucho camino por recorrer.

En el contexto de este país, se aprecia que, hasta principios del siglo XIX, las personas con algún tipo de TMG vivían amparadas por sus familias de origen, y muchas otras pasaban su vida en la calle, hasta que en 1880 surge el primer hospital psiquiátrico: el Hospital Vilardebó. Luego, debido a la sobrepoblación de ese primer nosocomio nace la Colonia Etchepare, fundada bajo un modelo asilar que tenía como base la cura a través del trabajo (Techera, Apud y Borges, 2010).

A principios del siglo XX, la sociedad uruguaya comienza a dar otro sentido a los TMG, considerándolos como un trastorno complejo que se relaciona con múltiples factores, además del orgánico, si bien prevalecen las concepciones predominantemente médicas (Techera *et al.*, 2010).

En el año 1936 se crea la Ley 9.581, llamada “Psicópatas”, basada en una perspectiva biologicista, acorde a los modelos conceptuales promovidos por los círculos académicos, instituciones estatales y organismos internacionales de la época. Además, dicha ley surge antes de la medicación antipsicótica, que aparece por primera vez en los años cincuenta, cuando se utilizó el primer fármaco, comprobando que tenía efectos sedantes sobre los síntomas psicóticos positivos (Herlyn, 2016).

Para comenzar el análisis, la Ley 9.581 denomina a las personas con algún tipo de enfermedad mental como “psicópatas”, asignando a esos individuos una mayor peligrosidad que al resto de la sociedad, con lo que marca desde el primer momento una diferencia y genera así una gran estigmatización.

Se basa principalmente en la asistencia psiquiátrica y hospitalización en los llamados “establecimientos” psiquiátricos. Expone que puede haber hospitalización voluntaria, por indicación médica o por orden judicial, y la internación domiciliaria, haciendo notar que las personas que in-

gresaran de manera voluntaria no figurarían en el registro general de psicópatas.

La actual Ley de Salud Mental 19529 (Gobierno de Uruguay, 2017) plantea que los aspectos más importantes a tener en cuenta son; la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación que posibilite una vida digna para todos, en especial para las personas que presentan una patología mental, reconociéndolas de manera integral, teniendo en cuenta sus singularidades y considerando la hospitalización como último recurso.

La Ley de Salud Mental (Gobierno de Uruguay, 2017) parte desde una perspectiva de derechos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (Ley 18211), el cual se basa en garantizar la cobertura universal para el acceso a la atención integral de la salud a todos los residentes del país. El SNIS toma como principios la promoción de la salud, sin perder de vista los estilos de vida de la población; la equidad; el respeto de los derechos de los usuarios, y la sustentabilidad, entre otros. Plantea como uno de sus objetivos principales alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos de vida saludables.

Basada en estos principios, la Ley de Salud Mental promueve y defiende los derechos de las personas con trastorno mental grave, teniendo presente una perspectiva de salud distinta a la que se plantea en la Ley del Psicópata. Otra de las cualidades de la ley actual es que se prioriza el trabajo interdisciplinario, dejando de lado la perspectiva médico-psiquiátrica como la única válida.

Si bien gran parte de las dificultades en la implementación de esta ley se debe a la falta de presupuesto, la otra gran parte de la dificultad radica en la transición que deben hacer los trabajadores de la salud (Campo, Oviedo y Herazo, 2014).

En la Tabla 3 se propone nuevamente, para el análisis en profundidad de ambas leyes, los factores contextuales de la CIF (OMS, 2001), lo que permite desagregar con detalle las dimensiones fundamentales para el estudio de las situaciones de discapacidad que pueden surgir de la presencia de un diagnóstico de esquizofrenia.

Tabla 3. Cuadro comparativo factores contextuales (CIF) y marco regulatorio uruguayo.

