



Campaña Publicitaria
para un cambio de mirada
en salud mental

Versión adaptada

Abstract

En agosto de 2017 se aprobó en Uruguay una nueva Ley de Salud Mental que llegó para sustituir a la de 1936. La nueva ley establece para el año 2025 un Uruguay sin manicomios. Los pacientes serán tratados en hospitales generales, integrados a la sociedad. ¿Cómo recibirá este cambio un Uruguay acostumbrado a la idea de “la locura lejos”? Este proyecto busca contribuir a un cambio de mirada en salud mental en la población uruguaya desde la publicidad, al tiempo que revela la existencia de un público clave para alcanzar este cambio: los más jóvenes.

Palabras clave: Salud Mental; Enfermedad Mental; Estigma; Marketing Social; Publicidad; Comunicación.

Tabla de contenido

INVESTIGACIÓN PRELIMINAR. Salud Mental en Uruguay: bases para lograr un cambio de mirada.

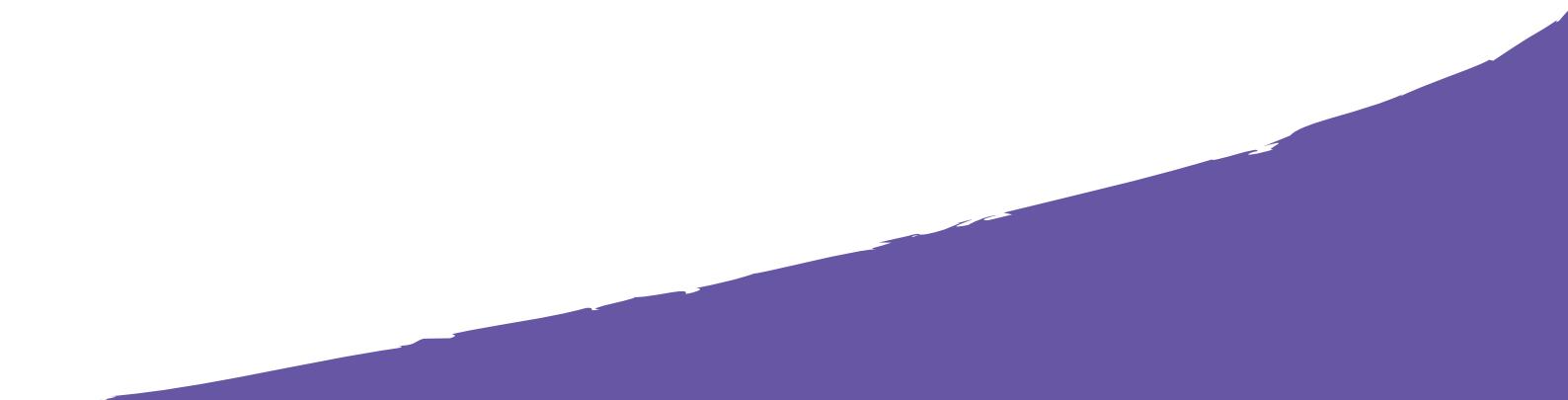
Introducción	4
Capítulo 1. Salud mental y enfoque social.....	5
1.1 Salud Mental y Enfermedad Mental	5
i. Definiciones	5
1.2 Un tema de todos: La enfermedad mental como problema social.....	7
i. Estadísticas mundiales	7
ii. El suicidio como fenómeno social.....	9
iii. Políticas públicas de salud mental.....	10
1.3 Salud Mental en Uruguay	11
i. Estadísticas locales	11
ii. Actores clave	12
iii. El gran cambio: Ley 19.529 de Salud Mental	15
1.4 Conclusiones.....	18
Capítulo 2. Salud mental y comunicación.....	20
2.1 Salud mental en el imaginario colectivo: el problema del estigma.....	20
2.2 Los “locos” y los “psicópatas”. La importancia de los términos a la hora de comunicar.....	21
2.3 Comunicación contra el estigma. Campañas publicitarias de salud mental	23
i. Internacionales	23
ii. Nacionales	29
2.4 Conclusiones	30
Capítulo 3. Federación “Caminantes”	32
3.1 Identidad y filosofía	32
3.2 Antecedentes comunicacionales en Salud Mental.....	33
i. Campaña para Uruguay: Salud Mental Sin Prejuicios.....	33
a. Repercusiones en la opinión pública	34
3.3 Conclusiones	46
Conclusiones finales	48
Bibliografía	50

PLAN DE ACCIÓN: “De Cabeza”. Campaña Publicitaria para un cambio de mirada en Salud Mental

1. Brief.....	53
1.1 Definición de público objetivo.....	53
1.2 Justificación de la campaña	56
1.3 Objetivos de comunicación	57
2. Estrategia creativa.....	59
3.1 Key visual.....	60
3.2 Propuesta de acciones y contenidos	62
3.3 Guion de piezas audiovisuales	70
4. Plan de medios	72
5. Presupuesto	81
6. Plan de evaluación	83

SALUD MENTAL EN URUGUAY

**Bases para lograr
un cambio de mirada**



INVESTIGACIÓN PRELIMINAR

Introducción

Salud y enfermedad mental han sido, a lo largo de los siglos, temas marcados por la distancia, en una lógica de “la locura lejos”. Lejos físicamente, depositada en los manicomios. Lejos en la agenda pública y política, como un tema relegado. Lejos, también, en el imaginario social, asociado a lo sobrenatural, lo maligno y de lo que es mejor no hablar.

