



La Comisión de *Lancet* sobre el fin del estigma y la discriminación en la salud mental

Graham Thornicroft*, Charlene Sunkel*, Akmal Alikhon Aliev, Sue Baker, Elaine Brohan, Rabih el Chammay, Kelly Davies, Mekdes Demissie, Joshua Duncan, Wubalem Fekadu, Petra C Gronholm, Zoe Guerrero, Dristy Gurung, Kassahun Habtamu, Charlotte Hanlon, Eva Heim, Claire Henderson, Zeinab Hijazi, Claire Hoffman, Nadine Hosny, Fiona-Xiaofei Huang, Sarah Kline, Brandon A Kohrt, Heidi Lempp, Jie Li, Elisha London, Ning Ma, Winnie W S Mak, Akerke Makhmud, Pallab K Maulik, Maria Milenova, Guadalupe Morales Cano, Uta Ouali, Sarah Parry, Thara Rangaswamy, Nicolas Rüschi, Taha Sabri, Norman Sartorius, Marianne Schulze, Heather Stuart, Tatiana Taylor Salisbury, Norha Vera San Juan, Nicole Votruba, Petr Winkler

Lancet 2022; 400: 1438-80

Publicado En línea
9 de octubre de 2022

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

Consulte el **Comentario** en las páginas 1387 y 1389

Para ver la traducción al francés del resumen ejecutivo, consulte el apéndice 1 **En línea**

Para ver la traducción al español del resumen ejecutivo, consulte el apéndice 2 **En línea**

*Primeros autores conjuntos

Centro de Salud Mental Global, Departamento de Investigación Poblacional

y de Servicio de Salud

(Prof. G Thornicroft PhD,

E Brohan PhD,

P C Gronholm PhD,

Prof. C Hanlon PhD,

Prof. C Henderson PhD,

A Makhmud MSc,

M Milenova, MSc,

T Taylor Salisbury, PhD); **Centro de**

Ciencias de Implementación

(Prof. G Thornicroft;

K Davies MSc, P C Gronholm,

D Gurung PhD, A Makhmud,

M Milenova), **OMS**

Centro Colaborador para

la Investigación y Capacitación en

Salud Mental (C Hanlon), y

Departamento

de Investigación Poblacional

y de Servicio de Salud

(N Vera San Juan, PhD), **Instituto de**

Psiquiatría, Psicología y

Neurociencia, y Departamento

Académico de Reumatología (Prof.

H Lempp, PhD), **King's**

College London, Londres, Reino

Unido;

Global Mental Health Peer

Network, Paarl, Sudáfrica

(C Sunkel NSC); **Instituto Nacional**

de Salud Mental (República

Checa), Centro Colaborador de la

OMS para la Investigación y el

Desarrollo de Servicios de Salud

Mental Pública, Klecany,

República Checa (A Alikhon Aliev

MSc,

Z Guerrero MSc, P Winkler PhD);

Mind international, Londres,

Reino Unido (S Baker HND);

Changing Minds Globally,

Londres, Reino Unido (S Baker);

Programa Nacional

Resumen ejecutivo

Es hora de poner fin a todas las formas de estigma y discriminación contra las personas con afecciones de salud mental, para las que existe un doble riesgo: el impacto de la afección primaria y las graves consecuencias del estigma. De hecho, muchas personas describen el estigma como “peor que la propia afección”. Este informe de la Comisión *Lancet* es el resultado de una colaboración de más de 50 personas de todo el mundo. Reúne pruebas y experiencia del impacto del estigma y la discriminación y las intervenciones exitosas para la reducción del estigma. Incluimos material que da vida a las voces de las personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental (PWLE). Esto es correcto en principio porque estamos de acuerdo con la opinión de nada sobre nosotros sin nosotros. Es correcto en la práctica porque las pruebas resumidas en este informe muestran que las PWLE son los agentes clave del cambio para la reducción del estigma. Por estos motivos, este informe ha sido coproducido por personas que tienen dicha experiencia vivida y otras que no. Sus voces incluían susurros, habla y gritos en los poemas, testimonios y citas.

Mensajes clave

- El estigma y la discriminación contravienen los derechos humanos básicos y tienen efectos tóxicos graves en las personas con afecciones de salud mental que exacerban la marginalización y la exclusión social, por ejemplo, al reducir el acceso a la atención de salud mental y física, y disminuir las oportunidades educativas y laborales.
- Nuestra revisión general de 216 revisiones sistemáticas muestra que las intervenciones basadas en el principio del contacto social (ya sea en persona, virtual o indirectas) que se han adaptado adecuadamente a diferentes contextos y culturas son las formas más eficaces de reducir la estigmatización en todo el mundo.
- En nuestra evaluación de diez programas antiestigma a gran escala en todo el mundo, se descubrió que estas intervenciones son más eficaces cuando involucran a personas con experiencia vivida (people with lived experience, PWLE) de afecciones de salud mental como coproductores en todos los aspectos del desarrollo, cuando se consulta a los grupos objetivo sobre el contenido y resultados del programa, y cuando los programas se mantienen a largo plazo.
- Los medios de comunicación desempeñan un papel importante en el aumento del estigma cuando refuerzan los estereotipos asociados con afecciones de salud mental, como la imprevisibilidad o la peligrosidad, y disminuyen el estigma cuando se alinean con las directrices sobre informes responsables, por ejemplo, del suicidio
- En una encuesta global multilingüe de PWLE, 391 personas respondieron de 45 países y territorios. La mayoría ($\geq 70\%$) de los participantes coincidieron en que las PWLE deben tratarse con la misma igualdad que las personas con afecciones físicas; el estigma y la discriminación afectan negativamente a la mayoría de las PWLE; los medios de comunicación son un factor importante en el empeoramiento del estigma y la discriminación; los medios de comunicación podrían desempeñar un papel crucial en la reducción del estigma y la discriminación; y el estigma y la discriminación pueden ser peores que el impacto de la propia afección de salud mental.
- Los hallazgos de esta comisión de *Lancet* muestran que las PWLE son agentes claves para el cambio en la reducción del estigma y deben contar con un fuerte apoyo para liderar o codirigir intervenciones que utilicen el contacto social. Proponemos ocho recomendaciones clave para la acción por parte de organizaciones internacionales, gobiernos, empleadores, los sectores de atención médica y asistencia social, los medios de comunicación, PWLE, comunidades locales y la sociedad civil, cada una con un objetivo e indicadores específicos que pueden utilizarse para desarrollar un marco de responsabilidad y hacer un seguimiento del progreso para acabar con el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental.

Este informe resume los muchos impactos negativos del estigma y la discriminación, que van desde daños hasta perspectivas de matrimonio, exclusión social en relación con la educación, el lugar de trabajo y la comunidad, pérdida de propiedad, herencia o derechos de voto, y peor atención médica que la que se brinda por afecciones físicas. El estigma afecta de forma poderosa y adversa a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad, es persistente y existe en todas las culturas. Estas barreras perniciosas para la plena ciudadanía y la participación social comparten una característica fundamental: contravienen los derechos humanos básicos que pretenden aplicarse igualmente a todos. Resume estos efectos en cuatro dominios: personal, incluido el autoestigma, la calidad de vida y el uso del servicio; estructural, incluidas las disposiciones legales, los derechos humanos y la implementación de intervenciones psicosociales; atención médica y social; sociedad y económica, incluido el trabajo.

Las pruebas de intervenciones eficaces para reducir el estigma se resumen en una revisión general de 216 informes, la mayoría de los cuales abordan aspectos del estigma público e interpersonal. El hallazgo central claramente emergente es que las formas de contacto social (directo o indirecto) entre personas que tienen y no tienen experiencia con afecciones de salud mental son la manera más eficaz basada en la evidencia para reducir la estigmatización.

Se presentan casos prácticos detallados de varios programas destinados a realizar intervenciones antiestigma en todo el mundo. Las lecciones clave que surgen incluyen involucrar a PWLE en todos los aspectos de la coproducción de programas antiestigma; crear y adaptar cuidadosamente el contenido del programa en función del contexto y la cultura; consultar estrechamente con los grupos objetivo identificados; y prestar atención a los efectos, resultados y sostenibilidad del programa.

En este informe, también se exploran los papeles de los medios de comunicación, medios digitales tradicionales y más recientes, en la promoción o reducción del estigma a partir de una revisión específica de esta bibliografía, especialmente el potencial de las directrices de notificación de los medios de comunicación para reducir las tasas de suicidio.

También presentamos los resultados de una encuesta global de PWLE encargada para este informe. De los casi 300 encuestados en 45 países (principalmente países de ingresos bajos y medios de renta [low-income and middle-income countries, LMIC]), más del 90 % estuvo de acuerdo en que las PWLE deberían tratarse del mismo modo que a las personas con afecciones físicas, que el estigma y la discriminación afectan negativamente a la mayoría de las personas con afecciones mentales y que los medios de comunicación podrían desempeñar un papel importante en la reducción del estigma y la discriminación.

Al formular las recomendaciones de la Comisión, nos guiamos por cinco principios clave. En primer lugar, todos

Panel 1: Los objetivos de la Comisión Lancet sobre el fin del estigma y la discriminación en la salud mental

- Definir el estigma y la discriminación, al establecer los niveles en los que se producen.
- Resumir la evidencia de cómo las personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental en todo el mundo experimentan actualmente formas de estigma y discriminación, y los impactos que esto produce, que van desde el compromiso con la comunidad y con los servicios (barreras para la búsqueda de ayuda) de prestación de atención (comportamiento del proveedor de servicios en relación con personas con afecciones mentales y físicas) y formas de exclusión social (p. ej., matrimonio, lugar de trabajo y entornos educativos)
- Realizar una revisión bibliográfica sobre la eficacia de las intervenciones para reducir el estigma y la discriminación en el campo de atención de salud mental.
- Evaluar la experiencia de programas a gran escala para combatir el estigma y recopilar las lecciones aprendidas
- Comprender cómo los medios de comunicación tradicionales y aquellos más nuevos pueden contribuir a la estigmatización relacionada con la salud mental, y contrarrestarla.
- Identificar qué políticas, recursos, iniciativas, narrativas e intervenciones culturalmente pertinentes y apropiadas son necesarias para erradicar el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental y para impulsar los cambios sistémicos legales, financieros, sociales, ambientales y de salud que se necesitan; a partir de este análisis para proponer recomendaciones prácticas con el fin de poner en marcha estos cambios.

los instrumentos de derechos humanos pertinentes se aplican por igual a las personas que tienen y no tienen experiencia en afecciones de salud mental. En segundo lugar, las disposiciones que apoyan la inclusión social de personas con discapacidades deben aplicarse por igual, ya sea que surjan de afecciones de salud física o mental. En tercer lugar, la prestación de atención y cuidado debe ser equitativa independientemente de si las personas tienen una afección de salud física o mental. En cuarto lugar, ningún país debe tener leyes específicas que discriminen injustamente a las personas en función de sus afecciones de salud mental o tendencias suicidas. En quinto lugar, las iniciativas y acciones destinadas a reducir o erradicar el estigma y la discriminación por la salud mental deben diseñarse y producirse conjuntamente con las PWLE. En este contexto, hemos acordado seis objetivos para la reducción del estigma: deben emitirse directrices internacionales de que todas las formas de estigma y discriminación hacia personas con afecciones de salud mental son inaceptables; todos los gobiernos deben implementar políticas para apoyar el fin de dicho estigma y discriminación; el estigma y la discriminación en el lugar de trabajo contra personas con afecciones de salud mental

de Salud Mental, Beirut, Libano (R el Chammay MD); Facultad de Ciencias de la Salud y Medicina, Escuela de Enfermería y Obstetricia, Universidad de Haramaya, Etiopía (M Demissie, PhD); Centro para el Desarrollo de Medicamentos Innovadores y Estudios Terapéuticos para África (CDT-Africa), Facultad de Ciencias de la Salud de Adis Abeba, Etiopía (M Demissie); Coalición de Salud Mental, Freetown, Sierra Leona (J Duncan MPA); Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Bahir Dar, Bahir Dar, Etiopía (W Fekadu PhD); Organización psicosocial transcultural (Transcultural Psychosocial Organization, TPO), Katmandú, Nepal (D Gurung); Universidad de Adis Abeba, Facultad de Psicología, Adis Abeba, Etiopía (K Habtamu, PhD); Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Adis Abeba, Adis Abeba, Etiopía (Prof. C Hanlon); Institut de Psychologie, Universidad de Lausana, Lausana, Suiza (Prof. E Heim, PhD; N Hosny, MSc); UNICEF, Nueva York, NY, EE. UU. (Z Hijazi, PsyD); United for Global Mental Health, Londres, Reino Unido (C Hoffman, MSc; S Kline, MA); South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Londres, Reino Unido (F X Huang MB BChir, S Parry, MRCPsych); División de Salud Mental Global, Universidad George Washington, Washington, DC, EE. UU. (Prof. B A Kohrt PhD); Affiliated Brain Hospital de la Universidad Médica de Cantón, Cantón, China (Prof. J Li, MMed); Prospira Global, Hemel Hempstead, Reino Unido (E London, MA); Instituto de Salud Mental, Universidad de Pekín, Pekín, China (N Ma, MD); Departamento de Psicología, Universidad China de Hong Kong, Región Administrativa Especial de Hong Kong, China (Prof. W S Mak, PhD); George Institute for Global Health, Nueva Delhi, India (P K Maulik, PhD); Universidad de Nueva Gales del Sur, Sídney, NSW, Australia (P K Maulik); Fundación Mundo Bipolar, Madrid, España (G Morales Cano, BSc); Hospital Razi y Facultad de Medicina El Manar, Universidad de Túnez,

La Manouba, Túnez
(U Ouali, PhD); **Fundación para la Investigación de la Esquizofrenia, Chennai, India**

(Prof. T Rangaswamy FRCPsych);

Departamento de Psiquiatría II, Universidad de Ulm y BKH Günzburg, Ulm, Alemania

(Prof. N Rüsç MD); **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Günzburg, Alemania**

(Prof. N Rüsç); **Iniciativa de Salud Taskeen, Karachi, Pakistán**

(T Sabri, MBBS); **Asociación para la Mejora de Programas de Salud Mental, Ginebra, Suiza**

(Prof. N Sartorius MD);

Iniciativa Mundial de la Federación sobre Psiquiatría, Viena, Austria

(M Schulze LL.M); **Queen's University, Kingston, ON, Canadá** (H Stuart PhD); **Nuffield Department of Women's and Reproductive Health, University of Oxford, Oxford, Reino Unido** (N Votruba, PhD)

Correspondencia a:

Prof. Graham Thornicroft, Centro para la Salud Mental Global, Departamento de Investigación Poblacional y Servicio de Salud, Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia, King's College London, Londres, Reino Unido
graham.thornicroft@kcl.ac.uk

Consulte **En línea** para ver el apéndice 3

deberían erradicarse; los planes de estudios nacionales y la capacitación vocacional para todos los profesionales de atención médica y social deben incluir componentes obligatorios sobre las necesidades y los derechos de las personas con afecciones de salud mental y deben ser proporcionados conjuntamente por las PWLE; todas las organizaciones de medios de comunicación deben eliminar sistemáticamente el contenido estigmatizante de sus productos; y las PWLE deben contar con un fuerte apoyo para reducir el estigma y la discriminación. También proponemos ocho recomendaciones adicionales para la acción por parte de organizaciones internacionales, gobiernos, empleadores, los sectores de atención médica y asistencia social, los medios de comunicación, las PWLE, comunidades locales y la sociedad civil. Cada recomendación tiene objetivos asociados e indicadores

Poema 1

La bestia y la serpiente por Anne Lai Ping Chan Ho

La estigmatización añade dificultades a quienes tenemos problemas de salud mental.

Hay un estigma decretado similar a una bestia, un estigma interno similar a una serpiente. Los he experimentado a todos. Me había costado mi carrera. Me había costado amistades.

Solía decir mentiras para ocultar. No podía permitirme decir la verdad de mi malestar.

Lucho contra el estigma, Me he vuelto franca. Le muestro al mundo mi dolencia. Comparto mi historia con todos.

He matado a la bestia, he eliminado a la serpiente,

pero cuando la persona más querida me dijo:

"Eres peligrosa, aléjate de mi familia",

aunque, un estallido de ira, por preocupación y miedo, esas palabras me partieron en mil pedazos,

herida, pero me he fortalecido. La necesidad de enfrentarse al estigma es absolutamente clara.

Me enfrento a mi bestia, me enfrento a mi serpiente.

No avergonzarme de quién soy ha sido la clave para la recuperación.

específicos y ponderables para establecer un marco de responsabilidad y permitir la supervisión del progreso a lo largo del tiempo.

Para resumir todo este trabajo, la Comisión *Lancet* sobre el fin del estigma y la discriminación en los problemas de salud mental resalta esta llamada a la acción: la salud mental es parte de ser humano; actuemos ahora para detener el estigma y comenzar la inclusión.

Objetivos y alcance de la Comisión

Es hora de poner fin a todas las formas de estigma y discriminación contra las personas con afecciones de salud mental. Para la mayoría de estas personas existe un doble riesgo: el impacto de la enfermedad primaria en sí y las graves consecuencias del estigma. De hecho, tal como lo demostrará este informe, muchas personas con dichas afecciones describen el estigma como "peor que la propia afección".

El estigma y la discriminación tienen muchas manifestaciones, que comprenden desde daños hasta perspectivas de matrimonio, exclusión social en relación con la educación, el lugar de trabajo y la comunidad, pérdida de propiedad, herencia o derechos de voto, y peor atención médica que la que se brinda por afecciones físicas. El estigma afecta de forma poderosa y adversa a las personas, las familias, las comunidades y la sociedad, es persistente y existe en todas las culturas.¹ Estas barreras perniciosas para la plena ciudadanía y la participación social comparten una característica fundamental: contravienen los derechos humanos básicos que pretenden aplicarse igualmente a todos (apéndice 3, p. 16).

En este informe, nos centramos en la naturaleza, el impacto y las consecuencias del estigma y la discriminación y en su erradicación. La evidencia ahora es clara en los países de ingresos altos (high-income countries, HIC) y está surgiendo de los LMIC que las intervenciones para reducir el estigma y la discriminación pueden entregarse de forma eficaz. Por lo tanto, es el momento adecuado para una reevaluación detallada y para un conjunto de recomendaciones prácticas y radicales para guiar la acción y erradicar progresivamente el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental a nivel internacional, nacional y local.

"Dar voz, quién tiene la voz verdadera: nosotros".

Persona en España

Objetivos y alcance

Los objetivos de esta Comisión de *Lancet* se proporcionan en el panel 1. Este informe se centra en el estigma y la discriminación que experimentan las personas con afecciones de salud mental. Con esto nos referimos no solo a trastornos mentales clasificados formalmente, sino también discapacidades psicosociales, en consonancia con el alcance del Informe Mundial de Salud Mental 2022 de la OMS.² Estas afecciones incluyen, entre otras, las que se incluyen en la

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-11, de la OMS, capítulo 6, que incluye todas las formas de afecciones de salud mental frecuentes y graves, discapacidades intelectuales, afecciones por consumo de sustancias y demencia. Además, nos referimos a la demencia y a las ideas y comportamientos suicidas en otros capítulos de la CIE. Incluimos personas de todas las edades y todas las formas estructurales de estigma (p. ej., tasas bajas de inversión en salud mental).

Métodos de trabajo, estructura y enfoque

Este informe es el producto de muchas mentes y manos. Los 22 comisionados formaron seis grupos de redacción para redactar su contenido. La mitad de los comisionados son de LMIC, y la mayoría son mujeres (apéndice 3, p. 2). También se han recibido contribuciones invaluable de los 21 miembros internacionales de la Junta Asesora de la Comisión (apéndice 3, p. 3) y colegas que contribuyeron al análisis de datos, comunicaciones y grupos de lanzamiento (apéndice 3, p. 8 a 10). Un grupo transversal liderado por el Copresidente de la Comisión (CS) se ha centrado en un ejercicio global para escuchar las voces de las PWLE, cuyos resultados informan todos los aspectos de este informe (apéndice 3, p. 20 a 40).

La estructura de este informe sigue los seis objetivos descritos anteriormente, paso a paso, tratando secuencialmente las definiciones de estigma y discriminación (sección 2); impactos personales (sección 3); la efectividad de las intervenciones para reducir el estigma y la discriminación (sección 4); las experiencias de programas a gran escala para combatir el estigma (sección 5); las funciones de los medios tradicionales y más recientes en relación con el estigma (sección 6); y las opiniones y prioridades relacionadas con el estigma de las PWLE (sección 7). La parte final y más importante de este informe (sección 8) proporciona los principios y objetivos rectores de la Comisión, con un conjunto de ocho recomendaciones clave. Los indicadores específicos forman un marco de responsabilidad, inspirado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.³ Los apéndices detallados incluyen más información y pruebas que respaldan este informe y sus recomendaciones. Por lo tanto, este informe de la Comisión pretende ser una síntesis autorizada de lo que se conoce sobre el estigma y la discriminación en el campo de salud mental y una poderosa herramienta de defensa para un cambio real y práctico para erradicar el estigma y la discriminación.

Hemos elegido adoptar un enfoque particular para este informe. Incluimos intencionadamente material que da vida a las voces de las PWLE. Creemos que esto es correcto en principio porque el estigma afecta negativamente a las personas con dichas afecciones y, por ende, este informe debe enmarcarse en el principio de “nada sobre nosotros sin nosotros”.⁴ Esto también es correcto en la práctica porque las pruebas presentadas muestran que el contacto social con las PWLE es el

método más eficaz para reducir la estigmatización y que deben participar como agentes del cambio informando las intervenciones antiestigma. Por estos motivos, la totalidad de este informe ha sido coproducida por personas que tienen y que no tienen dicha experiencia vivida. Sus voces susurran, hablan y gritan en los poemas, testimonios y citas seleccionados entre los muchos que recibimos de todo el mundo, junto con los resultados de la encuesta global sobre la experiencia vivida. Este informe y sus recomendaciones se basan en los cimientos de la evidencia científica y la experiencia personal.

Conceptos y términos, definiciones y derechos humanos

“El lenguaje se utiliza para transmitir vergüenza, convirtiendo lo que fue una experiencia individual privada en una experiencia pública, comunalmente rechazada y estereotipada”.

Persona en Kenia

Conceptos y términos utilizados para describir reacciones a personas con afecciones de salud mental

El término estigma proviene de la antigua Grecia y originalmente se refería a un tatuaje, que se utilizaba para marcar visiblemente a los esclavos o delincuentes como miembros de la sociedad con valor reducido.⁵ En las ciencias sociales, el término estigma fue elaborado en la segunda mitad del siglo XX por Goffman,⁶ que definió el estigma como un atributo de “profunda desacreditación” que reduce a una persona “de una persona completa y habitual a una manchada y desvalorizada”. Goffman identificó tres tipos de estigmas socialmente desacreditadores que están relacionados con deficiencias físicas, imperfecciones de carácter (p. ej., afecciones de salud mental y criminalidad) y origen tribal (es decir, raza, nación, casta o religión). También introdujo el concepto de estigma de cortesía (ahora más conocido como estigma por asociación o, a veces, estigma por afiliación), que se produce cuando los atributos desacreditadores se transmiten a familiares, cuidadores u otros asociados.

La estigmatización puede verse como un proceso social complejo de varios niveles que abarca los elementos del etiquetado, estereotipado, separación, pérdida de estado y discriminación en el contexto de una situación de poder.⁷ El etiquetado se refiere al proceso de identificar y resaltar las diferencias humanas que son importantes a nivel social. Se considera que algunas diferencias sociales no son relevantes para el etiquetado, mientras que otras se consideran muy relevantes para la creación de grupos o categorías, aunque se basan en simplificaciones excesivas sustanciales. Link y Phelan⁷ utilizan el término “etiqueta”, en lugar de “atributo” o “marca”, para destacar que los procesos sociales, en lugar de las características específicas de las personas estigmatizadas, conducen al estigma. El estigma se produce cuando una etiqueta está vinculada a estereotipos negativos (es decir, un conjunto de características no deseadas). Los

experimentos en los campos de la psicología cognitiva y social muestran que el uso de estos estereotipos es altamente automático, basado en creencias culturales dominantes.⁸

La separación entre grupos, a menudo denominados “nosotros” y “ellos”, se basa en la creencia de que las personas etiquetadas son fundamentalmente diferentes de las personas no etiquetadas. Por ejemplo, las personas con diagnóstico de esquizofrenia se etiquetan como esquizofrénicas en lugar de como personas (uno de nosotros) afectadas por una afección de salud mental. El estigma incluye los procesos de pérdida de estado y discriminación y, en consecuencia, puede derivar en una diferencia de poder. Sin embargo, si las personas con menos poder tienen estereotipos negativos sobre las personas que tienen más poder, es menos probable que estos estereotipos den lugar a desventajas y marginalización. En conjunto, la estigmatización de las personas con enfermedades mentales debe considerarse dentro de los marcos más amplios de justicia, equidad social y derechos humanos (apéndice 3, p. 16).

Esta Comisión de *Lancet* considera tales cuestiones conceptuales, pero está más preocupada por lo que debe hacerse para promover activamente la inclusión social.⁹ Por este motivo, el título de este informe se refiere tanto al estigma como a la discriminación, aunque con fines de mantener la brevedad, a veces nos referiremos a ambos bajo el encabezado del estigma.

Muchas etiquetas diferentes están vinculadas a estereotipos negativos y, por consiguiente, a la pérdida de estado y la discriminación. Una persona puede tener varias características estigmatizadas en una sociedad (p. ej., sexo, condición de minoría étnica, discapacidad, sexualidad, falta de vivienda y afecciones de salud mental), para las que se ha propuesto el término “interseccionalidad”.¹⁰ En este sentido, el estigma relacionado con las personas con afecciones de salud mental puede verse dentro del contexto más amplio de otros tipos de estigma y discriminación.

Al mismo tiempo, hay características especiales del estigma relacionadas con la salud mental. Una diferencia importante se relaciona con el hecho de que las afecciones de salud mental no pueden diagnosticarse en la actualidad en función de marcadores físicos, como análisis de sangre o imágenes diagnósticas. Esto significa que el proceso de diagnóstico puede no ser uniforme dentro de diferentes sociedades y entre estas, y está sustancialmente en manos de los profesionales de atención de salud mental. Esto tiene implicaciones importantes para las personas que sufren afecciones de salud mental. Además, las afecciones de salud mental a menudo están vinculadas a atribuciones de autorresponsabilidad, es decir, factores que están bajo el control de una persona, lo que las diferencia, al menos en parte, de otras afecciones de salud.¹¹ Además, en términos legales, los derechos de las personas con afecciones de salud mental a menudo se han reducido, lo que ocurre con mucha menos frecuencia para todos los demás tipos de afecciones de salud.

La estigmatización de las personas con afecciones de salud mental es muy frecuente y se observa en todo el mundo.¹² Evoluciona con el tiempo, a través de la socialización, la educación, los informes de los medios de comunicación y las prácticas institucionales. Al mismo tiempo, los procesos de exclusión social y las normas sociales que definen los estereotipos negativos están estrechamente entrelazados con la cultura.¹³ Las personas con afecciones de salud mental son discriminadas de acuerdo con lo que más importa en la vida de las personas dentro de sociedades determinadas;¹⁴ por ejemplo, en el matrimonio, las redes sociales y el trabajo.

Definiciones de estigma

El estigma contra las personas con afecciones de salud mental se produce en diferentes niveles (figura 1). Para los fines de este informe de la Comisión de *Lancet*, utilizaremos las siguientes definiciones. El autoestigma se define como la forma en que las personas con afecciones de salud mental se ven a sí mismas como mentalmente enfermas y, por lo tanto, de menor valor.⁵ El estigma por asociación se refiere a la internalización del estigma por parte de asociados cercanos de personas que viven con afecciones de salud mental (p. ej., miembros de la familia).¹⁵ El estigma público (también conocido como estigma interpersonal) se refiere a la forma en que las personas de una comunidad o sociedad determinada ven y actúan hacia personas con afecciones de salud mental.¹⁶ El estigma estructural (también llamado estigma sistémico u organizativo) se refiere a la discriminación en las leyes, políticas, y en las prácticas culturales y organizativas.⁷ También se reconoce que el término estigma se ha visto como estigmatizante.¹⁷

Autoestigma

El autoestigma, o estigma internalizado, se produce cuando las personas con afecciones de salud mental son conscientes de los estereotipos negativos de los demás, están de acuerdo con ellos y los ponen en contra de sí mismas (es decir, “porque tengo una enfermedad mental, debo ser incompetente”).¹⁸ La internalización se produce cuando las personas con afecciones de salud mental abandonan importantes objetivos de vida, como buscar trabajo o participar en amistades, porque sienten que no son dignos o que no pueden triunfar. Las creencias negativas pueden derivar en una disminución de la autoestima y la autoeficacia, y hacer que las personas se pregunten por qué deben intentarlo.¹⁹ El autoestigma es solo una forma de reaccionar a los estereotipos negativos en las sociedades. Las personas estigmatizadas también pueden reaccionar con ira legítima hacia actitudes negativas, lo que puede ocasionar una mayor autoestima de la que se observa en las personas no estigmatizadas.¹⁸ Este efecto es importante para superar el estigma y el autoestigma. El término resiliencia al estigma se ha utilizado para describir el proceso de empoderar a las personas con afecciones de salud mental para superar el

estigma internalizado y tomar medidas positivas en dominios de la vida relevantes. Este empoderamiento se refleja en las campañas de PWLE para una mayor aceptación de sus afecciones y la capacidad de ejercer sus derechos humanos plenamente.

Estigma por asociación

El estigma por asociación, también conocido como estigma de cortesía o por afiliación,⁶ se refiere a la atribución de estereotipos negativos y discriminación a miembros de la familia o al personal de salud mental. Este estigma parece depender del tipo de afección de salud mental. Por ejemplo, a menudo se culpa a los miembros de la familia por el inicio de las afecciones por consumo de sustancias.²⁰ Además, si se considera que una afección de salud mental es hereditaria o se considera que se refiere a la persona asociada por algún otro motivo, esto puede incurrir en pérdida de respeto (o pérdida de credibilidad)²¹ y puede afectar negativamente a las oportunidades de vida de los demás, como las perspectivas matrimoniales.¹⁴ Si dicho estigma se internaliza, podría exacerbar el estrés del cuidador.^{15,22} El estigma por asociación también se ha aplicado a los profesionales de atención de salud mental debido a las actitudes negativas del personal de atención médica que trata con afecciones físicas, lo que hace que la atención de salud mental se perciba como menos prestigiosa.¹⁶

Estigma público

El estigma público (también conocido como estigma interpersonal) se refiere al vínculo entre estereotipos, actitudes negativas y discriminación contra personas con afecciones de salud mental en la sociedad.^{7,23} Aunque la falta de conocimiento puede ocasionar actitudes negativas, este no es necesariamente el caso.¹¹ De hecho, la estigmatización de los pacientes se ha descrito como conductora de un diferencial de poder que favorece al personal médico.²⁴ En el contexto del estigma público, la discriminación a nivel interpersonal puede manifestarse de varias formas, como evasión, mantenimiento de distancia social, enfoques paternalistas (estigma benevolente), o apoyo de políticas coercitivas.¹

Una forma común de comprender el estigma público es identificar tres componentes separados pero relacionados: conocimiento, actitudes y comportamientos. El componente de conocimiento suele referirse a una falta de conocimiento detallado en poblaciones sobre afecciones de salud mental (ignorancia), pero también puede surgir debido a la información errónea transmitida por el discurso popular. Las actitudes se refieren casi por completo a reacciones emocionales negativas hacia personas con afecciones de salud mental (es decir, prejuicios). El comportamiento se relaciona con el rechazo y la exclusión social de personas con afecciones de salud mental por discriminación,⁹ que puede causar daños al anticiparse y experimentarse.²⁵

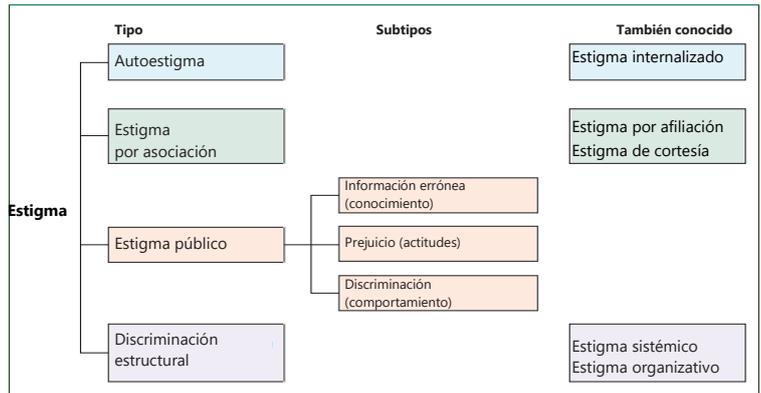


Figura 1: Tipos de estigma

En la investigación, los comportamientos discriminatorios se miden con mayor frecuencia mediante escalas de autoinforme que evalúan las intenciones conductuales.^{26,27} Un estudio en Alemania descubrió que, durante un período de 10 años, las actitudes públicas hacia el gasto de dinero público en servicios para personas con depresión se volvieron más positivas, a lo largo de ese período, el deseo de distancia social de las personas con depresión se mantuvo sin cambios.²⁸ También existen formas más sutiles denominadas discriminación interactiva,⁷ que se refiere a la incomodidad por el contacto con personas con afecciones de salud mental o por tomar pequeñas medidas de desacreditación, a veces llamadas microagresiones.²⁹ Las actitudes negativas y los comportamientos discriminatorios suelen estar vinculados con conceptos erróneos sobre la prevalencia, el proceso y las causas de las afecciones mentales. Tales conceptos erróneos incluyen, por ejemplo, creencias sobre la peligrosidad o incompetencia de las personas con afecciones de salud mental, o la creencia de que dichas afecciones no se pueden tratar.²³

Pescosolido y colegas³⁰ mostraron que las concepciones sobre la esquizofrenia, la depresión o la dependencia del alcohol estaban relacionados con creencias sobre la falta de control sobre los comportamientos, creencias sobre la incapacidad para recuperarse (ya que la afección supuestamente ha afectado a la estructura del cerebro), y miedos más prominentes a la peligrosidad e imprevisibilidad en lugar de causas genéticas y biológicas, en otras palabras, estigma.^{31,32} Otra idea errónea se relaciona con la dicotomía entre ellos o nosotros, que separa a las personas con afecciones de salud mental de las denominadas personas normales.³³ Este punto de vista no corresponde al modelo continuo para la salud mental y para las afecciones de salud mental, en el que los problemas de salud mental existen a lo largo de un continuo que comprende desde una angustia leve limitada por el tiempo hasta afecciones a un plazo más largo que pueden volverse gravemente discapacitantes.³⁴

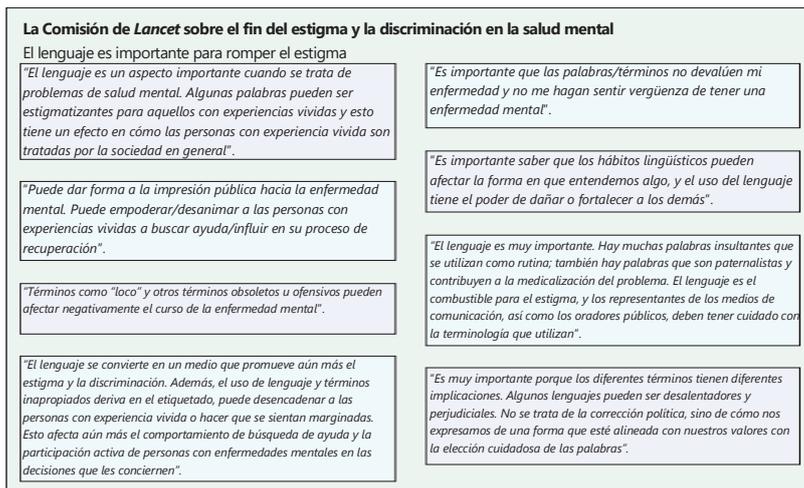


Figura 2: Temas claves de la Encuesta sobre la experiencia vivida en relación con el uso del lenguaje. Reproducido con permiso de Charlene Sunkel.

