



El estigma de la salud mental: una deuda pendiente con los derechos humanos

The Stigma of Mental Health: An Outstanding Human Rights Debt

JOSÉ RAÚL NAVEDA LÓPEZ PADILLA

[Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas, Universidad de Valencia, España. Director del Instituto Mexiquense de Salud Mental y Adicciones, Estado de México, México.]

El estigma asociado a la salud mental constituye, en definitiva, una violación de los derechos humanos fundamentales. Este estigma opera en diversos niveles, generando discriminación y exclusión social, lo cual limita no solo el acceso a la atención, sino también la integración social y la participación. Los diversos tipos de estigma afectan de diferentes formas y, cuando se intersectan con otras formas de discriminación, lesionan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables. La importancia de un enfoque de derechos humanos con estrategias integrales para combatir el estigma, que incluyan reformas legales, políticas públicas centradas en la comunidad, campañas de sensibilización y una profunda transformación cultural, que promueva la autonomía y la participación de las personas con trastornos mentales, es fundamental para atender el problema.

The stigma associated with mental health constitutes a violation of fundamental human rights.

This stigma operates at various levels, generating discrimination and social exclusion, limiting not only access to care but also social integration and participation. The various types of stigma affect people in different ways, and when they intersect with other forms of discrimination, they disproportionately harm the most vulnerable populations. A human rights-based approach with comprehensive strategies to combat stigma, including legal reforms, community-centered public policies, awareness-raising campaigns, and a profound cultural transformation that promotes the autonomy and participation of people with mental disorders, is essential to address the problem.

PALABRAS CLAVE: *salud mental, estigma, derechos humanos.*

KEYWORDS: mental health, stigma, human rights.

SUMARIO: I. Introducción. II. Conceptos centrales. III. Perspectivas interseccionales: estigma y poblaciones vulneradas. IV. Estrategias para dismantelar el estigma desde un enfoque de derechos humanos V. Conclusiones. VI. Referencias.

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental tiene ya un lugar central en las agendas internacionales y se reconoce como un elemento fundamental para el desarrollo humano, el bienestar integral y el ejercicio pleno de los derechos fundamentales. Los datos son contundentes: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca del 25% de la población mundial experimentará un trastorno mental a lo largo de su vida, y muchas de estas personas enfrentan situaciones de discriminación, exclusión y negación de sus derechos (OMS, 2022). Es decir, a pesar de los avances en las políticas públicas y en todos los marcos normativos que de ellas puedan derivar, el estigma asociado a los problemas de salud mental persiste como una de las barreras más profundas y transversales para el acceso a la atención, la integración social y la participación activa en la vida comunitaria.

Más aún, el estigma en salud mental se perpetúa desde marcos clínicos, medios de comunicación y parece tener reglas claras de operación pues en su proceso desacredita, desvaloriza o inferioriza a las personas etiquetadas como diferentes o enfermas y generalmente se manifiesta en diversos ámbitos: interpersonal, institucional y estructural (Link y Phelan, 2001; Corrigan, Markowitz, Watson, 2004). Estos procesos sociales se manifiestan de manera tal que, además de lesionar la identidad de las personas afectadas, también limitan sus oportunidades de educación, empleo, vivienda y participación social. Por otro lado, es importante entender sus alcances pues se encuentra tan extendido que subyace de manera perpetua desde la relación social más básica hasta los medios de comunicación, pasando por las prácticas jurídicas y sistemas de salud que, de forma directa o indirecta, refuerzan una visión patologizante y excluyente del sufrimiento emocional o psíquico (Rodríguez-Meirinhos y Antolín-Suárez, 2020).

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el estigma constituye una forma de violencia simbólica y estructural que vulnera principios fundamentales como la dignidad, la igualdad, la autonomía, la no discriminación y el acceso a la salud (CIDH, 2020). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada por México y por la mayoría de los países latinoamericanos, obliga a los Estados a garantizar que las personas con discapacidad psicosocial gocen de igualdad ante la ley y no sean objeto de tratos degradantes ni institucionalizaciones forzadas (ONU, 2006). Sin embargo, la implementación de estos principios sigue siendo insuficiente y, en muchos casos, es meramente declarativa.

El siguiente artículo propone un análisis crítico del estigma en salud mental centrado en los derechos humanos y desde perspectivas interdisciplinarias e interseccionales para describir cómo el estigma no es secundario al padecimiento mental, más bien es una forma de exclusión que intima de manera articulada con otras más como la pobreza, el género, la etnia o la discapacidad y por ello debe ser entendida como una violación flagrante de derechos que no solo requiere respuestas individuales, sino estructurales y sostenibles.

II. CONCEPTOS CENTRALES

1. El estigma: definición, tipos y dinámicas sociales

El estigma es un fenómeno social complejo con una serie amplia de definiciones y aproximaciones teóricas que surgen desde la propia historia del ser humano. Erving Goffman lo definió en 1964 como un atributo profundamente desacreditador que transforma a la persona para llevarla de una completamente aceptada a otra disminuida y desacreditada. Esta definición tan clara da luz acerca de que el estigma no reside exclusivamente en la característica o atributo de la persona, sino en la forma en que esta característica es socialmente construida y valorada negativamente por el entorno de la persona estigmatizada.

Personas autoras más cercanas a nuestros años han enriquecido esta noción al destacar que el estigma no es solo una interacción interpersonal, sino una construcción cultural, estructural y política. Link y Phelan (2001) ofrecieron la identificación clara de cinco componentes esenciales del estigma:

- 1) Identificación y etiquetamiento de diferencias.
- 2) Asociación de estas diferencias con estereotipos negativos.
- 3) Separación entre “nosotros” y “ellos”.
- 4) Pérdida de estatus y discriminación.
- 5) La imbricación de estas dinámicas en relaciones de poder.

Este último componente de poder es fundamental para entender cómo el estigma opera no solo como un prejuicio individual, sino como un instrumento de control social que reproduce de manera sistemática y extremadamente bien organizada las desigualdades y exclusiones.

Tipologías del estigma

La literatura describe diversas formas de estigma, cada una con implicaciones distintas para los derechos y el bienestar de las personas:

- Estigma público o social, que hace referencia a las actitudes negativas generalizadas hacia un grupo (Corrigan, Markowitz y Watson, 2004). En el campo de la salud mental esto se manifiesta en percepciones de peligrosidad, incompetencia o imprevisibilidad que le son atribuidas a personas con trastornos mentales, diagnosticadas (etiquetadas) o no.
- Autoestigma o estigma internalizado, propuesto por Corrigan y Watson (2002), describe el proceso mediante el cual la persona acepta como verdaderos los estereotipos sociales, lo que les genera sentimientos de vergüenza, desesperanza, pérdida de autoestima y restricción de las aspiraciones vitales. Un fenómeno que suele, con extrema frecuencia, impedir la búsqueda de apoyo profesional, limitar la participación social y afectar gravemente la calidad de vida.
- Estigma institucional o estructural, que se refiere a las prácticas normativas y políticas que refuerzan la discriminación sistemática hacia ciertos grupos. Hatzenbuehler, Phelan y Link (2013) argumentan que este tipo de estigma es el más persistente y dañino, ya que se manifiesta en barreras al acceso a servicios de salud, exclusión del mercado laboral, violencia institucional y desprotección jurídica. A diferencia del estigma interpersonal, el estructural se reproduce de manera silenciosa y normalizada dentro de las instituciones del Estado.
- Estigma por asociación (también llamado estigma vicario), que afecta a familiares, personas cuidadoras o cercanas a quienes padecen un trastorno mental. Estas personas pueden ser objeto de rechazo o exclusión social simplemente por su relación con alguien estigmatizado, lo cual genera un impacto emocional y social considerable (González-Torres et al., 2007).
- Estigma anticipado, que se refiere al temor de la persona a ser rechazada o discriminada en caso de revelar un problema de salud mental. Este miedo puede llevar a la ocultación, el aislamiento y la falta de búsqueda de atención médica, aun en contextos donde los servicios están disponibles.

El estigma como fenómeno relacional y dinámico

Una de las ideas centrales del estigma es esta: el estigma nunca es un estado estático, sino un proceso dinámico y contextual que responde a valores culturales, ideologías dominantes y narrativas históricas que suelen estar siempre a merced de los tiempos. Según Yang et al. (2007), para entender el estigma en salud mental es necesario considerar las dimensiones morales y culturales que le dan sentido en contextos específicos. El ejemplo clásico y en el que muchos podrían encontrar eco es aquel donde el sufrimiento psíquico, en muchas sociedades, se asocia a de-



bilidad moral, falta de voluntad o castigo divino, lo cual refuerza procesos de exclusión que francamente atraviesan la dimensión clínica.