Factores personales	Ley N° 9.581	Ley N° 19529
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	La presente ley promueve la inclusión educativa, velando por que se favorezca la integración educativa y cultural. Particularmente en el caso de los niños, se protegerá el derecho a la educación durante el ciclo educativo, considerando las necesidades específicas de cada persona.
Tareas y demandas generales	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Comunicación	La ley no posibilita la intervención por sí mismo del usuario en las cuestiones relativas a su tratamiento o internación. Para ello es necesario recurrir a la asistencia y eventual patrocinio de un abogado o de institutos jurídicos (De León, Kakuk, 2015).	Se expone que la persona con algún tipo de enfermedad mental tiene derecho a comunicarse y a recibir información completa sobre su situación, sus derechos y los posibles tratamientos, pudiendo manifestar en todo momento si está o no de acuerdo con estos.
Movilidad	Esta Ley no plantea un modelo de índole comunitaria ya que la única forma de rehabilitación que considera como válida es la hospitalización (voluntaria o involuntaria) del individuo	Se habla de rehabilitación tomando el modelo comunitario, sin dejar de lado las particularidades de cada individuo, con el fin de favorecer la inclusión y la calidad de vida, utilizando la hospitalización como último recurso. Se propiciará el trabajo con las familias de las personas.
Autocuidado	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Vida doméstica	La presente ley plantea que las personas con algún tipo de patología mental deben ser asistidos por sus familias o encargados, en caso de no poder se solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública. No presenta ningún indicio de que la persona pueda vivir de forma autónoma.	Se plantea la coordinación de los diferentes Ministerios para promover programas que posibiliten, entre otras cosas, la adquisición de viviendas para las personas con algún tipo de enfermedad mental, fomentando para ello un mayor desarrollo del Plan nacional de Vivienda. Además, promueve los distintos estilos de vida de la población y los factores determinantes del entorno.
Interacciones y relaciones interpersonales	La Ley ubica a las personas como “objeto de tratamiento” a quienes denominan “psicópatas”; desviándose la condición de sujeto de la centralidad de la persona (De León y Kakuk, 2015).	Expone que la persona con algún tipo de enfermedad mental debe ser reconocida siempre como sujeto de derechos y respetando su vida privada, además de poder optar en todo momento por la compañía de su elección durante y después del tratamiento que se le practique.
Áreas principales de la vida	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Presenta dentro de sus principios la vinculación de la salud mental con el derecho a la educación y al trabajo, entre otros. Promueve la capacitación e inserción laboral, fomentando así la autonomía de la persona.
Vida comunitaria, social y cívica	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Plantea la integración educativa y cultural, facilitando el acceso a las mismas. Expone dentro de los derechos de la persona el de comunicarse y acceder a actividades culturales y recreativas.
Factores ambientales	Ley N° 9581.	Ley N° 19529.
Productos y tecnología	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.
Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana	No se encuentran referencias específicas sobre el tema.	Se expone que se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Continúa...

Apoyos y relaciones	En la presente ley se manifiesta que los parientes o representantes gestionan el alta de la hospitalización, para luego devolver al paciente a su hogar. En el nivel médico, se inspecciona la situación de los enfermos que se encuentren en su domicilio.	La persona tiene derecho a estar acompañada cuando lo desee de familiares o amigos, quienes podrán participar del proceso de tratamiento. Se brindará el apoyo de equipos interdisciplinarios.
Actitudes	Toda persona que requiera atención psíquica será atendida en un establecimiento psiquiátrico o de forma particular. Por otra parte, la denuncia maliciosa que motive la internación de una persona en un establecimiento psiquiátrico será penada con multa de 500 a 1.000 pesos o prisión equivalente.	La persona con algún tipo de enfermedad mental tiene derecho a ser tratada con respeto, como todo ser humano, siendo protegida de todo tipo de explotación, estigmatización y trato discriminatorio.
Servicios, sistemas y políticas	Se proporcionan los llamados establecimientos psiquiátricos, con un director encargado médico. Podrán realizarse internaciones voluntarias e involuntarias. Se propiciará la formación de patronatos para la protección de los enfermos que egresen de los establecimientos psiquiátricos.	La atención en salud mental priorizará el primer nivel de atención. Se fomentarán las redes territoriales de atención. Se establecerán programas de dispositivos residenciales de apoyo. Podrán realizarse internaciones voluntarias e involuntarias como último recurso.