Hoy, la necesidad de acortar esa distancia consolidada a través de la historia se ha convertido en una realidad impostergable. Las estadísticas dan cuenta de una realidad que, por no ser tratada a tiempo, hoy acaba, en una gran cantidad de casos, en el peor desenlace. A partir de esta realidad, a nivel mundial hoy se habla de salud mental en relación con la prevención, sumada a alternativas a la hospitalización, tratamientos en sociedad y una mirada enfocada en derechos humanos.

Sin embargo, en Uruguay este cambio de perspectiva recién comienza. En 2017 se logró, finalmente, la aprobación de una nueva Ley de Salud Mental que llegó para sustituir a la llamada Ley del Psicópata, de 1936. Basta con observar el nombre de la antigua ley para comprender el gran salto que implica este cambio. El hecho puntual del que nace este proyecto se basa en uno de los puntos más desafiantes planteados en esta legislación: para el año 2025 se prevé que Uruguay se convierta en un país sin manicomios. ¿Dónde será tratada, entonces, la “locura”? Dentro de la sociedad, con una perspectiva que apunta a tratamientos en los que los pacientes no pierdan el contacto con su entorno. ¿Están los uruguayos realmente preparados para afrontar este cambio?

En este sentido, la necesidad de transformar la mirada hacia la salud mental que ha prevalecido durante décadas en el país aparece como un hecho ineludible. Es aquí donde entra en juego el rol de la comunicación como agente para impulsar ese cambio necesario. ¿Qué estilo de comunicación es el adecuado para favorecer una nueva mirada en el tema? ¿Cuál es la mejor forma para conectar con la población y, así, lograr un mensaje que sea bien recibido? Estas son algunas de las principales interrogantes que se pretenden responder por medio de esta investigación, a fin de adquirir los insumos necesarios para elaborar una campaña de salud mental que contribuya con ese cambio de mirada.

Capítulo 1. Salud mental y enfoque social

El abordaje de este primer capítulo se focaliza en dar a conocer, a través de elementos conceptuales y estadísticos, la realidad actual de la salud mental tanto a nivel mundial como local. A través de los distintos puntos desarrollados aquí se dará a conocer el carácter eminentemente social de la salud mental, así como los desafíos que esto implica. Por último, se abordará el gran cambio de paradigma al que hoy se enfrenta Uruguay con la aprobación de la nueva ley de Salud Mental, que dará paso a una primera interrogante fundamental: ¿Uruguay está realmente preparado para este cambio?

1.1 Salud Mental y Enfermedad Mental

i. Definiciones

Desde la definición de salud que figura en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dimensión mental aparece como un componente esencial: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1997: 1). No obstante, como concepto en particular, hoy se reconoce que definir qué es salud mental no resulta sencillo. Se trata de un concepto que se ha sido transformado a lo largo de los siglos y que ha llevado a una definición actual mucho más completa, pero, a su vez, también compleja.

Restrepo y Jaramillo (2012) destacan cuatro perspectivas principales, que surgieron a lo largo del siglo pasado, que resumen los esfuerzos realizados en pos de una definición precisa de lo que es la salud mental. Los autores hablan de la concepción biomédica, la concepción conductual, la cognitiva y la socioeconómica (203). Así, la salud mental pasó de ser entendida únicamente a partir de manifestaciones en los procesos cerebrales (concepción biomédica) a ser considerada desde una multiplicidad de factores, como la forma en que el individuo interactúa con el exterior (concepción conductual) y el modo en que este se percibe a sí mismo y a su entorno (concepción cognitiva). Por último, los autores incorporan la concepción más reciente, la socioeconómica, que reconoce la influencia de los modos y condiciones de vida como condicionantes de la salud mental (208).

En la definición actual de salud mental establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede ver la convivencia de los múltiples factores resultantes de la unión de las concepciones anteriores. Así, la OMS establece que “salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2017). Para hablar de salud mental, entonces, es necesario evaluar no solo manifestaciones observables, como podría ser la productividad del sujeto, sino también aspectos

subjetivos (y, por lo tanto, más difíciles de determinar), como la autopercepción de la propia eficacia.

A su vez, ante la definición de la OMS, Cabanyes y Melián (2010) proponen la salvedad de que “salud mental” no es un estado, sino una dinámica; no es algo que se posee, sino que se va construyendo. Un punto interesante en el razonamiento de estos autores es que dicha construcción no consiste en lograr una optimización de las facultades psíquicas, sino en “la armonía lograda sobre las disonancias” (115). Es decir, salud mental no debería ser sinónimo de perfección psíquica, ya que, según entienden, un grado aceptable de salud mental puede ser compatible con ciertas limitaciones en algunas funciones psíquicas, siempre que estas estén contrabalanceadas en el resultado final del estado mental del individuo (116).

A pesar de que esta última perspectiva complejiza aún más la definición, introduce a una discusión que hoy continúa presente en el campo de la psiquiatría: ¿se puede decir que existe un límite lo suficientemente preciso como para determinar cuándo acaba la salud y comienza realmente la enfermedad? Esto se puede ver con claridad en algunos trastornos comunes, como la ansiedad, en donde muchas veces resulta complejo determinar en qué punto se pasa de niveles “normales”, que corresponden a respuestas naturales ante algunas circunstancias, a niveles patológicos (Mediano, 2010: 275).