Por si esto no bastara, el estigma está profundamente entrelazado con otros sistemas de opresión y exclusión como el racismo, el sexismo, el capacitismo o la pobreza. Al tener en cuenta estos dos factores, el del padecimiento de un trastorno de salud mental y el de la pertenencia a algún grupo marginado socialmente (mujeres, pueblos originarios, personas en situación de calle, solo por nombrar algunos), se obtiene una desafortunada mezcla de diversas formas interseccionales de estigmatización que inequívocamente nos dará como resultado la obstrucción en el ejercicio pleno de sus derechos.

Esta mirada interseccional obliga a cuestionar las simplificaciones diagnósticas que invisibilizan las condiciones estructurales que rodean el sufrimiento humano para únicamente etiquetar.

En resumen, el estigma en salud mental debe ser comprendido como un mecanismo multidimensional que se origina y reproduce en las relaciones sociales, en las instituciones y en los discursos culturales dominantes. Para desmontarlo, no basta con sensibilizar a la población general; se requiere transformar las condiciones estructurales que lo perpetúan, incluyendo marcos legales, políticas públicas, prácticas profesionales y sobre todo las representaciones sociales de la locura, el dolor y la indiferencia.

2. Derechos humanos y salud mental

La salud mental es una condición esencial para que cualquier persona pueda ejercer plenamente sus derechos humanos, pues se relaciona directamente con la autonomía, la dignidad, la participación social y la calidad de vida. El modo en el que la OMS define la salud mental, si bien puede parecerle insuficiente a este autor en términos de la amplísima cantidad de factores interrelacionados que convergen para poder explicarla, la verdad es que amplía la visión biomédica tradicional e introduce una perspectiva integral y de derechos, en la que el bienestar psicosocial está intrínsecamente relacionado con factores estructurales como la justicia, la equidad y la libertad. “La salud mental no es solamente la ausencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar que permite a las personas afrontar el estrés de la vida, desarrollar sus habilidades, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad” (OMS, 2022).

Desde una perspectiva jurídica, el derecho a la salud mental está incluido dentro del derecho a la salud, reconocido por numerosos documentos internacionales. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su artículo 12, establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto ni-

vel posible de salud física y mental (ONU, 1966). Este derecho implica obligaciones concretas y sumamente complejas por parte de los Estados: respetar, proteger y cumplir los derechos relacionados con la salud mental, lo cual incluye garantizar acceso, disponibilidad, aceptabilidad y calidad en los servicios.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, 2000) ha subrayado que los Estados deben adoptar políticas públicas que atiendan las condiciones determinantes de la salud mental, tales como la discriminación, la violencia, la pobreza y la exclusión. En consecuencia, la salud mental no puede limitarse a la mera disponibilidad de tratamiento psicológico o psiquiátrico, sino que debe ser abordada como un derecho social y político que requiere intervenciones intersectoriales, enfoques preventivos y acciones afirmativas para los grupos en situación de vulnerabilidad, que vayan siempre en pro de la justicia social.

A. Estigma y vulneración de derechos humanos

En el contexto de la salud mental, el estigma constituye una de las formas más repetitivas y clásicas de violación de derechos humanos pues atenta contra una lista interminable de ellos: restringe el acceso a servicios, genera exclusión laboral y educativa, propicia tratos crueles, inhumanos y degradantes y fomenta la negación de la capacidad jurídica. Las personas con trastornos mentales son frecuentemente víctimas de la institucionalización forzada, del aislamiento prolongado, de la sobremedicación sin consentimiento de ningún tipo, incluyendo el consentimiento informado y, en muchos casos, de abusos físicos, sexuales y emocionales en entornos de atención tanto no profesional como profesional.

Uno de los aspectos más preocupantes en términos de derechos humanos es la privación de la autonomía personal que experimentan muchas personas diagnosticadas con trastornos mentales. De lo anterior podemos desprender una larga serie de ejemplos: el internamiento involuntario, la incapacidad legal, la esterilización forzada y otras prácticas que, aunque justificadas por razones “terapéuticas” o “de protección”, representan violaciones directas a los principios de libertad, igualdad y dignidad humana. La CDPD, adoptada por la ONU en 2006, reconoce a las personas con discapacidad psicosocial como sujetos de derecho, titulares de voluntad y capaces de tomar decisiones sobre sus vidas, lo que desafía el modelo paternalista tradicional aún dominante en muchos sistemas de salud y más prevalente aún en los sistemas de salud mental no integrada (ONU, 2006).

B. De la tutela a la autonomía: un cambio de paradigma

Uno de los grandes desafíos contemporáneos en materia de salud mental y derechos humanos es el de la progresión del modelo tutelar, asilar y de medicalización

hacia los nuevos paradigmas de autonomía, apoyo y comunidad social y ciudadana. Esto implica, de entrada, reconocer que las personas con sufrimiento psíquico o emocional tienen derecho a definir sus propios procesos de atención, a ser escuchadas, y a participar activamente en la toma de decisiones que afectan su vida. Fácil en la teoría, pero complejo en la práctica.

El enfoque denominado apoyos para la toma de decisiones, promovido por la CDPD y por otros organismos como la Relatoría Especial de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, propone reemplazar la sustitución de la voluntad por mecanismos de acompañamiento respetuosos de la agencia personal, es decir, del respeto al concepto de que las personas son las únicas dueñas de su propia vida. Este cambio no solo tiene implicaciones éticas y legales, sino que transforma profundamente las prácticas clínicas y las relaciones entre profesionales de salud y personas usuarias, tan arraigadas tanto en los imaginarios individual y colectivo como en la práctica cotidiana.

Además, la perspectiva de derechos que exige esta visión implica adoptar un enfoque interseccional, reconociendo que las personas con problemas de salud mental no constituyen un grupo homogéneo, sino que sus experiencias están mediadas por el género, la edad, la raza, la orientación sexual, la clase social y otros ejes sociales y de desigualdad. Este análisis tiene conclusiones sencillas: la lucha por los derechos humanos en salud mental debe ir acompañada de políticas anti-racistas, feministas, anticapacitistas y decoloniales, entre muchas otras, pero sobre todo la persona debe estar acompañada por los demás.

C. Salud mental comunitaria y participación social

A la vista de los derechos humanos, la salud mental exige el fortalecimiento de los modelos comunitarios de atención en salud mental, los que se centran en la inclusión social, el respeto a la diversidad y la participación activa de las personas usuarias y sus familias no olvidemos que la salud mental proviene en gran medida de la comunidad y en ella recae gran parte de su atención. Estos modelos actuales, según la OMS (2021), puntualizan que la atención debe priorizar entornos no institucionales, promover redes de apoyo locales y facilitar la integración social y laboral como elementos fundamentales del proceso terapéutico.

La participación social es un derecho en sí mismo, pero también una herramienta de empoderamiento potente tanto individual como colectiva. Diversas experiencias en el ámbito mundial han demostrado que la inclusión social de personas con trastornos de salud mental mejora la pertinencia, la eficacia y la sostenibilidad de las intervenciones que se brindan en los sistemas público y privado. Esta participación desafía la lógica asistencialista y convierte a las personas históricamente

marginadas en protagonistas de sus propios procesos de recuperación y de transformación social.

3. El estigma como forma de exclusión social

Como ya se ha mencionado previamente, estigma asociado a los trastornos de salud mental constituye una de las barreras más importantes para el ejercicio de los derechos humanos y la inclusión social de las personas. La “locura” y las narrativas construidas a lo largo de la historia en torno a este concepto han sido utilizadas para justificar la exclusión, la medicalización forzada y la institucionalización prolongada, al reproducir una serie de prácticas sociales eminentemente discriminatorias que niegan la agencia y ciudadanía plena a quienes padecen trastornos mentales o se desvían de la norma hegemónica, es decir, de aquello que malamente llamamos normal (Littlewood, 2001).

A. Naturaleza y componentes del estigma

De acuerdo con Goffman (1964), el estigma es una marca social que desacredita a una persona ante los ojos de las demás, reduciendo su identidad a una condición “indeseable”. En el caso de la salud mental, esta marca se construye siempre desde lo social, a través de estereotipos negativos como la peligrosidad, la irracionalidad, la incompetencia o la imprevisibilidad. Link y Phelan (2001) ampliaron esta definición proponiendo que el estigma se manifiesta a través de cinco componentes interrelacionados: etiquetado, estereotipificación, separación, pérdida de estatus y discriminación.