Se vuelve evidente cómo la nueva legislación contiene nuevas dimensiones mediante las que, desde el ámbito normativo, se debe amparar y dar respuesta. De cualquier manera, la transformación en este ámbito requiere más que la creación de una ley; para su implementación, es necesaria la participación de los diferentes actores involucrados, teniendo en cuenta asimismo las posibles resistencias que pueden surgir desde determinados ámbitos, por ejemplo el médico, o específicamente el vinculado a la psiquiatría más tradicional (Agrest, Mascayano, Assis, Molina y Ardila, 2018).

CONCLUSIONES

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

Tanto el desarrollo histórico del concepto de discapacidad como el de esquizofrenia, en el contexto nacional e internacional, así como el desarrollo teórico y científico, muestran un recorrido y un avance en cuanto a mejorar la calidad de vida de este colectivo. A pesar de ello, es neces-

rio continuar trabajando en materia de inclusión, principalmente, ya que más allá de los cambios a lo largo del tiempo el estigma continúa estando presente en la sociedad.

El estigma y el autoestigma hacen las veces de barreras, desde el enfoque de la CIF, lo que genera consecuencias que condicionan la vida de las personas con esquizofrenia y sus familiares. Es de suma importancia comenzar un proceso de sensibilización no únicamente en el entorno cercano de la persona, sino también en el personal de salud y en la sociedad en general. Este aspecto debe afectar hasta el lenguaje que se utiliza cotidianamente para hacer referencia a este colectivo, calificando su condición –en este caso la esquizofrenia–, como una característica única y determinante de la persona, lo que es similar al proceso de estigmatización que reciben aquellas que se encuentran discapacitadas.

La norma, si bien es fundamental, no es suficiente; tal es el ejemplo de Uruguay, donde se cuenta con una ley de salud mental que propone un cambio de paradigma que deje atrás los prejuicios y que plantea una nueva forma de pensar y abordar dicha salud, en la cual se incorporan nuevas estrategias para que las personas que viven con una condición de salud como la esquizofrenia pueden tener acceso a rehabilitación e inclusión social (De León, 2018). El desafío radica en que

lo que se plantea se lleve a cabo a través de acciones concretas en los ámbitos estatal, técnico-profesional, comunitario y cultural.

La CIF es una buena herramienta que hace posible el análisis en distintos niveles de compara-

ción normativa y análisis teóricos, así como también el abordaje técnico individual. Los presentes autores esperan, por consiguiente, que este artículo sea de ayuda para la formación y actualización de quienes trabajan en el campo de la salud mental.

Citación: Córdoba W., J, Gilles G., M. y Gonella, A. (2023). Diálogos conceptuales y normativos entre la esquizofrenia y la discapacidad: el caso de Uruguay desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. *Psicología y Salud*, 33(2), 267-281. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2808>.