Los conceptos erróneos pueden cambiar con el tiempo, pero esto no necesariamente da lugar a una reducción del estigma o la discriminación.³⁵ Un estudio a gran escala en 16 países mostró que las afecciones de salud mental se estaban aceptando cada vez más en el ámbito más amplio de las afecciones de salud, con un cambio correspondiente de una atribución de debilidad a ser responsable. Sin embargo, la falta de disposición para aceptar a personas con afecciones de salud mental en puestos de autoridad o poder permaneció entre el público, junto con un temor continuo a la violencia.³⁵

"Las palabras pueden ser fácilmente deshumanizantes, discriminatorias y estigmatizantes. Cuando te etiquetan, parece que estuvieras acorralado sin tener a dónde ir".

Persona en Canadá

Estigma estructural

El estigma estructural, sistémico o institucional se refiere a políticas y prácticas que actúan en desventaja de un grupo estigmatizado, ya sea de forma intencionada o involuntaria. El estigma estructural no representa necesariamente prejuicio o discriminación individuales, sino más bien discriminación de orden superior asociada a los derechos humanos.⁷ Hatzenbuehler y Link³⁶ definieron el estigma estructural como "condiciones a nivel social, normas culturales y políticas institucionales que restringen las oportunidades, los recursos y el bienestar de los estigmatizados". La estigmatización del discurso y el papel de la cultura en el estigma y la discriminación se analizan en secciones posteriores. El estigma a menudo se ve como una barrera para el cambio de políticas, a veces por la falta de demanda pública de acciones e inversiones gubernamentales, y también por la desinformación, los malentendidos y la falta de conocimiento de las opciones de políticas positivas entre los responsables de formular políticas.

A nivel mundial, las personas con afecciones de salud mental suelen experimentar restricciones en el empleo, el

voto, la propiedad, el matrimonio y el divorcio.¹² La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades (CDPD) de las Naciones Unidas enfatiza la responsabilidad societaria de crear entornos inclusivos para todas las personas con discapacidades. Las afecciones mentales y físicas pueden causar deterioros a largo plazo, lo que, con consecuencias en la vida diaria y en los contextos sociales y ambientales (p. ej., reducción de oportunidades de trabajo o acceso limitado a servicios públicos), podría a su vez provocar discapacidades. La CDPD reconoce que las personas con discapacidades forman parte de la diversidad humana, lo cual disuelve la separación de nosotros y ellos. La CDPD fue un paso importante para promover los derechos sociales, políticos y civiles de las personas con afecciones de salud mental, pero la discriminación estructural sigue estando a nivel legal, organizativo y social. El kit de herramientas QualityRights de la OMS ofrece una forma importante de aplicar prácticamente los requisitos de la CDPD.³⁷

Otro aspecto del estigma estructural se relaciona con la menor cantidad de recursos financieros y humanos que se asignan a la investigación y al tratamiento de atención de salud mental que a las afecciones físicas.^{38,39} En todo el mundo, muchas personas con afecciones de salud mental no reciben ni siquiera un tratamiento mínimo adecuado. Para la depresión y la ansiedad, por ejemplo, se estima que la brecha entre tratamientos es del 95 % en países de bajos ingresos (Low Income Countries, LIC), 90 % en países de ingresos medios (Middle Income Countries, MIC), y entre el 70 y el 80 % en los HIC.^{11,40-42} Además, las personas con afecciones de salud mental tienen menos acceso a la atención médica en general y la calidad de los servicios suele ser peor que la de las personas que reciben tratamiento por trastornos físicos, lo cual contribuye a una brecha de mortalidad a los 10 años en general para las personas con afecciones de salud mental y una brecha de 20 años para las personas con afecciones de salud mental graves.^{43,44} Dicha desventaja estructural está sujeta a perpetuación transgeneracional por desventaja social sostenida dentro de las familias y las interrelaciones entre la pobreza y la salud mental deficiente.⁴⁵

La importancia de utilizar un lenguaje no estigmatizante

El lenguaje es de vital importancia cuando se trata del estigma. Las palabras importan porque reflejan y refuerzan actitudes y comportamientos negativos. Esta Comisión de Lancet recomienda utilizar el lenguaje de la persona en primer lugar, en lugar del lenguaje de la identidad en primer lugar: una persona con una afección de salud mental o con experiencia vivida de una afección de salud mental (figura 2). Sin embargo, en última instancia, las decisiones sobre qué términos utilizar deben ser tomadas por las personas directamente afectadas. Además, algunos términos pueden ser estigmatizantes en idiomas específicos (figura 3). Por ejemplo, en árabe el término *soha akliya* puede ser estigmatizante porque sugiere implícitamente capacidades mentales deterioradas de la persona, y el término *soha nafsia*, que significa salud psicológica, puede usarse preferentemente.

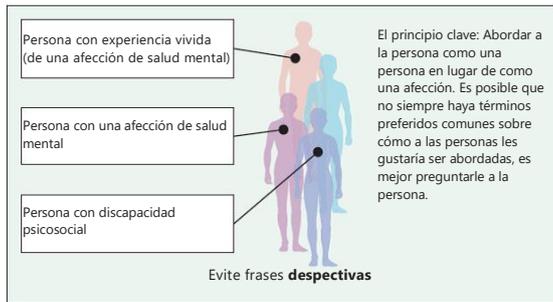


Figura 3: El principio del lenguaje de la persona en primer lugar
Reproducido con permiso de Charlene Sunkel.

Algunas frases pueden victimizar, criminalizar o tergiversar a personas con afecciones de salud mental, como el término “suicidarse”. Las palabras pueden percibirse como que también devalúan a las personas con afecciones de salud mental si tienen connotación negativa, como enfermedad mental o trastorno mental. Sin embargo, estos términos se utilizan en la CIE y en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Reconocemos que estos sistemas de clasificación internacional han sido considerados como estigmatizantes por parte de algunas personas que perciben los mismos términos diagnósticos como etiquetas de devaluación, especialmente porque la palabra trastorno puede sugerir de forma inapropiada una tendencia a comportamientos negativos o incluso preocupantes por parte de personas con dicha afección. Sin embargo, durante el desarrollo de este informe, asumimos que los diagnósticos son necesarios por motivos de comunicación para los trabajadores de atención médica, las PWLE, los miembros de la familia y los responsables de formular políticas, y para planificar y financiar tratamientos y atención.

El debate sobre la terminología no estigmatizante continúa y las posiciones difieren entre las PWLE. En este informe, utilizamos los términos estigma relacionado con afecciones de salud mental y afección de salud mental, para lo cual se proporcionan los motivos en el apéndice 3 (p. 15).

Cultura y estigma

La cultura tiene una fuerte influencia en el estigma debido al papel que desempeña la cultura en la determinación de lo que se considera un comportamiento socialmente aceptable y en la definición de las causas de las afecciones de salud mental y cómo se tratan. La comprensión de la influencia de la cultura en las afecciones de salud mental puede agruparse en tres dominios: conceptos culturales de las afecciones; percepciones culturales de las causas; y la determinación cultural de los valores (es decir, lo que más importa a los grupos culturales; apéndice 3 págs. 41-46).⁴⁶ Gurung y colegas⁴⁷ han desarrollado un marco que incorpora los diferentes aspectos del estigma cultural y estructural de acuerdo con lo que más importa, y sugiere cómo se pueden diseñar e implementar las intervenciones (figura 4).

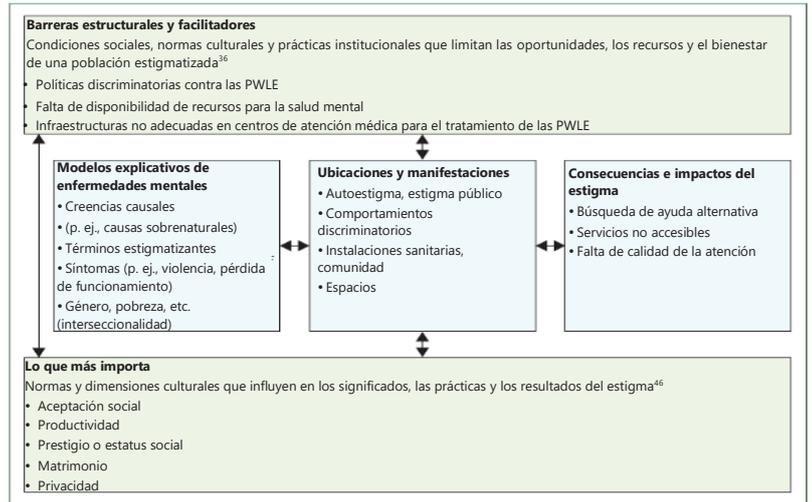


Figura 4: Barreras estructurales y facilitadores que utilizan el enfoque Lo que más importa
Reproducido de Gurung y colegas. PWLE = personas con experiencia vivida.

El impacto del estigma y la discriminación

El estigma relacionado con las afecciones de salud mental es multifacético con una multitud de consecuencias que a menudo se subestiman. En esta sección, resumimos el impacto del estigma en cuatro dominios: impactos personales, incluidos el autoestigma, la calidad de vida y el uso del servicio; impactos estructurales, incluidos las disposiciones legales, los derechos humanos y la implementación de intervenciones psicosociales; impacto en atención médica y social; e impactos sociales y económicos, incluido el trabajo. El impacto del estigma puede ser especialmente grave para las personas con múltiples características estigmatizadas (p. ej., condición de minoría étnica o sexualidad, así como tener una afección de salud mental).^{48,49} La evidencia presentada en esta sección se basa en una revisión sistemática reciente (comunicación personal, Petr Winkler) y los resultados de la encuesta global de PWLE que se encargó para este informe.

Impactos personales

Las personas que respondieron a nuestra encuesta de experiencia vivida informaron experiencias de discriminación en todos los aspectos de sus vidas, desde la discriminación evidente en las interacciones sociales y en el trabajo, hasta el aislamiento social y la soledad, la vergüenza y el secreto, y las posibilidades de matrimonio dañadas. Un participante dijo: “Todos y todo. Tenemos un problema sistemático a mano. La discriminación y el estigma están integrados en todas partes, en todas las instituciones”. En el apéndice 3 (págs. 23-25) se proporciona una lista de términos notificados como despectivos por los encuestados.

Las personas con afecciones de salud mental que percibieron un mayor estigma público encontraron su propia afección más amenazante que otros encuestados.

También notificaron más autoestigma, más desesperanza, peor recuperación y menor calidad de vida.^{17,50} Algunos de estos efectos estuvieron mediados por el autoestigma y la falta de apoyo social. Entre las personas que anticipaban o experimentaban altos niveles de discriminación, el sufrimiento psicológico y la vergüenza también aumentaron, y el empoderamiento y la calidad de vida se redujeron (comunicación personal, Petr Winkler). En culturas más colectivistas, hubo un vínculo más fuerte entre el autoestigma y la discriminación.⁵¹

El autoestigma se asocia positivamente con un efecto de “por qué intentarlo”, que hace que las personas ni siquiera quieran intentar realizar actividades importantes (p. ej., solicitar un trabajo) debido a la expectativa de fracaso. Esta pérdida de confianza puede tener efectos negativos en la esperanza, la calidad de vida, la recuperación, la resistencia al estigma y el funcionamiento social, y puede aumentar la tendencia suicida (comunicación personal, Petr Winkler). La relación entre el autoestigma y la autolesión o la tendencia suicida fue especialmente fuerte entre los jóvenes.⁵² En términos de diagnóstico, el autoestigma fue más alto entre las personas con esquizofrenia y, en promedio, fue más alto en el sudeste asiático y Oriente Medio que en los países europeos y norteamericanos.⁵³

El estrés por estigma es la percepción de que el daño relacionado con el estigma supera los recursos de afrontamiento de una persona. Se asocia a un aumento del autoestigma y a una reducción del empoderamiento y la calidad de vida.⁵⁴ El estrés por estigma se ha asociado a un incremento de las tendencias suicidas.⁵⁵ Entre los jóvenes con riesgo de psicosis, el estrés por estigma elevado aumenta la tasa de transición a esquizofrenia después de 1 año.⁵⁶

Los niveles más altos de estigma reducen la búsqueda de ayuda y el uso del servicio de salud de varias maneras.⁴⁹ El estigma público hace que las personas deseen evitar que se las etiquete. El autoestigma, la vergüenza, el efecto de “por qué intentarlo”, la desmoralización y la renuncia a los objetivos de la vida también disuaden a las personas de buscar ayuda. Hay pruebas sólidas de que el estigma está relacionado negativamente con la búsqueda de ayuda, especialmente entre personas de grupos étnicos minoritarios, jóvenes con afecciones de salud mental y aquellos que viven con padres con afecciones de salud mental, miembros del ejército y profesionales de atención médica,⁵⁷ aunque hay poca evidencia para personas con afecciones por consumo de sustancias.⁵⁸

“Incluso las personas educadas de la sociedad consideran que la esquizofrenia es una sentencia de muerte para la persona, como si su mente hubiera desaparecido para siempre, y tienen que despedirse de la persona que solían conocer e importarles. En peores casos, existen expectativas de violencia, abuso y algunos accidentes de la persona con esquizofrenia, hay una profunda falta de confianza y lo que la persona dice o hace se ve a través de la lente del diagnóstico”.

Persona en Georgia

Poema 2

Todo está en la cabeza de Nicky Chandam

Te despiertas
No sabes si estar feliz
por estar respirando,
o estar triste por seguir respirando.
Pones toda tu energía para levantarte de la cama,
que no tienes energía por nada más.
Dicen que bajas la energía
Así que dejas de estar cerca de la gente.
Dicen que están aquí para escuchar pero,
en su lugar, te hacen sentir que
NO HACES LO SUFICIENTE.
Les dices sinceramente que eres
incapaz de hacer la tarea más sencilla,
que tardas años en pedir comida,
elegir un producto de Amazon.
Pero dicen que eres perezoso.

Tienes pesadillas recurrentes.
De todos los traumatismos que los has
hablado... sin hablar.
Nunca duermes bien.
Pero tienes SONIDOS en tu SUEÑO.
Tus manos tiemblan, tambaleas,
te cuesta respirar.
Tomas tus medicamentos,
tu mente crea una niebla.
Dejar de tomar tus medicamentos,
tu mente explota.
Tu memoria juega a las escondidas.
Dicen que eres irresponsable,
dicen que eres incompetente,
dicen que eres débil.
Todo está en tu cabeza, sal de ella,
dicen.
No lo entienden, todo en mi cabeza.
Miles luchan cada día
solo por tener un “día normal”,
pero todo lo que ven son extremidades perfectamente
funcionales
Parece que a los que son capaces no les importa.
El gobierno no escucha.
El sistema de atención médica está sobrecargado.
Los seres queridos están agotados.
Las personas no pueden permitirse la atención.
La enfermedad mental es una discapacidad.
Solo lo SABEN quienes viven con ella.

Impactos estructurales

En nuestra revisión, se identificaron solo documentos cualitativos y no cuantitativos sobre discriminación estructural como consecuencia del estigma público.⁴⁹ Varios estudios cualitativos de diferentes partes del mundo describieron leyes discriminatorias o prácticas judiciales derivadas del estigma público, por ejemplo, el uso de una acusación injustificada de peligrosidad contra una PWLE en una resolución judicial. En dos estudios de países africanos, se describió el estigma público como una barrera

para que las PWLE participen en la formulación de políticas. En tres estudios, dos de África y uno de Europa, se informó sobre las creencias de los participantes de que el estigma público condujo a una financiación y prestación de atención médica inadecuadas. En un estudio inglés, se describió la experiencia de los encuestados en el proceso de solicitudes de beneficios de ayuda social como estigmatizante.⁵⁹

Con respecto a las disposiciones legales, ejemplos sorprendentes de legislación discriminatoria existen en muchos países, incluidas las prohibiciones de matrimonio,⁶⁰ infracciones contra los derechos de propiedad,⁶¹ y prohibición de votar en las elecciones.⁶² Se argumenta que las leyes con disposiciones para la admisión involuntaria solo a personas con afecciones de salud mental son intrínsecamente discriminatorias.⁶³ Las intervenciones psicosociales, incluso en HIC y muchos con eficacia probada, a menudo no se implementan, por ejemplo, aquellas que ofrecen ayuda con el empleo o la vivienda, o las intervenciones familiares.¹ Sin embargo, existen algunos ejemplos de discriminación estructural positiva, como el derecho a ajustes razonables en el lugar de trabajo o vivienda para personas con afecciones de salud mental que no tienen hogar.¹ Otro ejemplo es la obligación de las empresas de muchos países de emplear a un cierto porcentaje de personas con discapacidades.⁶⁴

Efectos de la atención médica y la asistencia social

En muchos estudios transversales y longitudinales identificados en nuestra revisión, se informó sobre los impactos del estigma y la discriminación en los resultados relacionados con la salud, tales como síntomas de depresión, ansiedad, trastorno por estrés posttraumático, psicosis, condiciones de consumo de sustancias, tendencias suicidas, síntomas físicos, discapacidad y recuperación.^{49,65,66} Sin embargo, la mayoría de las pruebas sobre estos efectos son de Norteamérica, Europa y el este de Asia. Estos estudios mostraron que estas formas de estigma afectaban negativamente los resultados de recuperación clínica y personal.⁶⁷ El estigma se asoció a aumentos en el número de episodios de malestar, la duración de la enfermedad y la hospitalización psiquiátrica. El autoestigma tuvo efectos particularmente negativos sobre los síntomas y la recuperación, mediados especialmente por la reducción de la autoestima y el aumento de la desesperanza y el aislamiento social.^{53,68,69}

El estigma también se asocia a una baja inversión en atención de salud mental.⁷⁰ Las barreras para acceder a la atención de salud mental incluyen beneficios de seguro más bajos que para las afecciones físicas, bajas tasas de reembolso por parte de las aseguradoras a los proveedores de servicios de salud mental y cobertura de seguro restringida para personas con enfermedades mentales, especialmente en entornos de bajos ingresos.⁷¹⁻⁷³ El prejuicio por parte del personal de atención médica se ha relacionado con un empeoramiento de los resultados de

atención médica y de la atención médica física debido a la eclipsación diagnóstica, en los que los síntomas físicos se atribuyen erróneamente a afecciones de salud mental.^{74,75} Estas formas de discriminación sanitaria contribuyen a reducir la esperanza de vida entre las personas con afecciones de salud mental.^{43,76-78}

Impacto social y económico

En línea con el concepto de lo que más importa, el estigma y la discriminación limitan drásticamente la participación activa de una persona en la sociedad con respecto a la educación, el empleo, el establecimiento de interacciones sociales saludables y seguras, y la creación de una familia.^{1,46,49,79}

“La gente lo ve como una forma de debilidad que proviene de uno. Se evita como si fuera contagioso. Se ve como que no es un problema grave y uno puede salir de él”.

Persona en Nigeria

El estigma y la discriminación no solo afectan a la persona etiquetada, sino que también por asociación, a familiares y cuidadores, por ejemplo, al dañar las perspectivas matrimoniales de los hermanos, o cuando se culpa a los padres por la afección del niño.⁸⁰ La expectativa de discriminación, como el miedo a ser desacreditado por la policía, tener que retirarse de actividades educativas, o ser evitado por la familia, amigos, vecinos, también tiene en cuenta los efectos negativos sustanciales.^{42,79} Por lo tanto, las personas con enfermedades mentales a menudo ocultan su diagnóstico, especialmente si quieren casarse, ya que podrían temer que su posible pareja pudiera pensar que sus hijos heredarán la afección de salud mental.⁸¹

“No poder hablar con ninguno de mis familiares sobre lo que estaba pasando. No saber por dónde empezar. Además, abirme a un amigo que, a su vez, me frustraba diciendo que estoy poseído por un demonio y debería ir a la iglesia en lugar de a un psicólogo”.

Persona en Botsuana

Las personas también suelen informar de la pérdida de amigos después de revelar una afección de salud mental.⁸² Los altos niveles de estigmatización hacia las personas con afecciones de salud mental pueden propiciar actos de abandono o abuso, como limitación, humillación o ridículo verbal y físico, abuso sexual y violencia,⁹ que se han notificado desde el sur de Asia, África, Norteamérica y Europa.⁸³

Se han encontrado pruebas de estigmatización de jóvenes con afecciones de salud mental en todo el mundo.⁸⁴ Esto es especialmente importante dado que uno de cada siete adolescentes de 10 a 19 años experimenta una afección de salud mental,⁸⁵ y el estigma tiene un impacto adverso adicional en ellos y en sus relaciones con la familia y los pares, y puede derivar en la exclusión social de las escuelas, los deportes y otros tipos de participación comunitaria.⁸⁴ La encuesta State of the World's Children



Figura 5: Impacto del estigma y la discriminación en el trabajo y el empleo destacado en la encuesta de experiencia vivida de la Comisión

Reproducido con permiso de Charlene Sunkel. PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

realizada en 13 países mostró que las familias también pueden crear barreras sustanciales para ayudar a buscar entre los adolescentes. Los jóvenes hablaron de los temores de que sus familias no se preocupan por sus problemas o no se los toman en serio, lo que puede invalidar sus sentimientos y disminuir su disposición a buscar apoyo.⁸⁶ Una de las experiencias de estigma más destacadas en los adolescentes es el miedo al rechazo social. Los resultados perjudiciales del estigma en los jóvenes estaban principalmente relacionados con su necesidad de preservar la identidad social y el capital social.^{87,88} Los jóvenes de esa encuesta también informaron del estigma perpetrado por el personal escolar, que expresó miedo, disgusto, evitación y subestimación de sus habilidades. Los puntos de vista de los jóvenes sobre la salud mental pueden diferir de los de sus padres, al revelar perspectivas intergeneracionales importantes. Esto se ilustra en los comentarios de un adolescente de Jamaica, que dijo: "Muchas veces, mis amigos quieren contarles a sus padres sobre algo que está sucediendo en sus vidas o que necesitan ir a ver a un terapeuta... [pero] sienten que sus padres simplemente no entienden lo que dicen...Y luego algunos han hablado con sus padres y sus padres lo desestiman, por eso ahora nadie confía más en sus padres".⁵⁹

En entornos de empleo, muchas personas con afecciones de salud mental deciden no divulgar su

afección debido al miedo a la discriminación (figura 5). "No puedo sincerarme al respecto en el trabajo, ya que las empresas siguen teniendo la percepción de que las personas con enfermedades mentales son inestables y no pueden funcionar normalmente", dijo un usuario de servicios de Malasia en nuestra encuesta de experiencia vivida. Las dificultades para encontrar o conservar empleo debido a empleadores o compañeros de trabajo poco comprensivos pueden limitar la disponibilidad de empleados cualificados en el mercado laboral y reducir el potencial de crecimiento económico. Vivir con una afección de salud mental a menudo significa no recibir las mismas oportunidades de trabajo, que se asigne menos trabajo o trabajo con responsabilidades limitadas y ascensos denegados, más intimidación en el trabajo, y que se le niegue el tiempo para las citas de atención médica.^{49,89} La falta de empleo y los ingresos debidos al estigma son factores importantes que contribuyen a la pobreza entre las personas con afecciones de salud mental.⁹⁰ Además, las condiciones de vivienda pueden ser deficientes debido a las actitudes estigmatizantes de los arrendadores que pueden negarse a tener un inquilino con una afección de salud mental. Estas interrelaciones cíclicas entre las afecciones de salud mental y la pobreza son especialmente perniciosas en los LMIC.⁹¹

"Lo más difícil para mí en el período en que estaba enfermo fue cómo me trataban las personas en el trabajo".

Persona en España

Evidencia sobre intervenciones para reducir el estigma y la discriminación en relación con afecciones de salud mental

Métodos

Hicimos una revisión general de las revisiones sistemáticas de las intervenciones destinadas a reducir el estigma. Buscamos en siete bases de datos (PsycInfo, MEDLINE, Embase, CINAHL, ERIC, Global Health y Social Science Citation Index) revisiones bibliográficas en inglés (apéndice 3, p. 10–14). La búsqueda incluyó cuatro conceptos: estigma y discriminación (p. ej., actitud, estereotipo y exclusión social); intervenciones (p. ej., intervención y ensayos controlados aleatorizados); revisión (p. ej., revisión sistemática); y afecciones de salud mental (p. ej., depresión o esquizofrenia). Se desarrollaron estrategias de búsqueda individuales, incluidos encabezados de temas específicos, para cada base de datos. Todas las búsquedas se realizaron del 12 al 15 de diciembre de 2021.

Poema 3

Espejos
de Mar Guerrero

Look at you in me.
You have turned
Into a weird, incoherent
Bad specimen.
One more specimen
From the tribe of the insane.
Undifferentiated beings.
All equal
To people's view.

Let me look at me in you.
I become a cold being, indifferent to everything.
A practical being.
Triumphant without trophy.
Victor without opponent.
In the golden jungle,
Where things are
No meanings
For feelings

Nor truth
For words.
I am rejected and obliterated
As a human being
By the ignorant.
Those who deny
The passing of the centuries.

But with you,
Placidly installed
In sanity,
What is the matter?

Mírate en mí.
Tú te has convertido
En un espécimen raro, incoherente
y malo.
Un espécimen más
de la tribu de los locos.
Seres indiferenciados.
Todos iguales
ante los ojos de las personas.

Déjame mirarme en ti.
Me convierto en un ser frío, indiferente a todo.
Un ser práctico.
Triunfante sin trofeo.
Victorioso sin oponente.
En la jungla dorada,
Dónde están las cosas
Sin significados
Para los sentimientos

Ni verdad
Para las palabras.
Me rechazan y me ocultan.

Como ser humano.
Por los ignorantes.
Esos que niegan
el paso de los siglos.

Pero a ti,
que vives plácidamente
en la cordura,
¿Qué pasa?

Cualquier revisión sistemática (descrita como sistemática, metanálisis, alcance, rápida, general o narrativa) fue apta para la inclusión. Para incluir una revisión, los autores deben haber definido una estrategia de búsqueda sistemática para identificar estudios, evaluarlos para su inclusión y analizar, sintetizar o resumir sus hallazgos cuantitativa o cualitativamente. Se incluyeron revisiones si evaluaban los hallazgos de las intervenciones que tenían como objetivo reducir el estigma en relación con cualquier afección de salud mental enumerada en la CIE-10. Estuvieron comprendidos todos los países y grupos etarios. Se abarcaron los siguientes tipos de estigma: estigma estructural; estigma interpersonal o público; y autoestigma (incluidos estigma internalizado y estigma previsto). Se contó con intervenciones con uno o varios componentes. Incluimos intervenciones si un estigma o un resultado relacionado con el estigma (p. ej., actitudes, creencias, conocimientos, educación en salud mental e inclusión social) era el resultado primario o secundario. La revisión general se registró con Prospero, número de registro CRD42022299682.

La búsqueda produjo 15 323 entradas. Después de eliminar 7687 duplicados, se seleccionaron 7636 títulos o resúmenes. Se excluyeron los estudios irrelevantes

(n = 7249) y se evaluó la idoneidad de 387 textos completos. Se incluyó un total de 216 revisiones. De ellas, nueve abordaron el estigma estructural; 181, el estigma interpersonal; y 26, el autoestigma. Las revisiones incluidas se publicaron entre 1994 y 2021, y 58 se publicaron en 2021 y 30 en 2020. Esta ponderación hacia los últimos años refleja un mayor interés de investigación en el tema.

Estigma estructural*Políticas*

Encontramos muy pocos artículos que revisan políticas dirigidas a afecciones de salud mental. Estudios identificados investigaron el impacto de varias iniciativas profesionales y públicas para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con depresión en Eslovenia,⁹² y campañas antiestigma en varios países asiáticos.⁹³ Se notificaron beneficios y resultados positivos relacionados con la reducción del estigma estructural a través de políticas, pero la calidad de los estudios fue generalmente baja. Aunque las políticas tenían como objetivo establecer respeto hacia las personas con afecciones de salud mental y estipular sus derechos, no lograron reducir la discriminación de manera efectiva. Las políticas, la legislación y los planes más inclusivos que fueron más efectivos para reducir el estigma se

relacionaron generalmente con el tratamiento comunitario, los programas de educación pública y las actividades de los medios de comunicación, incluida la participación de defensores que habían vivido la experiencia de las afecciones de salud mental. Varios programas a nivel nacional contra el estigma y la discriminación de Asia fueron eficaces para reducir el estigma experimentado y previsto, y facilitaron la búsqueda de ayuda y el compromiso con la atención de salud mental, aunque no hubo datos sobre si el acceso a la atención de salud mental había aumentado.

En algunos países del este de Asia, el cambio del nombre de la esquizofrenia se utilizó como estrategia para reducir el estigma público. Hay algunas pruebas de que, después del cambio de nombre, más personas recibieron un diagnóstico que antes,⁹⁴ pero ninguno indica efectos positivos en las actitudes públicas o los informes de los medios de comunicación.⁹⁵ Los términos diagnósticos específicos que causan ofensa en idiomas y culturas particulares podrían revisarse junto con las PWLE.

Los esfuerzos eficaces para abordar el estigma estructural a nivel de políticas han incluido intervenciones a través de planes y políticas nacionales de salud mental y leyes antidiscriminación para personas con afecciones de salud mental en la atención médica, en el trabajo y en la sociedad en general. Las coaliciones de las partes interesadas, a menudo dirigidas por organizaciones no gubernamentales, asociaciones de salud mental y profesionales de atención de salud mental, con la participación de las PWLE empoderadas, han sido fundamentales para defender estos cambios. Se han realizado estudios descriptivos que, por ejemplo, han revisado la paridad de atención de salud mental con las políticas sanitarias en los países de la Commonwealth⁹⁶ o los mecanismos legislativos para los derechos de participación social de las personas con depresión en la región Asia-Pacífico.⁹⁷ Sin embargo, no se ha evaluado el efecto de dichas políticas en la vida, el conocimiento, las actitudes y los comportamientos de las personas.

Las posibles intervenciones futuras en las políticas incluyen aquellas que obligan a las compañías de seguros a cubrir las afecciones de salud mental.⁹⁸ El impacto potencial de las intervenciones dirigidas al estigma estructural a través de las políticas es alto, pero se necesita más investigación sobre su sensibilidad cultural, efectividad, rentabilidad y efectos.

Acceso a la atención

Se han desarrollado y evaluado diferentes enfoques para abordar las barreras relacionadas con el estigma para acceder a la atención de salud mental, como el uso de autoayuda en línea y sin conexión o la capacitación de no profesionales para realizar intervenciones de salud mental. En esta revisión, solo incluimos revisiones en las que se mencionaba explícitamente cómo se pretendía superar el estigma como barrera para el acceso o en las que se habían identificado estrategias que se centraban

explícitamente en aumentar el conocimiento o mejorar las actitudes o comportamientos hacia la búsqueda de ayuda para aumentar el acceso y hacer que los servicios fueran más equitativos.

Se identificaron siete revisiones en total. Cuatro se enfocaron en los HIC⁹⁹⁻¹⁰² y tres no tuvieron limitaciones geográficas.¹⁰³⁻¹⁰⁵ El número de estudios incluidos en cada revisión sistemática varió de 11 a 128. Tres informes se centraron en cualquier afección de salud mental,^{102,104,105} dos en niños y adolescentes,^{102,105} uno en personas con demencia o sospecha de demencia,¹⁰¹ y uno en mujeres embarazadas que usaban opioides.^{99,104} La evaluación formal de la calidad de los estudios constituyentes se realizó en cuatro revisiones.¹⁰²⁻¹⁰⁵ Dos estudios incluyeron metanálisis.^{102,104}

Joshi y colegas⁹⁹ descubrieron que la capacitación de los profesionales de atención médica para compartir mensajes no estigmatizantes con mujeres embarazadas que usaban opioides ayudó a aumentar la aceptabilidad de los servicios y el acceso a la atención. Rosvik y colegas¹⁰⁰ concluyeron que abordar la falta de concientización sobre los servicios mejoró la aceptación de los servicios de bienestar social y comunitario entre las personas con demencia y sus cuidadores, pero que hubo una brecha en el conocimiento sobre qué intervenciones tuvieron el mayor impacto.