Más allá de esta discusión, ante la necesidad de establecer una definición que actúe como criterio de referencia, enfermedad mental es entendida como “una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo” (Seva, 2010: 149). Esta alteración se puede manifestar en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y la demencia son algunos de los ejemplos de trastornos mentales que ofrece el autor (150). Es importante destacar que el trastorno mental no implica una disminución intelectual, como se asocia con frecuencia, sino que altera las facultades mentales de manera esporádica. De hecho, muchos trastornos mentales están asociados a altos niveles de intelecto (Obertament, 2016).

Aunque es cierto que la Psiquiatría ha dedicado sus esfuerzos a lograr clasificaciones cada vez más precisas, hoy la mayoría de los profesionales coinciden en la siguiente afirmación: “la clasificación solo ordena, y nada nos dice sobre lo ordenado (Vidal, 1997)” (Amat y Cabanyes, 2010: 166). A pesar de que existen categorías diagnósticas internacionalmente consensuadas, que sirven como guías útiles para los médicos, estas resultan insuficientes a la hora de determinar dónde acaba la salud mental.

Finalmente, en los últimos años, con los vertiginosos cambios sociales que ha traído el siglo XXI, se ha comenzado a entender que la mirada psiquiátrica no puede reducirse al estudio de los pacientes como simples individuos aislados, sino que se

debe incluir la influencia del contexto para entender sus patologías (Mendoza, 2009: 572). Así, poco a poco, se ha iniciado, al menos desde la teoría, un discurso global sobre salud y enfermedad mental que apunta a una mirada integral de las personas como seres bio-psico-sociales y una perspectiva centrada en la idea de comunidad y derechos humanos.

1.2 Un tema de todos: La enfermedad mental como problema social

i. Estadísticas mundiales

La salud mental hoy ocupa un lugar destacado en la agenda de la Salud Pública y esto se debe, en gran medida, a que las estadísticas hablan por sí solas. Ya en el año 1999, la OMS llamó la atención sobre el hecho de que tanto el suicidio como la depresión se convertirían en los problemas de salud más importantes a abordar en el siglo XXI (Creese, Jamison y Prentice, 1999). A casi 20 años de esta advertencia, hoy se podría afirmar que el pronóstico fue acertado.

Actualmente, los problemas de salud mental figuran entre las primeras causas de discapacidad y enfermedad en todo el mundo. Hoy se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental y que 1 de cada 4 sufrirá un trastorno mental en algún momento de su vida. De ellas, 322 millones sufren depresión; 264 millones padecen el trastorno de ansiedad; 21 millones tienen diagnóstico de esquizofrenia; 60 millones poseen el trastorno bipolar y 47,5 millones sufren demencia (OMS, 2017).

La depresión se ha convertido, como adelantaban las predicciones, en el trastorno mental más frecuente a nivel mundial y hoy constituye la segunda causa de discapacidad en el mundo. En el Gráfico 1 se puede ver la distribución por región de este trastorno.

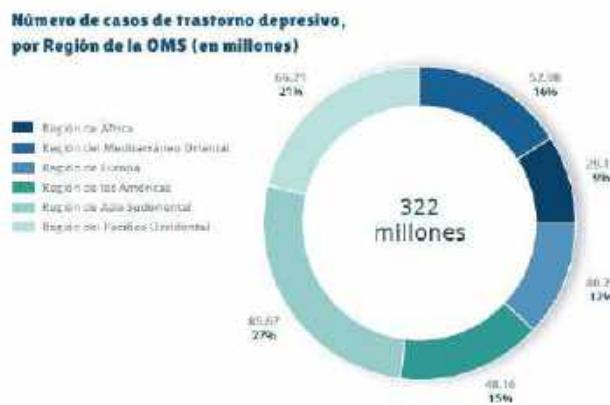


Gráfico 1. Número de casos de trastorno depresivo por Región de la OMS (en millones). OMS (2017).

En el gráfico se puede apreciar que casi la mitad de las personas con depresión viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja la situación de poblaciones como India y China, por ejemplo. Aunque la Región de las Américas (según la clasificación de regiones de la OMS) aparece en el cuarto lugar de prevalencia a nivel global, es importante destacar que dentro de Latinoamérica la depresión es el trastorno que encabeza el *ranking* de enfermedades (“El doloroso impacto de la depresión”, 2016).

Además de constituir un problema en sí misma, según la OMS la depresión es el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio, el otro gran mal anticipado en 1999. El suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte violenta en el mundo, superando a la mortalidad por guerra y por homicidios. Un promedio de 800.000 personas se suicida a nivel global cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2016).

En el mapa elaborado por la OMS en 2016 (Mapa 1) se puede observar un panorama con una tasa superior a 5 cada 100.000 habitantes. De hecho, en 2016 la tasa global fue de 10,6, lo que supuso un total de 793.000 suicidios en el mundo en ese año. La tasa más elevada se registra en Europa (15,4), donde aparecen los dos países con el nivel más alto de suicidios a nivel global (Lituania, con una tasa de 31,9 cada 100.000 habitantes y Rusia, con una tasa de 30,0). A ellos les sigue Guyana, con una tasa de 29,2¹.



Mapa 1. Tasa de suicidios por país cada 100.000 habitantes. OMS (2016)

¹ El caso de Uruguay se desarrolla en el capítulo 1.3. Salud Mental en Uruguay p. 11.