REFERENCIAS

- Agrest, M., Mascayano, F., Assis T., R., Molina B., C. y Ardila G., S. (2018). Leyes de salud mental y reformas psiquiátricas en América Latina: múltiples caminos en su implementación. *Vertex*, 29(141), 334-345.
- Angelova-Mladenova, L. (2017). The right to live independently and be included in the community. Addressing barriers to independent living across the globe. *European Network on Independent Living*. Recuperado de http://enil.eu/wp-content/uploads/2017/06/The-right-to-live-independently_FINAL.pdf.
- Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (2015). *Anteproyecto de ley de salud mental*. Montevideo: Cainfo. Recuperado de <https://www.cainfo.org.uy/2015/09/asamblea-instituyente-por-salud-mental-desmanicomializacion-y-vida-digna-presento-anteproyecto-de-ley-de-salud-mental/>.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Badallo, A., García A., S. y Yélamos, L. (2013). La situación de estigmatización en el entorno de un recurso de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(120), 37-47. Doi: 10.4321/S0211-57352013000400005.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Viena: Deuticke.
- Campo A., A., Oviedo, H. y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. Doi: 10.1016/j.rcp.2014.07.001.
- Campo A., A. y Herazo, E. (2015) El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250.2015. Doi: 10.1016/j.rcp.2015.04.003.
- Carcamo G., K., Cofre L., I., Flores O., G., Lagos A., D., Oñate V., N. y Grandon F., P. (2019). Atención en salud mental de las personas con diagnóstico psiquiátrico grave y su recuperación. *Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad*, 18(2). Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1582/1039>.
- Castillo A., T. (2014). La persona protagonista de su vida independiente. Un modelo de escucha de profesionales y familia. *Educación Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 58, 29-44.
- Castoriadis, C. (2002). *La institución imaginaria de la sociedad. El imaginario social y la institución* (v. 2). Buenos Aires: Tusquets Editores. https://revolucioncantonal.net.files.wordpress.com/2019/01/kupdf.com_la-institucion-acuten-imaginaria-de-la-sociedad-cornelius-castoriadis.pdf.
- Cavalcanti, M. (2019). Perspectivas para la política de salud mental en Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), 1-5. Doi: 10.1590/0102-311x00184619.
- Chung, K.F., Tse, S., Lee, C.T., Wong, M.M. y Chan, W.M. (2019). Experience of stigma among mental health service users in Hong Kong: Are there changes between 2001 and 2017? *The International Journal of Social Psychiatry*, 65(1), 64-72. Doi: 10.1177/0020764018815926.
- Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología*, 24(2), 345-373.
- Daray, F. (2015). La oportunidad de transformar el modelo de atención en salud mental de la Argentina en un modelo basado en fundamentos científicos a partir de la Ley Nacional de Salud Mental. *Vertex*, 26(122), 382-389.
- De León, N. (2018). "Avanzamos para constituir una lucha regional por los derechos humanos y la salud mental". *Encuentro Montevideo*. Recuperado de <http://idepsalud.org/avanzamos-para-constituir-una-lucha-regional-por-los-derechos-humanos-y-la-salud-mental/>.
- De León, N. y Kakuk, M. (2015). *XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U. de la R. / Salud Mental y Derechos Humanos: fundamentos para la creación de un órgano de revisión en salud mental*. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10842/1/XIV%20JCS_De%20Le%20c3%b3n_Kakuk.pdf.