Arundell y colegas¹⁰¹ en su revisión de mapas intentaron identificar factores que abordaran las barreras relacionadas con el estigma para acceder a la atención a lo largo de la vida. Descubrieron que emplear las siguientes estrategias contribuyó a mejorar el acceso a la atención: aumentar la inclusividad en programas para personas con diversas discapacidades de aprendizaje (p. ej., mediante el uso de audifonos, textos en braille y lenguaje de señas); pantallas audiovisuales y diagramas para personas con alfabetización deficiente o problemas de comunicación; utilizar herramientas culturalmente relevantes para personas de diferentes etnias o culturas; crear intervenciones conjuntas con las comunidades; formar al personal para que se comunique de forma más eficaz con las comunidades marginadas, como inmigrantes; y usar un lenguaje positivo mientras se desarrollan materiales educativos.

Choi y Easterlin¹⁰² revisaron las intervenciones diseñadas para mejorar el acceso a los servicios de salud conductual para los jóvenes, principalmente en EE. UU. Concluyeron que, si bien existen pruebas de que las conversaciones entre adolescentes mayores y personal de enfermería o consejería pueden ser eficaces para aumentar su acceso a la atención, para los niños más pequeños también era esencial educar a los padres. En una revisión centrada en niños y adolescentes,¹⁰³ se identificaron 13 estudios sobre intervenciones escolares universales y 21 estudios para involucrar a personas en riesgo. En un metanálisis, se observaron mejoras significativas en las actitudes o creencias sobre la búsqueda de atención en cuatro de seis estudios (tamaño del efecto de -0,02 a 2,56). Al mismo tiempo, las intenciones de buscar ayuda

mejoraron en dos de nueve estudios (tamaño del efecto de $-0,15$ a $0,30$) al igual que el acceso a la atención en uno de cinco estudios. Ocho (80 %) de los diez estudios sobre la participación en el tratamiento para personas en riesgo (p. ej., una sesión familiar para aumentar la motivación durante una visita a la sala de emergencias) mostraron un mejor acceso a la atención con intervenciones. Los autores concluyeron que las intervenciones en dos etapas que primero identifican a las personas necesitadas y luego las involucran en el sistema de atención médica son necesarias para lograr un efecto a nivel poblacional sobre la mejora del acceso de los niños a la atención de salud mental.

Greene y colegas¹⁰⁴ exploraron factores que aumentaron la continuidad de la atención para adultos con afecciones de salud mental en servicios de salud mental ambulatorios. Las estrategias utilizadas con más frecuencia fueron mejorar el conocimiento sobre la salud mental, abordar las actitudes estigmatizantes y reducir las barreras conductuales a través de enfoques psicoeducativos. Las intervenciones incluyeron el empoderamiento al involucrar a los usuarios del servicio en la toma de decisiones sobre su estado de salud mental y sobre las citas y los programas de seguimiento, y mediante la identificación de los objetivos del tratamiento. El tamaño del efecto de estos programas aumentó progresivamente con el incremento en el número de objetivos de tratamiento específicos.

Xu y colegas¹⁰⁵ se enfocaron en intervenciones para aumentar los comportamientos de búsqueda de ayuda en una variedad de poblaciones con y sin afecciones de salud mental. En la revisión se identificaron 97 estudios originales, de los cuales tres estaban en países de ingresos medios y ninguno en países de ingresos bajos. Algunos de estos estudios aplicaron estrategias psicoeducativas o cognitivo-conductuales para mejorar la motivación para buscar ayuda. Los resultados mostraron efectos positivos a corto plazo sobre las actitudes, intenciones y comportamientos, y efectos positivos a largo plazo sobre el comportamiento de búsqueda de ayuda. Los autores también examinaron la capacitación en atención colaborativa para el personal de atención primaria o de atención comunitaria, y encontraron efectos a largo plazo sobre el uso del servicio de salud mental entre las personas en entornos de atención primaria, incluidas las personas con depresión.

Acceso al trabajo o al empleo

Encontramos tres revisiones de diez estudios que sintetizan la evidencia sobre intervenciones destinadas a aumentar el acceso al trabajo mediante la reducción del estigma a nivel estructural, pero solo uno incluyó una evaluación de los datos mediante metanálisis.¹⁰⁶ Todas las intervenciones de esa revisión se basaron en cómo responder a las necesidades de salud mental de los empleados, y algunas también cubrieron el estrés laboral y la promoción de atención de salud mental en el lugar de trabajo. La capacitación de los gerentes para comprender y apoyar las necesidades de salud mental de los empleados fue eficaz para mejorar el conocimiento relacionado con la

salud mental, las actitudes no estigmatizantes y el comportamiento de apoyo autodeclarado.

En una revisión de Szeto y Dobson¹⁰⁷, se informó sobre programas de capacitación para que los gerentes apoyen al personal durante episodios de enfermedades mentales y en la provisión de adaptaciones o ajustes para apoyar a las personas que regresan al trabajo. Sin embargo, en el momento de su revisión, ninguno de los programas incluidos se había sometido a evaluación. Sugirieron que los evaluadores del programa deberían utilizar los datos disponibles de los empleadores, entre los que se incluyen la provisión de adaptaciones en el lugar de trabajo, las tasas de enfermedad del personal (absentismo) y los niveles de empleo de las personas que divulgan una afección de salud mental en respuesta a cuestionarios de supervisión de igualdad de oportunidades. Se han evaluado las intervenciones que tienen como objetivo reducir el estigma interpersonal en el lugar de trabajo, como el Programa de primeros auxilios de salud mental (Mental Health First Aid, MHFA).¹⁰⁸

En una revisión de la rentabilidad de las iniciativas para reducir el estigma en el lugar de trabajo, no se hallaron estudios elegibles.¹⁰⁹ Los autores señalaron que los futuros investigadores podrían presentar un caso empresarial más claro para las intervenciones de estigma al mostrar cómo el estigma impide a los empleados participar en programas patrocinados por el empleador. También sugirieron probar la rentabilidad de las intervenciones relacionadas con la capacitación de gerentes y los componentes antiestigma.

También se han publicado revisiones de estudios sobre intervenciones para ayudar a las personas a obtener trabajo, que cubren discapacidad intelectual,¹¹⁰ autismo,¹¹¹ afecciones de salud mental graves,¹¹² y otras afecciones de salud mental.¹¹³ No obstante, ningún estudio midió el estigma estructural en el lugar de trabajo y todos los resultados se midieron a nivel individual. Sin embargo, existe la posibilidad de que los trabajadores vocacionales colaboren con los empleadores y provoquen cambios a nivel estructural.

Existe una brecha de conocimiento para las intervenciones que abordan el estigma estructural experimentado por las personas dentro de las afecciones de salud mental en los LMIC, donde el empleo formal puede ser una excepción. Se necesita información sobre la exclusión sistemática de personas con afecciones de salud mental de programas de desarrollo comunitario, oportunidades de subsistencia y esquemas de microfinanzas. Estos programas están totalmente en línea con el tema clave del Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para no dejar a nadie atrás.²

Estigma interpersonal (público)

Niños, adolescentes, jóvenes y estudiantes

Cuarenta y cuatro reseñas cubrieron niños, adolescentes, profesores, padres y estudiantes universitarios (no se incluyó a las profesiones de salud). Se encontraron diferentes combinaciones de poblaciones objetivo, como

niños o adolescentes y padres o niños, adolescentes y estudiantes universitarios. La mayoría de los estudios se centró en afecciones de salud mental en general o en el suicidio. Un menor número de estudios cubrió exclusivamente el autismo (n = 3), las discapacidades intelectuales o del desarrollo (n = 4), o afecciones específicas, como la adicción (n = 1) o la esquizofrenia (n = 1).

El estigma y la discriminación se abordaron como criterios de valoración principales en 19 (43 %) de las revisiones incluidas. Las intervenciones, la mayoría de las cuales se dirigían a niños, adolescentes o jóvenes, tenían como objetivo reducir las actitudes negativas, el distanciamiento social o la victimización de pares, o mejorar la inclusión social de pares con afecciones de salud mental. Los datos del criterio de valoración principal se abordaron mediante evaluaciones de los siguientes enfoques: educación a través de conferencias, textos o programas basados en Internet; elementos interactivos, como debates grupales; o contacto social con PWLE, ya sea directa o indirectamente, a través de videos o Internet. Nuestro resumen narrativo se centra en las últimas revisiones de mayor calidad.

Schachter y colegas¹¹⁴ llevaron a cabo una revisión sistemática exhaustiva de las intervenciones escolares sobre estigmatización de salud mental. Identificaron 43 estudios originales, pero ninguno fue de calidad suficiente para producir datos fiables y válidos. Solo dos ensayos controlados aleatorizados se consideraron adecuados para la inclusión y ninguno informó acerca de los efectos significativos. Mellor¹¹⁵ llegó a una conclusión similar y observó la falta de datos de seguimiento en 17 estudios, lo que significa que no se pudieron evaluar los efectos sostenidos de las intervenciones antiestigma.

Waqas y colegas¹¹⁶ llevaron a cabo una revisión sistemática de las intervenciones contra el estigma en instituciones educativas. Identificaron 44 estudios, de los cuales se habían publicado 36 (82 %) desde 2009. La mayoría de los ensayos incluidos se habían realizado en los HIC, con solo seis estudios realizados en los MIC, entre ellos China (n = 2), Rusia (n = 2), Nigeria (n = 1) y Brasil (n = 1). Ninguno se realizó en un LIC. La psicoeducación se utilizó con mayor frecuencia (25 estudios), seguida de intervenciones basadas en contacto social (diez estudios). El estigma se dirigió directamente a 25 estudios, de los cuales 19 mostraron mejoras significativas. Además, la mayoría de los estudios que evaluaron actitudes mostraron cambios positivos (8 de 11) y cuatro de siete que midieron la distancia social también notificaron mejoras. La calidad general de estos estudios fue bastante baja, ya que 35 (80 %) mostraron un alto riesgo de sesgo.

Gaiha y colegas¹¹⁷ se enfocaron en intervenciones artísticas (p. ej., cine, teatro y escritura creativa) para reducir el estigma relacionado con las enfermedades mentales entre jóvenes (de 10 a 24 años). Se identificaron 57 estudios (cuantitativos y cualitativos), ocho de los

cuales fueron ensayos controlados aleatorizados. La calidad del estudio varió de baja a moderada, y algunos estudios se informaron como metodológicamente fuertes. En general, los resultados indicaron efectos positivos y un metanálisis mostró que las intervenciones artísticas son generalmente eficaces cuando se utilizan múltiples formas artísticas, aunque los efectos fueron pequeños.

Ocho revisiones sistemáticas con el estigma como criterio de valoración principal se enfocaron en jóvenes con discapacidades del desarrollo, como discapacidades intelectuales o trastornos del espectro autista, y uno concluyó que los estudios originales con la mayor calidad metodológica también tenían más probabilidades de mostrar eficacia.¹¹⁸ Sentenac y colegas¹¹⁹ mostraron que la victimización de pares se redujo después de un promedio de 25 semanas de participación en un programa que utilizaba el contacto social para reunir pares con y sin discapacidades para actividades compartidas en entornos escolares y comunitarios.

Varias revisiones indican que el contacto social directo estructurado que involucra a niños con discapacidades y darles el mismo estatus a niños sin discapacidades puede ocasionar mejores actitudes entre pares.¹¹⁹⁻¹²¹ En cuatro revisiones, se llegó a la conclusión de que la combinación de múltiples estrategias era más eficaz que el uso de cualquier estrategia única.^{118-120,122,123} Permitir que los niños participen activamente en la intervención y proporcionarles estrategias para interactuar con pares con afecciones de salud mental parece ser el enfoque más prometedor.^{120,122} Ofrecer diferentes tipos de información (es decir, descriptiva, explicativa, y directiva) también parece ser más eficaz.^{122,123}

La mayoría de los estudios sobre el estigma interpersonal entre niños, adolescentes y jóvenes se realizaron en entornos escolares, pero una revisión identificó varias intervenciones comunitarias destinadas a mejorar la inclusión social, como PhotoVoice, paseo de perros, apoyo de pares y participación en competiciones deportivas. Mejorar las habilidades sociales de los niños con afecciones de salud mental puede fortalecer la inclusión social, aunque posiblemente porque los niños se comportan de una manera más aceptada socialmente.^{121,123} Para futuros estudios, sería útil diferenciar los cambios en las habilidades sociales de los niños de aquellos con estigma entre sus pares.

Si bien hay algunos resultados prometedores con respecto a los resultados conductuales, la mayoría de los estudios originales se centraron en el conocimiento y las actitudes. Un estudio cualitativo incluido en la revisión de Morris y colegas¹¹⁸ descubrió que surgió un tema de diferencia (nosotros y ellos) después de una intervención, lo cual requiere más investigación. En dos revisiones, se concluyó que los hallazgos para el comportamiento previsto eran variables y determinaron hasta qué punto se puede predecir el comportamiento real de los niños a partir de las intenciones conductuales autoinformadas.^{118,123}

El estigma se incluyó como criterio de valoración secundario en 25 estudios centrados principalmente en intervenciones universales, selectivas o indicadas para prevenir problemas de salud mental (apéndice 3 págs. 94–96). Las 25 reseñas se habían publicado desde 2012 y diez se publicaron en 2021. Dichas intervenciones tenían como objetivo aumentar la búsqueda de ayuda entre niños, adolescentes y jóvenes con afecciones de salud mental. También tenían como objetivo apoyar a padres, profesores o pares con capacitación de tutores sobre cómo reconocer signos de afecciones de salud mental, cómo intervenir y dónde derivar a niños, adolescentes o jóvenes, para garantizar que recibieran el apoyo y la atención adecuados. Las actitudes positivas hacia las afecciones de salud mental y la confianza en proporcionar apoyo se identificaron como resultados importantes.

En relación con el suicidio, en una revisión sistemática se resumieron las intervenciones entre los estudiantes y el personal de las escuelas secundarias y universidades.¹²⁴ Los hallazgos indicaron que las intervenciones universales fueron eficaces en el cambio de actitud, aunque el tamaño del efecto fue pequeño ($d = 0,05-0,40$) y los cambios no se mantuvieron. Para las intervenciones que se centraron específicamente en el estigma, los resultados mostraron que la psicoeducación y el contacto interpersonal redujeron considerablemente el estigma, que se mantuvo en el seguimiento de 1 mes ($d = 0,46$). Una intervención selectiva (Capacitación en competencias aplicadas para la intervención ante suicidios²⁵) dio lugar a mejoras significativas y sostenidas en las actitudes de los participantes hacia el suicidio. Un servicio electrónico de salud mental de vinculación, que incluía comentarios personalizados y asesoramiento en línea, redujo significativamente las puntuaciones de estigma personal con un gran efecto ($d = -1,07$) y disminuyó el estigma público entre los estudiantes universitarios de alto riesgo con un efecto medio ($d = -0,59$). Para los profesores, Torok y colegas¹²⁶ encontraron que, en ninguno de los estudios incluidos, se informó sobre los efectos específicos para las medidas de actitudes hacia el suicidio, pero en un estudio se halló que las actitudes parentales mejoraron entre la primera y la segunda evaluación ($d = 0,21$), a pesar de que el efecto no se mantuvo 2 meses después.

Con respecto a los programas de prevención de salud mental y alfabetización en salud mental deficientes, los resultados son más mixtos. En un metanálisis, Salazar de Pablo y colegas⁸⁵ hallaron un pequeño efecto en los cambios en las actitudes hacia las personas con afecciones de salud mental en 16 estudios en los que participaron jóvenes de diversas edades (Cobertura del tamaño del efecto $g = 0,18$). Liang y colegas¹²⁷ realizaron un metanálisis de MHFA entre estudiantes universitarios (de 19 a 27 años), pero no encontraron ningún efecto significativo en las actitudes relacionadas con el estigma en cuatro estudios. Ng y colegas¹²⁸ también revisaron

estudios que analizaban MHFA entre adolescentes y jóvenes. Entre los adolescentes, tres de los cuatro estudios que midieron las actitudes estigmatizantes encontraron una reducción significativa después de la capacitación, pero los resultados fueron incoherentes a nivel de ítem. Para los jóvenes, seis estudios midieron actitudes estigmatizantes, cuatro de los cuales notificaron efectos significativos, de nuevo con resultados incoherentes a nivel de ítem.

Reis y colegas¹²⁹ examinaron programas de capacitación en alfabetización en salud mental distintos de MHFA. Solo cinco estudios cumplieron sus estándares mínimos de calidad. Tres de estos cinco estudiantes universitarios participaron y midieron específicamente actitudes, creencias, normas y estigmas con respecto a la salud mental. Los tres estudios informaron algunos impactos positivos de la capacitación en alfabetización en salud mental sobre estas construcciones, pero la evidencia fue débil.

Con respecto a los componentes de la intervención, una revisión sistemática exhaustiva del mapeo de las intervenciones utilizadas con adolescentes de 12 a 18 años halló que una combinación de educación y contacto social condujo a mejores resultados que la educación por sí sola.¹³⁰ Al mismo tiempo, los efectos fueron mayores para las intervenciones solo educativas si se administraban en Internet y en entornos comunitarios. Sin embargo, hubo un número limitado de dichas intervenciones y, por lo tanto, los resultados deben interpretarse con precaución. Una revisión de las intervenciones de video digital que se probaron entre jóvenes de 15 a 25 años halló que los videos produjeron mejores resultados que las conferencias o ninguna intervención.¹³¹ Sin embargo, en dos de los tres estudios evaluados, las intervenciones de video digital y el contacto directo no difirieron en cuanto a las actitudes hacia las personas con afecciones de salud mental.

En cuanto a las intervenciones para los profesores de la escuela, Anderson y colegas¹³² revisaron ocho estudios que evaluaron la provisión de información sobre los signos y síntomas asociados con las afecciones de salud mental comunes de los adolescentes. Hallaron cambios positivos en las actitudes (tamaño del efecto $d = 0,36-1,18$) después de la intervención y en el seguimiento ($0,68-1,0$).

Los LMIC están infrarrepresentados en la bibliografía Hartog y colegas¹³³ se centraron en intervenciones para reducir el estigma relacionado con diversas afecciones de salud, como el VIH, las afecciones de salud mental y la lepra en los LMIC. Esta revisión originalmente tenía como objetivo identificar estudios dirigidos a niños y adolescentes, pero la mayoría también incluyó adultos. La estrategia de reducción del estigma que se aplicó con más frecuencia fue la educación comunitaria, seguida del empoderamiento individual de las PWLE y el contacto social dentro de la comunidad. Todas estas estrategias tuvieron resultados positivos en la reducción del estigma.

Para obtener más información sobre la **Capacitación en competencias aplicadas para la intervención ante suicidios**, consulte <https://www.papyrus-uk.org/assist/>

Miembros de la familia

Siete revisiones se centraron en reducir el estigma entre los miembros de la familia. Una intervención de capacitación de tutores para familiares y amigos de personas con riesgo de suicidio condujo a efectos positivos sobre el conocimiento, la autoeficacia y las habilidades relacionadas con el tutor, pero los resultados para el estigma y las actitudes fueron incoherentes.¹³⁴ Dos estudios se centraron en niños y jóvenes en familias afectadas por afecciones de salud mental parental. Davies y colegas¹³⁵ descubrieron que la información sobre los niveles de riesgos hereditarios de afecciones de salud mental se consideraba importante para que los jóvenes no sintieran que las afecciones experimentadas por sus padres serán inevitables para ellos. Riebschleger y colegas¹³⁶ demostraron que la psicoeducación condujo a una disminución del estigma de salud mental y a una mejor comunicación familiar sobre las afecciones de salud mental de los padres.

Cuatro revisiones evaluaron actitudes negativas y comportamientos discriminatorios de los miembros de la familia hacia las PWLE. Una revisión identificó dos estudios originales que mostraron una reducción del estigma dentro de las familias después de la psicoeducación en China y Corea.¹³⁷ Otras dos revisiones concluyeron que la psicoeducación potencialmente permite a los cuidadores hacer frente mejor a las afecciones de salud mental de los miembros de la familia y reducir el estigma.^{138,139} Seis revisiones mostraron que la divulgación de afecciones de salud mental y las charlas dentro de las familias reducían el estigma de salud mental.¹⁴⁰ Las redes sociales con otras familias fueron otra estrategia que condujo a la reducción del estigma. Un ensayo controlado aleatorizado en China rural mostró que un modelo de contacto social mejorado es un método prometedor para reducir el estigma entre los miembros de la familia.¹⁴¹

Profesionales de atención médica y estudiantes

Se han investigado exhaustivamente formas de reducir el estigma entre los trabajadores de atención médica: se publicaron 56 revisiones entre 1994 y 2021 y se centraron en programas de reducción del estigma precalificados para los alumnos (p. ej., estudiantes de enfermería y médicos) y programas en servicio para personal calificado. 29 abordaron las afecciones de salud mental en general, diez involucraron exclusivamente personas con demencia, siete evaluaron trastornos por consumo de sustancias, cinco trastornos de la personalidad, tres trastornos límite de la personalidad, cuatro suicidios y autolesiones, uno discapacidad intelectual, uno trastorno del neurodesarrollo, uno psicosis, y uno trastorno de la alimentación (apéndice 3 págs. 97–101).

Los resultados relacionados con el estigma notificados incluyeron cambios en el conocimiento, las actitudes y las habilidades clínicas, así como confianza clínica y la autoeficacia. El estigma se midió ampliamente en

Poema 4

Mi propia pesadilla privada por Camilla Fitzjohn

Es difícil de creer.
Dónde estoy,
en qué me he convertido de repente. He caído en picado,
¿puedo hundirme aún más?
Etiquetada como mentalmente enfermo, colocada y contenida,
una camisa de fuerza mental. Apenas puedo levantarme,
no puedo leer,
mi vista está borrosa.
Los enfermeros son amables,
pero tengo una tristeza interior,
Anhelo el exterior.
Decido,
si me voy ahora, esto no contará,
será solo una pesadilla.
“Sal ahora y serás seccionada”, me quedo.
Los medicamentos me hacen engordar.
Lenta y torpe.
Etiquetada como autoindulgente por mi profesor.
Las terminaciones nerviosas cosquillean con la humillación.
Me siento sola y fría.
Estancada en una isla privada
que nadie quiere visitar.
Se voltean.
Miradas hostiles.
Nadie ve mi yo real.
¿Qué hay bajo este manto de locura?
Acostumbrarse a ser ignorada.
Prepararme por ser malinterpretada.
¡¡Hurra!! ¡¡Cómo animo
para esta nueva generación valiente y reflexiva!!
¡¡Gracias!! ¡¡Gracias!!
Por apoyar y tolerar a las minorías.
Liberarnos.
Eliminar el prejuicio.
Gracias, Nuevo Mundo.

términos de distancia social.^{142,143} Cinco metanálisis notificaron tamaños de efecto pequeños a medianos en actitudes mejoradas y tamaños de efecto medianos a grandes en conocimientos y habilidades clínicas.¹⁴⁴⁻¹⁴⁸ Una revisión recomendó que las intervenciones se repitieran regularmente para mantener los cambios con el tiempo.¹⁴⁹

Muchas de las revisiones recomiendan incluir a PWLE en el diseño y la evaluación de intervenciones de estigma, pero dos no.^{150,151} Las PWLE han participado en la realización de intervenciones antiestigma basadas en algún contacto social, como testimonios de recuperación filmados o en vivo.¹⁵²⁻¹⁵⁴ Es notable que los estudios que informan de múltiples tipos de contacto (p. ej., en vivo o filmados) se asociaron con más frecuencia a mejores resultados para el conocimiento y las actitudes relacionadas con la salud mental que las intervenciones educativas solas.¹⁴⁵ Un metanálisis de estudios de

evaluación no controlados antes y después del programa Opening Minds en Canadá halló que las intervenciones, incluido el contacto social en forma de testimonio personal, eran eficaces y que incluir múltiples componentes de contacto social mejoró los resultados para los trabajadores de atención médica en comparación con las intervenciones que solo tenían un componente de contacto social (apéndice 3 págs. 57-65).¹⁵²

Dos reseñas se centraron en las intervenciones electrónicas para profesionales, y ambas informaron de una mejora del conocimiento y las actitudes, un tratamiento más humano de los usuarios de servicios y reducciones en el uso de métodos coercitivos.^{155,156} Las intervenciones con múltiples componentes totalmente en línea, como tutoriales educativos, instrucción basada en casos y aprendizaje basado en la práctica, mostraron eficacia en la reducción del estigma.¹⁵⁵ Las campañas antiestigma basadas en Internet también han tenido efectos positivos en la estigmatización de las actitudes entre el personal de atención médica.¹⁵⁶

Una de las áreas que ha recibido cada vez más atención por parte de estudiantes y profesionales de atención médica es el uso de simulaciones (p. ej., dramatizaciones estandarizadas con actores), que se han asociado sistemáticamente con reducciones del estigma.^{147,153,157} Un metanálisis mostró un tamaño de efecto pequeño a medio para las actitudes de los alumnos y un tamaño de efecto grande para las habilidades clínicas en el seguimiento inmediato después de las intervenciones de simulación que se mantuvieron 3 meses después.¹⁴⁷ Una revisión diferente que evaluó a los estudiantes de enfermería universitarios informó que la empatía por las personas que usan alcohol y drogas de forma indebida mejoró después de la exposición a narrativas de las experiencias personales de los estudiantes y PWLE y sesiones reflexivas, pero no mejoró con las simulaciones.¹⁵⁸ Este hallazgo sugiere que, para los estudiantes, el contacto social y los componentes basados en la práctica producen efectos más positivos sobre el estigma.

Entre los estudiantes, todas las intervenciones dirigidas a la demencia condujeron a una mayor comodidad para los pacientes.¹⁵⁹ Las intervenciones tenían más probabilidades de tener un impacto positivo si la experiencia basada en la práctica estaba precedida por un elemento de capacitación educativa preparatoria. El contacto directo sin preparación condujo a sentimientos de intimidación e inhibición al interactuar con personas con demencia. Otra recomendación era que la evidencia de mejora de las actitudes eran mayores entre los estudiantes que trataban a

pacientes con afecciones menos graves, de las cuales se podía observar la recuperación.¹⁶⁰

Para estos estudios de personal de atención médica y estudiantes, la mayoría de los estudios fueron de baja calidad, hubo pocos ensayos controlados aleatorizados,¹⁵⁰ y la mayoría no tuvo seguimiento a largo plazo ni notificó cambios de comportamiento clínico.^{145,161} Algunos de estos estudios se llevaron a cabo en LMIC, pero entre los que fueron, China fue el representado con más frecuencia.^{145,147,160-165}

Se necesita un mayor énfasis en las colaboraciones a largo plazo entre los LMIC y los HIC para agrupar recursos y datos;¹⁶⁴ para evaluar la sostenibilidad de los impactos o la efectividad;¹⁵³ y sobre más adaptaciones culturales de programas antiestigma.¹⁶⁴ Otro desafío clave es que pocos estudios han utilizado medidas de resultados bien adaptadas y validadas para el estigma y la discriminación, especialmente en los entornos de LMIC.^{26,162-166} Los investigadores recomiendan el uso de métodos mixtos con componentes cualitativos.¹⁵⁰ La rentabilidad es una brecha de investigación^{150,164,167} y se requieren más metanálisis. Además, se ha requerido un aumento en los resultados de los usuarios de servicio.^{150,167}

“La mejor manera es involucramos [PWLE] desde el principio, en la etapa de planificación. Es especialmente importante intentar ponerse en contacto primero con una organización representativa. Por lo general, son pequeñas, con pocos fondos, y se beneficiarán en gran medida de la colaboración y el apoyo”.

Persona en Georgia

Población general

Nueve revisiones se centraron en intervenciones para reducir el estigma en la población general. Corrigan y colegas¹⁶⁸ examinaron la educación, el contacto social y las protestas como posibles estrategias. El contacto y la educación mejoraron las actitudes y las intenciones conductuales hacia el estigma, pero el contacto dio lugar a cambios positivos significativamente mayores entre los adultos. Para la educación, los tamaños de los efectos del metanálisis fueron $d = 0,3$ para las actitudes, $d = 0,14$ para el afecto y $d = 0,25$ para las intenciones conductuales. En el caso del contacto social, los tamaños de los efectos respectivos fueron $d = 0,4$; $d = -0,06$ (no significativo) y $d = 0,19$; respectivamente. Por el contrario, entre los niños y adolescentes, la educación produjo un mayor efecto que el contacto. En esta revisión, los tamaños del efecto fueron significativamente mayores después del contacto en persona que después del contacto por video.

Para obtener más información sobre **Opening Minds**, consulte <https://mentalhealthcommission.ca/opening-minds/>

Borschmann y colegas¹⁶⁹ evaluaron campañas nacionales contra el estigma en 21 países europeos, pero encontraron pocas pruebas de una reducción significativa del estigma general y mostraron variaciones en las diferentes subpoblaciones. Dumesnil y Verger¹⁷⁰ examinaron las campañas de concientización pública sobre la depresión y el suicidio, que incluyeron campañas breves en los medios, programas de capacitación de tutores y programas más largos que implican exposiciones repetidas a escala nacional y local. Su revisión, que incluyó 43 estudios, mostró que los programas de información y concientización pública sobre el suicidio o la depresión mejoraron el conocimiento y, con solo dos excepciones, las actitudes. Las mejoras fueron modestas y, con mayor frecuencia, solo se midieron a corto plazo. En otras revisiones, los autores descubrieron que el uso simultáneo de varias estrategias, como la distribución de material educativo, una campaña de medios y la capacitación de tutores y profesionales de atención médica, parecía ser más eficaz que la educación por sí sola.

En una revisión de Cochrane, Clement y colegas¹⁷¹ se examinó el efecto de las intervenciones en los medios de comunicación masivos en la población general y en subgrupos de población, como estudiantes o empleadores. De 16 estudios, cinco evaluaron la discriminación. Uno halló pruebas sobre la reducción de la discriminación, pero este hallazgo no se replicó en dos estudios similares de mayor tamaño. Un metanálisis mostró reducciones de tamaño pequeño a mediano en los prejuicios, con diferencias medias estandarizadas de -0,38; -0,38 y -0,49 inmediatamente, de 1 a 8 semanas y de 6 a 9 meses después de la intervención, respectivamente. El patrón más claro de evidencia surgió para las narrativas en primera persona de las PWLE, que estaban relacionadas con la reducción de los prejuicios. Además, las intervenciones con dos o más componentes tuvieron mayores efectos que las que solo tenían uno. La mayoría de los estudios se centraron en los resultados inmediatos, como las medidas de las actitudes evaluadas directamente después de la intervención, aunque solo unos pocos se consideraron con bajo riesgo de sesgo.

En su revisión de los programas de reducción del estigma entre afroamericanos, Rivera y colegas¹⁷² concluyeron que dichos programas deben estar culturalmente informados y adaptados. Destacaron la importancia de la colaboración entre los proveedores de salud mental y las instituciones religiosas, ya que hay mucha desconfianza en el sector médico. Los autores señalaron la viabilidad de proyectos a gran escala basados en la asociación entre organizaciones sin fines de lucro, iglesias, centros comunitarios de salud mental y otras organizaciones.

Scior¹⁷³ se centró en el efecto del contacto social con personas con discapacidades intelectuales, por ejemplo, en escuelas o en relación con los Juegos Paralímpicos. Al igual que en otras revisiones, hubo limitaciones

Panel 2: Componentes de la intervención del estigma

Defensa

Promover los derechos de las personas con afecciones de salud mental para reducir el estigma mediante el uso de sesiones individuales o grupales y la distribución de materiales impresos (p. ej., fotonovelas, folletos).

Atención colaborativa basada en la comunidad

Cualquier intervención proporcionada por proveedores de atención comunitaria informal y solo implementada en la comunidad, incluidas estrategias de psicoeducación y rehabilitación para mejorar el funcionamiento personal, social y vocacional, y la vinculación con grupos de autoayuda y apoyo social y financiero.¹⁷⁹

Discurso constructivo

Educación transformadora sobre la importancia de la divulgación de los problemas de salud mental de los miembros de la familia.

Formación de tutores

Se refiere a personas que tienen contacto principal con personas en riesgo de suicidio o autolesión o que tienen una afección de salud mental. Este tipo de capacitación proporciona conocimientos y habilidades, analiza actitudes y proporciona estrategias para ayudar a los tutores a investigar y reconocer mejor los riesgos e intervenir adecuadamente.

Protesta

Un enfoque basado en campañas que tiene como objetivo destacar una visión moralmente inaceptable de las afecciones de salud mental y que critica a las personas que siguen participando en dichas prácticas. También condena las representaciones negativas de los medios de comunicación de las afecciones de salud mental.

Psicoeducación

Proporciona información para los miembros de la familia y el público sobre las afecciones de salud mental, incluidos los factores de riesgo, la prevalencia, los síntomas, el diagnóstico y la atención, y aborda los conceptos erróneos y los mitos. Se puede proporcionar en persona, a través de redes sociales, teatro o talleres (p. ej., simulaciones).

Contacto social

A veces llamado contacto o contacto interpersonal, el contacto social se produce cuando hay una interacción positiva y cooperativa entre las personas con una experiencia vivida de una afección de salud mental y un grupo objetivo en particular. Dicho contacto puede ser contacto directo (cara a cara y en persona) o indirecto (p. ej., imaginado, simulaciones, video, en línea, en redes sociales u observado). Se han identificado características clave específicas del contacto social positivo que probablemente sean más eficaces para la reducción del estigma.^{152,180}

Redes sociales

Restaurar la interacción social a través de grupos de apoyo y diálogo abierto, incluido el uso de la normalización.

metodológicas, como pequeñas muestras no representativas y diseños transversales. Sin embargo, los autores concluyeron que era importante garantizar encuentros positivos, que parecían reducir el distanciamiento social, mientras que los encuentros negativos pueden tener el efecto contrario.