En lo que respecta a la edad, es preciso destacar la franja de 15 a 29 años, donde el suicidio constituye la segunda causa de defunción en el mundo (OMS, 2016). Estas cifras, acompañadas de la difusión en las últimas décadas de informes elaborados por organismos internacionales, han comenzado a llamar la atención acerca de la importancia de atender la salud mental en jóvenes y adolescentes, edad en la que comienzan a manifestarse cerca del 50% de los trastornos mentales (OMS, 2011).

ii. El suicidio como fenómeno social

Al observar la noción de salud mental desde un punto de vista histórico, pronto se identifica un origen en el que cualquier enfermedad o disfunción vinculada con lo psíquico era comprendida como un hecho netamente individual. De hecho, se entiende que la tardía identificación de la salud mental como problema de Salud Pública responde a un complejo conjunto de interrelaciones que se han producido a lo largo de los siglos entre lo que se percibe como del ámbito público y lo que pertenece al ámbito íntimo o doméstico (Salaverry, 2012: 144). Recién en el siglo XX es posible distinguir con claridad una evolución en los conceptos, que traza un pasaje paulatino de lo individual a lo colectivo, al reconocer factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad mental.

En este sentido, resulta pertinente destacar los aportes del sociólogo francés Émile Durkheim, precursor en el planteo de la perspectiva social para el caso del suicidio. En su libro *El suicidio*, Durkheim, basado en el estudio de información estadística de su época en países europeos, concluye que los casos de autoeliminación son hechos individuales que, sin embargo, responden a causas sociales:

En efecto, si en lugar de no ver en ellos más que acontecimientos particulares, aislados los unos de los otros, y que deben ser examinados con independencia, se considera el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinado, se comprueba que el total así obtenido no es una simple adición de unidades independientes o una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo (...) y que además es eminentemente social (Durkheim, 1992: 8).

Más allá de lo cuestionable de ciertos aspectos de su método, lo relevante a los efectos de esta investigación es la introducción a una perspectiva que, al interpretar al suicidio como hecho social, lo coloca, por añadidura, como una responsabilidad de toda la sociedad; un problema que debería ser atacado en conjunto.

Actualmente, esta perspectiva del suicidio como fenómeno social se ha traducido a todos aquellos problemas vinculados con la salud mental. Así, la OMS habla de determinantes que incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (OMS, 2017).

iii. Políticas públicas de salud mental

Ante los crecientes problemas de salud mental en el mundo, la OMS ha incitado en las últimas décadas a los distintos países a que elaboren y refuercen sus políticas públicas, con el fin de revertir la situación. En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. Allí, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de objetivos mundiales, con un particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos (OMS, 2013). Actualmente, los esfuerzos están enfocados, desde una perspectiva de derechos humanos, a ofrecer prácticas alternativas al manicomio.

El plan está centrado en cuatro objetivos principales orientados a: (1) reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo que concierne a salud mental; (2) proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades; (3) poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; (4) fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (OMS, 2013).

En 2017, el 79% de los Estados Miembros de la OMS declaró que disponía de una política o un plan de salud mental específico y el 63% había promulgado una legislación independiente en la materia. Si se observa el Gráfico 3, se puede notar un avance de las leyes en distintos parámetros vinculados con los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

No obstante, como la OMS misma reconoce, los sistemas todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga generada por los trastornos mentales, ya que la aplicación efectiva de las políticas es escasa. Esto trae como consecuencia una divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación: la llamada “brecha de asistencia”. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50% (OMS, 2017).

Aunque algunos de los objetivos planteados en el Plan de Salud Mental 2013-2020 de la OMS ya se han superado o están muy cerca de hacerlo, el problema de la brecha entre necesidad de tratamiento y asistencia aparece como uno de los mayores desafíos para atender en los próximos años (OMS, 2017).

1.3 Salud Mental en Uruguay

i. Estadísticas locales

En Uruguay existen muy pocas cifras sobre la cantidad de personas que sufren trastornos mentales. La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) ha tomado como referencia el número que se maneja a nivel mundial: 1 de cada 4 personas padecerá algún trastorno a lo largo de su vida (“1 de cada 4 uruguayos padece algún trastorno mental”, 2016). Luego, se pueden encontrar datos sobre ciertos trastornos específicos, aunque también son escasos. Por ejemplo, es posible saber que existen en el país alrededor de 600 mil personas que sufren depresión, aunque el 80% de ellas desconoce que padece esta enfermedad.

Pero de lo que sí existen cifras más exactas es sobre el suicidio. Uruguay hoy se encuentra entre uno de los países con las tasas de autoeliminación más elevadas del continente, con una tasa de 18.4 cada 100.000 habitantes (Gráfico 6). Delante solo se encuentra Surinam (22.8) y Guyana (29.2). De hecho, a comienzos de este año, El Observador tituló “Uruguay, un ‘punto rojo’ en el mapa de la salud mental” (Bello, 2018), en referencia al mapa elaborado por la OMS en 2016, en el que el país figura también mundialmente dentro de la categoría de las tasas más altas².