- European Social Network (2010). *Salud mental y bienestar en Europa: un enfoque comunitario centrado en la persona*. Recuperado de https://fsclm.com/web/images/documentos/otros_documentos/SaludMentalyBienestarenEuropa.pdf.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1994). *Tratado de Psiquiatría* (8ª ed.). Barcelona: Masson.
- Frank, B. (2021). Approximation to general economic costs of mental illness. *Liberec Economic Forum*, 110-123. Recuperado de <https://www.dpublication.com/wp-content/uploads/2021/07/12-1431.pdf>.
- Gobierno de Chile (2017). *Plan Nacional de Salud Mental*. Santiago de Chile: Autor. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>.
- Gobierno de Uruguay (1936). *Ley 9.581: Psicópatas*. 24 de agosto. Montevideo: Autor. Recuperado de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CAT/Shared%20Documents/URY/INT_CAT_ADR_URY_16764_s.pdf.
- Gobierno de Uruguay (2007). *Ley 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. 5 de diciembre. Montevideo: Autor. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>.
- Gobierno de Uruguay (2017). *Ley 19.529: Salud Mental*. 24 de agosto. Montevideo: Autor. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.
- Gobierno de Uruguay (2019). *Ordenanza N° 1046/019*. Montevideo: Autor. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1046019-red-atencion-salud-mental>.
- Gobierno de Uruguay (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Recuperado de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amarrortu Editores.
- Gómez R., N.E., Restrepo O., D.A., Gañán E., J. y Cardona A., D. (2018). La discapacidad desde los enfoques de derechos y capacidades y su relación con la salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). Doi: 10.11144/Javeriana.rgps17-35.dedc.
- Grossman, B.R. y Magaña, S (2016). Introduction. Special Number: Family Support of Persons with Disabilities Across the Life Course. *Journal of Family Social Work*, 19(4), 237-251. Doi: 10.1080/10522158.2016.1234272.
- Hecker, E. (1899). Nekrolog über Kahlbaum. *Psychiatrische Wochenschrift*, 14, 125-128.
- Herlyn, S. (2016). *Antipsicóticos*. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/antipsicoticos_2016.pdf.
- Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Hultman, L., Forinder, U. y Pergert, P. (2016). Assisted normality –a grounded theory of adolescent’s experiences of living with personal assistance. *Disability and Rehabilitation*, 38(11), 1053-1062. Doi: 10.3109/09638288.2015.1091860.
- Ibrahim, M. (2014). Mental health in Kenya: Not yet Uhuru. *Disability and the Global South*, 1(2), 393-400. Recuperado de http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1503/Art_ibrahimM_MentalHealthKenya_2014.pdf?sequence=1.
- Kasanin, J. y Hanfmann, E. (1938). An experimental study of concept formation in schizophrenia. Quantitative analysis of the results. *American Journal of Psychiatry*, 95, 35-48.
- Knapp, M., McDavid, D., Mossialos, E. y Thornicfort, G. (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental*. Bruselas: Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarias. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>.
- Kraepelin, E. (1896/2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos.
- Kudva, K., El Hayek, S., Gupta, A.K., Kurokawa, S., Bangshan, L., Armas-Villavicencio, M.V.C., Oishi, K., Mishra, S., Tiensuntisook, S. y Sartorius, N. (2020). Stigma in mental illness: Perspective from eight Asian nations. *Asia-Pacific Psychiatry*, 12(2), 1-10. Doi: 10.1111/appy.12380.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez A., M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 44-83.
- López R., P., Sanmillán B., H., Cainet B., A. y Olivares M., O. (2015). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el estudio de la esquizofrenia. *Revista Información Científica*, 93(5), 1189-1206. Recuperado de <http://www.revinfscientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/189/1407>.
- Loubat, M., Lobos, R. y Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15-25.
- Magallares S., A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia*, 13(2), 7-17.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. y Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living –outcomes and costs: report of a European study* (v. 2: Main Report. Canterbury, UK: University of Kent Press.