Tres revisiones consideraron estrategias para fomentar la inclusión social de PWLE en la comunidad. Las

comunidades aptas para la demencia se caracterizan por diseños medioambientales inclusivos con adaptaciones para apoyar a PWLE utilizando servicios comunitarios, como iglesias y tiendas. Hung y los colegas¹⁷⁴ descubrieron que la participación activa de PWLE en el diseño de dicho apoyo proporcionaba un sentido de valor y autonomía. Un estudio cualitativo centrado en actividades intergeneracionales (p. ej., un coro) halló que la participación de adultos jóvenes dio lugar a una reducción del estigma hacia las personas con demencia. Los autores también destacaron la diversidad de las PWLE y la importancia de considerar esta diversidad dentro de las comunidades aptas para la demencia. La importancia del contacto social intergeneracional se hizo eco en una revisión de alcance por parte de Gerritzen y colegas.¹⁷⁵ El uso de instalaciones recreativas convencionales mostró que las actividades que fomentan las conexiones sociales (p. ej., actividades físicas o creativas, como teatro, coro o arte) aumentaban la autoestima y la autoconfianza en las personas con PWLE y les daban una sensación de logro.¹⁷⁶

La evidencia sobre las intervenciones antiestigma en la población general de China ha sido resumida por Xu y colegas.¹⁷⁷ Mostraron un efecto pequeño y significativo sobre la reducción de los estereotipos negativos y hallaron que las intervenciones que incluían el contacto social eran más eficaces que las que no lo hacían. No pudieron encontrar pruebas sólidas de que el uso de atribuciones biológicas para la causa de las afecciones de salud mental mejorara la alfabetización en salud mental o redujera los prejuicios. También recomendaron integrar factores culturales en intervenciones antiestigma y medidas para las personas chinas. Del mismo modo, Mascayano y colegas¹⁷⁸ analizaron la integración de la cultura en las intervenciones antiestigma en los LMIC. Descubrieron que solo el 20 % de los estudios habían abordado la adaptación cultural y concluyeron que en el futuro se requiere una adaptación cultural más cuidadosa de las intervenciones antiestigma.

Estigma interpersonal: componentes de intervención específicos

Tras considerar intervenciones para reducir el estigma interpersonal para estos diversos grupos objetivo, en la siguiente sección analizamos las pruebas sobre componentes de intervención específicos para reducir el estigma (panel 2).

Creación de conciencia, educación e intervenciones de capacitación

En 20 revisiones se evaluó la creación de concientización sobre la salud mental, la educación sobre la salud mental y la capacitación de la población general y otros grupos de población específicos. Como se señaló anteriormente, la mayoría de estos se basaron en estudios de HIC y MIC superiores. Solo una revisión incluyó estudios de África (Tanzania y Malawi).¹⁸¹

Las intervenciones de concientización fueron psicoeducativas (panel 2) e implicaron proporcionar información sobre afecciones de salud mental, incluida información sobre factores de riesgo, prevalencia, síntomas y diagnóstico, así como enfrentarse a conceptos erróneos y mitos. Las revisiones identificaron múltiples métodos de intervención: presencial, redes sociales, teatro, talleres, capacitación didáctica, discurso constructivo y el uso de redes sociales y apoyo.^{157,182-185}

En la mayoría de los estudios, las intervenciones para aumentar la concientización se centraron en afecciones de salud mental en general, pero algunas abordaron afecciones de salud mental específicas, como esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, demencia, trastornos alimentarios, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático y otras afecciones, como síndrome de Tourette y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños o jóvenes. La mayoría de estas revisiones hallaron que las actividades eran eficaces en múltiples formatos,¹⁸²⁻¹⁸⁸ pero una revisión no notificó diferencias entre el grupo de intervención y la comparación.¹⁸⁹

La eficacia de las actividades de concientización en línea fue mixta. Una revisión halló que los métodos en línea eran tan eficaces como las intervenciones fuera de línea en la reducción de las actitudes estigmatizantes en la población general,¹⁵⁷ y en otros programas de Internet fueron al menos tan eficaces como la entrega presencial en la reducción del estigma personal.¹⁹⁰ Sin embargo, una revisión halló que, aunque las intervenciones basadas en Internet condujeron a una mejora de la alfabetización y a una reducción del estigma en adultos, el estigma entre los estudiantes de secundaria no se vio afectado.¹⁹¹

Hay un debate considerable sobre hasta qué punto las intervenciones educativas conducen al cambio de comportamiento. El efecto de la concientización sobre las actitudes y comportamientos de búsqueda de ayuda es inconsistente.^{184,185} Una revisión indicó que la psicoeducación para los cuidadores no tuvo un efecto significativo sobre las actitudes, la empatía o los aspectos positivos del cuidado en comparación con los controles.¹⁸⁹ Sin embargo, las intervenciones que incluían estrategias de comunicación podrían facilitar la autoconfianza en los cuidadores, lo que conduce a una mejor comprensión de las necesidades de la persona con una afección de salud mental.^{152,182}

La capacitación fue otro tipo de intervención de concientización que se informó. MHFA utilizado con oficiales de policía, profesores y otros trabajadores del sector público han mostrado cambios positivos en el comportamiento.¹⁹⁰ Sin embargo, un metanálisis de 18 ensayos con casi 6000 participantes del curso de MHFA evaluó los cambios de actitud y halló solo efectos positivos mínimos ($d = 0,12$).¹⁹² La capacitación de tutores mejoró el conocimiento sobre el suicidio y la prevención del suicidio y redujo la creencia en los mitos sobre el suicidio inmediatamente después de la intervención de capacitación

en una serie de grupos, como estudiantes, profesores, trabajadores sociales, farmacéuticos, gerentes, y cuidadores, pero estos efectos no se mantuvieron.¹⁹³

Contacto social con y sin educación

29 revisiones informaron de la efectividad del contacto social en la reducción del estigma o en la mejora del conocimiento y las actitudes hacia las personas con afecciones de salud mental en diferentes poblaciones objetivo. La mayoría de los estudios principales incluidos en las revisiones se realizaron en HIC. El contacto social destinado a crear conciencia o reducir el estigma compartiendo las experiencias de las PWLE se evaluó en relación con las afecciones de salud mental en general y para diversas afecciones específicas. Se proporcionaron actividades educativas o de concientización a los participantes antes de las intervenciones de contacto social.

El contacto social a través del teatro o películas mejoró el conocimiento y las actitudes hacia las personas con afecciones de salud mental, abordó los conceptos erróneos,^{178,194-197} y condujo a algunos cambios de comportamiento sostenibles.^{194,195} Las intervenciones combinadas, especialmente aquellas que incluían componentes de contacto educativo y social, redujeron significativamente las actitudes estigmatizantes y la distancia social.^{178,196,198,199}

Las intervenciones que implicaron directamente a las PWLE fueron más eficaces en la reducción del estigma que las que no lo hicieron.²⁰⁰⁻²⁰³ El contacto social tuvo un efecto positivo constante en la reducción de las actitudes estigmatizantes, el estigma percibido en la búsqueda de ayuda y la distancia social.^{186,195,198,203-208} El contacto social también se asoció a una mayor interacción social, reducción del miedo,⁹⁸ y reducción de la experiencia de discriminación.²⁰⁶

La educación basada en el contacto social fue superior a los enfoques educativos tradicionales. El contacto basado en video combinado con educación fue eficaz para reducir el estigma entre los estudiantes en general y entre los profesionales de atención médica,^{198,199,209-211} y dio lugar a una representación más equilibrada de las personas con problemas de salud mental por parte de los profesionales de los medios de comunicación.²¹²

La interacción activa con las PWLE que describieron sus experiencias fue más eficaz que la interacción pasiva en la reducción del estigma y condujo a mayores reducciones entre los profesionales de atención médica

que entre los no profesionales.²⁰¹ La efectividad no difirió significativamente en la reducción del estigma entre los métodos de administración para las intervenciones de contacto social, como en persona, imaginadas o en video.²⁰⁴

A nivel poblacional, se observaron beneficios razonablemente coherentes con las intervenciones de contacto social en relación con el cambio de actitud y la evidencia más débil sugirió una mejora del conocimiento, aunque la mayoría de los estudios solo evaluaron los resultados a corto plazo, incluidos los grupos objetivo específicos.²¹⁰

Síntomas simulados

Algunas revisiones consideraron si la simulación de los síntomas de las afecciones médicas ayudó a reducir el estigma entre las personas que no han tenido tales experiencias. Se ha utilizado la simulación, por ejemplo, comunicar cómo es experimentar alucinaciones auditivas mediante el uso de segmentos de audio de sonidos de voz y no de voz con narrativas tanto despectivas como neutras o benevolentes.^{186,213} Aunque las alucinaciones simuladas aumentaron la empatía por las personas con esquizofrenia, la evidencia de su efectividad para causar un cambio de actitud es inconsistente, con algunos estudios que indican que pueden empeorar en lugar de mejorar las actitudes y el deseo de distanciamiento social.¹⁹⁸

Defensa, campañas y protestas

En 13 revisiones se evaluaron las intervenciones relacionadas con la defensa, las campañas y las protestas, incluso de siete a 123 estudios originales. La mayoría de los estudios se llevaron a cabo en HIC (p. ej., Australia, Japón, Reino Unido, EE. UU. y países de Europa Occidental) y MIC superiores (p. ej., Brasil, Chile, China y Turquía). Las poblaciones objetivo incluían la población general,²¹⁴ profesionales de atención médica,^{185 205 207} estudiantes y profesores,¹⁸⁵ personas con afecciones de salud mental y cuidadores.¹⁹⁹

“Mi decisión es hacer de la atención de salud mental y la enfermedad mental un tema normal en mi vida y mi círculo. Es una dura batalla, pero mi compromiso se mantiene intacto porque he visto cuántas personas se han beneficiado de mi defensa”.

Persona en Trinidad y Tobago

Varios tipos de métodos de defensa, como sesiones individuales o grupales, y distribución de materiales impresos (p. ej., fotonovelas y folletos) pueden reducir el estigma relacionado con las afecciones de salud mental.²¹⁵ Los hallazgos fueron mixtos para los resultados específicos del estigma, con algunos estudios que muestran una reducción del estigma hacia los tratamientos de salud mental, creencias sobre la peligrosidad y el distanciamiento social, mientras que otros no notificaron reducción del estigma hacia las personas que toman antidepresivos.²¹⁵ Una revisión informó que promover creencias continuas sobre la salud mental, es decir, un continuo entre la salud mental y las afecciones de salud mental (en lugar de un enfoque dicotómico) dio resultados mixtos para el estigma e incluso encontraron un aumento del estigma en algunos estudios.²¹⁶ Se evaluaron programas de defensa en una revisión, que concluyó que se desconocía la eficacia.²⁰² Las campañas de relaciones públicas han reducido el estigma de las personas con depresión.²⁰⁷ Las intervenciones de protesta podrían reducir el estigma a corto plazo, pero el impacto a largo plazo no está claro.²¹⁴

Las intervenciones de protesta están diseñadas para mostrar que las perspectivas específicas sobre un grupo minoritario son inaceptables y para reprimir su continuación, incluidas las representaciones en los medios y las reacciones sociales.¹⁸⁶ Encontramos cuatro estudios que evaluaron la efectividad de las intervenciones de protesta. Una revisión de Griffiths y colegas¹⁸⁶ descubrió que las campañas de protesta dirigidas a todas las afecciones de salud mental en general redujeron significativamente el estigma personal, pero no el estigma internalizado o percibido. Las intervenciones dirigidas a afecciones de salud mental específicas fueron más eficaces para reducir todos los tipos de estigma. Otra revisión de Ashton y colegas²¹⁴ halló que las intervenciones de protesta redujeron el estigma a corto plazo, pero los efectos a largo plazo no estaban claros. Otras dos revisiones sistemáticas concluyeron que se desconocen los resultados de las campañas de protesta en la reducción del estigma.^{199,209} Por lo tanto, en general no hay evidencia de si los programas de protesta son eficaces o no en la reducción del estigma.

Atención colaborativa basada en la comunidad y redes sociales

La atención colaborativa basada en la comunidad se define como cualquier intervención proporcionada por los proveedores de atención comunitaria informal e implementada solo en la comunidad. Los enfoques incluyen estrategias de psicoeducación y rehabilitación para mejorar el desempeño personal, social y vocacional junto con enlaces a grupos de autoayuda y apoyo social y financiero.¹⁷⁹ En cuatro revisiones, el enfoque estuvo en las intervenciones colaborativas de atención basada en la comunidad a través de redes sociales.^{98,140,179,217} El número de estudios evaluados en cada revisión osciló entre 5 y

Poema 5

Marcar la diferencia por Anne Hoffman

A veces, cuando estoy en el autobús,
le cuento a la gente mi historia sobre la esquizofrenia.
No me reprimo, ni me molesta.
Algunos escuchan mientras otros se alejan con
desagrado.
Cada caso es único.
No todo el mundo es violento o aterrador.
Todo se reduce a la creencia.
Si las personas pueden entender y sentir alivio.
Los medios retratan el miedo,
informan al público sobre el lado trágico.
Como personas, debemos dejarlo en claro,
contarle la gente nuestra historia, nuestros logros,
lo que les gusta escuchar.
Marcar la diferencia,
depende de ti.
No puede lastimar
dar tu punto de vista.
Di la verdad, cómo se siente para ti.
Cambiar la imagen y el punto de vista de las personas.
Algunas personas se levantan y se marchan.
Siempre hay esperanza de que cambie un día.

123; dichos estudios se llevaron a cabo en los HIC y LMIC, y las afecciones de interés eran afecciones de salud mental graves,¹⁷⁹ suicidio,²¹⁷ o afecciones de salud mental en general.^{98,140} Los tipos de intervención descritos se refieren a la atención de salud mental en la comunidad,⁹⁸ mediante el desarrollo de redes de apoyo²¹⁷ y grupos de cuidadores.¹⁴⁰ La divulgación sobre las afecciones de salud mental de los miembros de la familia aumentó, y esto se asoció a mejoras en el conocimiento de la esquizofrenia y la inclusión social.¹⁷⁹ Sin embargo, la experiencia del estigma no se redujo. La asistencia social y financiera se incrementaron debido a la mejora en la inclusión social. La atención de salud mental comunitaria se describió como menos estigmatizante que la atención hospitalaria. Las redes sociales llevaron a la normalización de las personas con afecciones de salud mental.¹⁴⁰ El uso de redes de apoyo redujo las actitudes negativas hacia el suicidio.²¹⁷

Autoestigma

Se incluyeron 26 revisiones sobre las intervenciones para el autoestigma y, en particular, todas se publicaron entre 2012 y 2021 (apéndice 3 págs. 107–108). Diez evaluaron intervenciones específicamente diseñadas para abordar el autoestigma y 16 consideraron intervenciones dirigidas a otros resultados primarios, pero incluyeron el autoestigma u otras medidas estrechamente relacionadas.

Entre las revisiones que abordan específicamente el autoestigma, se incluyó una serie de afecciones, incluida

cualquier afección de salud mental,²¹⁸ acontecimientos de vida traumáticos,²¹⁹ o afecciones de salud mental graves.²²⁰⁻²²² Las revisiones generalmente incluyeron estudios que notificaron mejoras en el autoestigma o en resultados similares, como estrés por estigma o autoeficacia en ausencia de un resultado positivo para el autoestigma. Sin embargo, una revisión halló evidencia de seis estudios (experimentales y observacionales) de una relación entre el respaldo de las causas biogénicas de las afecciones de salud mental y peores resultados, a saber, el aumento del pesimismo sobre el pronóstico y la recuperación, lo que indica que los modelos causales biogénicos de enfermedad mental pueden empeorar el estigma en lugar de mejorarlo.²²³

En metanálisis, el seguimiento a corto plazo mostró mejoras moderadas sostenidas,²¹⁸ pero dos revisiones descubrieron que las mejoras se volvieron no significativas con el tiempo.^{221,224} Dos revisiones más amplias cubrieron varios tipos de intervención para personas con diferentes afecciones.^{221,224} Una revisión sobre el autoestigma en relación con personas con diagnóstico de esquizofrenia,²²¹ notificaron que el estudio más robusto metodológicamente que incluyeron mostró el mayor efecto para la reducción del estigma internalizado.²²⁵ Los autores recomendaron que en el futuro se realicen ensayos controlados aleatorizados a mayor escala. De forma similar, Büchter y Messer²²⁴ recomendaron la diferenciación de las intervenciones que abordaban el autoestigma de otras intervenciones y si las necesidades difieren por interseccionalidad (p. ej., sexo, etnia y situación laboral). Estas revisiones cuestionaron si los criterios de valoración utilizados en los estudios respondían lo suficiente al cambio²²⁴ y abordaron características tradicionales como

la validez y la confiabilidad.²²¹ Winsper y colegas también realizaron el potencial de una amplia gama de intervenciones orientadas a la recuperación para reducir el autoestigma,²²⁶ pero descubrieron que la recuperación rara vez se mide. La mayoría de las intervenciones de autoestigma implican grupos, lo que puede crear barreras para las personas que no están dispuestas a revelar una afección de salud mental a otras personas.

Las 16 revisiones de otras intervenciones relacionadas con el autoestigma se refieren a intervenciones que ya son ampliamente accesibles, como la psicoeducación;²²⁷ no requieren asistencia grupal, como el apoyo de pares;^{228,229} evalúan la búsqueda de ayuda inicial;²³⁰ o investigan otros objetivos destacados, incluida la reducción de los síntomas,²³¹ musicalidad,²³² defensa,²³³ o empleo competitivo.²²⁶ Una revisión de Mills y colegas²³⁴ se centró en las intervenciones de autoayuda para reducir el autoestigma, y halló un estudio que mostró una reducción de la búsqueda de ayuda de hombres refugiados con trastorno de estrés postraumático.²³⁵ Aguirre Velasco y colegas²³⁰ resumieron intervenciones escolares en gran medida para adolescentes, y encontraron algunas mejoras en las intenciones de buscar ayuda, estigma relacionado con la búsqueda de ayuda, o ambos, aunque la calidad del estudio fue baja. Un mensaje claro de estas revisiones es la necesidad de evaluar intervenciones fuera de los entornos institucionales, por ejemplo, campañas de marketing social antiestigma.

Solo dos reseñas se centraron en los LMIC. Xu y colegas²³⁶ examinaron PWLE en China continental, Hong Kong, Taiwán y Macao. Y Demissie y colegas²²⁷ se centraron en personas con PWLE de trastorno bipolar en LMIC. Ambas revisiones hallaron efectos positivos de la psicoeducación sobre la reducción del autoestigma y el autoperjuicio, y mejoraron el afrontamiento del estigma.

Rentabilidad

Ninguna revisión evaluó específicamente la rentabilidad de las intervenciones contra el estigma. Sin embargo, la Comisión *Lancet* identificó varios estudios de investigación originales. En California, una campaña destinada a aumentar la búsqueda de ayuda mediante la reducción del estigma descubrió que por cada dólar estadounidense gastado podría haber beneficios de 1251 USD a través del aumento del empleo debido a la mejora de atención médica.²³⁷ Se estimó que los beneficios para el gobierno estatal eran de 36 USD por cada dólar estadounidense gastado en la campaña. Un estudio de modelado utilizó datos de Escocia y descubrió que si una campaña condujo a un cambio del 10 % en las actitudes, los costos podrían reducirse en 35 libras esterlinas por persona para aquellos que habían sentido que las personas con afecciones de salud mental son peligrosas y en 186 libras esterlinas por persona entre aquellos que sintieron que el público necesita protección de las personas con afecciones de salud mental.²³⁸ Este enfoque también se utilizó posteriormente para evaluar la rentabilidad de la



Figura 6: Los artistas de la cuerda floja conectan simbólicamente al Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de Praga, República Checa. Este evento ilustra la necesidad de una mejor cooperación entre los dos ministerios. La iniciativa antiestigma On the Level forma parte del Plan Nacional de Acción de Salud Mental para 2020-30. Producido con permiso de Michaela Koubová.

campana contra el estigma Time to Change en Inglaterra y descubrió que el costo de la campana por persona con un mejor comportamiento previsto se estimó en 4 libras esterlinas.²³⁹ En Alemania, el programa Honest, Open, Proud para adolescentes con afecciones de salud mental se consideró rentable.²⁴⁰ Aunque se necesitan pruebas más claras, los hallazgos hasta el momento sugieren que las intervenciones antiestigma podrían ser rentables a nivel del programa y de la población.

Experiencias prácticas en la administración de programas antiestigma

En esta sección, presentamos las experiencias prácticas de ofrecer programas antiestigma a gran escala y a largo plazo, incluidos programas a nivel nacional y más pequeños que han desarrollado iniciativas exitosas y basadas en evidencias en LMIC. Analizamos los éxitos, desafíos y lecciones aprendidas desde varios puntos de vista, incluido el de PWLE. Analizamos los impactos más amplios y las consecuencias imprevistas de las actividades antiestigma y las influencias contextuales que afectan su administración. También analizamos cómo se desarrollaron, entregaron, evaluaron y escalaron los programas seleccionados a través de estudios de casos seleccionados de forma intencionada. Los métodos y fuentes de datos utilizados para generar esta información se proporcionan en el apéndice 3 (págs. 47-91).

Características clave de los programas antiestigma

Los programas a gran escala para reducir el estigma pueden variar en función del contexto político más amplio. Por ejemplo, el programa On the Level en República Checa se proporcionó en el contexto de reformas de salud mental más grandes (figura 6).²⁴¹ Las características clave podrían incluir cambios específicos en el contexto de atención médica, como el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental,²⁴² o en respuesta a fallas de alto perfil en un sistema de atención médica, como la tragedia de Life Esidimeni en Sudáfrica.²⁴³ Algunos programas abordan las necesidades de redes específicas de países, como el programa Time to Change (TTC)-Global, que se ha implementado en varios LMIC,²⁴⁴ Evaluación médica sistemática, Derivación y tratamiento (Systematic Medical Appraisal, Referral and Treatment, SMART) Salud Mental en la India,²⁴⁵ o Reducir el estigma entre los profesionales de atención médica (RESHAPE) en Nepal.²⁴⁶

La reducción del estigma también puede ser una consecuencia prevista o no intencionada de las políticas aplicadas en el campo de la salud mental. Por ejemplo, el estigma público puede verse exacerbado por la estructura de los servicios de salud mental en un país determinado, y la desinstitucionalización puede facilitar la reducción del estigma.²⁴¹ El estigma también puede abordarse a través de diversas actividades a pequeña escala que normalmente están relacionadas con iniciativas culturales, como exposiciones, festivales o actuaciones artísticas. Aquí nos

Panel 3: Estudios de casos seleccionados de la administración de programas antiestigma

- Programa Like Minds, Like Mine de Nueva Zelanda: uno de los programas de reducción de estigmas más antiguos del mundo
- Batyr en Australia: creado y operado por PWLE jóvenes y administrado a otros jóvenes
- SMART Mental Health en la India: opera en un entorno con pocos recursos, utiliza enfoques multimedia innovadores, tiene evaluaciones transversales y longitudinales, y actualmente se encuentra en proceso de ampliación
- Proyecto de reducción del estigma entre los profesionales de atención médica (Reducing Stigma among Healthcare Providers, RESHAPE) en Nepal: destaca una técnica narrativa visual innovadora (PhotoVoice) para involucrar a personas con experiencias vividas con el fin de reducir el estigma entre los profesionales de atención médica de atención primaria
- Programa de salud mental de Guangzhou en China: inicialmente proporcionó capacitación para el personal de salud mental de la comunidad y más tarde se expandió a trabajadores auxiliares de atención y personas con esquizofrenia
- Programa Time to Change Global y programa de Comprensión del estigma y fortalecimiento de las habilidades interpersonales cognitivas (CBIS) (dirigido por Opening Minds en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud): ejemplos de programas diseñados para adaptar los conocimientos técnicos desde programas exitosos a largo plazo en HIC hasta iniciativas recién lanzadas en LMIC
- El programa On the Level en la República Checa: lanzado en el contexto de una reforma de salud mental más amplia y podría ser informativo para otros países que reforman su sistema de salud mental
- Programa Working Minds en Canadá (dirigido por Opening Minds): un ejemplo de un programa que ha podido generar recursos para garantizar la sostenibilidad a largo plazo
- El programa de salud mental de Carter Centre en Liberia: un ejemplo de un programa dirigido a periodistas e implementado en un entorno de bajos recursos
- Programa Time to Change en Inglaterra: uno de los programas antiestigma nacionales con la investigación más extensa del mundo

HIC = países con ingresos altos. LMIC = países con ingresos bajos y medios.
PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.
SMART = evaluación médica sistemática, derivación y tratamiento.

centramos en grandes programas en HIC y programas de éxito más pequeños en LMIC.

Casos prácticos seleccionados de HIC y LMIC

Seleccionamos casos prácticos que, supuestamente, eran representativos de diferentes tipos de intervenciones contra el estigma en una amplia variedad de ubicaciones geográficas y culturales y con diversos grupos objetivo (panel 3, tabla 1). Las invitaciones para participar en nuestra encuesta se distribuyeron a través de nuestras redes y, por lo tanto, la selección también está inherentemente vinculada al movimiento global de salud mental o a la Alianza Global Antiestigma.

Implicación de la PWLE en todos los niveles de programas antiestigma

La inclusión de las PWLE en la entrega de programas antiestigma es crucial para la eficacia y fue un componente

clave identificado en casi todos los estudios de casos seleccionados. La mayoría de los programas fueron más allá e implicaron a PWLE en el centro de la planificación, el desarrollo y el perfeccionamiento de las intervenciones y la evaluación del programa. Se observó que tener PWLE en funciones de liderazgo era especialmente poderoso. Los encuestados indicaron que la participación en programas antiestigma no solo podría reducir el autoestigma, sino que también podría ser una contribución importante al viaje de recuperación de una persona. En los estudios de casos, se hizo hincapié repetidamente en la necesidad de proporcionar capacitación y estructuras que apoyaran a PWLE, con especial énfasis en tener control sobre las divulgaciones (p. ej., en el programa RESHAPE) y permitir salidas seguras de eventos públicos si las preguntas del público provocaron incomodidad (TTC-Global). Sin embargo, se pensó que el trabajo emocional del contacto social aumentaba la rotación de personal en uno de los programas evaluados.

La encuesta de experiencia vivida realizada para esta Comisión de *Lancet* aclaró aún más la comprensión de la gama de experiencias de PWLE que han participado en programas antiestigma (apéndice 3 págs. 20–22). De los 391 encuestados, 181 habían participado en la provisión de programas antiestigma. Estas respuestas estaban en los siguientes idiomas: Árabe n = 2, inglés n = 59, español n = 34, francés n = 3, ruso n = 35 y chino n = 48. Los aspectos positivos y negativos clave de estas experiencias se resumen en la tabla 2. Además de la angustia por las divulgaciones y los testimonios, las PWLE informaron a veces que sentían los impactos negativos de estar expuestas a audiencias y pares de trabajo estigmatizantes. Se hizo hincapié en la importancia de la capacitación, los comentarios, el apoyo de los pares y la remuneración. La importancia fue Se dio importancia a la necesidad de que las PWLE participen en cada etapa de los programas antiestigma y no solo para proporcionar testimonios.

Pais (nivel de alcance ingresos)	Objetivo	Componentes	Método de administración	Grupo objetivo	Afección de salud mental dirigida	Alcance de la participación de las PWLE	Duración	Tipo de evaluación	Alcance del programa	Fuente de financiación
Like Minds, Like Mine (Nueva Zelanda)	Campaña de medios contra el estigma centrada en abordar los prejuicios y la discriminación asociados con el sufrimiento mental y promover una mayor inclusión social mediante el uso de un "enfoco de los derechos humanos hacia las discapacidades"; promueve nuevas actitudes, comportamientos y estructuras inclusivas y proporciona apoyo a la salud mental a las personas con sufrimiento mental	Recursos para PWLE periodistas y figuras públicas sobre la representación de afecciones de salud mental, con enlaces a la Fundación de Salud Mental, y que muestran la colaboración entre organizaciones y campañas destinadas a ampliar el alcance de estos recursos	En persona y en línea	Todos en Nueva Zelanda	Todas las afecciones de salud mental	Evaluación del progreso y desarrollo de iniciativas comunitarias, especialmente comunidades maoríes; entrega de contenido para la intervención (p. ej., videos, desarrollo de programas, gestión, implementación y evaluación); el programa está dirigido por PWLE	En curso desde 1997	Métodos mixtos	Parte de otros programas de salud mental	Gobierno
Programa Batyr (Australia) (HIC)	Reducir el autoestigma, la discriminación o ambos; mejorar las habilidades, el conocimiento, la actitud, los comportamientos; aumentar la búsqueda de ayuda y la prestación de servicios; reducir el estigma estructural, la discriminación o ambos	Estrategias de reducción del estigma basadas en la educación; estrategias basadas en el contacto; apoyo de pares; centradas en la recuperación	En persona y en línea (p. ej., redes sociales, creación de contenido y cursos en línea)	Niños, adolescentes, PWLE	Todas las afecciones de salud mental de niños y adolescentes	Provisión de contenido para intervenciones (p. ej., videos; desarrollo de programas, gestión, implementación, evaluación y liderazgo)	En curso desde 2011	Métodos mixtos	Independiente	Gobierno y sector privado (incluida la filantropía)
Salud mental SMART (India) (LMIC)	Mejorar el conocimiento, las actitudes y los comportamientos relacionados con la salud mental y reducir las percepciones de estigma relacionadas con la búsqueda de ayuda	Educación, contacto social, celebridades, drama, videos de animación; centrados en la búsqueda de ayuda y recuperación	En persona y multimedia	Adultos y en expansión a adolescentes	Estrés, depresión, ansiedad, aumento del riesgo de suicidio	Contacto social a través de video; cocreación e implementación del programa	En curso desde 2016 con ampliación	Métodos mixtos, evaluaciones transversales y longitudinales	Parte de un programa más amplio que proporciona atención de salud mental habilitada por la tecnología	Subvenciones internacionales revisadas por expertos
Reducción del estigma entre los profesionales de atención médica (RESHAPE) (Nepal) (LMIC)	Reducir el estigma de atención de la salud mental entre los profesionales de atención primaria y mejorar la calidad de la atención mediante la participación activa de PWLE y los cuidadores	Contacto social a través de narrativas de recuperación de PhotoVoice, disipación de mitos e interacción con la figura aspiracional	En persona, narrativas de recuperación fotográfica, didácticas de estigma y experiencia compartida por figuras aspiracionales	Proveedores de atención primaria	Depresión, psicosis, trastorno por consumo de alcohol, ansiedad	Administración (con capacitación) de narrativas de recuperación a través del proceso PhotoVoice; participación en reuniones del comité de gestión de instalaciones de salud para la mejora continua de la calidad	Comenzó en 2016	Ensayo controlado aleatorizado en grupo piloto; ensayo controlado aleatorizado en grupo completo en curso	El programa antiestigma está integrado en la capacitación de miGAP de los profesionales de atención de atención primaria	Subvenciones de investigación revisadas por pares

(La tabla 1 continúa en la página siguiente)

País (nivel de alcance ingresos)	Objetivo	Componentes	Método de administración	Grupo objetivo	Afección de salud mental dirigida	Alcance de la participación de las PWLE	Duración	Tipo de evaluación	Alcance del programa	Fuente de financiación
(continúa de la página anterior) Programa de salud mental de Guangzhou	Reducir el autoestigma y la discriminación; mejorar el conocimiento, las actitudes y el comportamiento; abordar el estigma estructural	Basado en la educación	En persona	PWLE; trabajadores de atención médica; policía y equipos comunitarios	Esquizofrenia y aficciones de salud mental graves	Las PWLE son destinatarias	Comenzó en 2013	Cuantitativo	Integrado en un programa más amplio sobre promoción de atención de salud mental en el lugar de trabajo	Gobierno
Time to Change Global	Reducir el autoestigma y la discriminación; mejorar las habilidades; optimizar el conocimiento, la actitud y el comportamiento	Campañas de comercialización en ciudades capitales a través de plataformas tradicionales (p. ej., carteleras) y de redes sociales para difundir información y disipar mitos asociados a las aficciones de salud mental; capacitación de 111 defensores para organizar eventos	En persona y en línea	Segmentos objetivo de la población local y PWLE	Cualquier afección de salud mental	Capacitados como defensores para organizar eventos de contacto social antiestigma y compartir historias; personales en persona y a través de medios de comunicación; los cuidadores del defensor también participaron en el apoyo	2018-20 (excepto Kenia 2018-23)	Cuantitativo	Independiente	Gobierno (Reino Unido) y filantropía (Comic Relief)
On the Level	Reducir el autoestigma, la autodiscriminación o ambos; mejorar el conocimiento, las actitudes, los comportamientos y las habilidades; aumentar la búsqueda de ayuda y la prestación de servicios	Contacto social basado en la educación	En persona y parcialmente en línea debido a las restricciones de la COVID-19; multimedia	Las PWLE y sus familiares, profesionales de atención médica, profesionales de la atención social y trabajadores de la administración pública, comunidades (síndrome NIMBY)	Esquizofrenia y aficciones de salud mental graves y frecuentes	Inclusión en todos los niveles de toma de decisiones y planificación de programas, diseño, desarrollo, entrega y evaluación; provisión de contenido de contacto social (vídeo)	En curso desde 2017	Métodos mixtos	Programa independiente	Gobierno
Opening Minds: a) general; b) Working Minds; c) Programa de comprensión del estigma y fortalecimiento de habilidades interpersonales de comportamiento cognitivo para América Latina	Reducir el estigma estructural, la discriminación o ambos; reducir el autoestigma, la autodiscriminación o ambos; mejorar el conocimiento, las actitudes, los comportamientos y las habilidades; aumentar la búsqueda de ayuda y la prestación de servicios	Estrategias de reducción del estigma basadas en la educación; estrategias basadas en el contacto; centradas en la recuperación	a y b: en persona y en línea; c: en línea	a: adultos, niños y adolescentes, estudiantes, trabajadores de la administración pública, personal de la policía y de las instalaciones correccionales, y profesores y trabajadores del sector educativo; b: empleadores y trabajadores de diferentes sectores; c: trabajadores de atención médica	Todas las aficciones de salud mental	Participación en la entrega de desarrollo, gestión e implementación de contenido y programas	En curso desde 2009	Métodos mixtos	a: independiente; b y c: integrado en un programa más grande	a y c: gobierno nacional y regional; b: ingresos generados por el programa