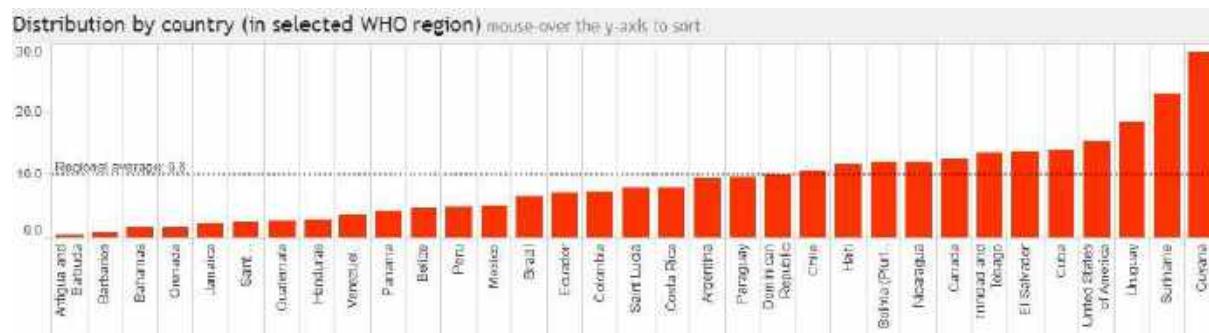


Gráfico 6. Distribución por país de la tasa de suicidios. OMS (2016).

Actualmente, en Uruguay muere más gente por suicidios que por accidentes de tránsito (709 contra 435 en 2016). El récord histórico de suicidios a nivel nacional correspondía a la crisis del 2002, donde se produjeron 690 auto-eliminaciones. En 2010 ese pico se superó, con un total de 709 casos, según datos de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MSP). Aunque en 2017 se registraron menos casos (686) la tendencia en los últimos años ha oscilado entre la estabilidad y el aumento.

Particularmente, la situación preocupa desde al año 2013, cuando comenzó una tendencia ascendente en la tasa de suicidios (Gráfico 7), que marcó ese año una tasa de 16.13 cada 100.000 habitantes y llegó a 20.37 en 2016 (Sartori y Prato, 2018). En

² Ver mapa en p. 8.

2017 la tasa descendió a 19.54. No obstante, para el ex director del Programa de Salud Mental del MSP la disminución “no es estadísticamente significativa”, y se espera que la tendencia se mantenga en los próximos años (“Registran una leve caída en la cantidad de suicidios en el último año”, 2018).

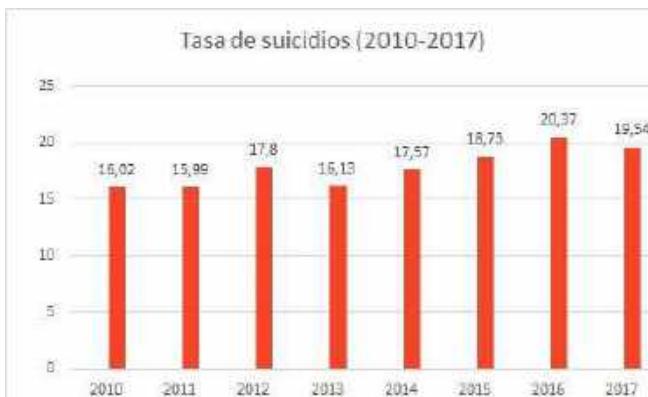


Gráfico 7. Tasa de suicidios en Uruguay (2010-2017). Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017).

Si se mira la distinción por edades, en los últimos años se destacan dos principales grupos de riesgo: la franja de jóvenes de entre 15 y 24 años y los adultos mayores a 65 años. En el caso de la adolescencia, en el último año ha comenzado a preocupar en especial en rango de entre 15 y 19 años. Las cifras muestran que los suicidios se mantienen estables hasta los 14 años y parece haber una tendencia en aumento a partir de esa edad hasta los 19 años en el último tiempo, según el ex referente del Programa de Salud Mental, Ariel Montalbán (“Suicidios: creció cifra en menores de 19”, 2018).

En un contexto como este, el objetivo planteado por la OMS, que propone para 2020 un descenso en los suicidios del 10%, resulta “desafiante” para Montalbán, porque en todos lados “no solo no baja, sino que sube” (“Suicidios: creció cifra en menores de 19”, 2018).

ii. Actores clave

A continuación, se darán a conocer los principales actores relacionados con el tema de salud mental en Uruguay (tanto organismos estatales, como organizaciones que hoy tienen un fuerte peso en cuanto a su trabajo por la salud mental). Los actores serán presentados por orden alfabético.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)³

ASSE es el prestador estatal de salud pública en Uruguay. Creado en 2007 (Ley N° 18.161) como servicio descentralizado, tiene dentro de sus objetivos el brindar los servicios de salud establecidos por la Ley N° 9.202, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública. Con su creación, el MSP deja de tener competencia directa sobre los centros de salud del país: el ministerio establece las políticas, ASSE las implementa.

Dentro de ASSE se encuentra el área de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables. Esta dirección tiene bajo su dependencia la gestión administrativa y técnica del Hospital Vilardebó, único hospital psiquiátrico del Uruguay, de referencia nacional para pacientes portadores de patologías severas y persistentes, inaugurado en 1880. Además del Hospital Vilardebó, ASSE se encarga de administrar el Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS), que es el nuevo nombre que se dio a las antes llamadas Colonias Psiquiátricas (Etchepare y Santín Carlos Rossi). Además, se encarga de la dirección técnica de los 47 Equipos de Salud Mental con los que hoy cuenta, distribuidos por todo el país.

Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP)⁴

La Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP) fue creada por ley en el año 1948, con la finalidad de proteger a las personas con trastornos mentales durante todas las etapas de su asistencia (hospitalaria y extra-hospitalaria), promover su integración a la sociedad, procurarles alojamiento y alimentación, si no los tienen, y apoyar a sus familias. La CHPP administra el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial Martínez Visca, que cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y talleristas. El centro trabaja en la inclusión laboral y, actualmente, 43 personas trabajan a través de estrategias de inclusión desarrolladas y acompañadas desde la institución.