Esta conceptualización permite entender el estigma no solo como un fenómeno que cruza las barreras de lo individual para llevarlo a lo colectivo, sino como una estructura social marcada por jerarquías que refuerza desigualdades y perpetúa mecanismos de exclusión. Incluso sería posible catalogar el estigma en salud mental como un dispositivo de control social simbólico y material que limita el acceso a recursos, servicios, relaciones significativas y participación comunitaria.

B. Estigma público, autoestigma y estigmas estructurales

El estigma puede manifestarse en diferentes niveles. El público hace referencia a las actitudes y creencias negativas ampliamente compartidas por la sociedad (incluida la familia) hacia las personas con trastornos mentales. Este tipo de estigma se expresa en burlas, rechazo, miedo y desconfianza, y se refuerza mediante discursos sensacionalistas que vinculan la salud mental con la violencia o la peligrosidad (Corrigan y Watson, 2002).

La internalización de estas creencias negativas por parte de la propia persona estigmatizada, también denominada autoestigma, suele traducirse en sentimientos de vergüenza, baja autoestima, desesperanza, e incluso en el abandono del tratamiento o en la negativa a buscar ayuda. Aquí reside una terrible realidad, el autoestigma es especialmente perjudicial pues genera una doble carga, no solo se sufre el trastorno, sino también la desvalorización social y personal que lo acompaña (Livingston y Boyd, 2010).

Finalmente, los estigmas estructurales son aquellos que se reproducen en las leyes, políticas públicas, sistemas de salud y estructuras institucionales. Estos estigmas se traducen en prácticas discriminatorias tales como la exclusión del mercado laboral, la negación de derechos civiles, la limitación en el acceso a servicios, incluido el médico, o la imposibilidad de ejercer decisiones legales por sí mismas (Thornicroft et al., 2016). En muchos contextos, las personas diagnosticadas con trastornos mentales son despojadas de su capacidad jurídica, institucionalizadas sin consentimiento y sujetas a tratamientos involuntarios, lo cual constituye una violación directa de los derechos fundamentales.

C. El estigma como exclusión social multidimensional

Entendiendo cómo el estigma no solo opera en los imaginarios individual y colectivo, sino que también tiene consecuencias concretas y medibles en términos de la exclusión social que produce, es que podemos vislumbrar cómo es que en la literatura especializada en el tema se ha documentado en innumerables ocasiones la manera en que el estigma en salud mental afecta negativamente las oportunidades de empleo, de educación, de vivienda y de participación comunitaria, entre otros muchos. En América Latina, las personas con trastornos mentales enfrentan tasas de desempleo de hasta el 80%, barreras diferenciadas en el acceso a la educación, y graves dificultades para acceder a una vivienda digna o establecer relaciones interpersonales duraderas (Morgan et al., 2007).

La exclusión social derivada del estigma tiende a reforzar el ciclo de desventaja en donde el diagnóstico conlleva al rechazo social, el rechazo agrava el sufrimiento psíquico, y esto a su vez genera mayor dependencia institucional que profundiza la marginalidad, aquí atestiguamos el horror de padecer algún trastorno de esta naturaleza. Este círculo vicioso perpetúa condiciones de pobreza, aislamiento y vulnerabilidad, y genera contextos que favorecen la cronificación del malestar mental, además de profundizarlo ocasionalmente de manera muy severa.

Adicionalmente, el estigma en salud mental interactúa con otras formas de discriminación como el racismo, el sexismo, el capacitismo o la homofobia, generando situaciones de una especie compleja de interseccionalidad estigmatizante. Un ejem-

plo clave es el de las mujeres con trastornos mentales que suelen enfrentar mayor invisibilización de sus necesidades, desvalorización de sus relatos y patologización de su identidad, especialmente en contextos donde las normas de género son conservadoras y hegemónicas.

D. Respuestas desde una perspectiva de derechos

Frente a esta realidad, resulta urgente adoptar un paquete de estrategias integrales que den un piso mínimo, pero de altura considerable, para la lucha contra el estigma y que estén orientadas a transformar tanto las representaciones sociales como las estructuras institucionales que reproducen la exclusión. Algunas de las sugerencias van encaminadas a:

- Incorporar el enfoque de derechos humanos en todas las políticas de salud mental.
- Impulsar campañas de sensibilización basadas en evidencia y diseñadas en conjunto con personas con experiencia vivida, es decir, personas que hayan padecido o padezcan algún trastorno de salud mental y hayan sido también víctimas de exclusión social en cualquiera de sus formas.
- Reformar marcos legales que permitan el ejercicio pleno de la capacidad jurídica.
- Fortalecer modelos de atención comunitaria centrados en la inclusión, la autonomía y la participación colectiva.
- Promover activamente el liderazgo de personas usuarias y sobrevivientes del sistema psiquiátrico.

El combate al estigma debe ser entendido como una tarea ética, política y social que va más allá del campo clínico y que cruza las puertas de los consultorios, de los centros residenciales y de los hospitales psiquiátricos para instalarse en la agenda de la vida cotidiana. Erradicar el estigma debe ser entendido como una de las condiciones necesarias para avanzar hacia una sociedad más justa, equitativa y cuidadora, en la que todas las personas puedan ejercer plenamente sus derechos, independientemente de su estado de salud mental. No olvidemos lo mencionado por la OMS: cerca del 25 % de la población mundial experimentará un trastorno mental a lo largo de su vida y de su mano vendrán situaciones de discriminación, exclusión y negación de sus derechos fundamentales (OMS, 2022).



4. Efectos del estigma en la salud mental y en el ejercicio de derechos humanos

El estigma asociado a los trastornos mentales inunda otras áreas de la vida, no solo constituye una forma de exclusión social, sino que produce efectos directos, persistentes y profundos tanto en la salud mental de las personas como en su capacidad de ejercer sus derechos fundamentales. Esta afectación en dos vías, la psicosocial y la jurídica, convierte al estigma en una problemática de salud pública y en un fenómeno estructural que vulnera principios básicos de dignidad, igualdad y no discriminación.

A. Impactos en la salud mental individual y colectiva

La experiencia del estigma y la discriminación deteriora la salud mental de las personas, intensificando síntomas como la ansiedad, la depresión, la desesperanza o las conductas de aislamiento social (Rüsch et al., 2005). El estigma no sólo limita el acceso a servicios de salud mental, sino que incide negativamente en los resultados terapéuticos, al provocar desconfianza, ocultamiento del malestar y abandono de los tratamientos (Corrigan et al., 2014).

Cuando hablamos de autoestigma es imprescindible entender sus alcances, pues tiene efectos especialmente destructivos en el bienestar psicológico, ya que las personas tienden a internalizar las representaciones sociales negativas que pesan sobre su condición y deforman el autoconcepto. Esto genera un fenómeno conocido como “profecía autocumplida”, que describe cómo la persona comienza a actuar de acuerdo con las expectativas negativas impuestas por el entorno, lo que reduce su motivación, autoestima y sentido de eficacia personal (Livingston y Boyd, 2010). En el ámbito colectivo, este fenómeno contribuye a una cultura del silencio, en la que los trastornos mentales se viven en la oscuridad, con vergüenza y culpa, lo que limita las posibilidades de generar redes de apoyo o comunidades de cuidado.

El impacto emocional del estigma también se manifiesta en otras formas de sufrimiento invisibilizadas, como la exclusión afectiva, la infantilización o el paternalismo institucional. Estas formas de violencia simbólica pueden ser tan dañinas como las agresiones abiertas, ya que erosionan la identidad y el sentido de pertenencia social, que son fundamentales para la recuperación y la reinserción (Davidson et al., 2005).

B. Afectaciones al ejercicio de derechos fundamentales

El estigma vulnera derechos humanos reconocidos internacionalmente: el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, a la vivienda, a la participación política

y a la libertad personal. Las personas con trastornos mentales suelen ser privadas de estos derechos, pero esto no sucede derivado de su condición clínica, sino de las barreras sociales e institucionales generadas por el estigma.

Diversos países cuentan actualmente con marcos legales y normativos que aún permiten prácticas como la institucionalización involuntaria, la administración forzada de tratamientos o la suspensión de la capacidad jurídica por motivos de salud mental. Estas medidas se enarbolan muchas veces bajo supuestos criterios de protección que no hacen más que representar graves restricciones a múltiples derechos y contradicen principios establecidos en instrumentos como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006). El artículo 12 de dicha convención reconoce el derecho de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial, a gozar de capacidad jurídica en igualdad de condiciones. La realidad es otra, muchas legislaciones siguen contemplando regímenes de tutela que anulan la voz y la agencia de estas personas. Esta situación es entonces un reflejo del enorme sesgo estructural que parte de una presunción de incompetencia, reforzando la idea de que quienes viven con un trastorno mental no son capaces de tomar decisiones sobre su propia vida.