(La tabla 1 continúa en la página siguiente)

Pais (nivel de Ingresos)	Objetivo	Componentes	Método de administración	Grupo objetivo	Afección de salud mental dirigida	Alcance de la participación de las PWLE	Duración	Tipo de evaluación	Alcance del programa	Fuente de financiación
(continúa de la página anterior) Programa de salud mental del Centro Carter	Reducir el estigma entre las partes interesadas clave (p. ej., trabajadores de atención médica, oficiales de policía, periodistas, farmacéuticos, líderes religiosos y profesores); promover la participación de las PWLE en organizaciones de defensa y elaboración de políticas	Contacto social a través de la participación con las PWLE; desarrollar mensajes positivos en los medios de comunicación; capacitación en habilidades de atención de salud mental para personal de enfermería, profesores, personal de policía, etc.	En persona	Trabajadores de atención médica (p. ej., personal de enfermería y asistentes médicos), farmacéuticos, líderes religiosos, oficiales de policía, profesores y cuidadores	Todas las afecciones de salud mental	Facilitación conjunta de la capacitación de las partes interesadas; participación en actividades de defensa y elaboración de políticas; apoyo a otras PWLE	En curso desde 2010	Métodos mixtos	Uno de los tres pilares nacionales de la atención de salud mental; reducción del estigma, capacitación para mejorar las habilidades y elaboración o defensa de políticas	Organización internacional no gubernamental
Inglaterra Inglaterra (NIC)	Reducir el autoestigma, la autodiscriminación o ambos; mejorar las habilidades y el conocimiento público, las actitudes y los comportamientos previstos; reducir el estigma estructural, la discriminación o ambos	Marketing social (elemento clave); formar a los defensores de PWLE; eventos de contacto social; programa del empleador; programa para niños y jóvenes; proyecto de participación en los medios de comunicación; proyecto para jóvenes de sexo masculino de África y el Caribe "300 Voices"; programa piloto para profesionales de atención de salud mental; programas piloto de atención primaria (educación, no discriminación)	En persona y en línea	Adultos, hombres, adultos africanos y caribeños, niños y adolescentes, profesionales de atención de salud mental, policía, profesores, trabajadores de la educación, empleadores y trabajadores, y trabajadores de atención médica	Todas las afecciones de salud mental	Inclusión en todos los niveles de toma de decisiones; planificación, diseño, desarrollo, entrega y evaluación del programa; suministro de contenido de contacto social (vídeo)	2007-21	Métodos mixtos	Programa independiente	Gobierno y sector privado (incluida la filantropía)

HIC = país con ingresos altos; LMC = país con ingresos bajos y medios; mhGAP = programa de acción de brechas en la salud mental; NIMBY=no en mi patio trasero; PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

Tabla 1: Elementos clave de los programas antiestigma seleccionados

Citas ilustrativas	
¿Cuál fue la parte más difícil de su participación en programas antiestigma?	
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrarse con el estigma (p. ej., ignorancia, falta de empatía, culpa, compasión) • Revivir experiencias pasadas difíciles • Lidar con el enojo de los demás • Desafiar los encuentros interpersonales durante la participación en el programa y después de esta, y con profesionales de la salud • Implicación tokenística • Desafíos prácticos (p. ej., compromisos de tiempo) • Sensación de ansiedad o nerviosismo • Falta de concientización y reconocimiento de la salud mental • Participación en el grupo objetivo de la intervención 	<ul style="list-style-type: none"> • “Lo más difícil es la moralización y condena de las personas con problemas de salud. Creencias falsas de personas normales sobre personas vulnerables. A menudo se dice que “son los culpables de sus propios problemas” (República de Kirguistán) • “Lo más difícil es cuando se nos pide que describamos nuestra propia experiencia, ya que esto significa revivir al menos parte de cómo nos sentimos en ese momento y es muy doloroso” (Reino Unido) • “Creo que es compartir experiencias pasadas que podrían traer algunos recuerdos desagradables” (Hong Kong) • “Lo más difícil es compartir una historia o impartir un taller si no se crea primero un espacio seguro” (Noruega) • “...cuando la organización está a cargo de profesionales, ya que ellos no saben cómo trabajar con nosotros” (España) • “Una de las barreras más importantes que he encontrado son las personas que consideran que la enfermedad mental no existe; me ha costado trabajar con esta población. Se convierten en fundamentalistas y es muy difícil establecer un diálogo” (Uruguay)
¿Qué hizo que su participación en programas antiestigma fuera más fácil o más gratificante?	
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación y apoyo para dar forma a la propia narrativa • Apoyo práctico a nivel organizativo • Recibir el pago por la participación • Tener conocimientos a través de experiencia validada • Comentarios sobre el impacto del programa • Apoyo de pares • Sentimiento personal de satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • “Se necesita capacitación para convertir la propia experiencia en una historia de esperanza” (Hong Kong) • “Ciertamente, el pago ofrece una forma de validar la seriedad del grupo patrocinador en su mensaje” (EE. UU.) • “Es fundamental pagarles a las personas si es posible. Compartir una experiencia vivida es algo vulnerable, y es una habilidad. Debe pagarse del mismo modo que se paga otro trabajo” (Noruega) • “Es la confianza en mis habilidades y el hecho de que me traten como a un profesor. Como cualquier otro” (Suiza) • “Creo que los comentarios sobre lo que he ofrecido han sido lo más beneficioso y gratificante” (Irlanda) • “También atesoró el apoyo de los pares dentro de la organización. Necesitamos una organización segura para crecer y aprender” (Hong Kong)
Recomendaciones sobre cómo involucrar mejor a las PWLE en la administración del programa	
<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de las PWLE en cada etapa del programa • PWLE en puestos líderes de actividades del programa • Participación organizada según los términos de las PWLE • Involucrar a las personas en la etapa adecuada de recuperación • Involucrar a una diversa gama de personas • Proporcionar una plataforma para compartir su experiencia vivida • Incluir factores facilitadores: capacitación, pago y apoyo instrumental • Prepararse para los desafíos 	<ul style="list-style-type: none"> • “Estar convencido de que las personas con experiencia vivida en salud mental son esenciales para la ejecución de programas” (España) • “Incluir las [PWLE] en el diseño del programa y no como destinatarios o participantes de algo ya decidido” (Argentina) • “Incluir las [PWLE] desde el principio del proceso en la reflexión sobre el programa (no solo como “máquinas de testimonios”)” (Suiza) • “Los participantes pueden dejar de compartir en cualquier momento y pueden elegir el contenido que desean compartir, que está protegido y cuidado por el proveedor para evitar la presión de terceros [instituciones, grupos]” (Hong Kong) • “Apoye a las personas que se muestran reacias a compartir o temen sufrir represalias para que se sientan empoderadas y transmitan su mensaje de una manera que resuene en el público objetivo, y también haga que el participante sepa lo importante que es su honestidad en muchos sentidos” (EE. UU.) • “Proporcionar capacitación y talleres para que me resulte más fácil reflexionar, como buscar mi alma” (Hong Kong)
PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.	
Tabla 2: Hallazgos clave de la encuesta de experiencia vivida sobre la participación en programas antiestigma	

Lecciones aprendidas

Para extraer lecciones de esta amplia experiencia en la realización de programas antiestigma, identificamos información de las siguientes fuentes: la bibliografía pertinente; encuesta de casos prácticos en línea; los casos prácticos; encuesta en línea de perspectivas de PWLE; y análisis cualitativos de material grabado y transcrito de la conferencia internacional Together Against Stigma de la Asociación Mundial de Psiquiatría de 2021 organizada en Praga, República Checa.

Para una iniciativa o programa antiestigma, recomendamos que la fase de preparación incluya la definición de objetivos, grupos objetivo y cambio deseado, y un enfoque claro en lo que más importa. Las intervenciones basadas en la evidencia deben adaptarse al

contexto local, teniendo en cuenta las consideraciones relevantes como se muestra en la figura 7. Identificar programas previamente exitosos y adaptar sus materiales puede ser útil. Dado que cada programa debe adaptarse a las necesidades específicas de la población objetivo, es importante comprender los matices culturales, históricos, políticos y económicos del entorno o entornos y comprometerse con toda la gama de partes interesadas locales, incluidos los ministerios y agencias gubernamentales. Incluso cuando un programa está a nivel nacional, adoptar un enfoque ascendente y vincular múltiples iniciativas locales en lugar de utilizar mensajes descendentes contra el estigma puede ayudar a garantizar la relevancia y la sostenibilidad (p. ej., Opening Minds Canada).

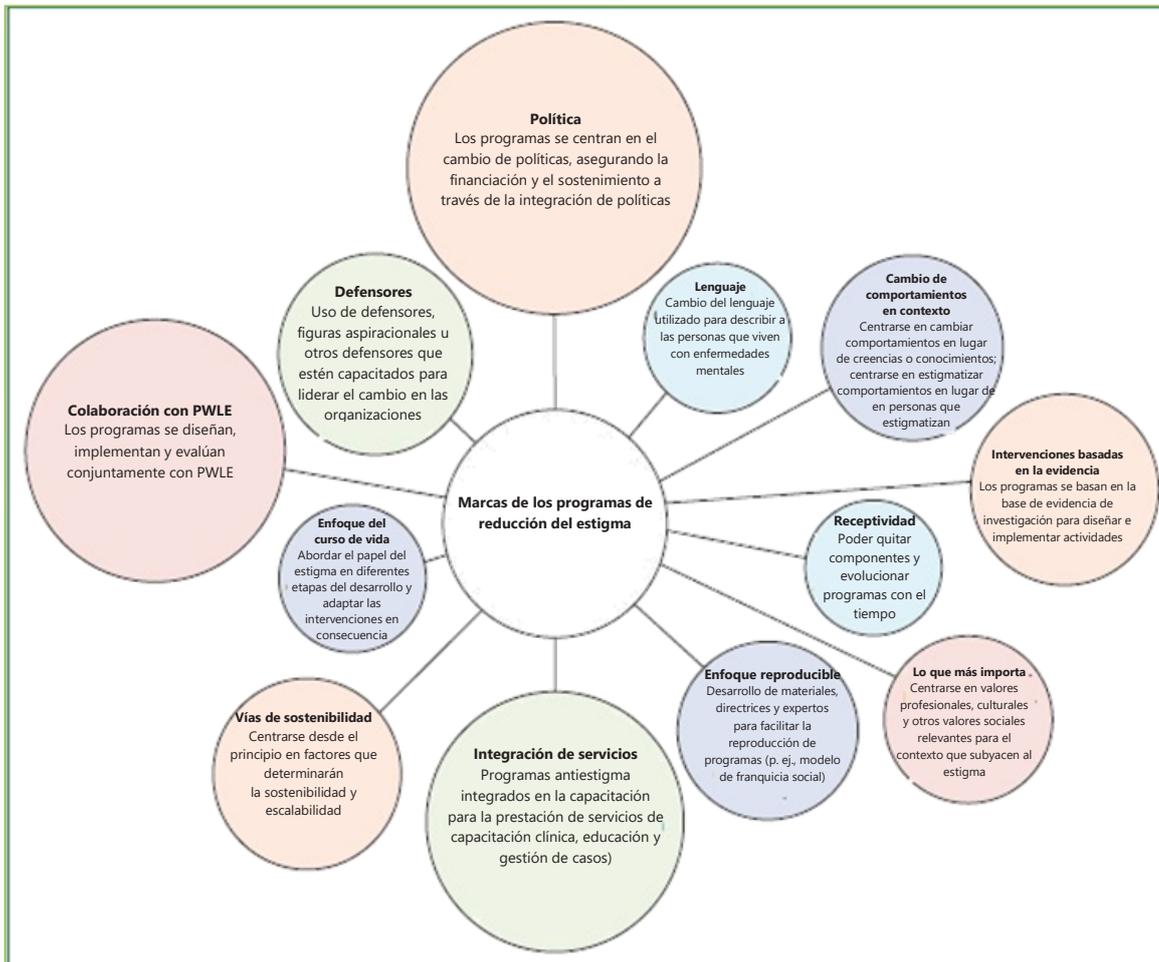


Figura 7: Marcas claves de los programas de reducción del estigma

Los tamaños de los globos representan la importancia relativa de los componentes y actividades clave. PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

La colaboración con PWLE es necesaria desde la etapa de planificación y deben tener la mayor participación posible en todo momento. La importancia de esto se destacó en los casos prácticos, en las presentaciones de la conferencia Together Against Stigma y en la encuesta de experiencia de PWLE en línea. Se deben hacer esfuerzos para maximizar la seguridad emocional cuando se compartan historias frente al público objetivo. Proporcionar capacitación a los defensores de la PWLE mucho antes de su participación en la campaña antiestigma se notificó como un elemento importante para evitar altas tasas de rotación. El programa RESHAPE en Nepal, TTC-Global y otros programas tenían paquetes de capacitación preparados por PWLE para intervenciones de defensa y contacto social e incorporaron medidas específicas para facilitar el apoyo entre pares. El programa Honest, Open, Proud²²⁰ es una de las prácticas más basadas en la evidencia a este respecto. PWLE también puede ayudar a mantener el programa, por ejemplo, cuando los defensores capacitados en defensa continúan su trabajo después de

completar la iniciativa piloto a través de redes sociales y blogs, como en TTC-Global en Kenia. El contacto social debe transmitir un mensaje inspirador de esperanza con detalles sobre logros y éxitos y debe entregarse de una manera que represente directamente la recuperación.¹⁵² Sin embargo, en contra de esto, se encuentra la necesidad de mantener una voz auténtica que reconozca, por ejemplo, los contratiempos de salud mental (p. ej., el programa Batyr).

Para garantizar la relevancia y la relación, los estudios de caso y la encuesta de experiencia PWLE enfatizaron la importancia de incluir a los miembros de los grupos objetivo en el diseño y la administración del programa para maximizar la selección precisa de las partes interesadas. En RESHAPE en Nepal, por ejemplo, las PWLE de la asociación nacional fueron menos relevantes para desarrollar el contenido del programa que las del área local. En Guangzhou, China, el proyecto logró resultados positivos al integrar las actividades contra el estigma en el programa de capacitación rutinaria de salud mental de los trabajadores de atención médica, incluido

el personal de atención médica primaria y los oficiales de policía de la comunidad.²⁴⁷ Las adaptaciones culturales son vitales. Por ejemplo, se necesitaban adaptaciones sustanciales de materiales generados previamente para el programa TTC-Global y para el programa Like Minds, Like Mine para ampliar su alcance a las poblaciones maoríes. De hecho, muchos de los casos prácticos incluyeron subcampanas dirigidas a audiencias específicas, a veces marcadas con nombres distintos que aún estaban relacionados con el nombre general del programa (p. ej., The Working Minds; Batyr@school/Batyr@uni como parte del programa Opening Minds).

Vincular las intervenciones antiestigma con la reforma o extensión más amplia del sistema de salud mental podría ser beneficioso. Aunque la atención de salud mental es escasa en entornos con pocos recursos, los servicios que existen a menudo son institucionalizantes y pueden reforzar el estigma o la exclusión. Un objetivo común de los programas antiestigma es aumentar la ayuda en la búsqueda de atención de salud mental y, por lo tanto, es esencial que la atención disponible sea de buena calidad, respete los derechos humanos y que valga la pena buscarla. Los estudios de casos en China, India, Liberia y Nepal incorporaron intervenciones dentro de los esfuerzos por ampliar el acceso a la atención de salud mental. En Nueva Zelanda, Canadá y República Checa, los programas antiestigma se relacionaron con los esfuerzos para reformar el sistema de salud mental.

Las pruebas que hemos recopilado sugieren que la duración de un programa específico puede ser menos importante que la calidad del contacto social. El contenido del programa debe ser directamente cultural y socialmente relevante para el público objetivo. Por ejemplo, teniendo en cuenta los casos prácticos, SMART Mental Health en la India utilizó con éxito el drama relevante para los aldeanos en un área rural para compartir mensajes sobre la salud mental junto con énfasis en la búsqueda de ayuda y la recuperación personal.²⁴⁸ Crear un movimiento social como parte de una campaña coordinada también puede proporcionar una inclusión social más duradera de PWLE, y el programa Like Minds, Like Mine en Nueva Zelanda adoptó este enfoque. Tanto los enfoques multimedia en persona como en línea han sido beneficiosos, como se muestra en el programa Time to Change en Inglaterra y en Like Minds, Like Mine. El uso de métodos de comunicación digital puede ser muy eficaz, y se ha sugerido que son componentes importantes en la realización de campañas antiestigma.¹³¹ Además de los conceptos centrales del contacto social y personal,²⁴⁹ los sellos distintivos de los programas exitosos se muestran en la figura 7.

Los programas antiestigma deben evaluarse regularmente desde el principio y diseñarse para hacer un seguimiento de si se han logrado los cambios clave previstos. Algunos programas han utilizado escalas genéricas, como la Escala de comportamiento informado

y previsto,²⁵⁰ el Cronograma de conocimientos sobre salud mental,²⁵¹ o la Escala de discriminación y estigma.²⁶ Otros han incluido escalas más específicas para los grupos objetivo, como Enfermedad mental: Escala de actitudes de los médicos.^{252,253} La evaluación no debe considerarse simplemente como un ejercicio académico o como una forma de satisfacer a los donantes, sino como una forma esencial de supervisar cómo mejorar la calidad y el impacto del programa con el tiempo (como ocurrió en Opening Minds, Canadá; Like Minds, Like Mine, Nueva Zelanda; y *Na Rovinu* [que se traduce en On the Level], República Checa).^{242,254}

La sostenibilidad del programa fue uno de los mayores desafíos. Algunos de los programas mejor financiados, como Time to Change en Inglaterra, se han cerrado. La financiación diversa, la variación de programas para múltiples grupos objetivo, las actividades de financiación colectiva (como las empleadas por Batyr, Australia) y los programas de generación de ingresos (p. ej., como se utilizan en Working Minds, Canadá) pueden complementar la financiación gubernamental y ayudar a los programas a continuar a largo plazo. Sin embargo, la recaudación de fondos lleva mucho tiempo. La integración de las intervenciones antiestigma en prioridades gubernamentales más grandes, como la pandemia de COVID-19, también podría respaldar la longevidad.

Otros desafíos que identificamos incluyeron la falta de fondos para subgrupos de población desfavorecidos; falta de fondos o mecanismos de financiación para proporcionar pagos a las PWLE por su trabajo en iniciativas antiestigma; dificultad para adaptar las intervenciones a las plataformas digitales durante la pandemia de COVID-19; suministro limitado de servicios de atención y evaluación de atención de salud mental en los que la demanda ha aumentado debido a campañas antiestigma eficaces; y falta de evaluación de programas o una evaluación de mala calidad, especialmente en los LMIC, incluidos los casos en los que los financiadores no deseaban recibir comentarios sobre los resultados. Todos estos problemas apuntan firmemente a la necesidad de que los gobiernos tengan en cuenta el tratamiento de financiación y las campañas antiestigma y de crear una paridad de estima entre las afecciones mentales y físicas.

“Tener a la persona con experiencia vivida en el centro de la administración del programa”.

Persona en Kenia

“Estoy estableciendo una fundación/organización para esto en mi ciudad natal. Personalmente he sido muy, muy abierto sobre mis dificultades y cómo las superé. Creo que a través del diálogo sincero con las personas, uno puede comunicarse y ayudarles a entender”.

Persona en la India

El estigma y los medios

Los medios de comunicación ejercen un gran poder sobre los ciudadanos e influyen en las percepciones de la realidad y la interpretación del mundo. Los mensajes en los medios de comunicación afectan a todos los elementos del estigma, incluidos el conocimiento, las actitudes y los comportamientos. Los medios de comunicación pueden ser beneficiosos (reduciendo activamente el estigma) o dañinos (perpetuando estereotipos o actitudes o comportamientos negativos). Por ejemplo, existe una preocupación cada vez mayor de que el uso sustancial de las redes sociales se asocie a una baja autoestima, ansiedad y depresión, especialmente entre las mujeres jóvenes.^{255,256}

La evidencia sobre el impacto de los mensajes de los medios en los diferentes tipos de estigma está evolucionando. La mayoría de las investigaciones se han centrado en los medios tradicionales, pero las pruebas están creciendo sobre las influencias de las plataformas de medios más recientes.

La gama de medios

El sector de los medios se ha definido como “las instituciones y organizaciones especializadas y separadas en las que trabajaban las personas: medios impresos y la prensa, fotografía, publicidad, cine, radiodifusión (radio y televisión), publicación, etc.”.²⁵⁷ En la era digital, el panorama de los medios se ha ampliado para incluir medios tradicionales y nuevos.^{258,259}

“Las redes sociales tienen dos lados, pueden aumentar el estigma y pueden reducirlo. Muchas personas hablan de cosas serias como si lo supieran todo, por eso es peligroso. Pero si somos inteligentes, podemos obtener más conocimientos o utilizarlos como campaña para reducir el estigma”.

Persona en Indonesia

Los medios tradicionales incluyen medios impresos (incluidos periódicos, revistas, libros, folletos, carteles publicitarios), medios de difusión (incluidos televisión, radio y películas) y publicidad impresa.²⁵⁹ Hasta hace solo unos 20 años, estos medios eran la principal fuente de información masiva y los periodistas profesionales eran casi exclusivamente los que se desempeñaban como divulgadores de noticias e información. Por este motivo, varios programas antiestigma han identificado a los medios como un grupo objetivo para las intervenciones. Durante el programa Time to Change contra el estigma en Inglaterra, por ejemplo, la cobertura de los problemas de salud mental por parte de los periódicos ha mejorado sustancialmente.²⁶⁰⁻²⁶²

Se han descrito varios aspectos positivos del impacto de las redes sociales en relación con la salud mental. Plataformas como *Twitter*, por ejemplo, pueden proporcionar un entorno de apoyo para el desarrollo de relaciones recíprocas en las que las personas pueden divulgar afecciones de salud mental.²⁶³ A pesar de los

aspectos positivos, la naturaleza en gran medida no regulada de estos medios significa que también presentan desafíos graves, como la credibilidad y fiabilidad de la información²⁶⁴ y, aunque no son inherentemente perjudiciales, podrían ser fuentes de riesgo de estigma. Para muchos jóvenes, las redes sociales se encuentran entre sus herramientas más vitales para la comunidad, la autoexpresión y para desafiar el estigma. Un joven en Chile dijo: “A veces te bloqueas en Internet porque hay personas que puedes conocer, que pueden tener por ejemplo tus mismos intereses y allí ya no te sientes rechazado... Las personas que te rodean, no te aceptan... [Internet] puede hacerte sentir mejor, como si no estuvieras solo”.⁸⁶

Revisión de pruebas sobre el impacto de los medios en el estigma y la discriminación en la salud mental

Métodos

Realizamos una revisión bibliográfica de publicaciones en los medios de comunicación, afecciones de salud mental y estigma. Buscamos en tres bases de datos (PsycInfo, PubMed y Cochrane Library) artículos relevantes publicados después de una revisión sistemática reciente importante.²⁶⁵ Nuestros términos de búsqueda se referían a los siguientes tres conceptos: estigma (p. ej., actitud, estereotipo, discriminación), medios de comunicación (p. ej., periodismo, radio, Instagram) y una amplia gama de afecciones de salud mental (p. ej., depresión, esquizofrenia), incluidas representaciones ficticias de afecciones de salud mental. Cualquier tipo de estudio (ensayo controlado aleatorizado cualitativo, revisión sistemática, metanálisis, alcance o revisión narrativa) era apto para la inclusión. Los estudios incluidos fueron los publicados en inglés después de noviembre de 2017, con una clara medida de estigma o resultado (p. ej., actitudes, creencias, conocimientos, alfabetización en salud mental e inclusión social). Todos los países y grupos de edad fueron elegibles. Los detalles de la estrategia de búsqueda completa y los términos de búsqueda se encuentra disponible si se la solicita a los autores. Todas las búsquedas se realizaron del 13 al 15 de diciembre de 2021. La búsqueda produjo 1826 resultados. Después de seleccionar los títulos y resúmenes y eliminar los duplicados, se eligieron 102 artículos para la revisión de texto completo, y de estas 24 publicaciones se incluyeron en el análisis final.

Resultados

Muchos estudios confirmaron que los medios de comunicación pueden tener influencias positivas y negativas en el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental. En comparación con las revisiones sistemáticas anteriores, donde la mayoría de los resultados estaban relacionados con informes de noticias de periodistas,²⁶⁵ de nuestras revisiones incluyeron una gama más amplia de tipos de medios, incluidos los medios

sociales y otros medios en línea y los impactos relacionados con el estigma.

Algunas de las formas más poderosas en las que los medios de comunicación perpetúan el estigma en todo el mundo son mediante el uso de lenguaje estigmatizante y la vinculación simplista o imprecisa de las afecciones de salud mental con la violencia.^{266,267} Una revisión de la cobertura de noticias españolas informó que una cuarta parte de las noticias analizadas incluían contenido estigmatizante, a menudo utilizando estereotipos de peligro e impredecibilidad.²⁶⁸

“Mediante el uso de lenguaje discriminatorio e insultante, utilizando asociaciones con violencia, utilizando fotos que insultan a personas con experiencia vivida (por ejemplo, programas de televisión “divertidos” en los que los jugadores deben escapar de una camisa de fuerza). Mediante el uso de mensajes sobremedicalizados e información incorrecta en general. Mediante el silencio. Porque el silencio contribuye a la falta de conocimiento”.

Persona en Georgia

Por el contrario, surgieron resultados positivos antiestigma cuando el contenido de los medios se centró en las representaciones de recuperación, contacto social, participación de los usuarios de servicios en la creación de contenido de los medios, divulgación de celebridades y uso de las redes sociales para generar conversaciones sobre la salud mental.²⁶⁹⁻²⁷² Identificamos pruebas de que los medios también pueden servir como un método potente de comunicación para aumentar la concientización sobre la salud mental y normalizar las enfermedades psiquiátricas.²⁶⁹

Varios estudios examinaron el impacto de los informes de noticias en los miembros del público. Los informes negativos que se centraron en el peligro o que informaron irresponsablemente sobre el suicidio llevaron a actitudes más estigmatizantes^{273,274} y una reducción en la disposición a revelar las propias dificultades de salud mental.^{199,275} En Alemania en 1990, por ejemplo, las actitudes públicas empeoraron después de dos ataques violentos a los políticos Oskar Lafontaine y Wolfgang Schäuble por personas que se informó que tenían esquizofrenia.²⁷⁶ Por el contrario, los relatos positivos y orientados a la recuperación mejoraron las actitudes públicas.²⁷³

La cantidad de contenido relacionado con la salud mental en las redes sociales ha aumentado notablemente en la última década, lo que ha llevado a una imagen mixta. Por ejemplo, términos como la psicosis a menudo se utilizan de forma negativa o como insulto, pero la información médica sobre las afecciones de salud mental, incluidas las fuentes de ayuda, que a menudo es correcta desde el punto de vista de los hechos también está presente y puede ayudar a aumentar el conocimiento público.²⁷⁷ Las publicaciones sobre experiencias personales de afecciones de salud mental dieron lugar a actitudes más positivas en las redes sociales si tenían

buena calidad narrativa y estaban respaldadas por comentarios positivos.²⁷⁸

Aunque encontramos pruebas cualitativas limitadas de los efectos de las redes sociales sobre el autoestigma,²⁷⁹ encontramos evidencia de que el uso de las redes sociales puede ayudar a las personas con afecciones de salud mental graves a superar el aislamiento social.²⁸⁰ La exposición de los usuarios de servicio a noticias sobre el accidente de aeronaves de Germanwings, en el que se informó que el piloto tenía una afección de salud mental, aumentó significativamente el autoestigma.²⁸¹ Una campaña multimedia de reducción del estigma mostró que la exposición de la campaña estaba asociada a creencias positivas de recuperación, y un mayor uso de la atención de salud mental.²⁸² Dada la evidencia del poder de los medios de comunicación para afectar a las actitudes y políticas públicas, es probable que los informes de los medios también puedan aumentar o reducir la discriminación estructural, a través de sus influencias en los votantes y los legisladores, pero actualmente no hay pruebas empíricas que respalden esta opinión.

Algunas intervenciones se han dirigido específicamente a los medios para reducir el estigma. Las directrices animan a los profesionales de los medios de comunicación a producir contenido orientado a la recuperación sobre personas con afecciones de salud mental para mantener el equilibrio. La mayoría de estas directrices han sido desarrolladas por la sociedad civil u organizaciones no gubernamentales a nivel nacional. La evidencia de la eficacia de dichas directrices generales es mixta.²¹² Con respecto a los medios y la prevención del suicidio, en 2017, la OMS publicó directrices actualizadas para los profesionales de los medios de comunicación.²⁸³ Se han realizado varios estudios para examinar el cumplimiento de las directrices en medios tradicionales y nuevos.^{284,285} Con la excepción de un pequeño número de países, incluyendo Canadá²⁸⁶ y Australia, rara vez se cumplen.²⁸⁷ En general, estos datos sugieren que las directrices de los medios sobre la informe de suicidios pueden ser importantes para la reducción del estigma, pero a menudo se implementan de forma incompleta.

Las intervenciones basadas en contactos sociales para profesionales de los medios y usuarios de servicios tienen un claro estigma.²¹² En la era de los nuevos medios, las PWLE que no son periodistas, han sido capacitadas con éxito para producir contenido de medios que se centre más en la recuperación y menos en el crimen que el contenido de medios producido profesionalmente.²⁸⁸ Los premios de los medios por la notificación positiva también se han encontrado como una intervención

Poema 6

La salud mental es parte de ser humano. Actuemos ahora para detener el estigma y comenzar la inclusión.

prometedora para aumentar el cumplimiento de las directrices de los medios sobre informes de suicidio.²⁸⁹

Los medios de comunicación también se pueden utilizar como canales de intervención para reducir el estigma entre el público en general, y los mensajes de los medios de comunicación son más eficaces cuando se utilizan métodos de contacto social.²⁹⁰⁻²⁹⁴ Estos enfoques desafían directamente las percepciones negativas (eliminar la estructura),^{295,296} y se enfocan en normalizar a las personas con afecciones de salud mental y en retratar la recuperación. Las intervenciones de contacto social se aplicaron en varios estudios utilizando contenido de video con usuarios de servicios,²⁹¹ simulaciones de realidad virtual o perfiles de redes sociales,²⁹⁴ y ayudaron a involucrar e informar al público y a reducir el estigma.

Varios estudios hallaron que las cuentas ficticias de personas con afecciones de salud mental en programas de televisión y películas pueden tener efectos sustanciales en la conformación del estigma. Las representaciones estereotípicas (negativas) de personas con afecciones de salud mental aumentaron el estigma,^{297,298} mientras que las representaciones positivas mejoraron el conocimiento y las actitudes.^{299,300} La mayoría de estos estudios midieron las actitudes, pero el conocimiento relacionado con la salud no fue bien evaluado y muy pocos midieron los cambios en el comportamiento. Se desconocen los efectos a largo plazo de las intervenciones antiestigma basadas en medios de comunicación porque el seguimiento máximo ha sido de 2 años.²⁹²

A medida que las redes sociales siguen siendo formas integrales de comunicación y conexión social en muchos países de todo el mundo, aprovechar la naturaleza ascendente impulsada por el usuario de las redes de pares en línea podría ser importante para apoyar la recuperación y el empoderamiento de la salud mental y para combatir el estigma.³⁰¹ En un estudio que se centró en afecciones de salud mental en adolescentes, por ejemplo, los autores informaron de que el anonimato relativo proporcionado por Internet, en particular los canales de redes sociales, permitió a los adolescentes buscar información y participar en comunidades de apoyo.²⁶³

Suicidio y medios de comunicación

La OMS informa de que más de 700 000 personas mueren cada año debido al suicidio, y es la cuarta causa principal de muerte entre los jóvenes de todo el mundo.³⁰² En relación con el suicidio, los medios de comunicación desempeñan un papel importante en la influencia del conocimiento estigmatizante (ignorancia) y las actitudes (prejuicio), y puede perpetuar el estigma a través de representaciones irresponsables de personas que se han autolesionado o que han muerto por suicidio o reducir el estigma mediante la difusión de información útil o la movilización de campañas para mejorar la opinión y las actitudes públicas.^{303,304}

El uso de lenguaje estigmatizante puede tener efectos relacionados con el suicidio. El término “cometer

suicidio”, por ejemplo, podría sugerir que el suicidio es un acto delictivo, incluso cuando ha sido descriminalizado, mientras que “fallecer por suicidio” no es juicioso. Los informes que atribuyen de forma estrecha el suicidio violento a las afecciones de salud mental pueden perpetuar el estigma, lo que puede evitar la búsqueda de ayuda y retrasar un diagnóstico psiquiátrico. Tal vez paradójicamente, el suicidio no debe desestigmatizarse de tal manera que se normalice o se sensacionalice. Los informes de medios de comunicación escasamente considerados que retratan el suicidio de esta manera pueden dar lugar a un efecto contagioso y se han asociado con el efecto Werther, en el que los intentos de suicidio pueden imitar otros intentos de este tipo, como seguir suicidios de celebridades de alto perfil o representaciones ficticias populares de suicidio. Este efecto es más común cuando el suicidio se representa como una respuesta natural o inevitable a los desafíos de la vida en tales relatos ficticios. Por el contrario, el efecto Papageno se produce cuando los medios muestran cómo las personas pueden superar positivamente una crisis suicida y dirigirse hacia la recuperación.³⁰⁵ Para evitar tales suicidios imitados, el Gobierno de Corea del Sur promulgó una ley de prevención del suicidio en 2012 y revisó sus directrices de medios para el informe de suicidios. Un estudio halló que estas medidas reguladoras se asociaban a una reducción sustancial de las muertes por suicidio.³⁰⁶

Una ilustración de dicha narrativa suicida es la serie de televisión ficticia *Thirteen Reasons Why* (Netflix, Los Gatos, CA, EE. UU.), que comenzó en 2017 y se transmitió en 32 países. En la serie, se relata sobre la vida de un grupo de adolescentes estadounidenses, incluido el personaje principal que tiene varios factores estresantes graves en su vida y cuyo suicidio se representa gráficamente. Más de 100 artículos han informado cómo esta representación del suicidio afectó a los espectadores. La serie recibió tanto elogios como críticas, ya que redujo considerablemente el estigma, especialmente entre aquellos sin experiencia personal en relación con el suicidio, pero también derivó en el contagio de suicidio cuando no se siguieron las directrices de los medios de comunicación sobre la presentación de informes y la representación del suicidio.³⁰⁷⁻³¹⁰

El cumplimiento de las directrices de informe de suicidios es especialmente bajo en los LMIC, donde los suicidios a menudo se sensacionalizan, estigmatizan e incluso se criminalizan en sus representaciones en los medios de comunicación. Un estudio de informes en la India, por ejemplo, descubrió que “la información sensacionalista sobre suicidios es desenfundada”.³¹¹ Una excepción notable en la India es el periódico nacional *The Hindu*, que sigue las directrices. Cada informe de suicidio va acompañado de los datos de contacto de la línea de ayuda para las personas que necesitan apoyo. La línea directa de apoyo Sneha ha reconocido a *The Hindu* por su excelencia en el informe y la prevención de suicidios.