- Martín P., M. (2010). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Revista Zerbitzuan*, 48, 57-69.
- Mascayano T., F., Lips C., W., Mena P., C. y Manchego S., C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Meurk, C., Leung, J., Hall, W., Head B., W. y Whiteford, H. (2016). Establishing and governing e-mental health care in Australia: A systematic review of challenges and a call for policy-focussed research. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1). Doi: 10.2196/jmir.4827.
- Morel, B.A. (1852-53). *Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales*. Nancy (Francia): Grimblot.
- Moreno H., A.M., Sánchez S., F. y López L.S., M. (2014). Diferencias de la población general en relación a los conocimientos, actitudes y conductas hacia el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 6(1), pp. 17-26. Doi: 10.25115/psy.v6i1.505.
- Newnham, E.A., Dzidic, P.L., Mergelsberg, E.L.P., Guragain, B., Chan, E.Y.Y., Kim, Y., Leaning, J., Kayano, R., Wright, M., Kaththiriarachchi, L., Kato, H., Osawa, T. y Gibbs, L. (2020). The Asia Pacific Disaster Mental Health Network: Setting a mental health agenda for the region. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 17, 2-9. Doi: 10.3390/ijerph17176144.
- Núñez P., J.P., Jodar A., R., Meana P., R. y Ruiz, T. (2013). Mi hermano tiene esquizofrenia. En B. Charro B. y M. J. Carrasco G. (Eds.): *Crisis, vulnerabilidad y superación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/17757/Mi%20hermano%20tiene%20esquizofrenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García F., M., López, E., Vilellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. Doi: 10.4321/s0211-57352011000300006.
- Oliveira, S., Esteves, F. y Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 167-173. Doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.047.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Nota descriptiva sobre esquizofrenia*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Doi: 10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- Organización Panamericana de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10)*. Décima Revisión. Washington, D.C.: PAHO Press. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Plan de Acción sobre salud mental 2015-2020*. Rev.1. Washington, D.C.: PAHO Press. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-sm-2014.pdf>.
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.
- Pastor M., J. y Ovejero B., A. (2009). Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 293-299.
- Pederson, D. (2005). Estigma y exclusión en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y la investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 55(1), 39-50.
- Peña G., L., Clavijo P., A., Casas R., L., Fernández, C., Bermúdez S., O. y Ventura V., R.E. (2013). Desarrollo y perspectivas de la salud mental en Cuba. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(2), 221-234. Recuperado de <https://1library.co/document/lq5g35gy-desarrollo-perspectivas-salud-mental-cuba.html>.
- Petersen, I., Fairall, L., Bhana, A., Kathree, T., Selohlilwe, O., Brooke-Sumner, C., Faris, G., Breuer, E., Sibanyoni, N., Lund, C. y Patel, V. (2016). Integrating mental health into chronic care in South Africa: The development of a district mental healthcare plan. *British Journal of Psychiatry*, 208(56), 29-39. Doi: 10.1192/bjp.bp.114.153726.
- Rascón M., L., Gutiérrez M., L., Valencia, M., Díaz, R., Leños, C. y Rodríguez, S. (2004). Percepción de los familiares del intento e ideación suicidas de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 27(5), 44-52.
- Rembis, M., Kudlick, C. y Nielsen, K.E. (2018). *The Oxford Handbook of Disability History*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Rodrigues, S. (2014). Familiarización con el estigma: Una breve introducción. *Boletín Informativo de Psiquiatría*, 11(4). Doi: 10.7191/pib.1089.
- Rojas M., A., Verdugo L., C. y Troncoso M., S. (2017). Servicios de apoyo para la vida independiente desde una perspectiva de derecho, autonomía y calidad de vida. Una experiencia de SENADIS. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, 1(2), 44-59.
- Romero A., D.M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271.

- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-189.
- Schelly, D. (2008). Problems associated with choice and quality of life for an individual with intellectual disability: a personal assistant's reflexive ethnography. *Disability & Society*, 23(7), 719-732. Doi: 10.1080/09687590802469206.
- Shakespeare, T., Porter, T. y Stöckl, A. (2017). *Personal assistance relationships power, ethics, and emotions*. Norwich, UK: University of East Anglia.
- Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2010). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC. Doi: 10.13140/2.1.1347.4242.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 441-442. Doi: 10.1192/bjp.bp.111.092718.
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. y Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374(9690), 620-627. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X.
- Torres R., A. (2002). Locura, esquizofrenia y sociedad. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 35(3), 162-168.
- Uribe, M., Mora O., L. y Cortés R., A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220.
- Walker, E.R., McGee, R.E. y Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
- Yates, M. (2018). Out of the shadows: Mental health in Asia Pacific. *Reuters Events*. Recuperado de <https://www.reutersevents.com/pharma/column/out-shadows-mental-health-asia-pacific>.
- Zaraza M., D. y Hernández H., D. (2016). Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(8), 2607-2618. Doi: 10.1590/1413-81232015218.14732015.