Es importante recordar que el estigma se convierte en un factor de desigualdad estructural cuando interfiere con derechos como el acceso a la justicia. Las personas con este tipo de trastornos frecuentemente enfrentan obstáculos para acceder a sus derechos, ya sea como testigos, víctimas o actores jurídicos, ya que su testimonio puede ser descalificado por una supuesta falta de credibilidad, reproduciendo una discriminación que niega su experiencia y su capacidad de razonamiento (Campodónico, 2020).

C. Impacto desproporcionado en poblaciones vulnerables

El estigma en salud mental tiene un impacto particularmente grave y profundo en personas que ya se encuentran en situación de vulnerabilidad por razones de género, etnia, pobreza, diversidad sexual o de otra índole. Estas intersecciones potencian los efectos discriminatorios y generan patrones de exclusión múltiples y simultáneos (Meyer, 2003).

Retomando un ejemplo lamentable, en mujeres con trastornos mentales, el estigma se entrelaza con las violencias de género, dificultando el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, exponiéndolas a mayores tasas de violencia doméstica, y colocándolas en posiciones de dependencia social y económica. En otro ejemplo donde los números no favorecen al bienestar, como el de las poblaciones indígenas, el diagnóstico psiquiátrico muchas veces entra en conflicto con las cosmovisiones comunitarias y es utilizado para deslegitimar formas tradicionales

de comprensión y atención del sufrimiento, reforzando procesos de colonización cultural (Wexler y Gone, 2012). Así, el estigma no solo vulnera derechos individuales, sino que amenaza los derechos colectivos, al imponer un modelo biomédico de una sola salud mental que margina saberes, prácticas y formas de vida ricas y diversas.

5. Normas internacionales de derechos humanos y salud mental

La salud mental ha sido históricamente invisible para muchos sistemas, desde el sanitario hasta el de los marcos jurídicos. Sin embargo, en las últimas décadas, muchos de los instrumentos internacionales de derechos humanos han comenzado a incorporar un enfoque más inclusivo y progresivo que reconoce explícitamente el derecho a la salud mental como parte del derecho a la salud, que pone el acento sobre la necesidad de proteger a las personas con discapacidades psicosociales frente a prácticas discriminatorias, institucionalizantes o coercitivas.

A. El derecho a la salud mental en los instrumentos internacionales

La OMS ha establecido, desde su constitución en 1946, que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, lo que implicaría que la salud mental forma parte integral del derecho a la salud (OMS, 2001). Este derecho se encuentra consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966, particularmente en su artículo 12, el cual reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En su Observación General Número 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpretó el derecho a la salud como el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de calidad para todas las personas, incluyendo aquellas con trastornos mentales (CESCR, 2000). Este pronunciamiento subraya que la atención de la salud debe estar orientada por los principios de no discriminación, equidad y participación, aspectos que se entienden como esenciales para contrarrestar los efectos del estigma.

B. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Uno de los avances más significativos en la protección jurídica de las personas con trastornos mentales es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), adoptada por la ONU en 2006 y ratificada por México en 2007. Este instrumento representa un cambio de paradigma al establecer que la

discapacidad no reside en la condición médica del individuo, sino en las barreras sociales, actitudinales y legales que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad (CDPD, 2006).

En su artículo 1° la CDPD reconoce explícitamente a las personas con discapacidad psicosocial, lo que incluye a quienes viven con trastornos mentales o emocionales persistentes. Así mismo, a través de otros artículos como el 12, 14 y 15 en los que se habla del igual reconocimiento como persona ante la ley, de la libertad y seguridad personal y de la protección contra la tortura y otros tratos crueles, la convención obliga a los Estados parte a garantizar la autonomía, la capacidad jurídica, la integridad física y mental, y el acceso a servicios de salud sin discriminación.

Este marco normativo internacional ha sido respaldado por informes temáticos del relator especial sobre el derecho a la salud, quien ha señalado que el estigma, la institucionalización forzada y la coerción médica son violaciones sistemáticas de derechos humanos que deben ser superadas mediante políticas públicas que promuevan la autonomía, la recuperación y la inclusión comunitaria (ONU, 2017).

C. Principios de derechos humanos aplicables a la salud mental

Parece importante mencionar que diversos organismos internacionales han emitido principios y directrices que orientan el respeto a los derechos humanos en el ámbito de la salud mental. Entre los más relevantes se encuentran:

- Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991). Aunque considerados insuficientes, hoy en día son importantes en la medida en que representaron los primeros intentos normativos de regular el trato institucional y garantizar ciertos derechos básicos como el consentimiento informado y la confidencialidad.
- Directrices de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación (2005, 2023). Ofrecen lineamientos para reformar las leyes nacionales desde un enfoque basado en derechos, promoviendo la desinstitucionalización y el acceso equitativo a servicios comunitarios.
- Informe del Alto Comisionado para los Derechos Humanos sobre salud mental y derechos humanos (2017). Denunció las prácticas abusivas en hospitales psiquiátricos, la medicalización forzada y la violación sistemática del consentimiento informado como prácticas contrarias a la dignidad humana.

Estos marcos normativos coinciden en una premisa clave, las personas con trastornos mentales tienen derecho a la agencia y que de ese derecho se desprenden otros: vivir en libertad, ser escuchadas, participar en las decisiones sobre su tratamiento y no ser objeto de discriminación por razón de su condición. Refrendamos entonces que el estigma no solo es un problema ético o cultural, sino una forma de violencia estructural que requiere reparación desde el derecho.

D. Avances y desafíos en la implementación

A pesar de grandes avances jurídicos y normativos, la realidad es que los sistemas de salud mental en muchos países, incluido México, siguen operando bajo modelos rutinarios centrados en el control, el internamiento involuntario y la medicalización, prácticas que contravienen los principios del derecho internacional. La transición de la teoría a la ejecución de un enfoque comunitario que esté centrado tanto en la recuperación como en los derechos humanos sigue siendo un reto pendiente.

Además, la incorporación efectiva de estos estándares internacionales en las políticas públicas nacionales enfrenta barreras culturales y presupuestarias. En muchos casos, las reformas normativas no se traducen en cambios reales para las personas con trastornos mentales, quienes continúan enfrentando exclusión, coerción y abandono institucional. Es imperativo trabajar también desde lo estructural y lo cultural para que lo rutinario se vuelva ajeno.

Por ello, el reconocimiento del estigma como una violación de derechos humanos implica también una obligación de los Estados de adoptar medidas legislativas, administrativas, educativas y de sensibilización que transformen los sistemas de salud mental desde la socialización del problema, para cruzar la lógica de protección y llegar hasta una lógica de empoderamiento, ciudadanía y justicia social.

III. PERSPECTIVAS INTERSECCIONALES: ESTIGMA Y POBLACIONES VULNERADAS

1. Estigma, salud mental y género: una convergencia de desigualdades estructurales

La relación entre el estigma asociado a los trastornos mentales y las desigualdades de género configura una problemática compleja, interseccional y estructural, que impacta de manera significativa la vida de millones de mujeres en el mundo. Esta convergencia no solo vulnera el derecho a la salud mental, sino que impide el acceso a servicios de calidad, limita la autonomía de las mujeres, refuerza narrativas patriarcales y obstaculiza el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

Las mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en condiciones de exclusión social, enfrentan formas múltiples y entrecruzadas de opresión que intensifi-

can su sufrimiento. Desde una mirada interseccional, resulta necesario comprender que el malestar mental de la mujer no es únicamente una manifestación individual ni mucho menos un producto de desajustes internos, sino una consecuencia directa de contextos estructurales que reproducen la desigualdad de género (Crenshaw, 1991; OMS, 2022).

Hay muchos determinantes sociales que afectan la salud mental de las mujeres, entre los principales podemos encontrar la violencia de género en sus distintas expresiones, la sobrecarga de trabajo de cuidado no remunerado, las brechas salariales, la pobreza, la discriminación en el ámbito laboral y la invisibilización de sus necesidades emocionales. Estos factores no solo inciden en la aparición de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el estrés postraumático, sino que dificultan de manera tajante la posibilidad de buscar ayuda sin ser juzgadas o estigmatizadas (Crenshaw, 1991).