	Número (%) de respuestas
Experiencia vivida de una afección de salud mental	
Sí	322 (82 %)
No	69 (18 %)
Activista con experiencia en investigación, elaboración de políticas u organizaciones comunitarias locales u organizaciones no gubernamentales	
Sí	132 (34 %)
No	259 (66 %)
Participación en actividades para reducir el estigma y la discriminación relacionados con afecciones de salud mental	
Sí	202 (52 %)
No	188 (48 %)
Edad (años)	39,37 (14,08, 16-78)
Categoría de ingresos del Banco Mundial	
Ingresos altos	99 (25 %)
Ingresos medios-superiores	254 (65 %)
Ingresos bajos-medios o bajos	38 (10 %)
Región de la OMS	
África	18 (5 %)
América	52 (13 %)
Europa	184 (47 %)
Mediterráneo oriental	9 (2 %)
Sudeste asiático	11 (3 %)
Pacífico occidental	117 (30 %)
Código de área de la ONU	
Norte de África	1 (<1 %)
África subsahariana	18 (5 %)
Sur de Asia	14 (4 %)
Asia oriental	109 (28 %)
Europa occidental	20 (5 %)
Europa oriental	106 (27 %)
Sur de Europa	38 (10 %)
América Latina y el Caribe	32 (8 %)
Australia y Nueva Zelanda	4 (1 %)
América del Norte	20 (5 %)
Norte de Europa	12 (3 %)
Asia occidental	4 (1 %)
Sudeste asiático	5 (1 %)
Asia central	7 (2 %)
Los datos son el número (%) o la media (desviación estándar [Standard Deviation,SD], intervalo). PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.	
Tabla 3: Características de los participantes para la encuesta global de personas con experiencia vivida (n = 391)	

A medida que los medios se vuelven cada vez más complejos e influyentes, se necesitarán investigaciones sólidas y acciones concertadas para comprender cómo reducir los efectos dañinos y maximizar las reducciones en el estigma y la discriminación. Los enfoques deben ser multisectoriales, guiados por pruebas y respaldados por la sociedad civil y las voces de PWLE que hacen rendir cuentas a los medios de comunicación.

Las opiniones y prioridades de PWLE

Como escribimos en la introducción de este informe, nuestra intención es poner las voces de PWLE en el centro de atención. Como parte de este enfoque, hemos realizado, específicamente para este informe, una encuesta global de puntos de vista y prioridades, e informamos aquí de los principales hallazgos.

Métodos de encuesta de experiencia vivida

Realizamos una encuesta transversal en línea en la que se invitó a PWLE a enviar sus opiniones utilizando métodos de evaluación cuantitativos y cualitativos. No se utilizó ningún proceso de selección y se reclutó a los participantes mediante un método de muestreo de bola de nieve con autoselección.³¹² Se contactó a posibles participantes a través de organizaciones de salud mental locales e internacionales que trabajan con PWLE, incluida Global Mental Health Peer Network, United for Global Mental Health, Club House International, Fountain House New York, Mind UK y TTC-Global. Los líderes de estas organizaciones difundieron el enlace de la encuesta a los miembros de sus organizaciones y a través de canales de redes sociales. El mensaje con el enlace de la encuesta también invitaba a los destinatarios a compartir el enlace con personas que conocían con afecciones de salud mental.

Los encuestados elegibles eran personas que se identificaron como PWLE y estaban dispuestas a compartir sus experiencias de estigma y discriminación debido a un diagnóstico de una afección de salud mental. La edad mínima era de 16 años sin límite superior. El Subcomité de Ética de Investigación de Facultades de Salud de King's College Londres, Reino Unido (RESCM-21/22-25892) otorgó la aprobación ética para este trabajo. En la página web inicial de la encuesta, se proporcionó información sobre la concreción y se enfatizó que la participación era anónima y voluntaria. Se invitó a los participantes a proporcionar el consentimiento informado en línea mediante una pregunta de respuesta forzada al inicio de la encuesta. Los participantes solo podían continuar con las preguntas posteriores de la encuesta si habían dado su consentimiento para participar.

Procedimiento de la encuesta y recopilación de datos

La encuesta se realizó con la plataforma en línea Survey Monkey (Momentive, San Mateo, CA, EE. UU.) y consistió en tres conjuntos de preguntas: breves características de los participantes; preguntas cuantitativas con opciones de respuesta estilo Likert; y preguntas cualitativas abiertas (apéndice 3 págs. 20–22). En cuanto a las características de los participantes, se pidió a los encuestados que indicaran su edad, país de residencia, si se identificaban principalmente como PWLE, o como activistas que trabajan o han trabajado en la investigación o la elaboración de políticas, o han participado en organizaciones comunitarias locales, o ambas. También se preguntó a los participantes si habían participado alguna vez en actividades o proyectos para reducir el estigma y la discriminación en la salud mental.

Para obtener más información sobre Sneha, consulte <https://snehaindia.org/new/>

Las ocho preguntas cuantitativas reunieron perspectivas y experiencias sobre el estigma y la discriminación y cómo estos se pueden reducir. Las respuestas se puntuaron en una escala de Likert de cinco puntos que comprende desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Las 19 preguntas cualitativas fueron abiertas y allí se les pidió a los encuestados que reflexionaran sobre sus experiencias con respecto a los diagnósticos, el lenguaje y la terminología relacionados con la salud mental, el impacto del estigma y la discriminación en sus vidas, las experiencias con intervenciones antiestigma y su opinión sobre cómo los medios de comunicación tradicionales y digitales pueden contribuir a empeorar o mejorar el estigma y la discriminación.

Las preguntas utilizadas en esta encuesta fueron desarrolladas específicamente para este informe por los Comisionados de *Lancet*, que incluyen PWLE. Antes de iniciar la encuesta, las preguntas se probaron con PWLE para garantizar que el contenido, el momento y la comprensión de las preguntas fueran adecuados. Para aumentar la inclusión y el alcance de la encuesta, se puso a disposición para su realización en línea en árabe, chino, inglés, francés, ruso y español, reflejando los seis idiomas oficiales de la OMS. La recopilación de datos de la encuesta tuvo lugar en desde el 13 de diciembre de 2021 hasta el 18 de febrero de 2022.

Análisis estadísticos

Exigimos un tamaño de muestra mínimo de 100 participantes porque la encuesta recopiló datos cuantitativos y cualitativos. No encontramos encuestas cuantitativas similares anteriores a partir de las cuales estimar la potencia estadística y guiar los cálculos del tamaño de la muestra. Para los datos cualitativos, una muestra de 100 o más reflejaría una muestra de rango medio para encuestas cualitativas en línea.³¹³ Con este tipo de método de recopilación de datos, los tamaños de las muestras suelen ser mucho mayores que los estudios que utilizan entrevistas individuales. Los tamaños de muestra más grandes garantizan que el conjunto de datos de la encuesta proporcione riqueza y profundidad de datos cuando se visualiza en su totalidad.

Para los análisis de datos cuantitativos, se utilizaron frecuencias y porcentajes para resumir las características categóricas de los participantes y las respuestas cuantitativas. Las medias con SD se utilizaron para resumir la edad de los participantes y se calcularon para las preguntas cuantitativas. Los valores aparecen para la muestra total y por Grupo de Ingresos del Banco Mundial (ingresos altos, medios-superiores, medios-inferiores o bajos) y región de la OMS (región africana; región de América; región de Europa; región del Mediterráneo Oriental; región del Sudeste Asiático y región del Pacífico Occidental). Los datos a nivel de país también se agruparon en regiones de acuerdo con los códigos de país o de área estándares de la ONU para uso estadístico.

	Totalmente en desacuerdo (n [%])	En desacuerdo (n [%])	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (n [%])	De acuerdo (n [%])	Totalmente de acuerdo (n [%])	Media (SD)	De acuerdo o totalmente de acuerdo (%)
Las PWLE deben tratarse de la misma manera que se trata a las personas con afecciones físicas	5 (1 %)	7 (2 %)	16 (4 %)	104 (27 %)	259 (66 %)	3,55 (0,77)	93 %
El estigma y la discriminación afectan negativamente a la mayoría de las personas con afecciones de salud mental	7 (2 %)	11 (3 %)	21 (5 %)	132 (33 %)	219 (56 %)	3,40 (0,86)	90 %
Los medios de comunicación podrían desempeñar un papel importante en la reducción del estigma y la discriminación	8 (2 %)	9 (2 %)	21 (5 %)	134 (35 %)	215 (56 %)	3,39 (0,86)	90 %
Mi gobierno debería invertir en un programa nacional a largo plazo para reducir el estigma y la discriminación	8 (2 %)	14 (4 %)	45 (12 %)	141 (36 %)	181 (47 %)	3,22 (0,93)	83 %
El estigma y la discriminación pueden ser peores que el impacto de la propia afección de salud mental	8 (2 %)	29 (8 %)	41 (11 %)	142 (37 %)	169 (43 %)	3,12 (1,01)	80 %
Los medios de comunicación son un factor importante para empeorar el estigma y la discriminación	7 (2 %)	41 (11 %)	66 (17 %)	136 (35 %)	140 (36 %)	2,93 (1,05)	71 %
Las PWLE deben liderar los esfuerzos antiestigma	18 (5 %)	76 (20 %)	112 (29 %)	128 (33 %)	56 (14 %)	2,33 (1,09)	47 %
En mi país, se han reducido el estigma y la discriminación generales en la última década	29 (8 %)	66 (17 %)	114 (29 %)	134 (34 %)	46 (12 %)	2,26 (1,10)	46 %

PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

Tabla 4: Respuestas clasificadas para elementos cuantitativos de la encuesta de experiencia vivida (n = 391)

Panel 4: Principios orientadores de la Comisión de Lancet sobre el fin del estigma y la discriminación en la salud mental

- Todos los instrumentos de derechos humanos pertinentes se aplican por igual a las personas que tienen y no tienen experiencia en afecciones de salud mental (apéndice, págs. 16-18).
- Las disposiciones que apoyan la inclusión social de personas con discapacidades deben aplicarse igualmente a las personas que tienen discapacidades relacionadas con afecciones de salud física y a aquellas que tienen discapacidades relacionadas con afecciones de salud mental
- Los servicios de salud y atención deben proporcionarse en relación con la necesidad, independientemente de su estado de salud, y deben brindarse de forma equitativa a las personas con afecciones de salud física y mental
- Las leyes específicas que discriminen injustamente a las personas sobre la base de una afección de salud mental o estado suicida deben desestimarse en todos los países
- Las iniciativas y acciones destinadas a reducir o erradicar el estigma y la discriminación de atención de salud mental deben diseñarse y producirse conjuntamente con las PWLE para alinearse con el principio de "nada sobre nosotros sin nosotros" y porque la base de evidencias muestra claramente que los métodos más eficaces se basan en el contacto social, especialmente el contacto social positivo, con personas con enfermedades mentales.³¹⁶ Dichas iniciativas deben utilizar de forma coherente un lenguaje respetuoso, ante los ojos de las personas con experiencia vivida

PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

Cuatro investigadores (HL, NVSJ, AM y PCG) realizaron el análisis cualitativo de los datos. Las respuestas de los participantes a cada pregunta se sintetizaron a través de una combinación de análisis de red de texto digital utilizando InfraNodus (versión Pro 2022) y análisis de contenido temático.³¹⁴ En primer lugar, las respuestas a cada pregunta se tradujeron al inglés utilizando Google Scholar, y hablantes nativos de cada idioma verificaron de forma cruzada las citas seleccionadas. El texto se cargó en InfraNodus y se emitieron algoritmos para generar redes semánticas a fin de identificar las palabras y los grupos de palabras clave más influyentes. Los investigadores exploraron las respuestas de los participantes conforme a estos grupos para obtener una revisión de contenido y síntesis de datos más detalladas. Se incluyeron citas esenciales de los participantes en los resúmenes para corroborar los resultados.

Resultados de la encuesta

Respondieron a la encuesta 391 participantes de 45 países y territorios: Argentina, Australia, Bangladés,

Panel 5: Objetivos de la Comisión de Lancet sobre el fin del estigma y la discriminación en la salud mental

- Las organizaciones internacionales no gubernamentales deben emitir una orientación que indique que todas las formas de estigma y discriminación hacia las personas con afecciones de salud mental son inaceptables
- Los gobiernos de todas las naciones deben implementar políticas para apoyar el fin del estigma y la discriminación contra las personas con afecciones de salud mental
- Asegurarse de que el estigma y la discriminación contra las personas con afecciones de salud mental en el lugar de trabajo estén erradicados
- Los programas de estudio de capacitación nacionales para todos los cursos de capacitación profesionales y vocacionales de atención médica y social deben incluir sesiones de capacitación obligatorias sobre las necesidades y los derechos de las personas con enfermedades mentales, impartidas conjuntamente por personas con dichas enfermedades
- Todas las organizaciones de medios de comunicación deben eliminar sistemáticamente el contenido estigmatizante de sus productos
- Las personas con experiencia vivida en afecciones de salud mental reciben un fuerte apoyo para reducir el estigma y la discriminación

PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

Bélgica, Botsuana, Camerún, Canadá, China (incluidos Hong Kong y Macao), Colombia, Dinamarca, Egipto, Francia, Georgia, Alemania, Ghana, India, Indonesia, Irlanda, Kazajistán, Kenia, Kirguistán, Malasia, Malí, México, Nepal, Nueva Zelanda, Nigeria, Noruega, Pakistán, Perú, Corea del Sur, Rusia, Serbia, Singapur, Sudáfrica, España, Estado de Palestina, Suiza, Trinidad y Tobago, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido, Estados Unidos, Uruguay, Uzbekistán y Zimbabue.

Una cantidad de 254 encuestados (65 %) proceden de países y territorios con ingresos medios-superiores. Entre todos los participantes, 132 (34 %) tenían experiencia como activistas en investigación y elaboración de políticas, habían participado en organizaciones comunitarias locales, o ambas (tabla 3); 202 (52 %) habían participado en actividades, reuniones o proyectos para reducir el estigma y la discriminación relacionados con afecciones de salud mental. Las invitaciones para participar se extendieron solo a las PWLE, pero 69 (18 %) no revelaron que tuvieran una experiencia de afección de salud mental, aunque los encuestados pudieron responder que eran activistas de salud mental sin dicha experiencia.

	Objetivo	Indicadores
Organizaciones internacionales		
Objetivo: las organizaciones internacionales no gubernamentales deben emitir una orientación en la que se indique que todas las formas de estigma y discriminación hacia las personas con afecciones de salud mental son inaceptables		
<p>Recomendación 1: Las agencias de la ONU, dirigidas por la OMS, que trabajan con jefes de estado y ministros de salud deben implementar la reforma de las políticas, los planes y las leyes de salud mental en línea con los instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales, como se establece en el Plan de acción integral de salud mental de la OMS,³¹⁷ en el que hay un compromiso explícito de reducir el estigma y la discriminación</p> <p>Recomendación 2: La OMS y sus socios internacionales deben desarrollar, emitir y fomentar el uso de un conjunto de herramientas prácticas basadas en la evidencia para la adaptación e implementación en todos los países para reducir el estigma y la discriminación</p>	<p>Objetivo global del plan de acción de la OMS 1.1: el 80 % de los países debería haber desarrollado o actualizado su política o plan para la salud mental de acuerdo con los instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales para 2030; Objetivo global del plan de acción de la OMS 1.2: el 80 % de los países debería haber desarrollado o actualizado su ley para la salud mental de acuerdo con los instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales para 2030.</p> <p>La OMS y sus socios deben publicar el kit de herramientas para finales de 2023 con el fin de ayudar a los países a reducir el estigma y la discriminación, y al menos 75 países deberían informar sobre su uso para 2030.</p>	<p>Indicador del plan de acción de la OMS 1.1: existencia de una política o plan nacional para la salud mental que se está implementando y está en línea con los instrumentos de derechos humanos internacionales; Indicador del plan de acción de la OMS 1.2: existencia de una ley nacional que cubra la salud mental está implementando y está en línea con los instrumentos de derechos humanos internacionales (fuente: Atlas de salud mental de la OMS)</p> <p>Como se informó a la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS añadir nuevos indicadores al Atlas de Salud Mental de la OMS para la implementación del conjunto de herramientas para el estigma y la discriminación, para realizar un seguimiento de progreso a través de sus mecanismos de presentación de informes (fuente: OMS).</p>
Gobiernos		
Objetivo: los gobiernos de todas las naciones deben implementar políticas para apoyar el fin del estigma y la discriminación contra las personas con afecciones de salud mental		
<p>Recomendación 3: se debe exigir a todos los Estados miembro de la ONU a que tomen medidas en virtud del objetivo 3 del Plan de acción integral de salud mental de la OMS: "Modificar o derogar la legislación que perpetúa la estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos contra las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, incluida la despenalización del suicidio, y así contribuir al indicador de reducción del suicidio de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU"³¹⁷</p>	<p>Objetivo global del plan de acción de la OMS: todos los países deberían despenalizar el suicidio y el comportamiento suicida para 2030</p>	<p>Número de países en los que el suicidio y el comportamiento suicida siguen siendo un delito (fuente: Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio)</p>
Empleadores		
Objetivo: los empleados deben asegurarse de que el estigma y la discriminación contra las personas con afecciones de salud mental en el lugar de trabajo estén erradicados		
<p>Recomendación 4: Los estados miembros de la ONU, las agencias y las organizaciones empleadoras deben implementar las directrices emitidas por la OMS sobre salud mental y trabajo y aplicarlas a todas las agencias gubernamentales</p>	<p>Debería convocarse a los Estados miembros de la ONU para que tomen medidas basadas en la evidencia para implementar plenamente el objetivo 3 de 2030 del Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS: "Abordar la discriminación en las instituciones educativas y el lugar de trabajo y promover el acceso completo a oportunidades educativas, participación en el trabajo y programas de vuelta al trabajo para personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales"</p>	<p>La OMS debe desarrollar indicadores y un sistema de supervisión para la implementación de directrices sobre salud mental y trabajo publicadas en 2022; indicadores de la Organización Internacional del Trabajo (artículo 19 o artículo 22; fuente: Plan de acción integral de salud mental de la OMS)</p>
Sectores de atención médica y asistencia social		
Objetivo: los programas de estudio de capacitación nacionales para todos los cursos de capacitación profesionales y vocacionales de atención médica y social deben incluir sesiones obligatorias sobre las necesidades y derechos de las personas con enfermedades mentales, impartidas conjuntamente por PWLE		
<p>Recomendación 5: todos los cursos de precalificación para el personal de atención médica y social deben incluir sesiones basadas en la evidencia sobre la reducción del estigma entre los proveedores y ayudar a los proveedores a responder a las experiencias de estigma y discriminación entre pacientes, clientes y otros beneficiarios</p>	<p>Para 2030, la mayoría de los cursos de capacitación de precalificación para medicina y enfermería deben incluir dicha capacitación</p>	<p>Se debe invitar a la Asociación Mundial de Psiquiatría y al Colegio Internacional de Enfermeros a supervisar la prestación de dicha capacitación periódicamente y a informar sus hallazgos</p>
Medios de comunicación		
Objetivo: todas las organizaciones de medios de comunicación deben eliminar sistemáticamente el contenido estigmatizante de sus productos		
<p>Recomendación 6: todas las organizaciones de medios de comunicación nacionales e internacionales deben ser convocadas a emitir declaraciones de políticas y planes de acción (basados en los hallazgos de esta Comisión de Lancet) sobre cómo promoverán la salud mental y contribuirán a la reducción del estigma y la discriminación en la salud mental.</p>	<p>Para 2030, todas las organizaciones de medios nacionales e internacionales deberían haber emitido declaraciones de política y planes de acción sobre cómo promueven la salud mental y contribuyen a la reducción del estigma y la discriminación en la salud mental</p>	<p>Se debe identificar un grupo de medios importante para crear un inventario de organizaciones de medios relevantes y, a partir de 2023, se deben realizar encuestas anuales en línea para evaluar cuáles han emitido dichas declaraciones de política y planes de acción, y deben publicar sus hallazgos.</p>
PWLE, comunidades locales y sociedad civil		
Objetivo: Las PWLE deben contar con un fuerte apoyo para reducir el estigma y la discriminación		
<p>Recomendación 7: todos los programas gubernamentales nacionales actuales y futuros para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con la salud mental deben ser dirigidos o codirigidos por PWLE, utilizando el principio de contacto social basado en evidencias</p> <p>Recomendación 8: los programas financiados para apoyar a las personas con experiencia vivida deben proporcionarse en las siguientes tres categorías: ayuda mutua o redes de apoyo entre pares; integración de PWLE como proveedores de prestación de servicios sociales y de atención médica (p. ej., trabajadores de apoyo entre pares); y los usuarios de servicios reciben apoyo con las decisiones de divulgación</p>	<p>Para 2030, todos los programas gubernamentales nacionales para la reducción del estigma y la discriminación relacionados con la salud mental deben estar dirigidos o codirigidos por PWLE</p> <p>Para 2030, la mayoría de los programas para apoyar a PWLE deben informar de que se están proporcionando los tres tipos de apoyo</p>	<p>La OMS debe añadir una pregunta adicional al Atlas de Salud Mental de la OMS: ¿todos los programas nacionales antiestigma son dirigidos o codirigidos por PWLE? (Fuente: Atlas de Salud Mental de la OMS)</p> <p>A partir de 2023, Global Mental Health Peer Network debe realizar encuestas anuales en línea de programas para apoyar a las personas con experiencia vivida y evaluar si los programas proporcionan apoyo en las tres categorías dadas</p>
PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.		
Tabla 5: Objetivos, recomendaciones, objetivos e indicadores de la Comisión de Lancet		

Para obtener más información sobre el **Atlas de Salud Mental de la OMS**, consulte <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Para obtener más información sobre el **trabajo de la OMS**, consulte <https://www.who.int/>

Para obtener más información sobre la **Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio** consulte <https://www.iasp.info/>

Panel 6: Otras recomendaciones propuestas por la Comisión de Lancet

Organizaciones internacionales

- Debe acordarse y establecerse un mecanismo internacional a largo plazo para compartir libremente materiales basados en la evidencia y aprendizaje basado en la experiencia sobre la realización de programas para reducir el estigma y la discriminación (basándose en el trabajo de la Alianza Global Antiestigma, especialmente haciendo hincapié en las necesidades de los LMIC) y para desarrollar y utilizar resultados directamente relevantes para las PWLE

Gobiernos

- Debe establecerse un organismo nacional (p. ej., un Consejo Nacional de Salud Mental e Inclusión Social) en los estados miembros de la ONU para supervisar las medidas para reducir el estigma y la discriminación, promover la inclusión social de personas con afecciones de salud mental e informar sobre el impacto directamente al ministro de salud del país
- Se debe instar a los estados miembros de la ONU a implementar en su totalidad las recomendaciones relacionadas con el estigma y la inclusión social de las Directrices de la OMS sobre el trabajo y la salud mental. Se debe instar a los estados miembros de la ONU a que tomen medidas sobre el objetivo 3 del Plan de acción integral para la salud mental de la OMS: “Desarrollar una promoción y prevención universales e indicadas (dirigidas) basadas en la escuela, incluidos... programas para contrarrestar la estigmatización y la discriminación de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales”

Sector educativo

- Los programas de capacitación nacionales para todas las profesiones del sistema de enseñanza y educación deben incluir sesiones de capacitación para reducir el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental
- Los planes de estudios escolares y universitarios deberían incluir sesiones para estudiantes sobre intervenciones basadas en evidencia para mejorar la comprensión de las afecciones de salud mental y reducir el estigma y la discriminación.

Sectores de atención médica y asistencia social

- La evaluación del estigma y la discriminación de los profesionales de atención médica y sociales debe evaluar no solo el conocimiento y las actitudes, sino también centrarse en los comportamientos de los profesionales de atención médica y los impactos en la carga del cuidados y la calidad de la atención
- Las experiencias de estigma y discriminación deben documentarse sistemáticamente en entornos de atención médica y asistencia social, y deben responderse con medidas de mitigación

LMIC = países con ingresos bajos y medios. PWLE = personas con experiencia vivida de afecciones de salud mental.

Para los resultados cuantitativos, el elemento de estigma respaldado con más frecuencia fue que las PWLE deben ser tratadas tan bien como las personas con afecciones físicas, con 363 (93 %) de acuerdo o totalmente de acuerdo (tabla 4). La mayoría de los participantes también estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en que el estigma y la discriminación afectan negativamente a la mayoría de las personas con afecciones de salud mental y que los medios de comunicación podrían desempeñar un papel importante en la reducción del estigma y la discriminación (ambos 90 %). Los elementos con el menor respaldo incluyeron “el estigma general y la discriminación en mi país se han reducido en la última década” y “las PWLE deben liderar los esfuerzos antiestigma” (tabla 4). Los resultados cualitativos de la encuesta se resumen en el apéndice 3 (págs. 26–40) y se muestran muchas citas a lo largo de este informe.

Conclusiones: Principios rectores de la Comisión, objetivos, recomendaciones y llamada a la acción

El momento de actuar para acabar con el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental es ahora. Estas formas de exclusión social simplemente ya no son aceptables. El Plan de acción integral de la OMS 2013–30 establece claramente, “La visión del plan de acción es un mundo en el que se valora, se promueve y se protege la salud mental, se previenen las afecciones de salud mental y las personas afectadas por estas afecciones pueden ejercer toda la gama de derechos humanos y acceder a una atención médica y social de alta calidad culturalmente adecuada de forma oportuna para promover la recuperación, con el fin de alcanzar el mayor nivel de salud posible y participar plenamente en la sociedad y en el trabajo, sin estigmatización ni discriminación”.³¹⁵

“Siempre hay que poner énfasis en la elección y en la agencia, en lugar de las cosas que se hacen a alguien con respecto a su salud mental”.

Persona en el Reino Unido

Principios rectores para las recomendaciones de la Comisión de Lancet

Al formular las recomendaciones de esta Comisión de Lancet, nos guiamos por cinco principios clave (panel 4).

“El lenguaje importa, pero lo más importante son las acciones”.

Persona en España

Objetivos y recomendaciones de la Comisión de Lancet

La síntesis detallada de evidencias de este informe destaca los impactos abrumadores y negativos del

estigma y la discriminación. Una encuesta a los Comisionados de *Lancet* y a los miembros de la Junta Asesora han identificado seis objetivos clave de acción (panel 5). Inspirados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU,² hemos llegado a un acuerdo sobre ocho recomendaciones prácticas, cada una con objetivos e indicadores específicos (tabla 5). También hemos identificado ocho recomendaciones adicionales (panel 6).

Llamada a la acción

Basándose en toda la información presentada en este informe de la Comisión de *Lancet*, nuestro mensaje clave único y sencillo es el siguiente: la salud mental forma parte de ser humano, actuemos ahora para detener el estigma y comenzar la inclusión.

Colaboradores

Todos los autores contribuyeron a la redacción, las recomendaciones y las conclusiones de este informe. Todos los autores tuvieron acceso completo a los datos del estudio y aceptan la responsabilidad de enviarlos para su publicación.

El informe de la Comisión fue coordinado por los copresidentes de la Comisión (GT y CS) y también respaldado por los miembros del Comité Directivo de la Comisión y la Secretaría (KD, EH, PCG, EL, PKM, MM, NR, CS, TTS, GT, NV y PW). El Apéndice 2 muestra todos los miembros del grupo de Comisionados (pág. 2), el Consejo Asesor de la Comisión (pág. 3), el Grupo de Comunicaciones y Lanzamiento de la Comisión (pág. 8) y otros colaboradores a los que nos complace reconocer (pág. 9).

Declaración de intereses

Declaramos que no hay intereses opuestos. Las fuentes de otro apoyo financiero para los autores y los Comisionados, fuera del trabajo presentado, se muestran en el apéndice 2 (pág. 4).

Reconocimientos

No se recibió financiación para la redacción de este informe. La organización sin fines de lucro United for Global Mental Health contribuyó con la financiación para las comunicaciones y las actividades de lanzamiento del informe. Nos gustaría agradecer a las siguientes personas que fueron Comisionados o miembros de la Junta Asesora de la Comisión por sus contribuciones a la Comisión, pero que no son responsables del contenido del informe: Martin Agrest, Shuntaro Ando, Johanne Bratbo, Chi-Cheng Chang, Pat Corrigan, Eshetu Girma, Oye Gureje, Leonaitasi Hoponoa, Tony Jorm, Devora Kestel, Raj Mariwala, Franco Mascayano, Victoria Mutiso, Arshinta Soemarsono, Robert van Voren y Peter Yaro. También estamos muy agradecidos a las siguientes personas que proporcionaron traducción u otro apoyo a la encuesta global de personas con experiencia vivida: Marion Bovey, Juliette Rory Kelsey Chagnon, Nicky Chandam, Felipe Correa, Julian Eaton, Camilla Fitzjohn, Mar Guerrero, Lai Ping Chan Ho, Anne Hoffman, Amanda Li, Paul McCrone, Sacha Moufarrej, Arturo Pérez, Yulia Rozanova, Sally Souraya, Agus Sugianto, Marié du Toit, Si Qi Xue, Weilin Xu y Ziyang Xu. También nos complace reconocer las contribuciones adicionales de las siguientes personas que contribuyeron al Grupo de Comunicaciones y Lanzamiento de la Comisión: Tsuyoshi Akiyama, Dan Chisholm y Sarah Shepherd.

Referencias

- Rüsch N. El estigma de la enfermedad mental: estrategias contra la exclusión social y la discriminación. Londres: Elsevier, 2022.
- OMS. Informe de salud mental mundial: transformar la salud mental para todos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022.
- ONU. La agenda de 2030 para la acción global y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York, NY: Naciones Unidas, 2015.
- ONU. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades. Nueva York, NY: Naciones Unidas, 2006.
- Arboleda-Flórez J, Stuart H. De pecado a ciencia: la lucha contra la estigmatización de las enfermedades mentales. *Can J Psychiatry* 2012; **57**: 457–63.
- Goffman E. Estigma: notas sobre la gestión de la identidad estropeada. Harmondsworth: Penguin Books, 1963.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualización del estigma. *Annu Rev Sociol* 2001; **27**: 363–85.
- Bargh JA, Chen M, Burrows L. Automaticidad del comportamiento social: efectos directos de la construcción del rasgo y activación del estereotipo en la acción. *J Pers Soc Psychol* 1996; **71**: 230–44.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Estigma: ¿ignorancia, prejuicio o discriminación? *Br J Psychiatry* 2007; **190**: 192–93.
- Crenshaw K. Desmarginalizando la intersección de la raza y el sexo: una crítica feminista negra de la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y la política antirracista. *Univ Chic Leg Forum* 1989; **1**: 139–67.
- Henderson C, Noblett J, Parke H y otros. El estigma relacionado con la salud mental en entornos de atención médica y salud mental. *Lancet Psychiatry* 2014; **1**: 467–82.
- Thornicroft G. Rechazado: discriminación contra personas con enfermedades mentales. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Koschorke M, Evans-Lacko S, Sartorius N, Thornicroft G. El estigma en diferentes culturas. En: Gaebel W, Rossler W, Sartorius N, eds. El estigma de la enfermedad mental: el final de la historia. Heidelberg: Springer, 2017.
- Yang LH, Thornicroft G, Alvarado R, Vega E, Link BG. Avances recientes en la medición intercultural en epidemiología psiquiátrica: utilizar “lo que más importa” para identificar los aspectos específicos de la cultura del estigma. *Int J Epidemiol* 2014; **43**: 494–510.
- Mak WW, Cheung RY. El estigma por afiliación entre los cuidadores de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental. *J Appl Res Intellect Disabil* 2008; **21**: 532–45.
- Sheehan L, Nieweglowski K, Corrigan PW. Estructuras y tipos de estigma. El estigma de la enfermedad mental: ¿el final de la historia? Cham, Suiza: Springer International Publishing, 2017: 43–82.
- Sheehan L, Fominaya AW, Bink AB, Kraus DJ, Schmidt A, Corrigan PW. Estigma por cualquier otro nombre. *Psychiatr Serv* 2016; **67**: 1373–75.
- Corrigan PW, Watson AC. La paradoja del autoestigma y la enfermedad mental. *Clin Psychol Sci Pract* 2002; **9**: 35–53.
- Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. El autoestigma y el efecto “por qué intentarlo”: impacto en los objetivos de la vida y prácticas basadas en la evidencia. *World Psychiatry* 2009; **8**: 75–81.
- Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Culpa, vergüenza y contaminación: el impacto de la enfermedad mental y el estigma de dependencia de drogas en los miembros de la familia. *J Fam Psychol* 2006; **20**: 239–46.
- Mak WW, Cheung RY. Angustia psicológica y carga subjetiva de los cuidadores de personas con enfermedades mentales: el papel del estigma por afiliación y enfrentar las inquietudes. *Community Ment Health J* 2012; **48**: 270–74.
- Shi Y, Shao Y, Li H y otros. Correlaciones del estigma por afiliación entre cuidadores familiares de personas con enfermedad mental: revisión y metanálisis sistemáticos. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019; **26**: 49–61.
- Corrigan PW. El estigma de atención de salud mental como atribución social: implicaciones para los métodos de investigación y el cambio de actitud. *Clin Psychol Sci Pract* 2000; **7**: 48–67.
- Link BG, Phelan J. El poder del estigma. *Soc Sci Med* 2014; **103**: 24–32.
- Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Patrón global de discriminación experimentada y prevista contra personas con esquizofrenia: una encuesta transversal. *Lancet* 2009; **373**: 408–15.
- Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Desarrollo y evaluación psicométrica de la Escala de discriminación y estigma (Discrimination and Stigma Scale, DISC). *Psychiatry Res* 2013; **208**: 33–40.