Federación Caminantes⁷

La Federación de Organizaciones de Familiares Por la Salud Mental, Caminantes, es una asociación civil sin fines de lucro con sede en Montevideo, que trabaja desde el año 2005. Funciona como grupo de apoyo entre asociaciones de todo el país para defender los derechos de las personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP), promoviendo la integración y rehabilitación de las personas para

³ Información recuperada del sitio web de ASSE: <http://www.asse.com.uy>

⁴ Información recuperada del sitio web del Centro Martínez Visca: <http://centromartinezvisca.org.uy> ⁶ Información obtenida de reunión de la CHPP, 25 de julio de 2018.

lograr su autonomía, su re-inserción social y laboral. En sus fines está promover, fomentar y buscar soluciones de vivienda y calidad de vida dignas, entre otros objetivos.

Ministerio de Salud Pública (MSP)⁵

El Ministerio de Salud Pública es la institución del Poder Ejecutivo que se encarga de establecer las políticas y las estrategias en materia de salud pública en Uruguay. Dentro de la institución se encuentra el Área Programática de Salud Mental, integrada por un grupo asesor técnico de psicólogos y psiquiatras, que se encarga de coordinar el Plan Nacional de Salud Mental (elaborado de 1986), así como el plan de prestaciones del área y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)⁶

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) es la asociación de los médicos psiquiatras del país. Sus fines son desarrollar los análisis científicos de los aspectos teóricos y prácticos de la Psiquiatría (clínicos, psicopatológicos, docentes y formativos y asistenciales), además de contribuir a elaborar conclusiones con repercusiones en los campos asistencial, docente y forense. Este conjunto de actividades se canaliza a través de congresos, sesiones científicas y publicaciones.

La SPU, dirigida por el doctor Rafael Sibils, fue otro miembro activo en la discusión para la promulgación de la nueva ley de salud mental y también participó en la elaboración de las campañas de Salud Mental Sin Prejuicios.

Radio Vilardevoz⁷

Radio Vilardevoz es una emisora radial uruguaya fundada en un proyecto autogestionado de intervención social-comunitaria, cuya sede física se encuentra en el hospital psiquiátrico Vilardebó y cuyos protagonistas son los pacientes del hospital. El proyecto, que surgió como iniciativa de un grupo de estudiantes de la Facultad de Psicología en 1997, se desarrolla sobre tres ejes fundamentales: la salud mental, el desarrollo comunicacional y la participación. Cuenta con talleres de escritura, digitalización y producción radial y un día de transmisión en vivo, abierta al público.

Once coordinadores (dos operadores de radio y nueve psicólogos) se encargan de las actividades realizadas. Algunas veces al año, la radio sale del Hospital Vilardebó

⁵ Información recuperada del sitio del MSP: <http://www.msp.gub.uy/>

⁶ Información recuperada del sitio web de SPU: spu.org.uy

⁷ Información recuperada del sitio web de Vilardevoz: <http://www.vilardevoz.org/>

y se instala en algún punto de la ciudad para realizar intervenciones urbanas. Según su co-fundadora, la psicóloga Cecilia Baroni, el objetivo principal del proyecto es “cambiar ese concepto de la locura como algo que es peligroso” y, a su vez, “dar voz a aquellos que por mucho tiempo fueron hablados por otros” (Baroni, C., entrevista personal, 20 de marzo de 2018).

iii. El gran cambio: Ley 19.529 de Salud Mental

En este punto es donde radica el hecho de que nace este proyecto de investigación: la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental uruguaya en 2017. Para comprender el impacto social que esto supone, resulta necesario conocer el contexto previo a este cambio. Hasta el 24 de agosto de 2017, la salud mental en Uruguay era regulada por la Ley N° 9.581, llamada Ley del Psicópata y promulgada en el año 1936. Esta normativa se basaba principalmente en la hospitalización de las personas con enfermedades mentales en instituciones psiquiátricas. Esta perspectiva de salud mental respondía a un contexto en el que “la locura era puesta lejos” (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

La información para elaborar este capítulo se obtuvo, principalmente, de entrevistas realizadas a expertos en el tema. Por un lado, se entrevistó a Horacio Porciúncula, asesor del Área Programática de Salud Mental del MSP, ex director del Área de Salud Mental de ASSE y, anteriormente, del Hospital Vilardebó. Además, se utilizó información de las entrevistas realizadas a Ricardo Acuña (director de la CHPP) y Cecilia Baroni (coordinadora de Radio Vilardevoz).

Situación previa a la ley

La historia de la salud mental podría comenzar a contarse alrededor del año 1840, cuando el único hospital que existía era el Hospital Maciel, que en aquel momento se llamaba Hospital de Caridad. En cierto momento, se decidió realizar el proceso de trasladar a las personas con alteraciones mentales y llevarlas lejos de la ciudad, lo que marcaría el modo en el que esta es concebida hasta el día de hoy en día en el país. En el año 1880 fue inaugurado el Hospital Vilardebó, que en ese entonces se encontraba muy alejado de la ciudad, ya que esta terminaba en la puerta de la Ciudadela (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

Luego, en 1912, se inauguraron las Colonias Psiquiátricas, que recibieron ese nombre a partir de una lógica que buscaba “colonizar” una zona separada de la ciudad para que allí fueran trasladadas las personas con enfermedades mentales. Ubicadas en el límite entre los departamentos de San José y Canelones, con el río Santa Lucía de por medio, se buscaba separar aún más a las personas con enfermedades mentales del resto de la sociedad.