El estigma hacia las mujeres con sufrimiento psíquico hunde sus raíces en una historia marcada por discursos médicos, religiosos y sociales que las han patologizado sistemáticamente. A lo largo de los siglos XIX y XX, las mujeres fueron frecuentemente diagnosticadas como “histéricas”, “inestables” o “locas” y se les confinó en instituciones psiquiátricas bajo argumentos pseudocientíficos que reforzaban su supuesta incapacidad para tomar decisiones correctas. Lamentablemente, aun cuando los paradigmas han evolucionado, el imaginario individual y colectivo continúa considerando a las mujeres con malestar emocional como hipersensibles, peligrosas o incapaces de ejercer su autonomía.

Esta percepción sesgada tiene consecuencias tangibles en múltiples esferas de la vida cotidiana, en el ámbito de la salud, conduce a la medicalización excesiva de síntomas vinculados a condiciones sociales adversas; en el campo jurídico, puede invalidar su testimonio o restringir su derecho a ejercer la maternidad; en el terreno laboral, genera discriminación por razones de salud mental y; en el entorno familiar, promueve dinámicas de control, silenciamiento o deslegitimación de su experiencia subjetiva.

La situación se agrava cuando el género se cruza con otras condiciones de exclusión, como la discapacidad psicosocial, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, el trabajo sexual, el encarcelamiento o la pertenencia a comunidades indígenas. En estos contextos, el estigma adquiere una dimensión más severa y violenta, las mujeres que viven estas intersecciones suelen ser etiquetadas como malas madres, desequilibradas o no confiables, lo que legitima prácticas de vigilancia, exclusión o institucionalización forzada (Birkhölzer et al., 2021).

Además, el acceso a servicios de salud mental asequibles y libres de violencia institucional es especialmente limitado para estas poblaciones. La falta de una perspectiva interseccional en las políticas públicas y en los servicios de atención

perpetúa la desigualdad, reproduciendo esquemas asistencialistas y patriarcales que ignoran la agencia y la voz de las mujeres (OMS, 2022).

Las experiencias de organizaciones y colectivos de mujeres han demostrado que los enfoques comunitarios, participativos y basados en derechos humanos son eficaces para reducir el estigma, fortalecer la autonomía y promover procesos de recuperación sostenibles en el tiempo. Iniciativas que fomentan la formación en género para profesionales de la salud, redes de apoyo mutuo entre mujeres, dispositivos de acompañamiento comunitario y espacios terapéuticos culturalmente sensibles pueden ser estrategias posibles y que en definitiva se consideran urgentes (Birkhölzer et al., 2021; Davidson et al., 2005).

Sin embargo, aún persiste una deuda estructural con las mujeres en relación con su salud mental y para superarla se requiere un compromiso político, ético y financiero que articule la salud, la equidad de género y los derechos humanos. Solo así será posible construir un sistema de salud mental inclusivo, digno y liberador, que deje atrás el paradigma asistencialista y abrace un enfoque verdaderamente transformador, capaz de responder a la complejidad de las vidas de las mujeres.

2. Estigma en contextos de pobreza y desigualdad social

El estigma en salud mental es particularmente profundo y severo cuando se ve enmarcado por condiciones de pobreza y desigualdad social. Al estar íntimamente vinculado con estructuras de poder y exclusión, suele reforzarse para dar origen a una situación de emergencia permanente. En contextos donde el acceso a servicios, oportunidades educativas, atención sanitaria de calidad y participación social están mal distribuidos, las personas que experimentan sufrimiento emocional enfrentan formas severas de marginación, discriminación y silenciamiento.

La pobreza multidimensional constituye un determinante social crítico de la salud mental. Quienes viven en condiciones de pobreza están expuestos a una serie de factores de estrés crónico inimaginable, la inseguridad alimentaria, el desempleo, la violencia comunitaria, el hacinamiento y la falta de acceso a servicios básicos, todos ellos asociados con mayores niveles de malestar psicológico, depresión, ansiedad e incluso trauma o trastorno por estrés postraumático (Lund et al., 2010). Sin embargo, cuando estas personas expresan su sufrimiento o buscan ayuda, frecuentemente son etiquetadas, lo que refuerza estereotipos de inferioridad.

Aquí el estigma no solo funciona desde lo personal, sino también de forma estructural. Las instituciones públicas, particularmente las del ámbito sanitario, educativo y de justicia, reproducen visiones patologizantes y culpabilizantes del sufrimiento, sin considerar las condiciones materiales en las que se produce. La atención en salud mental, en muchas ocasiones, está desprovista de sensibilidad

y empatía y se limita a la prescripción de psicofármacos o intervenciones de corto plazo, sin abordar las causas estructurales que perpetúan el malestar. Esta desconexión entre las condiciones de vida y la respuesta institucional definitivamente profundiza y vuelve crónicos los síntomas (Patel et al., 2018).

La desigualdad social también influye en la forma en que se construyen las narrativas sobre el sufrimiento mental. Las personas pobres o socialmente marginadas tienen menos oportunidades de hacer oír su voz o de nombrar su experiencia desde sus propios términos y de recibir una atención que respete su dignidad. Las categorías diagnósticas desarrolladas de manera preponderante desde contextos occidentales y de clase media no suelen capturar la complejidad de lo que se vive en contextos de exclusión, lo que da lugar a interpretaciones erróneas o reduccionistas.

Cabe destacar que el estigma en contextos de pobreza no es homogéneo. Las mujeres, las personas indígenas, afrodescendientes, migrantes o en situación de calle experimentan formas diferenciadas y agravadas de discriminación. Esta intersección entre pobreza y otros factores de exclusión genera un efecto que multiplica el estigma, donde las barreras no solo se suman, sino que se amplifican mutuamente.

Frente a este panorama, es imprescindible repensar el estigma desde una perspectiva crítica que integre un verdadero análisis social, de género y de otros ejes de desigualdad. Por ello es que las estrategias para combatirlo no pueden ser únicamente dirigidas a campañas de sensibilización o a intervenciones clínicas individuales, sino que deben incluir políticas públicas integrales orientadas a reducir la pobreza, garantizar el acceso universal a servicios de salud mental culturalmente pertinentes, fortalecer la participación comunitaria y promover una comprensión del sufrimiento psíquico o emocional. De aquí desprendemos la idea de incorporar las voces de quienes han vivido el estigma en carne propia, reconociendo su experiencia como un insumo fundamental para la transformación social (Turan et al., 2019).

3. Personas indígenas, racializadas y con diversidad cultural

Hasta ahora ha quedado claro que el estigma en salud mental no se manifiesta nunca de forma homogénea, aunque sus efectos pueden verse claramente, es expresado de manera diferente en función de muchos factores como la pertenencia étnica, racial y cultural de las personas. Las comunidades indígenas, afrodescendientes y otros grupos racializados han sido históricamente marginadas, siendo objeto de discriminación sistemática, exclusión y violencia estructural. Cuando estas experiencias de marginación se combinan con el estigma asociado a los trastornos

mentales se produce también un efecto de multiplicación que es atravesado por el racismo y la negación de saberes y prácticas culturales propias.

A través de la historia, en diversos contextos de América Latina, los pueblos indígenas han sido despojados de sus territorios, sus formas de organización social y sus lenguas, por el otro lado, sus cosmovisiones sobre el cuerpo, la salud y el equilibrio comunitario han sido deslegitimadas o consideradas inferiores. Esta imposición de un modelo biomédico occidental ha reducido la comprensión del sufrimiento a categorías diagnósticas que muchas veces no pueden convivir con la vivencia cultural del malestar. Así, las personas indígenas que padecen sufrimiento emocional no sólo enfrentan barreras para acceder a servicios de salud mental, sino también enfrentan otras para ser comprendidas y tratadas desde una mirada respetuosa.

El estigma en los casos previamente mencionados se encarna también en las instituciones que, muchas veces, no cuentan con personal capacitado para trabajar con población indígena o racializada, ni con traductores, mediadores culturales o protocolos diferenciados. Este vacío institucional refuerza la exclusión y favorece una atención descontextualizada (Ramírez Guzmán, 2014).

En el caso de las personas afrodescendientes y de otras comunidades racializadas, el estigma se ve atravesado por narrativas históricas de criminalización, inferiorización intelectual y control de los cuerpos. Las personas racializadas que expresan malestar emocional pueden ser vistas como peligrosas, irracionales o resistentes al tratamiento, lo que no solo dificulta el acceso a un cuidado digno, sino que también incrementa el riesgo de medicalización excesiva o de intervenciones coercitivas.