- 27 Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiencias de estigma, prejuicio y discriminación de enfermedades mentales: una revisión de medidas. *BMC Health Serv Res* 2010; **10**: 80.
- 28 Angermeyer MC, Matschinger H, Link BG, Schomerus G. Actitudes públicas con respecto a la discriminación individual y estructural: ¿dos caras de la misma moneda? *Soc Sci Med* 2014; **103**: 60–66.
- 29 Barber S, Gronholm PC, Ahuja S, Rüsche N, Thornicroft G. Microagresiones hacia las personas afectadas por problemas de salud mental: una revisión de alcance. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019; **29**: e82.
- 30 Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “¿Una enfermedad como cualquier otra?” Década de cambio en las reacciones públicas a la esquizofrenia, la depresión y la dependencia del alcohol. *Am J Psychiatry* 2010; **167**: 1321–30.
- 31 Phelan JC. Bases genéticas de la enfermedad mental: ¿una cura para el estigma? *Trends Neurosci* 2002; **25**: 430–31.
- 32 Lebowitz MS, Appelbaum PS. Explicaciones biomédicas de la psicopatología y sus implicaciones para las actitudes y creencias sobre los trastornos mentales. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; **15**: 555–77.
- 33 Link BG, Stuart H. Acerca de la revisión de algunos orígenes del concepto de estigma, ya que se aplican a enfermedades mentales. El estigma de la enfermedad mental: ¿el final de la historia? Cham, Suiza: Springer International Publishing, 2017: 3–28.
- 34 Patel V, Saxena S, Lund C y otros. La Comisión Lancet sobre salud mental y desarrollo sostenible a nivel global. *Lancet* 2018; **392**: 1553–98.
- 35 Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. El “eje” del estigma: identificar el núcleo global del prejuicio público asociado a la enfermedad mental. *Am J Public Health* 2013; **103**: 853–60.
- 36 Hatzenbuehler ML, Link BG. Introducción al tema especial sobre el estigma estructural y la salud. *Soc Sci Med* 2014; **103**: 1–6.
- 37 OMS. Kit de herramientas QualityRights de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 38 Hazo JB, Gervais J, Gandré C, Brun M, Leboyer M, Chevrel K. Inversión en la Unión Europea y participación de los países en la investigación de salud mental entre 2007 y 2013. *Acta Psychiatr Scand* 2016; **134**: 138–49.
- 39 Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J y otros. Desafíos, oportunidades y estrategias de financiación de atención de salud mental en países de ingresos medios y bajos: hallazgos del proyecto Emerald. *BJ Psych Open* 2019; **5**: e68.
- 40 Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S y otros. La brecha de tratamiento para los trastornos de ansiedad es global: resultados de las Encuestas Mundiales de Salud Mental en 21 países. *Depress Anxiety* 2018; **35**: 195–208.
- 41 Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S y otros. Falta de tratamiento de personas con trastorno depresivo mayor en 21 países. *Br J Psychiatry* 2017; **210**: 119–24.
- 42 Moitra M, Santomauro D, Collins PY y otros. La brecha global en la cobertura del tratamiento para el trastorno depresivo mayor en 84 países desde 2000–2019: una revisión sistemática y un análisis bayesiano de metarregresión. *PLoS Med* 2022; **19**: e1003901.
- 43 Thornicroft G. Disparidades en la salud física y enfermedades mentales: el escándalo de la mortalidad prematura. *Br J Psychiatry* 2011; **199**: 441–42.
- 44 Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortalidad en trastornos mentales e implicaciones globales de la carga de la enfermedad: revisión y metanálisis sistemáticos. *JAMA Psychiatry* 2015; **72**: 334–41.
- 45 Lund C, Cois A. Causalidad social simultánea y deriva social: análisis longitudinal de la depresión y la pobreza en Sudáfrica. *J Affect Disord* 2018; **229**: 396–402.
- 46 Yang LH, Chen FP, Sia KJ y otros. “Lo que más importa:” un mecanismo cultural que modera la vulnerabilidad estructural y la experiencia moral del estigma de las enfermedades mentales. *Soc Sci Med* 2014; **103**: 84–93.
- 47 Gurung D, Poudyal A, Wang YL y otros. El estigma contra los trastornos de salud mental en Nepal se conceptualizó con un marco de “lo que más importa”: una revisión del alcance. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022; **31**: e11.
- 48 Oexle N, Corrigan PW. Comprensión del estigma de las enfermedades mentales hacia personas con múltiples afecciones estigmatizadas: implicaciones de la teoría de interseccionalidad. *Psychiatr Serv* 2018; **69**: 587–89.
- 49 Gabbidon J, Farrelly S, Hatch SL y otros. Discriminación atribuida a enfermedad mental o raza-etnia por parte de usuarios de servicios psiquiátricos comunitarios. *Psychiatr Serv* 2014; **65**: 1360–66.
- 50 Mak WW, Poon CY, Pun LY, Cheung SF. Metanálisis del estigma y la salud mental. *Soc Sci Med* 2007; **65**: 245–61.
- 51 Yu BCL, Chio FHN, Mak WWS, Corrigan PW, Chan KKY. Proceso de internalización del estigma de las personas con enfermedades mentales en todas las culturas: un enfoque de modelado de ecuaciones estructurales metanalíticas. *Clin Psychol Rev* 2021; **87**: 102029.
- 52 Eliasson ET, McNamee L, Swanson L, Lawrie SM, Schwannauer M. Desglose del estigma: metanálisis de correlaciones y moderadores del estigma personal en la psicosis. *Clin Psychol Rev* 2021; **89**: 102077.
- 53 Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Autoestigma en enfermedades mentales graves: revisión sistemática de la frecuencia, las correlaciones y las consecuencias. *Schizophr Bull* 2021; **47**: 1261–87.
- 54 Rüsche N, Müller M, Lay B y otros. Reacciones emocionales a la hospitalización psiquiátrica involuntaria y al estrés relacionado con el estigma entre las personas con enfermedad mental. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014; **264**: 35–43.
- 55 Xu Z, Müller M, Lay B y otros. Hospitalización involuntaria, estrés por estigma y tendencias suicidas: estudio longitudinal. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; **53**: 309–12.
- 56 Rüsche N, Heekeren K, Theodoridou A y otros. El estigma como estresante y la transición a la esquizofrenia después de un año entre los jóvenes en riesgo de psicosis. *Schizophr Res* 2015; **166**: 43–48.
- 57 Clement S, Schauman O, Graham T y otros. ¿Cuál es el impacto del estigma relacionado con la salud mental en la búsqueda de ayuda? Revisión sistemática de estudios cuantitativos y cualitativos. *Psychol Med* 2015; **45**: 11–27.
- 58 Hammarlund R, Crapanzano KA, Luce L, Mulligan L, Ward KM. Revisión de los efectos del autoestigma y el estigma social percibido en las decisiones de búsqueda de tratamiento de personas con trastornos por consumo de drogas y alcohol. *Subst Abuse Rehabil* 2018; **9**: 115–36.
- 59 Hamilton S, Pinfold V, Cotney J y otros. Análisis cualitativo de las experiencias de discriminación informadas por los usuarios del servicio de salud mental. *Acta Psychiatr Scand* 2016; **134** (supl. 446): 14–22.
- 60 Bhugra D, Pathare S, Nardodkar R y otros. Disposiciones legislativas relacionadas con el matrimonio y el divorcio de personas con problemas de salud mental: una revisión global. *Int Rev Psychiatry* 2016; **28**: 386–92.
- 61 Bhugra D, Pathare S, Joshi R y otros. Derecho a la propiedad, herencia y contrato de personas con enfermedad mental. *Int Rev Psychiatry* 2016; **28**: 402–08.
- 62 Bhugra D, Pathare S, Gosavi C y otros. Enfermedad mental y derecho al voto: una revisión de la legislación en todo el mundo. *Int Rev Psychiatry* 2016; **28**: 395–99.
- 63 Szmukler G. Detención y tratamiento involuntarios: ¿estamos avanzando hacia un “cambio de paradigma”? *Schizophr Bull* 2020; **46**: 231–35.
- 64 Callard F, Sartorius N, Arboleda-Florez J y otros. Enfermedad mental, discriminación y legislación: la lucha por la justicia social. Londres: Wiley Blackwell, 2012.
- 65 Pyle M, Morrison AP. “Es solo un tipo de cosa muy tabú y secreta”: dar sentido a la vida con estigma y discriminación de relatos de personas con psicosis. *Psychosis* 2014; **6**: 195–205.
- 66 Burke E, Wood L, Zabel E, Clark A, Morrison AP. Experiencias de estigma en psicosis: un análisis cualitativo de las perspectivas de los usuarios de servicio. *Psychosis* 2016; **8**: 130–42.
- 67 Mak WW, Chan RC, Wong SY y otros. Una investigación de diagnóstico cruzado del impacto diferencial de la discriminación en la recuperación clínica y personal. *Psychiatr Serv* 2017; **68**: 159–66.
- 68 Pellet J, Golay P, Nguyen A y otros. La relación entre el autoestigma y la depresión entre las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia: un estudio longitudinal. *Psychiatry Res* 2019; **275**: 115–19.

- 69 Fox AB, Smith BN, Vogt D. ¿Cómo y cuándo afecta el estigma de la enfermedad mental a la búsqueda de tratamiento? Examen longitudinal de las relaciones entre el estigma previsto e internalizado, la gravedad de los síntomas y el uso del servicio de salud mental. *Psychiatry Res* 2018; **268**: 15–20.
- 70 DeLuca JS, Clement TW, Yanos PT. ¿El estigma individual predice las actitudes de financiación de salud mental? Hacia una comprensión de la asignación de recursos y el clima social. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2017; **54**: 6–16.
- 71 Bishop TF, Press MJ, Keyhani S, Pincus HA. Aceptación del seguro por parte de los psiquiatras y las implicaciones para el acceso a la atención de salud mental. *JAMA Psychiatry* 2014; **71**: 176–81.
- 72 Ghosh M. Seguro de salud mental en la India: falta de paridad. *Lancet Psychiatry* 2021; **8**: 860.
- 73 Appelbaum PS, Parks J. Responsabilizar a las aseguradoras de la paridad en la cobertura del tratamiento de salud mental. *Psychiatr Serv* 2020; **71**: 202–04.
- 74 Knaak S, Mantler E, Szeto A. El estigma relacionado con la enfermedad mental en la atención médica: barreras para el acceso y la atención y soluciones basadas en la evidencia. *Healthc Manage Forum* 2017; **30**: 111–16.
- 75 Jones S, Howard L, Thornicroft G. “Eclipsación diagnóstica”: peor atención de salud física para personas con enfermedad mental. *Acta Psychiatr Scand* 2008; **118**: 169–71.
- 76 Henderson C, Noblett J, Parke H y otros. El estigma relacionado con la salud mental en entornos de atención médica y salud mental. *Lancet Psychiatry* 2014; **1**: 467–82.
- 77 Gissler M, Laursen TM, Ösby U, Nordentoft M, Wahlbeck K. Patrones de mortalidad entre personas con trastornos mentales graves en cohortes de nacimiento: un estudio basado en registros de Dinamarca y Finlandia en 1982–2006. *BMC Public Health* 2013; **13**: 834.
- 78 Tiitonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K y otros. Seguimiento de once años de la mortalidad en pacientes con esquizofrenia: un estudio de cohortes basado en la población (estudio FIN11). *Lancet* 2009; **374**: 620–27.
- 79 Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T y otros. Patrón global de discriminación experimentada y prevista informada por personas con trastorno depresivo mayor: encuesta transversal. *Lancet* 2013; **381**: 55–62.
- 80 Moses T. El estigma y la familia. En: Corrigan PW, ed. El estigma de la enfermedad y la discapacidad: comprender las causas y superar las injusticias. Washington, DC: Asociación Estadounidense de Psicología, 2014: 247–68.
- 81 Elkington KS, Hackler D, Walsh TA y otros. Estigma de enfermedad mental percibida, relaciones íntimas y comportamiento de riesgo sexual en jóvenes con enfermedad mental. *J Adolesc Res* 2013; **28**: 378–404.
- 82 Lasalvia A, Van Bortel T, Bonetto C y otros. Variaciones internacionales en la discriminación informada entre las personas tratadas por demencia mayor en todo el mundo: estudio internacional ASPEN/INDIGO. *Br J Psychiatry* 2015; **207**: 507–14.
- 83 Loganathan S, Murthy RS. Vivir con esquizofrenia en la India: perspectivas de género. *Transcult Psychiatry* 2011; **48**: 569–84.
- 84 Ferrie J, Miller H, Hunter SC. Resultados psicosociales del estigma de la enfermedad mental en niños y adolescentes: revisión sistemática de métodos mixtos. *Child Youth Serv Rev* 2020; **113**: 104961.
- 85 Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH y otros. Intervenciones universales y selectivas para promover una buena salud mental en los jóvenes: revisión y metanálisis sistemáticos. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020; **41**: 28–39.
- 86 UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado de los niños del mundo 2021: en mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de los niños. Nueva York, NY: UNICEF, 2021.
- 87 Moses T. Ser tratado de forma diferente: experiencias de estigma con la familia, los pares y el personal escolar entre adolescentes con trastornos de salud mental. *Soc Sci Med* 2010; **70**: 985–93.
- 88 Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Estigma relacionado con la salud mental y vías para cuidar a las personas en riesgo de trastornos psicóticos o que experimentan psicosis en el primer episodio: una revisión sistemática. *Psychol Med* 2017; **47**: 1867–79.
- 89 van Beukering IE, Smits SJC, Janssens KME y otros. ¿De qué manera afecta el estigma relacionado con la salud al empleo sostenible y al bienestar en el trabajo? Una revisión sistemática. *J Occup Rehabil* 2021.
- 90 Trani JF, Bakhshi P, Kuhlberg J y otros. Enfermedad mental, pobreza y estigma en la India: un estudio de control de casos. *BMJ Open* 2015; **5**: e006355.
- 91 Lund C, De Silva M, Plagerson S y otros. Pobreza y trastornos mentales: romper el ciclo en los países de ingresos bajos y medios. *Lancet* 2011; **378**: 1502–14.
- 92 Valic M, Knifton L, Svab V. Una revisión de la bibliografía y los informes de los medios de comunicación de los patrones del estigma de salud mental y el abordaje del estigma en Eslovenia hasta 2010. *Zdr Varst* 2013; **52**: 47–58.
- 93 Zhang TM, Wong IY, Yu YH y otros. Un modelo integrador de estigma internalizado y resultados relacionados con la recuperación entre las personas diagnosticadas con esquizofrenia en la China rural. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; **54**: 911–18.
- 94 Yamaguchi S, Mizuno M, Ojio Y y otros. Asociaciones entre el cambio de nombre de la esquizofrenia y los resultados relacionados con el estigma: una revisión sistemática. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017; **71**: 347–62.
- 95 Corrigan PW. El efecto del estigma: consecuencias imprevistas de las campañas de salud mental. Nueva York, NY: Columbia University Press, 2018.
- 96 Bhugra D, Pathare S, Joshi R, Kalra G, Torales J, Ventriglio A. Una revisión de las políticas de salud mental de los países de la Commonwealth. *Int J Soc Psychiatry* 2018; **64**: 3–8.
- 97 Ricci C, Lee M-B, Chiu C-H. Una revisión de los mecanismos legislativos disponibles para proteger los derechos de participación social de las personas con depresión en la región de Asia del Pacífico. *Australas Psychiatry* 2004; **12** (supl. 12): S16–27.
- 98 Zhang Z, Sun K, Jatchavala C y otros. Descripción general del estigma contra las enfermedades psiquiátricas y avances de las actividades antiestigma en seis sociedades asiáticas. *Int J Environ Res Public Health* 2019; **17**: E280.
- 99 Joshi C, Skeer MR, Chui K, Neupane G, Koirala R, Stopka TJ. Modelos de tratamiento farmacológico centrados en las mujeres para mujeres embarazadas con trastorno por consumo de opioides: revisión de alcance. *Drug Alcohol Depend* 2021; **226**: 108855.
- 100 Røsvik J, Michelet M, Engedal K y otros. Intervenciones para mejorar el acceso y la utilización de servicios formales de atención comunitaria para las personas que viven en casa con demencia y sus cuidadores informales. Una revisión del alcance. *Aging Ment Health* 2020; **24**: 200–11.
- 101 Arundell L-L, Greenwood H, Baldwin H y otros. Avanzar en la igualdad de atención de salud mental: revisión de mapas de intervenciones, evaluaciones y barreras económicas, y facilitadores. *Syst Rev* 2020; **9**: 115.
- 102 Choi KR, Easterlin MC. Modelos de intervención para aumentar el acceso a los servicios de salud conductual entre los jóvenes: una revisión sistemática. *J Dev Behav Pediatr* 2018; **39**: 754–62.
- 103 Werlen L, Gjukaj D, Mohler-Kuo M, Puhon MA. Intervenciones para mejorar el acceso de los niños a la atención de salud mental: una revisión y metanálisis sistemáticos. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; **29**: 29.
- 104 Greene JA, Bina R, Gum AM. Intervenciones para aumentar la retención en los servicios de salud mental: una revisión sistemática. *Psychiatr Serv* 2016; **67**: 485–95.
- 105 Xu Z, Huang F, Kösters M y otros. Eficacia de las intervenciones para promover la búsqueda de ayuda para problemas de salud mental: revisión y metanálisis sistemáticos. *Psychol Med* 2018; **48**: 2658–67.
- 106 Gayed A, Milligan-Saville JS, Nicholas J y otros. Eficacia de la capacitación de los gerentes de los lugares de trabajo para comprender y apoyar las necesidades de salud mental de los empleados: revisión y metanálisis sistemáticos. *Occup Environ Med* 2018; **75**: 462–70.
- 107 Szeto ACH, Dobson KS. Reducción del estigma de los trastornos mentales en el trabajo: una revisión de los programas actuales de intervención antiestigma en el lugar de trabajo. *Appl Prev Psychol* 2010; **14**: 41–56.
- 108 Hanisch SE, Twomey CD, Szeto AC, Birner UW, Nowak D, Sabariego C. La efectividad de las intervenciones dirigidas al

- estigma de las enfermedades mentales en el lugar de trabajo: una revisión sistemática. *BMC Psychiatry* 2016; **16**: 1.
- 109 Nogue S, Finucan J. Evaluaciones económicas de las intervenciones de salud mental en el lugar de trabajo: una revisión crítica. *Can J Adm Sci* 2018; **35**: 551–62.
- 110 Nevala N, Pehkonen I, Teittinen A, Vesala HT, Pörfors P, Anttila H. La efectividad de las intervenciones de rehabilitación en el empleo y el funcionamiento de las personas con discapacidades intelectuales: una revisión sistemática. *J Occup Rehabil* 2019; **29**: 773–802.
- 111 Khalifa G, Sharif Z, Sultan M, Di Rezze B. Adaptaciones en el lugar de trabajo para adultos con trastorno del espectro autista: una revisión de alcance. *Disabil Rehabil* 2020; **42**: 1316–31.
- 112 Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K y otros. Empleo asistido para adultos con enfermedad mental grave. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **2013**: CD008297.
- 113 Probyn K, Engedahl MS, Rajendran D y otros. Los efectos de las intervenciones de empleo asistido en poblaciones de personas con otras afecciones que no son de salud mental grave: una revisión sistemática. *Prim Health Care Res Dev* 2021; **22**: e79.
- 114 Schachter HM, Girardi A, Ly M y otros. Efectos de las intervenciones escolares sobre la estigmatización de la atención de salud mental: una revisión sistemática. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; **2**: 18.
- 115 Mellor C. Intervenciones escolares dirigidas al estigma de la enfermedad mental: revisión sistemática. *Psychiatr Bull* (2014) 2014; **38**: 164–71.
- 116 Waqas A, Malik S, Fida A y otros. Intervenciones para reducir el estigma relacionado con enfermedades mentales en institutos educativos: una revisión sistemática. *Psychiatric Quarterly* 2020; **91**: 887–903.
- 117 Gaiha SM, Salisbury TT, Usmani S, Koschorke M, Raman U, Petticrew M. Efectividad de las intervenciones artísticas para reducir el estigma de salud mental entre los jóvenes: una revisión y metanálisis sistemáticos. *BMC Psychiatry* 2021; **21**: 364.
- 118 Morris S, O'Reilly G, Nayyar J. Intervenciones de pares en aulas dirigidas a la ignorancia, los prejuicios y/o la discriminación del autismo: una revisión sistemática de PRISMA. *Int J Incl Educ* 2021; 1–45.
- 119 Sentenac M, Arnaud C, Gavin A, Molcho M, Gabhainn SN, Godeau E. victimización entre niños en edad escolar con afecciones crónicas. *Epidemiol Rev* 2012; **34**: 120–28.
- 120 McManus JL, Saucier DA, Reid JE. Una revisión metanalítica de las intervenciones para mejorar las actitudes de los niños hacia sus pares con discapacidades intelectuales. *Contemp Educ Psychol* 2021; **65**: 65.
- 121 Louw JS, Kirkpatrick B, Leader G. Mejora de la inclusión social de adultos jóvenes con discapacidades intelectuales: una revisión sistemática de estudios empíricos originales. *J Appl Res Intellect Disabil* 2020; **33**: 793–807.
- 122 Birnschein AM, Paisley CA, Tomeny TS. Mejora de las interacciones sociales para los jóvenes con trastorno del espectro autista a través de programas de capacitación para pares en desarrollo habitual: una revisión sistemática. *Res Autism Spectr Disord* 2021; **84**: 84.
- 123 Cremin K, Healy O, Spirtos M, Quinn S. Intervenciones de concientización sobre el autismo para niños y adolescentes: revisión de alcance. *J Dev Phys Disabil* 2020; **33**: 27–50.
- 124 Breet E, Matoane M, Tomlinson M, Bantjes J. Revisión sistemática y síntesis narrativa de la prevención del suicidio en escuelas secundarias y universidades: una agenda de investigación para la práctica basada en la evidencia. *BMC Public Health* 2021; **21**: 1116.
- 125 Shannonhouse L, Lin YD, Shaw K, Wanna R, Porter M. Capacitación en intervención suicida para el personal universitario: evaluación del programa y medición de habilidades de intervención. *J Am Coll Health* 65: 450–56.
- 126 Torok M, Calear AL, Smart A, Nicolopoulos A, Wong Q. Prevención del suicidio en adolescentes: una revisión sistemática de la efectividad y los mecanismos de cambio de los programas de capacitación de control de la prevención del suicidio para maestros y padres. *J Adolesc* 2019; **73**: 100–12.
- 127 Liang M, Chen Q, Guo J y otros. Los primeros auxilios de salud mental mejoran la alfabetización en salud mental entre los estudiantes universitarios: un metanálisis. *J Am Coll Health* 2021; publicado en línea el 9 de julio. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1925286>.
- 128 Ng SH, Tan NJH, Luo Y, Goh WS, Ho R, Ho CSH. Una revisión sistemática de los primeros auxilios de salud mental de los jóvenes y adolescentes: mejora de atención de salud mental de los adolescentes. *J Adolesc Health* 2021; **69**: 199–210.
- 129 Reis AC, Saheb R, Moyo T, Smith C, Sperandei S. El impacto de los programas de capacitación en alfabetización en salud mental sobre la alfabetización en salud mental de los estudiantes universitarios: una revisión sistemática. *Prev Sci* 2022; **23**: 648–62.
- 130 Patafio B, Miller P, Baldwin R, Taylor N, Hyder S. Una revisión sistemática del mapeo de intervenciones para mejorar la alfabetización, las actitudes y los comportamientos en torno a la salud mental de los adolescentes. *Early Interv Psychiatry* 2021; **15**: 1470–501.
- 131 Ito-Jaeger S, Perez Vallejos E, Curran T y otros. Intervenciones de video digital y conocimientos sobre salud mental entre jóvenes: una revisión de alcance. *J Ment Health* 2021; **19 de mayo**: 1–11.
- 132 Anderson M, Werner-Seidler A, King C, Gayed A, Harvey SB, O'Dea B. Programas de capacitación en salud mental para maestros de escuelas secundarias: una revisión sistemática. *School Mental Health* 2019; **11**: 489–508.
- 133 Hartog K, Hubbard CD, Krouwer AF, Thornicroft G, Kohrt BA, Jordans MJD. Intervenciones de reducción del estigma para niños y adolescentes en países de ingresos bajos y medios: revisión sistemática de las estrategias de intervención. *Soc Sci Med* 2020; **246**: 112749.
- 134 Morton M, Wang S, Tse K y otros. Formación de control para amigos y familiares de personas con riesgo de suicidio: una revisión sistemática. *J Community Psychol* 2021; **49**: 1838–71.
- 135 Davies G, Deane FP, Williams V, Giles C. Barreras, facilitadores e intervenciones para apoyar la búsqueda de ayuda entre los jóvenes que viven en familias afectadas por enfermedades mentales parentales: una revisión sistemática. *Early Interv Psychiatry* 2022; **16**: 469–80.
- 136 Riebschleger J, Gróve C, Cavanaugh D, Costello S. Contenido de alfabetización sobre salud mental para hijos de padres con una enfermedad mental: análisis temático de una revisión bibliográfica. *Brain Sci* 2017; **7**: E141.
- 137 Armijo J, Méndez E, Morales R y otros. Eficacia de los tratamientos comunitarios para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: una revisión bibliográfica. *Front Psychiatry* 2013; **4**: 116.
- 138 Monnapula-Mazabane P, Petersen I. Experiencias de estigma de salud mental entre cuidadores y usuarios de servicio en Sudáfrica: una investigación cualitativa. *Curr Psychol* 2021; publicado en línea el 27 de agosto. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02236-y>.
- 139 Soo SA, Zhang ZW, Khong SJE y otros. Ensayos controlados aleatorizados de modalidades de psicoeducación en el tratamiento del trastorno bipolar: una revisión sistemática. *J Clin Psychiatry* 2018; **79**: 17r11750.
- 140 Adu J, Oudshoorn A, Anderson K, Marshall CA, Stuart H, Stanley M. Políticas e intervenciones para reducir el estigma de las enfermedades mentales familiares: una revisión exhaustiva de la bibliografía empírica. *Issues Mental Health Nurs* 2021; **42**: 1123–37.
- 141 Ran MS, Wang YZ, Lu PY y otros. La eficacia de mejorar el modelo de contacto en la reducción del estigma de enfermedad mental entre los cuidadores familiares de personas con esquizofrenia en la China rural: un ensayo controlado aleatorizado en racimo. *Lancet Reg Health West Pac* 2022; **22**: 100419.
- 142 Stubbs A. Reducción del estigma de las enfermedades mentales en estudiantes y profesionales de atención médica: una revisión de la bibliografía. *Australas Psychiatry* 2014; **22**: 579–84.
- 143 van Brakel WH, Cataldo J, Grover S y otros. Fuera de los silos: identificar las características transversales del estigma relacionado con la salud para avanzar en la medición y la intervención. *BMC Med* 2019; **17**: 13.
- 144 Kolodziej ME, Johnson BT. Contacto interpersonal y aceptación de personas con trastornos psiquiátricos: una síntesis de investigación. *J Consult Clin Psychol* 1996; **64**: 1387–96.
- 145 Lien Y-Y, Lin H-S, Lien Y-J y otros. Desafiar el estigma de enfermedad mental en profesionales de atención médica y

- estudiantes: revisión y metanálisis sistemáticos de red. *Psychol Health* 2021; **36**: 669–84.
- 146 Petkari E, Masedo Gutiérrez AI, Xavier M, Moreno Küstner B. La influencia de las prácticas en el estigma de los estudiantes hacia las enfermedades mentales: un metanálisis. *Med Educ* 2018; **52**: 694–704.
- 147 Piot M-A, Dechartres A, Attoe C y otros. Simulación en psiquiatría para médicos clínicos: revisión y metanálisis sistemáticos. *Med Educ* 2020; **54**: 696–708.
- 148 Piot M-A, Dechartres A, Attoe C y otros. Eficacia de la simulación en psiquiatría para estudiantes de enfermería, enfermeros y enfermeros practicantes: revisión y metanálisis sistemáticos. *J Adv Nurs* 2021; **78**: 332–47.
- 149 Bte Abd Malik NN, Kannusamy P, Klanin-Yobas P. La efectividad de la educación teórica relacionada con la salud mental y la colocación clínica en entornos de salud mental en el cambio de las actitudes de los estudiantes de atención médica hacia las enfermedades mentales: una revisión sistemática. *JB Library Syst Rev* 2012; **10**: 4019–76.
- 150 Brunero S, Jeon Y-H, Foster K. Programas de educación en salud mental para profesionales de atención médica generalistas: una revisión integral. *Int J Ment Health Nurs* 2012; **21**: 428–44.
- 151 Classen B, Tudor K, Johnson F, McKenna B. Incorporación de pericia en experiencia vivida en el sector de la educación terciaria de salud mental: una revisión integradora en el contexto de Aotearoa Nueva Zelanda. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021; **28**: 1140–52.
- 152 Knaak S, Modgill G, Patten SB. Ingredientes clave de los programas antiestigma para los profesionales de atención médica: síntesis de datos de estudios de evaluación. *Can J Psychiatry* 2014; **59** (suppl 1): S19–26.
- 153 Carrara BS, Fernandes RHH, Bobbili SJ, Ventura CAA. Proveedores de atención médica y personas con enfermedades mentales: una revisión integral de las intervenciones antiestigma. *Int J Soc Psychiatry* 2021; **67**: 840–53.
- 154 Rennie-Egglestone S, Morgan K, Llewellyn-Bearsley J y otros. Narrativas de recuperación de salud mental y su impacto en los receptores: revisión sistemática y síntesis narrativa. *Can J Psychiatry* 2019; **64**: 669–79.
- 155 Muirhead K, Macaden L, Smyth K y otros. Establecer la eficacia de la educación sobre la demencia con tecnología habilitada para profesionales de atención médica y social: una revisión sistemática. *Syst Rev* 2021; **10**: 252.
- 156 Zubala A, Lyszkiewicz K, Lee E, Underwood LL, Renfrew MJ, Gray NM. Programas de educación en línea a gran escala y su potencial para efectuar cambios en el comportamiento y la práctica de los profesionales de atención médica y social: una revisión sistemática rápida. *Interact Learn Environ* 2019; **27**: 797–812.
- 157 Goh Y-S, Ow Yong QYJ, Tam WW. Efectos del programa de reducción del estigma en línea para las personas que sufren enfermedades mentales: revisión y metanálisis sistemáticos. *Int J Ment Health Nurs* 2021; **30**: 1040–56.
- 158 Smyth D, Wilson C, Searby A. Conocimientos y actitudes de los estudiantes universitarios de enfermería respecto de los consumidores de atención médica con consumo problemático de alcohol y otras drogas: una revisión de alcance. *Int J Ment Health Nurs* 2021; **30** (supl. 1): 1293–309.
- 159 Alushi L, Hammond JA, Wood JH. Evaluación de los programas educativos sobre demencia para estudiantes de atención médica antes del registro: una revisión de la bibliografía. *Nurse Educ Today* 2015; **35**: 992–98.
- 160 Heim E, Henderson C, Kohrt BA, Koschorke M, Milenova M, Thornicroft G. Reducción del estigma relacionado con la salud mental entre estudiantes de medicina y enfermería en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; **29**: e28.
- 161 Bielenberg J, Swisher G, Lembke A, Haug NA. Revisión sistemática de intervenciones de estigma para profesionales de que tratan a pacientes con trastornos por consumo de sustancias. *J Subst Abuse Treat* 2021; **131**: 108486.
- 162 Liu G, Jack H, Piette A y otros. Capacitación en salud mental para trabajadores de atención médica en África: una revisión sistemática. *Lancet Psychiatry* 2016; **3**: 65–76.
- 163 Caulfield A, Vatansever D, Lambert G, Van Bortel T. Guía de la OMS sobre la capacitación en salud mental: una revisión sistemática del progreso de los trabajadores de atención médica no especializados. *BMJ Open* 2019; **9**: e024059.
- 164 Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. Guía de intervención del programa de acción de la brecha en la salud mental de la OMS (mhGAP): revisión sistemática actualizada sobre la evidencia y el impacto. *Evid Based Ment Health* 2021; **26**: 124–30.
- 165 Heim E, Kohrt BA, Koschorke M, Milenova M, Thornicroft G. Reducción del estigma relacionado con la salud mental en entornos de atención primaria en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; **29**: e3.
- 166 Thornicroft G, Bakolis I, Evans-Lacko S y otros. Lecciones clave aprendidas de la red global INDIGO sobre el estigma y la discriminación relacionados con la salud mental. *World Psychiatry* 2019; **18**: 229–30.
- 167 Gkioka M, Schneider J, Kruse A, Tsolaki M, Moraitou D, Teichmann B. Evaluación y eficacia de los programas de capacitación del personal de demencia en entornos hospitalarios generales: una síntesis narrativa con el modelo de tres niveles de Holton aplicado. *J Alzheimers Dis* 2020; **78**: 1089–108.
- 168 Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Desafiando el estigma público de las enfermedades mentales: un metanálisis de estudios de resultados. *Psychiatr Serv* 2012; **63**: 963–73.
- 169 Borschmann R, Greenberg N, Jones N, Henderson RC. Campañas para reducir el estigma de las enfermedades mentales en Europa: una revisión de alcance. *Die Psychiatrie Grundlagen & Perspektiven* 2014; **11**: 43–50.
- 170 Dumesnil H, Verger P. Campañas de concientización pública sobre la depresión y el suicidio: una revisión. *Psychiatr Serv* 2009; **60**: 1203–13.
- 171 Clement S, Lassman F, Barley E y otros. Intervenciones masivas en los medios de comunicación para reducir el estigma relacionado con la salud mental. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **7**: CD009453.
- 172 Rivera KJ, Zhang JY, Mohr DC, Wescott AB, Pederson AB. Una revisión narrativa de las intervenciones de reducción del estigma de enfermedades mentales entre afroamericanos en los Estados Unidos. *J Ment Health Clin Psychol* 2021; **5**: 20–31.
- 173 Scior K. Concientización pública, actitudes y creencias sobre la discapacidad intelectual: una revisión sistemática. *Res Dev Disabil* 2011; **32**: 2164–82.
- 174 Hung L, Hudson A, Gregorio M y otros. Crear comunidades amigables con la demencia para la inclusión social: una revisión de alcance. *Gerontol Geriatr Med* 2021; **7**: 23337214211013596.
- 175 Gerritzen EV, Hull MJ, Verbeek H, Smith AE, de Boer B. Elementos exitosos de los programas de demencia intergeneracional: una revisión del alcance. *J Intergenerational Relationships* 2020; **18**: 214–45.
- 176 Fenton L, White C, Gallant KA y otros. Los beneficios de la recreación para la recuperación y la inclusión social de personas con enfermedad mental: una revisión integradora. *Leis Sci* 2017; **39**: 1–19.
- 177 Xu Z, Rüsch N, Huang F, Kösters M. Estigma desafiante relacionado con la salud mental en China: revisión y metanálisis sistemáticos. Intervenciones entre el público en general. *Psychiatry Res* 2017; **255**: 449–56.
- 178 Mascayano F, Toso-Salman J, Ho YCS y otros. Cómo incluir la cultura en programas para reducir el estigma hacia las personas con trastornos mentales en países de ingresos bajos y medios. *Transcult Psychiatry* 2020; **57**: 140–60.
- 179 Nguyen T, Holton S, Tran T, Fisher J. Intervenciones informales de salud mental para personas con enfermedad mental grave en países de ingresos medios bajos y bajos: una revisión sistemática de la efectividad. *Int J Soc Psychiatry* 2019; **65**: 194–206.
- 180 Al Ramiah A, Hewstone M. Contacto entre grupos como herramienta para reducir, resolver y prevenir conflictos entre grupos: evidencia, limitaciones y potencial. *Am Psychol* 2013; **68**: 527–42.
- 181 O'Connell J, Pote H, Shafran R. Programas de capacitación en alfabetización en salud mental infantil para profesionales en contacto con niños: una revisión sistemática. *Early Interv Psychiatry* 2021; **15**: 234–47.