Tuvieron que pasar muchos años para que se generaran políticas que planteasen un cambio de perspectiva en cuanto al modo de tratar la salud mental. En el año 1999, una serie de muertes en el Hospital Psiquiátrico Musto, ubicado en las afueras del barrio Colón, llevó a una interpelación por parte de Mental Disability Rights International, una comisión de Derechos Humanos con sede en Estados Unidos⁸. Esto provocó la decisión de cerrar el Hospital Musto y crear, con los ahorros que se generaron, una atención que estuviese centrada en un enfoque más comunitario: equipos descentralizados de salud mental, que hoy son 47 en todo el país.

Sin embargo, según el director de la CHPP, Ricardo Acuña, luego de la creación de estos equipos no se realizaron más acciones para aplicar el plan (Acuña, R., entrevista personal, 25 de agosto de 2018). Fue en 2015, cuando se produjo un otro suceso que llegó nuevamente a oídos de la opinión pública. El 26 de marzo de 2015 se dio a conocer la noticia de la muerte de un paciente que fue atacado por perros en la Colonia Etchepare, ubicada en San José. A partir de esta muerte, a su vez, los funcionarios del hospital psiquiátrico declararon la existencia de más de 100 perros salvajes en el lugar, donde cada día al menos un paciente era atacado (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

Este hecho generó un estado de alarma para los actores vinculados con la salud mental que, unida a los reclamos que ya se venían realizando en los últimos años por parte de ciertas organizaciones, convergieron en lo que luego se convirtió en el movimiento para la aprobación del proyecto de la ley de Salud Mental. Finalmente, en agosto de 2017 se logró la promulgación de la nueva Ley N° 19.529¹² que, como ya se anticipó, introduce grandes cambios en el modo en el que la salud mental deberá ser concebida de ahora en adelante en el país.

Principales cambios: desinstitucionalización y una mirada humana

La nueva ley presenta una perspectiva que, en lugar de estar centrada en la hospitalización y el aislamiento, apunta a concebir a los individuos “de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular” (Art. 3, lit. A), con la dignidad humana y los principios de derechos humanos como marco de referencia primordial. De acuerdo con esta mirada, la ley plantea varios puntos que implican una reestructuración profunda en el modelo de asistencia en salud mental.

El primer concepto clave es el de desinstitucionalización, es decir, la creación de alternativas que no impliquen la hospitalización basada en aislamiento. En la ley, la internación es considerada “un recurso terapéutico de carácter restringido, que deberá

⁸ *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay*. Mental Disability Rights International. Washington, D.C. jun 1995.

llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizable s en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible" (Art. 24). Es decir, el hospital es presentado como la última opción. Y es aquí donde aparece el cambio más trascendente para esta investigación: cuando se habla de hospitalización, la ley no se refiere a las instituciones de tipo asilar que existen hoy en el país.

Según lo que apunta el Artículo 38, para el año 2025 se prevé el cierre del Hospital Vilardebó y las actuales Colonias Psiquiátricas (CEREMOS), al tiempo que prohíbe la creación de nuevas estructuras de este tipo. ¿Dónde serán internadas, entonces, estas personas? En dispositivos alternativos, correspondientes al nivel de gravedad de su enfermedad; unidades de salud mental dentro de los hospitales generales, Casas de Medio Camino y Hospitales de Día.

Las Casas de Medio Camino son dispositivos asistenciales de mediana estadía (3 meses a 2 años) para personas con trastornos mentales graves que fueron hospitalizadas por cuadros agudos o descompensaciones de cuadros crónicos, y que, pasado el período de tratamiento hospitalario intensivo, mantienen limitaciones para la vida autónoma, la reintegración a la vida familiar o a viviendas sociales (ASSE, 2016). Hoy en día ya existen en el país este tipo de dispositivos. ASSE tiene 4; 2 en Montevideo y 2 en el interior (San Carlos y Tacuarembó). Además, existe una casa privada, Benito Menni, y dos hogares protegidos por la CHPP.

Por otra parte, los Hospitales de Día corresponden a un concepto bastante nuevo en Uruguay, explica Porciúncula. Se trata de personas que no están preparadas aún para ser dadas de alta, pero tampoco para estar internadas durante todo el día y permanecen el resto de la jornada en sus casas. En el mes de agosto de este año fue inaugurado en el Hospital de San Carlos una nueva Unidad de Salud Mental que cuenta con un hospital de estas características (ASSE, 2018).

Desafíos para la aplicación

Desde el momento en que el proyecto de ley comenzó a discutirse, una interrogante apareció poco a poco: ¿están los uruguayos preparados para estos nuevos cambios? Dentro de la discusión, fuentes de ASSE plantearon que sería necesario "un cambio cultural para poder incluir a las personas con enfermedades mentales en las actividades de todos los días" (Bello, 2017).

Resulta que, efectivamente, este cambio abismal en el modelo de asistencia que plantea la ley supone un enorme desafío, tanto para quienes integran los equipos de salud como para la sociedad en general: "Si al lado de tu casa ponen una casa que va a tener pacientes psiquiátricos, yo te quiero ver cuán fácil te resulta" (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018). Es aquí donde queda en evidencia la existencia de un problema que debe ser atacado desde la comunicación.