A todo esto, podemos sumar situaciones de profunda complejidad como los procesos migratorios o el desplazamiento forzado que agravan los determinantes sociales de la salud mental. Estas personas que provienen de contextos culturales diversos enfrentan experiencias de pérdida, desarraigo y trauma, y al llegar a nuevos territorios suelen encontrarse con barreras lingüísticas, discriminación y precariedad. Cuando manifiestan sufrimiento emocional, pueden ser tratadas con desconfianza o ignorancia por parte de las personas profesionales de salud, que no siempre reconocen la relación entre trauma, cultura, identidad y salud mental. La falta de un enfoque intercultural en los sistemas sanitarios refuerza estas formas de estigma y limita la eficacia de todos los tipos de abordajes terapéuticos (Kirmayer et al., 2014).

No obstante, las comunidades indígenas, afrodescendientes y migrantes también han desarrollado formas propias de cuidado y resistencia que constituyen valiosos recursos psicosociales. La espiritualidad, el trabajo colectivo, la medicina tradicional, los saberes ancestrales y la revalorización de la identidad cultural

son fuentes fundamentales para la recuperación del bienestar emocional. Sin embargo, el estigma institucionalizado y la rigidez del paradigma biomédico impiden muchas veces que estos recursos sean reconocidos como válidos o integrados a los dispositivos de atención.

Para avanzar en este tenor es fundamental reconocer el racismo y la discriminación como determinantes estructurales del malestar mental. También se requiere una transformación profunda de los modelos de atención, que incorpore la perspectiva intercultural, promueva el diálogo horizontal entre saberes y garantice la participación activa de las comunidades en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. El reconocimiento del derecho a la diferencia cultural y el respeto a la dignidad de todas las personas deben ser siempre principios rectores de cualquier estrategia que busque erradicar el estigma.

IV. ESTRATEGIAS PARA DESMANTELAR EL ESTIGMA DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

1. Marco normativo: de la protección a la participación

La evolución de las políticas de salud mental ha estado marcada por una transición del modelo centrado en una supuesta protección de las personas con trastornos mentales a uno que busca su participación activa en la toma de decisiones sobre su propio bienestar. Este cambio ha sido posible gracias al fortalecimiento de las normas internacionales de derechos humanos que insisten en la autonomía y dignidad de las personas.

Los marcos normativos internacionales han sido fundamentales en este proceso, uno de ellos es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la ONU (2006) de la que ya hablamos previamente y que subraya el derecho de las personas con trastornos psíquicos a tomar decisiones sobre su propia vida y a no ser objeto de discriminación. Este tratado ha influido en las políticas nacionales de muchos países, promoviendo un modelo de atención basado en derechos humanos que hace énfasis en el derecho a la autodeterminación y en la participación de las personas en la planificación de su tratamiento y recuperación (ONU, 2006).

Más recientemente la OMS ha abordado el estigma en salud mental como un obstáculo clave para la implementación efectiva de políticas de salud inclusivas y ha instado a los estados miembros a incorporar la perspectiva de derechos humanos en sus sistemas de salud mental, abogando por una atención centrada en la persona, que empodere a pacientes y les permita participar en las decisiones

que afectan su salud. Este enfoque promueve la recuperación como un proceso activo y participativo en su propia rehabilitación y reinserción social (ONU, 2013).

Además, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) de las Naciones Unidas establece que ninguna persona debe ser sometida a tratamiento involuntario, a menos que exista un juicio judicial que lo avale, lo cual refuerza la necesidad de que las personas con trastornos mentales sean reconocidas como agentes activos en la toma de decisiones sobre su vida y tratamiento (ONU, 1966).

Las políticas de salud mental comunitaria buscan la desinstitutionalización y la creación de espacios de atención cercanos a la comunidad donde las personas con trastornos mentales puedan expresar sus necesidades y ser parte de la construcción de soluciones. En este modelo clave, la familia y la comunidad juegan un papel central, reconociendo que la salud mental no solo se atiende a través de los servicios médicos, sino también mediante la integración social y el acceso a una red de apoyo. Así es que, los modelos de participación promueven un cambio cultural tanto dentro de los servicios de salud como en la sociedad en general. Para lograr este objetivo, las políticas deben incluir mecanismos para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales, garantizar el acceso a servicios de salud mental gratuitos o de bajo costo, y asegurar que las personas reciban un trato respetuoso y digno.

Este paso hacia la participación no solo responde a la sed de justicia social, sino que también mejora los pronósticos de todos los trastornos de salud mental. La autonomía y el empoderamiento han demostrado ser factores clave en el proceso de recuperación, ya que las personas se sienten más motivadas a seguir los tratamientos cuando se les reconoce como sujetos de derechos, en lugar de ser tratadas como simples objetos de intervención sanitaria y/o social.

En resumen, el modelo médico, social y político paternalista se está moviendo hacia otro de involucramiento personal y comunitario que promueve la participación activa de las personas en la toma de decisiones sobre su salud mental, un cambio que se considera fundamental para superar las barreras del estigma.

2. Políticas públicas, salud mental comunitaria y enfoque de recuperación

Ya se ha hablado de cómo la integración de la salud mental en las políticas públicas ha cobrado una relevancia significativa, especialmente en el marco de los derechos humanos. También de cómo el modelo biomédico tradicional, predominante en muchos sistemas de salud, ha sido ampliamente criticado debido a su enfoque centrado en la patologización y medicalización de los trastornos de salud mental, al ser un modelo que pocas veces considera las realidades socioculturales y contextuales que inciden en el bienestar de las personas afectadas, lo que genera

una desconexión entre el enfoque médico y las necesidades reales de las y los pacientes. Es en respuesta a estas críticas que surge el enfoque de la salud mental comunitaria, que pone énfasis en la participación activa de las personas en su proceso de recuperación y en la construcción de redes de apoyo social dentro de las mismas comunidades y la sociedad, pero es importante ahondar un poco en este concepto.

El concepto de salud mental comunitaria se refiere a un modelo de atención que busca desinstitucionalizar los servicios de salud mental, promoviendo una atención integrada y accesible en la comunidad además de promover la idea de crear sociedades más justas y sanas donde los pacientes puedan ser devueltos a ellas en su carácter de curativas. En lugar de depender principalmente de los hospitales psiquiátricos, este enfoque fomenta la creación de servicios de salud mental dentro de los centros comunitarios y la integración de las personas con problemas de salud mental en su entorno social y laboral. De acuerdo con la OMS, este enfoque no solo mira la curación de la enfermedad, sino que promueve el bienestar general de las personas, reconociendo su derecho a vivir de manera plena y a participar activamente en la sociedad (OMS, 2021).

El enfoque de recuperación plantea que la atención a la salud mental debe centrarse en el empoderamiento del individuo, permitiendo que la persona sea un agente activo en su proceso de curación. Este modelo también destaca la importancia de la resiliencia y la mejora de la calidad de vida, más allá de la simple reducción de los síntomas. La recuperación no se limita a la ausencia de síntomas, sino que también aboga por la autonomía, el autoconocimiento y la participación en la vida comunitaria (familia, escuela, trabajo y sociedad). En lugar de ser vistos como pacientes pasivos, los individuos son considerados participantes activos en su propio proceso de recuperación (Grupo de Referencia del IASC sobre SMAPS en Situaciones de Emergencia, 2019).

Un aspecto clave del enfoque de salud mental comunitaria es la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad. Para que las personas con trastornos de salud mental puedan disfrutar de una atención integral, es fundamental que los servicios de salud mental estén disponibles en la comunidad, y no en entornos institucionalizados. Esto implica el fortalecimiento de las infraestructuras de atención, la formación de profesionales en enfoques alternativos y el acceso a servicios que no solo sean médicos, sino que también ofrezcan apoyo psicosocial y de rehabilitación. Además, la participación activa de las personas afectadas en la formulación de políticas públicas y en la prestación de servicios es esencial para garantizar que las intervenciones sean efectivas y respetuosas con sus necesidades.

El enfoque comunitario no solo aboga por la desinstitucionalización, sino que también plantea que el tratamiento no debe centrarse exclusivamente en los medicamentos. Es importante que se prioricen alternativas como la psicoterapia,

la rehabilitación psicosocial, el apoyo emocional y la integración social, así como la inclusión de programas de prevención, en los cuales se promueva la salud mental en las comunidades, lo que se considera fundamental para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y para aumentar la conciencia sobre la importancia del bienestar emocional, pues hablar de salud mental reduce el estigma.