- 182 Bacsu JD, Johnson S, O'Connell ME y otros. Intervenciones de reducción del estigma en la demencia: una revisión del alcance. *Can J Aging* 2022; **41**: 203–13.
- 183 Codjoe L, Barber S, Ahuja S y otros. Evidencia de intervenciones para promover la salud mental y reducir el estigma en las comunidades religiosas negras: revisión sistemática. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; **56**: 895–911.
- 184 Bu D, Chung P-K, Zhang C-Q, Liu J, Wang X. Intervención de alfabetización en salud mental sobre la búsqueda de ayuda en atletas: revisión sistemática. *Int J Environ Res Public Health* 2020; **17**: E7263.
- 185 Castaldelli-Maia JM, Gallinaro JGME, Falcão RS y otros. Trastornos y síntomas de salud mental en atletas de élite: una revisión sistemática de personas con influencia cultural y barreras para los atletas que buscan tratamiento. *Br J Sports Med* 2019; **53**: 707–21.
- 186 Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Efectividad de los programas para reducir el estigma asociado con los trastornos mentales. Metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. *World Psychiatry* 2014; **13**: 161–75.
- 187 Banas JA, Bessarabova E, Massey ZB. Metaanálisis del contacto mediado y los prejuicios. *Hum Commun Res* 2020; **46**: 120–60.
- 188 Kaur N. Impacto de las intervenciones de fotonovelas entre personas con bajos niveles de alfabetización de salud: una revisión bibliográfica. *Educ Inf* 2019; **35**: 21–34.
- 189 Han A. Intervenciones para las actitudes y la empatía hacia las personas con demencia y aspectos positivos del cuidado: revisión y metaanálisis sistemáticos. *Res Aging* 2020; **42**: 72–82.
- 190 Booth A, Scantlebury A, Hughes-Morley A y otros. Programas de capacitación en salud mental para profesionales no capacitados en salud mental que entran en contacto con personas con enfermedades mentales: una revisión sistemática de la eficacia. *BMC Psychiatry* 2017; **17**: 196.
- 191 Griffiths KM, Christensen H. Programas de salud mental basados en Internet: una poderosa herramienta en el kit médico rural. *Aust J Rural Health* 2007; **15**: 81–87.
- 192 Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Revisión y metaanálisis sistemáticos de la capacitación en primeros auxilios sobre salud mental: efectos sobre el conocimiento, el estigma y la conducta de ayuda. *PLoS One* 2018; **13**: e0197102.
- 193 Holmes G, Clacy A, Hermens DF, Lagopoulos J. La eficacia a largo plazo de la capacitación de los tutores de prevención del suicidio: una revisión sistemática. *Arch Suicide Res* 2021; **25**: 177–207.
- 194 Dalky HF. Intervenciones para la reducción del estigma de la enfermedad mental: revisión de los ensayos de intervención. *West J Nurs Res* 2012; **34**: 520–47.
- 195 Doley JR, Hart LM, Stukas AA, Petrovic K, Bouguettaya A, Paxton SJ. Intervenciones para reducir el estigma de los trastornos alimentarios: revisión y metaanálisis sistemáticos. *Int J Eat Disord* 2017; **50**: 210–30.
- 196 Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Estigma y trastorno bipolar: revisión de la bibliografía. *J Affect Disord* 2013; **150**: 181–91.
- 197 Matsumoto H, Maeda A, Igarashi A, Weller C, Yamamoto-Mitani N. La educación y capacitación en demencia para el público en general: una revisión del alcance. *Gerontol Geriatr Educ* 2021; **18**: 1–31.
- 198 Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, Too LS, Jorm AF. Intervenciones para reducir el estigma hacia las personas con enfermedad mental grave: revisión y metaanálisis sistemáticos. *J Psychiatr Res* 2018; **103**: 120–33.
- 199 Morgan AJ, Wright J, Reavley NJ. Revisión de las iniciativas australianas para reducir el estigma hacia las personas con enfermedades mentales complejas: ¿qué existe y qué funciona? *Int J Ment Health Syst* 2021; **15**: 10.
- 200 Clay J, Eaton J, Gronholm PC, Semrau M, Votruba N. Componentes principales de las intervenciones de reducción del estigma de salud mental en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; **29**: e164.
- 201 Ren Z, Zhao C, Tian F y otros. Metaanálisis del efecto de la intervención de alfabetización en salud mental en personas chinas. *Acta Psychol Sin* 2020; **52**: 497–512.
- 202 Pirkis J, John A, Shin S y otros. Tendencias suicidas en los primeros meses de la pandemia de COVID-19: análisis interrumpido de series temporales de datos preliminares de 21 países. *Lancet Psychiatry* 2021; **8**: 579–88.
- 203 Corrigan P, Michaels PJ, Morris S. ¿Los efectos de los programas antiestigma persisten con el tiempo? Hallazgos de un metaanálisis. *Psychiatr Serv* 2015; **66**: 543–46.
- 204 Maunder RD, White FA. Contacto entre grupos y estigma de salud mental: un metaanálisis comparativo de la eficacia. *Clin Psychol Rev* 2019; **72**: 101749.
- 205 Herrmann LK, Welter E, Leverenz J, et al. Una revisión sistemática de la investigación del estigma relacionado con la demencia: ¿podemos mover el dial del estigma? *Am J Geriatr Psychiatry* 2018; **26**: 316–31.
- 206 Schreiber M, McEnany GP. Estigma, personal militar estadounidense y atención de salud mental: desafíos de Irak y Afganistán. *J Ment Health* 2015; **24**: 54–59.
- 207 Seroalo KB, Du Plessis E, Koen MP, Koen V. Una síntesis crítica de intervenciones para reducir el estigma asociado a enfermedades mentales. *Health SA* 2014; **19**: 1–10.
- 208 Corrigan PE, Larson JE, Michaels PJ. Salir con orgullo para eliminar el estigma de la enfermedad mental. Collierville, Ten: Instant Publisher, 2015.
- 209 Stuart H. Reducir el estigma de las enfermedades mentales. *Glob Ment Health (Camb)* 2016; **3**: e17.
- 210 Thornicroft G, Mehta N, Clement S y otros. Evidencia sobre intervenciones efectivas para reducir el estigma y la discriminación en relación con afecciones de salud mental. *Lancet* 2016; **387**: 1123–32.
- 211 Rao D, Elshafei A, Nguyen M, Hatzenbuehler ML, Frey S, Go VF. Una revisión sistemática de intervenciones de estigma en múltiples niveles: estado de la ciencia y direcciones futuras. *BMC Med* 2019; **17**: 41.
- 212 Maiorano A, Lasalvia A, Sampogna G, Pocar B, Ruggeri M, Henderson C. Reducir el estigma en los profesionales de los medios: ¿hay margen para mejorar? Resultados de una revisión sistemática. *Can J Psychiatry* 2017; **62**: 702–15.
- 213 Ando S, Clement S, Barley EA, Thornicroft G. La simulación de alucinaciones para reducir el estigma de la esquizofrenia: una revisión sistemática. *Schizophr Res* 2011; **133**: 8–16.
- 214 Ashton LJ, Gordon SE, Reeves RA. Grupos objetivo de ingredientes clave, métodos y mensajes, y evaluación de intervenciones públicas a nivel local para contrarrestar el estigma y la discriminación: una experiencia vivida fundamentada en la revisión selectiva de la bibliografía narrativa. *Community Ment Health J* 2018; **54**: 312–33.
- 215 Pérez-Flores NJ, Cabassa LJ. Efectividad de las intervenciones de alfabetización en salud mental y estigma para latinos/adultos en los Estados Unidos: una revisión sistemática. *Stigma Health* 2021; **6**: 430–39.
- 216 Peter L-J, Schindler S, Sander C y otros. Creencias continuas y estigma de enfermedades mentales: revisión y metaanálisis sistemáticos de estudios de correlación e intervención. *Psychol Med* 2021; **51**: 716–26.
- 217 Takada M, Shima S. Características y efectos de los programas de prevención del suicidio: comparación entre el lugar de trabajo y otros entornos. *Ind Health* 2010; **48**: 416–26.
- 218 Rüsçh N, Kösters M. Honest, Open, Proud para apoyar las decisiones de divulgación y reducir el impacto del estigma entre las personas con enfermedad mental: revisión conceptual y metaanálisis de la eficacia del programa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021; **56**: 1513–26.
- 219 Mittal D, Sullivan G, Chokuri L, Allee E, Corrigan PW. Estudios empíricos de estrategias de reducción del autoestigma: una revisión crítica de la bibliografía. *Psychiatr Serv* 2012; **63**: 974–81.
- 220 Tsang HW, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PY, Wan CN. Intervención terapéutica para el estigma internalizado de enfermedad mental grave: revisión y metaanálisis sistemáticos. *Schizophr Res* 2016; **173**: 45–53.
- 221 Wood L, Byrne R, Varese F, Morrison AP. Intervenciones psicosociales para el estigma internalizado en personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia: síntesis narrativa sistemática y metaanálisis. *Schizophr Res* 2016; **176**: 291–303.
- 222 Yanos PT, Lucksted A, Drapalski AL, Roe D, Lysaker P. Intervenciones dirigidas al autoestigma de atención de salud mental: revisión y comparación. *Psychiatr Rehabil J* 2015; **38**: 171–78.

- 223 Larkings JS, Brown PM. ¿Reducen las creencias causales biogenéticas el estigma de las enfermedades mentales en las personas con enfermedades mentales y en los profesionales de atención de salud mental? Una revisión sistemática. *Int J Ment Health Nurs* 2018; **27**: 928–41.
- 224 Büchter RB, Messer M. Intervenciones para reducir el autoestigma en personas con enfermedades mentales: revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados. *Ger Med Sci* 2017; **15**: Doc07.
- 225 Morrison AP, Burke E, Murphy E y otros. Terapia cognitiva para el estigma internalizado en personas que experimentan psicosis: ensayo piloto controlado aleatorizado. *Psychiatry Res* 2016; **240**: 96–102.
- 226 Winsper C, Crawford-Docherty A, Weich S, Fenton S-J, Singh SP. ¿Cómo contribuyen las intervenciones orientadas a la recuperación a la recuperación de atención de salud mental personal? Un modelo lógico y de revisión sistemática. *Clin Psychol Rev* 2020; **76**: 101815.
- 227 Demissie M, Hanlon C, Birhane R, Ng L, Medhin G, Fekadu A. Intervenciones psicológicas para el trastorno bipolar en países de ingresos bajos y medios: revisión sistemática. *BJPsych Open* 2018; **4**: 375–84.
- 228 Evans M, Barker H, Peddireddy S y otros. Servicios prestados por pares y apoyo entre pares para llegar a personas con esquizofrenia: una revisión de alcance. *Int J Ment Health* 2021; publicado en línea el 23 de septiembre. <https://doi.org/10.1080/00207411.2021.1975441>.
- 229 Orock AN, Nicette G. Una revisión de la bibliografía sobre el apoyo a la recuperación basada en pares en el abuso de sustancias y las implicaciones para una implementación efectiva en Seychelles. *J Subst Use* 2021; **27**: 115–21.
- 230 Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. ¿Cuáles son las barreras, los facilitadores y las intervenciones dirigidas a comportamientos de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental comunes en adolescentes? Una revisión sistemática. *BMC Psychiatry* 2020; **20**: 293.
- 231 Musiat P, Tarrier N. Resultados colaterales en la salud mental electrónica: revisión sistemática de la evidencia de los beneficios añadidos de las intervenciones informatizadas de terapia de comportamiento cognitivo para la salud mental. *Psychol Med* 2014; **44**: 3137–50.
- 232 Solli HP, Rolvsjord R, Borg M. Hacia la comprensión de la musicoterapia como una práctica orientada a la recuperación dentro de la atención de salud mental: una metátesis de las experiencias de los usuarios del servicio. *J Music Ther* 2013; **50**: 244–73.
- 233 Weetch J, O'Dwyer S, Clare L. La participación de las personas con demencia en la defensa: una revisión narrativa sistemática. *Aging Ment Health* 2021; **25**: 1595–604.
- 234 Mills H, Mulfinger N, Raeder S, Rüsçh N, Clements H, Scior K. Intervenciones de autoayuda para reducir el autoestigma en personas con problemas de salud mental: una revisión sistemática de la bibliografía. *Psychiatry Res* 2020; **284**: 112702.
- 235 Nickerson A, Byrow Y, Pajak R y otros. “Cuéntenos su historia”: ensayo controlado aleatorizado de una intervención en línea para reducir el estigma de atención de salud mental y aumentar la búsqueda de ayuda en hombres refugiados con estrés postraumático. *Psychol Med* 2020; **50**: 781–92.
- 236 Xu Z, Huang F, Kösters M, Rüsçh N. Desafiar el estigma relacionado con la salud mental en China: revisión y metanálisis sistemáticos. I. Intervenciones entre personas con enfermedades mentales. *Psychiatry Res* 2017; **255**: 457–64.
- 237 Ashwood JS, Briscombe B, Collins RL y otros. La inversión en la campaña de marketing social para reducir el estigma y la discriminación asociados con las enfermedades mentales produce beneficios económicos positivos para California. *Rand Health Q* 2017; **6**: 5.
- 238 McCrone P, Knapp M, Henri M, McDaid D. El impacto económico de las iniciativas para reducir el estigma: demostración de un enfoque de modelado. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010; **19**: 131–39.
- 239 Evans-Lacko S, Henderson C, Thornicroft G, McCrone P. Evaluación económica de la campaña de marketing social antiestigma en Inglaterra 2009-2011. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; **55**: s95–101.
- 240 Mulfinger N, Müller S, Böge I y otros. Honest, open, proud para adolescentes con enfermedad mental: ensayo piloto controlado aleatorizado. *J Child Psychol Psychiatry* 2018; **59**: 684–91.
- 241 Winkler P, Formánek T, Mladá K, Evans Lacko S. Desarrollo del estigma público hacia personas con problemas de salud mental en República Checa 2013-2019. *Eur Psychiatry* 2021; **64**: e52.
- 242 Kola L, Kohrt BA, Hanlon C y otros. Impacto en la salud mental en la COVID-19 y respuestas en los países de ingresos bajos y medios: reinventando la salud mental global. *Lancet Psychiatry* 2021; **8**: 535–50.
- 243 Robertson LJ, Makgoba MW. Análisis de la mortalidad de personas con enfermedad mental grave transferidas del hospital de larga estancia a atención alternativa en la tragedia de Life Esidimeni. *S Afr Med J* 2018; **108**: 813–17.
- 244 Potts LC, Henderson C. Evaluación de campañas de marketing social antiestigma en Ghana y Kenia: tiempo de cambiar globalmente. *BMC Public Health* 2021; **21**: 886.
- 245 Maulik PK, Devarapalli S, Kallakuri S, Bhattacharya A, Peiris D, Patel A. El proyecto sistemático de evaluación médica de derivación y tratamiento de salud mental: estudio cuasiexperimental para evaluar un modelo de prestación de servicios de salud mental habilitado por tecnología implementado en la India rural. *J Med Internet Res* 2020; **22**: e15553.
- 246 Kohrt BA, Turner EL, Rai S y otros. Reducir el estigma de las enfermedades mentales en entornos de atención médica: prueba de concepto de una intervención de contacto social para abordar lo que más importa para los profesionales de atención primaria. *Soc Sci Med* 2020; **250**: 112852.
- 247 Li J, Fan Y, Zhong H-Q y otros. Efectividad de una capacitación antiestigma sobre cómo mejorar las actitudes y reducir la discriminación hacia las personas con trastornos mentales entre los trabajadores auxiliares de atención en Guangzhou, China. *Int J Ment Health Syst* 2019; **13**: 1–10.
- 248 Maulik PK, Devarapalli S, Kallakuri S, Tripathi AP, Koschorke M, Thornicroft G. Evaluación longitudinal de una campaña antiestigma relacionada con trastornos mentales frecuentes en la India rural. *Br J Psychiatry* 2019; **214**: 90–95.
- 249 Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E y otros. Ingredientes clave para el cambio del estigma basado en el contacto: una validación cruzada. *Psychiatr Rehabil J* 2014; **37**: 62–64.
- 250 Evans-Lacko S, Rose D, Little K y otros. Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala de comportamiento informado y previsto (reported and intended behaviour scale, RIBS): una medida del comportamiento relacionado con el estigma. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011; **20**: 263–71.
- 251 Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H y otros. Desarrollo y propiedades psicométricas del Cronograma de conocimientos sobre Salud Mental. *Can J Psychiatry* 2010; **55**: 440–48.
- 252 Gabbidon J, Clement S, van Nieuwenhuizen A y otros. Enfermedad mental: Propiedades psicométricas de la escala de actitudes de médicos (MICA) de una versión para estudiantes y profesionales de atención médica. *Psychiatry Res* 2013; **206**: 81–87.
- 253 Li J, Li J, Thornicroft G, Huang Y. Niveles de estigma entre el personal de salud mental de la comunidad en Guangzhou, China. *BMC Psychiatry* 2014; **14**: 231.
- 254 Henderson C, Robinson E, Evans-Lacko S y otros. Conocimiento público, actitudes, distanciamiento social y contacto informado con respecto a personas con enfermedad mental 2009-2015. *Acta Psychiatr Scand* 2016; **134** (supl. 446): 23–33.
- 255 Andreassen CS, Pallesen S, Griffiths MD. La relación entre el uso adictivo de las redes sociales, el narcisismo y la autoestima: hallazgos de una gran encuesta nacional. *Addict Behav* 2017; **64**: 287–93.
- 256 Woods HC, Scott H. #Sleepyteens: el uso de las redes sociales en la adolescencia se asocia con una mala calidad del sueño, ansiedad, depresión y baja autoestima. *J Adolesc* 2016; **51**: 41–49.
- 257 Lister M, Dovey J, Giddings S, Grant I, Kelly K. Nuevos medios: una introducción crítica. Londres: Routledge, 2008.
- 258 Bruhn M, Schoenmueller V, Schäfer D. ¿Las redes sociales están sustituyendo a los medios tradicionales en términos de creación de valor de marca? *Manag Res Rev* 2012; **35**: 770–90.
- 259 Odun O, Utulu AU. ¿Son los nuevos medios superiores a los medios tradicionales para publicidad? *Asian Journal of Economic Modelling* 2016; **4**: 57–69.

- 260 Goulden R, Corker E, Evans-Lacko S, Rose D, Thornicroft G, Henderson C. Cobertura en periódicos de enfermedades mentales en el Reino Unido, 1992-2008. *BMC Public Health* 2011; **11**: 796.
- 261 Thornicroft A, Goulden R, Shefer G y otros. Cobertura en periódicos de enfermedades mentales en Inglaterra 2008-2011. *Br J Psychiatry Suppl* 2013; **55**: s64-69.
- 262 Rhydderch D, Kroupa AM, Shefer G y otros. Cambios en la cobertura en periódicos de enfermedades mentales entre 2008 y 2014 en Inglaterra. *Acta Psychiatr Scand* 2016; **134** (supl. 446): 45-52.
- 263 Berry N, Lobban F, Belousov M, Emsley R, Nenadic G, Bucci S. #WhyWeTweetMH: comprender por qué las personas usan Twitter para hablar de problemas de salud mental. *J Med Internet Res* 2017; **19**: e107.
- 264 O'Reilly M, Dogra N, Hughes J, Reilly P, George R, Whiteman N. Potencial de las redes sociales en la promoción de atención de salud mental en adolescentes. *Health Promot Int* 2019; **34**: 981-91.
- 265 Ross AM, Morgan AJ, Jorm AF, Reavley NJ. Una revisión sistemática del impacto de los informes de los medios de comunicación sobre enfermedades mentales graves en el estigma y la discriminación, y las intervenciones que tienen como objetivo mitigar cualquier impacto adverso. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; **54**: 11-31.
- 266 Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Aumento de la búsqueda de ayuda y las derivaciones de personas con riesgo de suicidio mediante la reducción del estigma: el papel de los medios de comunicación masivos. *Am J Prev Med* 2014; **47** (supl. 2): S235-43.
- 267 Brandt Sorensen J, Pearson M, Armstrong G y otros. Un análisis cualitativo de autolesión y suicidio en periódicos impresos de Sri Lanka. *Crisis* 2021; **42**: 56-63.
- 268 Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén AI, Izquierdo S. La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clin Salud* 2011; **22**: 157-73.
- 269 Calhoun AJ, Gold JA. "Siento que los conozco": el efecto positivo de la autodivulgación de enfermedades mentales por parte de las celebridades. *Acad Psychiatry* 2020; **44**: 237-41.
- 270 Hoffner CA. Respuestas a las divulgaciones sobre salud mental de las celebridades: relaciones parasociales, evaluaciones e influencia percibida en los medios de comunicación. En: Lippert LR, Hall RD, Miller-Ott AE, Davis DC, eds. *Comunicación de la salud mental: historia, contextos y perspectivas*. Washington, DC: Lexington Books, 2019: 125-146.
- 271 Hoffner CA, Cohen EL. Resultados relacionados con la salud mental de la muerte de Robin Williams: el papel de las relaciones parasociales y la exposición a los medios en el estigma, la búsqueda de ayuda y la difusión. *Health Commun* 2018; **33**: 1573-82.
- 272 Lee SY. El efecto de la cobertura de los medios de comunicación de celebridades con trastorno de pánico en los comportamientos de salud del público. *Health Commun* 2018.
- 273 Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. Los efectos de las noticias en el estigma de la enfermedad mental. *J Nerv Ment Dis* 2013; **201**: 179-82.
- 274 Reavley NJ, Jorm AF, Morgan AJ. Creencias sobre la peligrosidad de las personas con problemas de salud mental: el papel de los informes de los medios de comunicación y la exposición personal a amenazas o daños. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; **51**: 1257-64.
- 275 Morgan AJ, Jorm AF. Recuerdo de historias de noticias sobre enfermedad mental de jóvenes australianos: asociaciones con actitudes de búsqueda de ayuda y el estigma. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; **43**: 866-72.
- 276 Angermeyer MC, Matschinger H. El efecto de los ataques violentos por parte de personas esquizofrénicas en la actitud del público hacia las personas mentalmente enfermas. *Soc Sci Med* 1996; **43**: 1721-28.
- 277 Alvarez-Mon MA, Llaverro-Valero M, Sánchez-Bayona R y otros. Áreas de interés y actitudes estigmatizadas del público en general en cinco afecciones médicas relevantes: análisis temático y cuantitativo utilizando Twitter. *J Med Internet Res* 2019; **21**: e14110.
- 278 Miles S. Un enfoque de proceso dual para la reducción del estigma utilizando narrativas en línea generadas por usuarios en mensajes de redes sociales. Tesis de doctorado, Universidad de Iowa, 2016.
- 279 Francis DB. "Twitter es realmente terapéutico a veces": examen de las conversaciones de twitter de hombres negros tras la divulgación de la depresión del artista del hip-hop Kid Cudi. *Health Commun* 2021; **36**: 448-56.
- 280 Jakubowska A, Kaselionyte J, Priebe S, Giacco D. Uso de Internet para la interacción social por parte de personas con psicosis: revisión sistemática. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2019; **22**: 336-43.
- 281 Goepfert NC, Conrad von Heydendorff S, Dreßing H, Bailer J. Efectos de estigmatizar la cobertura de los medios sobre las medidas del estigma, la autoestima y la afectividad en personas con depresión: un ensayo controlado experimental. *BMC Psychiatry* 2019; **19**: 138.
- 282 Collins RL, Wong EC, Breslau J, Burnam MA, Cefalu M, Roth E. Marketing social de tratamientos de salud mental: Campaña de reducción del estigma de enfermedades mentales de California. *Am J Public Health* 2019; **109**: S228-35.
- 283 OMS. Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación, actualización de 2017. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2017.
- 284 Ganesh R, Singh S, Mishra R, Sagar R. La calidad de los informes de los medios de comunicación en línea sobre el suicidio de celebridades en la India y su asociación con el posterior comportamiento de búsqueda relacionada con el suicidio en línea entre la población general: un estudio de infodemiología. *Asian J Psychiatr* 2020; **53**: 102380.
- 285 Sumner SA, Burke M, Kooti F. Cumplimiento de las directrices de informe de suicidios mediante noticias compartidas en una plataforma de redes sociales. *Proc Natl Acad Sci USA* 2020; **117**: 16267-72.
- 286 Creed M, Whitley R. Evaluación de la fidelidad a las directrices de informe de suicidios en los medios de comunicación canadienses: la muerte de Robin Williams. *Can J Psychiatry* 2017; **62**: 313-17.
- 287 Duncan S, Luce A. Uso del Modelo de informe de suicidio responsable para aumentar el cumplimiento de las directrices globales de informe de los medios. *Journalism* 2020; 1464884920952685.
- 288 Carmichael V, Adamson G, Sitter KC, Whitley R. Cobertura mediática de enfermedades mentales: una comparación entre el periodismo ciudadano y las representaciones del periodismo profesional. *J Ment Health* 2019; **28**: 520-26.
- 289 Dare AJ, Andriessen KA, Nordentoft M, Meier M, Huisman A, Pirkis JE. Premios de los medios de comunicación por informar de forma responsable sobre el suicidio: experiencias de Australia, Bélgica y Dinamarca. *Int J Ment Health Syst* 2011; **5**: 15.
- 290 Yuen ASY, Mak WWS. Los efectos de la realidad virtual inmersiva en la reducción del estigma público de las enfermedades mentales en la población universitaria de Hong Kong: ensayo controlado aleatorizado. *J Med Internet Res* 2021; **23**: e23683.
- 291 Brown S. La eficacia de dos posibles intervenciones de medios de comunicación masivos sobre el estigma: contacto social grabado en video y simulaciones audiovisuales. *Community Ment Health J* 2020; **56**: 471-77.
- 292 Yamaguchi S, Ojio Y, Ando S y otros. Efectos a largo plazo del contacto social filmado o del autoestudio basado en Internet sobre el estigma relacionado con la salud mental: un seguimiento de 2 años de un ensayo controlado aleatorizado. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; **54**: 33-42.
- 293 Amsalem D, Yang LH, Jankowski S, Lief SA, Markowitz JC, Dixon LB. Reducir el estigma hacia las personas con esquizofrenia utilizando un breve video: un ensayo controlado aleatorizado de adultos jóvenes. *Schizophr Bull* 2021; **47**: 7-14.
- 294 Neubaum G, Sobieraj S, Raasch J, Riese J. Desestigmatización digital: cómo la exposición a los perfiles de la red puede reducir los estereotipos sociales. *Comput Human Behav* 2020; **112**: 106461.
- 295 Vyncke B, Van Gorp B. Usar estrategias de contramarco para mejorar las campañas antiestigma relacionadas con enfermedades mentales. *Soc Sci Med* 2020; **258**: 113090.
- 296 Luty J, Rao H, Arokias SMR, Easow JM, Sarkhel A. El pecador arrepentido: métodos para reducir las actitudes estigmatizadas hacia las enfermedades mentales. *Psychiatr Bull* 2008; **32**: 327-32.
- 297 Quintero Johnson JM, Riles J. "Actuó como una persona loca": explorando la influencia del recuerdo de los estudiantes universitarios de las representaciones estereotípicas de

- enfermedades mentales en los medios de comunicación. *Psychol Pop Media Cult* 2018; **7**: 146–63.
- 298 Scarf D, Zimmerman H, Winter T, Boden H y otros. Asociación de ver las películas *Joker* o *Terminator: Dark Fate* con prejuicios hacia personas con enfermedades mentales. *JAMA Netw Open* 2020; **3**: e203423.
- 299 Stern SC, Barnes JL. Breve informe: ¿afecta ver *The Good Doctor* al conocimiento y las actitudes hacia el autismo? *J Autism Dev Disord* 2019; **49**: 2581–88.
- 300 Ta Park VM, Olaisen RH, Vuong Q, Rosas LG, Cho MK. Uso de dramas coreanos como herramienta de educación de precisión en salud mental para los asiáticos americanos: un estudio piloto. *Int J Environ Res Public Health* 2019; **16**: 2151.
- 301 Naslund JA, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. El futuro de la atención de salud mental: apoyo entre pares y redes sociales. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016; **25**: 113–22.
- 302 OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
- 303 Oquendo MA, Porras-Segovia A. Barreras para la investigación, la prevención y el tratamiento de conductas suicidas. *Curr Top Behav Neurosci* 2020; **46**: 25–40.
- 304 Côté D, Williams M, Zaheer R, Niederkrotenthaler T, Schaffer A, Sinyor M. Contenido de Twitter relacionado con el suicidio en respuesta a una campaña nacional de concientización sobre salud mental y la asociación entre la campaña y las tasas de suicidio en Ontario. *Can J Psychiatry* 2021; **66**: 460–67.
- 305 Domaradzki J. ¿El efecto Werther, el efecto Papageno o ningún efecto en absoluto? Una revisión bibliográfica. *Int J Environ Res Public Health* 2021; **18**: 2396.
- 306 Chesin M, Cascardi M, Rosselli M, Tsang W, Jeglic EL. El conocimiento de los factores de riesgo de suicidio, pero no de la gravedad de los pensamientos suicidas es mayor entre los estudiantes universitarios que vieron *13 Reasons Why*. *J Am Coll Health* 2020; **68**: 644–49.
- 307 Rosa GSD, Andrades GS, Caye A, Hidalgo MP, Oliveira MAB, Pilz LK. *Thirteen Reasons Why*: el impacto de la representación del suicidio en la salud mental de los adolescentes. *J Psychiatr Res* 2019; **108**: 2–6.
- 308 Mueller AS. Por qué *Thirteen Reasons Why* puede provocar pensamientos suicidas en algunos espectadores, pero ayudar a otros. *Soc Sci Med* 2019; **232**: 499–501.
- 309 D'Agati D, Beaudry MB, Swartz K. Repaso de *Thirteen Reasons Why*: una monografía para adolescentes, padres y profesionales de salud mental. *J Med Humanit* 2021; **42**: 345–53.
- 310 Vijayakumar L, Shastri M, Fernandes TN y otros. Aplicación de una herramienta de tarjeta de puntuación para evaluar e involucrar a los medios de comunicación en los informes responsables de noticias relacionadas con el suicidio en la India. *Int J Environ Res Public Health* 2021; **18**: 620–26.
- 311 Jang J, Myung W, Kim S, y otros. Efecto de la ley de prevención del suicidio y las pautas de los medios de comunicación sobre la imitación de actos de suicidio de la población general después de suicidios de celebridades en Corea del Sur, 2005-2017. *Aust N Z J Psychiatry* 2022; **56**: 542–50.
- 312 Naderifar M, Goli G, Ghaljaie F. Muestreo de bola de nieve: un método de muestreo específico en investigación cualitativa. *Strides in Development of Medical Education* 2017; **14**: e67670.
- 313 Braun V, Clarke V, Boulton E, Davey L, McEvoy C. La encuesta en línea como herramienta de investigación cualitativa. *Int J Soc Res Methodol* 2021; **24**: 641–54.
- 314 Braun V, Clarke V. Uso del análisis temático en psicología. *Qual Res Psychol* 2006; **3**: 77–101.
- 315 OMS. Plan de acción integral de salud mental 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2021.
- 316 Ran MS, Peng MM, Yau YY y otros. Conocimiento, contacto y estigma de enfermedades mentales: comparación de tres grupos de partes interesadas en Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* 2022; **68**: 365–75.
- 317 OMS. Directrices sobre el trabajo y la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2022.

Copyright © 2022 Elsevier Ltd. Todos los derechos reservados.