Las políticas públicas deben integrar estos enfoques preventivos para crear un entorno más inclusivo y accesible (Bang, 2014), sin embargo, en América Latina, la implementación de políticas públicas basadas en la salud mental comunitaria ha sido un desafío debido a la falta de recursos, la escasa formación de las personas profesionales de salud mental y la persistencia de actitudes discriminatorias. Algunos países como Brasil han dado pauta a un avance significativo en este sentido. Desde 1978 comenzó en ese país un movimiento que buscaba terminar con el modelo “hospitalocentrista” de salud mental y que ha venido desarrollando un sistema comunitario de atención que ha mostrado buenos resultados (Ministerio de Salud de Brasil, 2005). En este sentido la Ley General de Salud en México fue reformada en 2022, con el objetivo de eliminar el modelo asilar en el ámbito de la salud mental, esta reforma, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 16 de mayo del mismo año, establece que la atención psiquiátrica debe ser brindada en hospitales generales y que los hospitales psiquiátricos existentes se deben transformar en centros ambulatorios o que se integren como hospitales generales dentro de la red de servicios de salud. (*Diario Oficial de la Federación* [DOF], 2022).

A pesar de los avances, aún persisten desafíos importantes en la implementación de políticas públicas en salud mental y el camino para que las intervenciones logren ser culturalmente apropiadas, basadas en la evidencia y centradas en las personas y permitan que las personas con trastornos mentales vivan con dignidad, igualdad, respeto y participación activa es y será un reto constante para generar un profundo y real cambio de paradigma. Solo a través de un compromiso genuino con la erradicación del estigma y los derechos humanos será posible construir un sistema de salud mental verdaderamente inclusivo y respetuoso con la diversidad.

3. Comunicación, educación y transformación cultural

La transformación cultural en el ámbito de la salud mental es un proceso sumamente complejo que no solo implica cambios en las prácticas de atención, sino también un profundo trabajo en la percepción social, pues tanto los estigmas asociados a los trastornos mentales como la integración de enfoques basados en los derechos humanos radican en la sociedad misma. En este sentido, la comunicación y la educación juegan un papel central en la eliminación de los estigmas a través del fo-

mento para la creación de entornos más inclusivos y respetuosos. La necesidad de reformar las normas sociales y culturales prevalentes en torno a la salud mental es urgente, ya que estas estructuras culturales son las que mantienen insorteables las barreras a superar (Mascayano et al., 2015).

La comunicación en salud mental, en su forma más básica, debe ser vista como una de las herramientas más poderosas para cambiar percepciones, comportamientos y actitudes hacia aquellos que viven trastornos mentales, esto implica la creación de campañas de sensibilización que no solo informen sobre los trastornos mentales, sino que es necesario que desde la narrativa promuevan una visión de la salud mental como una parte inherente al ser humano y que, por ende, es también un derecho humano fundamental, como algo que debe ser atendido con la misma importancia que cualquier otra condición de salud física y que tiene fuertes raíces en determinantes pautados por la misma sociedad. Las campañas de sensibilización deben centrarse en desmontar los estigmas que ven a las personas con trastornos mentales como diferentes, deben ser también adaptadas culturalmente a las comunidades a las que están dirigidas, teniendo en cuenta la enorme diversidad lingüística, étnica y socioeconómica, siempre buscando ser efectivos, objetivos y evitar caer en generalizaciones o prejuicios (Davidson et al., 2005).

En un ámbito de suma importancia como lo es el educativo, es fundamental integrar la salud mental en los sistemas, no solo como parte de los programas de salud escolar, sino también en la formación de todos los niveles de la población, incluidos profesionales de la salud, docentes, responsables de políticas públicas y, por supuesto, las propias personas pacientes y sus familias. La educación es y siempre será una de las claves para cambiar actitudes y comportamientos, por lo que debe incluir tanto la enseñanza sobre los trastornos mentales como la importancia de la empatía, la comprensión y el respeto hacia quienes los padecen. Es necesario que los programas educativos sean diseñados con el objetivo de fortalecer la resiliencia individual y colectiva, enseñando a las personas a reconocer las propias emociones a nombrarlas, a respetar las propias y las de los otros, así como a identificar señales tempranas de trastornos mentales y a buscar ayuda de manera temprana sin miedo al estigma. En este contexto, las universidades y centros educativos deben ser los primeros en implementar este tipo de programas de formación, preparando a las próximas generaciones para abordar la salud mental con una perspectiva integral y respetuosa.

Uno de los aspectos cruciales de la transformación cultural es la necesidad de incluir la salud mental dentro de la agenda pública y política. La implementación de políticas públicas que reconozcan la salud mental como un componente esencial del bienestar general de las personas es un paso fundamental. A la par de ello, estas políticas deben estar acompañadas de una verdadera transformación cul-

tural en torno a las actitudes que tenemos respecto de los trastornos mentales. Para ello, es esencial que los medios de comunicación desempeñen un papel activo en la difusión de contenidos educativos, sustituyendo los estereotipos negativos que tanto abundan sobre las personas con trastornos mentales. Es necesario que los medios de comunicación promuevan una narrativa de esperanza y recuperación, y no la de desesperanza o miedo, que tradicionalmente ha prevalecido en las representaciones de la salud mental (Mascayano et al., 2015).

Como ya mencionamos previamente, la participación activa de las personas con trastornos mentales es fundamental y el proceso de comunicación no debe quedarse atrás; asimismo, el proceso de transformación cultural también debe incluirlos en la creación de estrategias de comunicación y educación. A menudo, las políticas y programas de salud mental se diseñan sin la participación directa de quienes son afectados por estas condiciones, lo que resulta de manera redundante en fracasos sistemáticos con enfoques que no resuenan con las necesidades y realidades de las personas que viven con trastornos mentales. De esta manera, es fundamental que las personas con experiencias vividas se conviertan en agentes de cambio, participando activamente en el diseño de intervenciones, campañas y programas educativos. La inclusión de estas voces no solo legitima las políticas, sino que también permite la creación de estrategias más efectivas y centradas en el paciente (Davidson et al., 2005).

Además de la participación activa, otro componente esencial es la promoción de la resiliencia comunitaria. Las comunidades pueden desempeñar un papel fundamental en el apoyo a las personas con trastornos mentales, ofreciendo redes de apoyo social, afectivo y de acompañamiento. La creación de redes comunitarias solidarias y la formación de grupos de ayuda mutua entre personas que han experimentado problemas de salud mental pueden contribuir a reducir el aislamiento social y aumentar las posibilidades de recuperación. La educación comunitaria sobre salud mental debe ser una prioridad, permitiendo que las personas adquieran herramientas para identificar y abordar los problemas de salud mental de forma temprana, apostando siempre por entornos compasivos, comprensivos y libres de juicios (Mascayano et al., 2015).

Finalmente, la transformación cultural en el ámbito de la salud mental debe reconocer y abordar las desigualdades que existen en el acceso a los servicios de salud mental, especialmente para poblaciones vulnerables. Es crucial que los esfuerzos de comunicación y educación no solo se concentren en la población general, sino también en grupos históricamente marginados, como las personas que viven en pobreza, las comunidades indígenas y las minorías étnicas. Estas poblaciones a menudo enfrentan barreras adicionales en el acceso a servicios de salud mental de calidad, y las campañas de sensibilización pueden ayudar a cerrar las brechas

cuando tienen en cuenta las barreras culturales, lingüísticas y socioeconómicas a las que las personas se enfrentan. En este sentido, la creación de servicios de salud mental comunitarios, accesibles y culturalmente pertinentes, juega un papel esencial en la reducción de las desigualdades y en la promoción de la salud mental para todos (Davidson et al., 2005).

La transformación cultural en salud mental no es un proceso rápido, debemos apostar más allá de la inmediatez. Este cambio es fundamental para garantizar que en algún punto se erradiquen los estigmas que perpetúan la exclusión social y la discriminación para que todas las personas puedan tener acceso a una atención de calidad.

V. CONCLUSIONES

A lo largo del presente artículo se ha mostrado, desde diversas visiones, cómo el estigma que recae sobre las personas con trastornos mentales constituye una de las violaciones más persistentes, insidiosas y normalizadas de los derechos humanos en el ámbito de la salud. Este fenómeno, lejos de ser simple y de limitarse a interacciones individuales aisladas o a percepciones erróneas, está profundamente anclado en estructuras sociales, políticas, jurídicas y culturales que reproducen, de manera sistemática, exclusión, desigualdad y sufrimiento profundos. Del mismo modo se ha argumentado que el estigma en salud mental debe comprenderse como una construcción estructurada tanto sociocultural como jurídica, que funciona como un dispositivo de poder, a través del cual se marca, clasifica y margina a quienes son percibidos como diferentes.

Desde esta perspectiva que busca ampliar el panorama, el estigma no puede ser abordado únicamente como un problema de simple ignorancia individual, sino como un fenómeno que cruza el mero ámbito social para instalarse en lo estructural y que permea los sistemas de salud, educación, justicia, medios de comunicación y políticas públicas. En los distintos apartados se ha propuesto que el estigma actúa también como una forma de violencia simbólica que despoja a las personas de su autonomía, limita su participación social, obstaculiza el acceso a servicios dignos y perpetúa narrativas que reducen la complejidad del sufrimiento psíquico, emocional o mental a meras categorías clínicas o morales que generalmente funcionan como una etiqueta con adhesivo de extrema resistencia.

Tanto la literatura científica como los marcos internacionales de derechos humanos coinciden en señalar que el estigma asociado a la salud mental no solo representa una barrera para el bienestar individual, sino también una amenaza a la equidad y la democracia que lesiona severamente el tejido social. El estigma produce efectos reales y duraderos en la vida de las personas, desde el retraso en la

búsqueda de ayuda hasta la pérdida de oportunidades educativas, laborales y afectivas. Además, genera un círculo vicioso de exclusión que se retroalimenta: cuanto más estigmatizada está una persona, menor es su acceso a recursos de apoyo y, a su vez, menor es su posibilidad de recuperación o reinserción plena.

Aquí se ha planteado que el abordaje del estigma debe partir de un entendimiento interseccional y de derechos humanos. La interseccionalidad permite alejarnos y tener una perspectiva más amplia de cómo el estigma en salud mental se entrelaza con otras formas de discriminación, como el racismo, el clasismo, el sexismo, la homofobia y la aporofobia. Con el ejemplo de las mujeres que viven con trastornos mentales y que no solo enfrentan estigmas ligados a su salud mental, sino también estereotipos de género que cuestionan su capacidad para maternar, trabajar o tomar decisiones se busca pasar de la teoría a la sensibilización a través de sucesos lamentablemente conocidos por muchos. Lo mismo ocurre con las personas en situación de pobreza, pueblos originarios, personas racializadas, usuarias de sustancias psicoactivas o privadas de libertad, cuyas experiencias de sufrimiento están marcadas por múltiples formas de exclusión cada una encima de la otra, lo que crea una loza inmensa.

Reconocer esta complejidad obliga a repensar los modelos tradicionales de atención en salud mental. Los marcos legales y normativas de Brasil o México representan avances relevantes, sin embargo, el desmantelamiento del actual modelo biomédico y centrado en la institucionalización no puede lograrse únicamente a través de cambios legales, es necesaria una transformación cultural profunda que cuestione las prácticas de control, medicalización forzada y exclusión que promueva en su lugar modelos basados en la autonomía, la participación social y la dignidad.

Esta transformación debe estar sustentada en políticas públicas integrales, intersectoriales que sean siempre culturalmente pertinentes. El enfoque de salud mental comunitaria que lleva a la recuperación y la reinserción social, tal como lo promueve la OMS, ofrece alternativas no solo viables sino sumamente necesarias. Estos modelos se centran en la persona y no en la enfermedad, privilegian el apoyo entre pares, el trabajo comunitario, la articulación con redes sociales significativas y el reconocimiento de los saberes y experiencias de quienes han vivido el sufrimiento psíquico. El enfoque de recuperación reconoce que la sanación no es un proceso lineal ni homogéneo, y que la meta no es necesariamente la “normalización”, sino la construcción de una vida con sentido y dignidad.

A lo largo del artículo también se ha señalado el papel central de la comunicación, la educación y la participación en el proceso de desestigmatización. Es imperativo que los medios de comunicación abandonen las narrativas sensacionalistas que asocian los trastornos mentales con la violencia o el peligro y comiencen

a mostrar historias de vida reales, diversas, complejas y esperanzadoras. Esto solo se logrará con vínculos y acercamientos sensibles que brinden espacios de diálogo y conversación, donde sea posible apelar a la sensibilidad, la empatía y sobre todo a la responsabilidad social. La educación formal y no formal, por su parte, debe integrar contenidos sobre salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, contribuyendo a la construcción de una ciudadanía también más empática, informada y comprometida. Finalmente, es importante poner en el centro de todo lo anterior a la participación activa de las personas con experiencia vivida, su presencia en los procesos de diseño, implementación y evaluación de políticas es indispensable para garantizar su pertinencia y legitimidad.

El estigma en salud mental no es solo un problema sanitario, sino también ético, social y político, abordarlo requiere de voluntad política, financiamiento sostenido, formación continua de las y los profesionales, articulación con organizaciones de la sociedad civil y una transformación de fondo en la forma en que concebimos el sufrimiento humano. El paradigma de los derechos humanos nos brinda una hoja de ruta clara: todas las personas, sin importar su diagnóstico, tienen derecho a vivir libres de discriminación, a acceder a servicios adecuados, a tomar decisiones sobre su vida y a ser tratadas con respeto.

En suma, dismantelar el estigma es una tarea colectiva que interpela a toda la sociedad en sus diferentes formas: estados, instituciones, comunidades e individuos. No se trata únicamente de cambiar leyes o protocolos, sino de cambiar miradas, actitudes, imaginarios y prácticas, de reconocer que la salud mental es parte medular de la vida humana, que el sufrimiento nunca debe ser motivo de exclusión y que una sociedad justa es aquella que protege y cuida a todas las personas, especialmente a las más vulneradas. Solo cuando logremos erradicar el estigma podremos hablar verdaderamente de salud mental como un derecho humano garantizado para todas y todos.

VI. REFERENCIAS

- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
- Bartlett, P. (2012). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and mental health law. *The Modern Law Review*, 75(5), 752-778. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2230.2012.00923.x>
- Campodónico, N. (2020). El impacto de las políticas públicas en salud mental en América Latina: Una revisión sistemática. *Perspectivas Metodológicas*, 20. <https://doi.org/10.18294/pm.2020.3085>

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Derechos humanos de las personas con discapacidad en las Américas. Recuperado de <https://www.oas.org/es/cidh/>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del PIDESC). Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 3-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., y Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., y Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481-491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Davidson, L., Harding, C., y Spaniol, L. (Eds.). (2005). Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. https://www.researchgate.net/publication/237259944_Recovery_from_Severe_Mental_Illnesses_Research_Evidence_and_Implications_for_Practice
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Lawless, M., y Evans, A. C. (2009). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>
- Diario Oficial de la Federación. (2022). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. *Diario Oficial de la Federación*.
- Goffman, E. (1964). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. *Social Forces*, 43(1), 127-128. <https://doi.org/10.1093/sf/43.1.127>
- González-Torres, M. Á., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., y Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 14-23. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0126-3>
- Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. (2019). Enfoques comunitarios para los programas de SMAPS. <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-11/Community-Based%20Approaches%20to%20MHPSS%20>

- Programmes-%20A%20Guidance%20Note%20%28Spanish%29_1.pdf
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., y Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P., y Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 299-319. <https://doi.org/10.1177/1363461514536358>
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Littlewood, R. (2001). From psychiatric patient to citizen: Overcoming discrimination and social exclusion by Liz Sayce. *British Journal of Psychiatry*, 179(2), 182. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.182>
- Livingston, J. D., y 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*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.09.030>
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., y Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 378(9801), 1502-1514. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60754-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60754-X)
- Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., y Manchego Soza, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Ministerio de Salud de Brasil. (2005). Relatório 15 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: Avanços e desafios. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., y Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477-483. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034942>
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g17/076/09/pdf/g1707609.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre la salud mental: transformar la salud mental para todos. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <https://iris.who.int/handle/10665/42447>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. <https://iris.who.int/handle/10665/357847>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., y Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Ramírez Guzmán, G. (2014). *Salud mental y comunidades indígenas: Una aproximación desde los profesionales de la salud mental de Alto Bío Bío* [Tesis de maestría, Universidad de Chile]. Repositorio Académico Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135449>
- Rodríguez-Meirinhos, A., y Antolín-Suárez, L. (2020). Estigma social hacia la enfermedad mental: Factores relacionados y propiedades psicométricas del cuestionario de atribuciones-revisado. *Universitas Psychologica*, 19(1), Artículo e05. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy19-1.esem>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., y Corrigan, P. W. (2014). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- Showalter, E. (1987). *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*. Pantheon Books.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., y Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Turan, J. M., Elafros, M. A., Logie, C. H., Banik, S., Turan, B., Crockett, K. B., Pescosolido, B., y Murray, S. M. (2019). Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Medicine*, 17, Article 7. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1246-9>
- Wexler, L. M., y Gone, J. P. (2012). Culturally responsive suicide prevention in indigenous communities: Unexamined assumptions and new possibilities. *American Journal of Public Health*, 102(5), 800-806. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300432>
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., y Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524-1535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>