Además del evidente desafío desde el punto de vista social, otra de las dificultades que hoy se plantean con respecto a esta ley gira en torno al presupuesto, ya que, a pesar de ser votada por unanimidad, no había sido incluida en la Rendición de Cuentas. Sin embargo, en el mes de agosto la situación parece haber comenzado a cambiar, ya que se lanzó un plan piloto de implementación de la ley en el departamento de Maldonado. A su vez, se resolvió una reasignación de 350 millones de pesos en el proyecto de Rendición de Cuentas, en el que se destinan 50 millones para el cumplimiento de este plan piloto, que hasta el momento estaba desfinanciado (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

1.4 Conclusiones

A pesar de que en la definición de la OMS la salud mental figura como un elemento esencial para el bienestar de las personas, se puede ver que, históricamente, ha sido relegada a un lugar marginal, tanto en el campo de la salud como dentro de la sociedad. Se pudo ver que esto se debe, en gran medida, a que desde los inicios la enfermedad mental fue entendida como un problema estrictamente individual y, por tanto, con el que cada individuo debía cargar solo. Más tarde, con el reconocimiento de los factores sociales como determinantes de la salud mental se puede ver cómo, paulatinamente, se comenzó a reconocer la responsabilidad colectiva en el tema.

Sin dudas, las estadísticas hoy son un elemento central para que la salud mental haya cobrado trascendencia en la agenda pública y política de los Estados. En este punto, debe destacarse la alarma encendida por el problema del suicidio, que hoy constituye una de las primeras causas a nivel mundial. En este sentido, se debe apuntar el caso concreto de la adolescencia, etapa en la que el problema va en aumento y que, al mismo tiempo, es donde la mayoría de los trastornos mentales tienen origen. Por lo tanto, a la hora de considerar la prevención, resultará primordial tener en cuenta mecanismos que puedan aplicarse desde las instituciones educativas.

Pero a pesar de que actualmente se ha tomado conciencia a nivel político de la relevancia de este problema (lo que se ve reflejado en el avance a nivel global en las legislaciones de salud mental) se puede ver que la brecha entre necesidad de tratamiento y asistencia continúa sin resolverse de un modo eficiente. Es decir, se promulgan avances, pero se produce una falla a la hora de implementar estas políticas, que luego parecen no reflejarse lo suficiente en acciones concretas que induzcan al cambio. Sin embargo, un punto a destacar a nivel mundial es la tendencia a una perspectiva basada en derechos humanos y en técnicas alternativas a la hospitalización.

Ante este escenario mundial, Uruguay aparece como un país que ha sido introducido bruscamente en un gran cambio de paradigma. Basta con recordar que tan solo un

año atrás la ley que regía la salud mental en el país databa de 1936 y era llamada Ley del Psicópata. Asimismo, se puede ver cómo el hecho de que este modelo haya perdurado por tantos años ha dejado huellas en la concepción actual de la salud mental, que inconscientemente continúa con una perspectiva de “la locura lejos”, que convierte a este cambio de paradigma en un gran desafío desde una perspectiva social. Esto transforma en fundamental el rol de la comunicación como herramienta para lograr acortar esa distancia y, así, favorecer a que el cambio sea menos abrupto y mejor recibido.

¿Se puede decir que Uruguay está realmente preparado para este cambio? Las condiciones del contexto actual parecerían indicar que sí: el hecho de que haya comenzado a implementarse es un buen indicio. Sin embargo, habrá que observar qué sucede de aquí en adelante, para determinar si, en verdad, se trata de una realidad en vías de cambio o si su reglamentación quedará a medio camino, como ha sucedido con otras leyes aprobadas en los últimos años. Por lo tanto, se podría decir que, desde el punto de vista normativo, las circunstancias están dispuestas para favorecer este cambio. Pero para determinar si, efectivamente, Uruguay está preparado, se vuelve necesario conocer más de cerca la visión de la población. Es lo que se verá en los capítulos que siguen.

Capítulo 2. Salud mental y comunicación

Ya con un panorama claro de la situación, tanto a nivel global como local, en esta instancia es posible comenzar a hablar de la salud mental desde el enfoque de la comunicación. A medida que este tema ha comenzado a tomar relevancia pública, ha surgido la necesidad de acompañar ese cambio desde la comunicación. Pero al introducirse en el tema de salud mental desde un punto de vista comunicativo, pronto aparece un gran desafío: el problema del estigma. En este capítulo se darán a conocer las características de este obstáculo en la salud mental, al tiempo que se intentará responder una segunda pregunta clave: ¿qué estilo de comunicación es el más efectivo para atacar el estigma?

2.1 Salud mental en el imaginario colectivo: el problema del estigma

El estigma en la historia

Al hablar de salud mental desde la perspectiva de la comunicación sale a la luz de inmediato una noción que determina el modo en que estas personas son percibidas en la sociedad: el estigma. Este concepto ha sido ampliamente trabajado por el sociólogo canadiense Erving Goffman en su libro *Estigma*, publicado en 1963. Allí, el autor explica que los griegos crearon el término para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor (Goffman, 2012: 13).

Más tarde, durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esta alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física. En este punto, Goffman apunta que en la actualidad la palabra ha adquirido el sentido de esa segunda acepción, pero hoy con ella se designa al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales (Goffman, 2012: 13).

El estigma en la actualidad

Para explicar la noción de estigma que corresponde a la actualidad, Goffman (2012) muestra cómo, en el intercambio social rutinario, un individuo trata con “otros” sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Pero cuando ese “otro” presenta un atributo que lo vuelve diferente a los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso), esto lo convierte en alguien menos apetecible, que es categorizado como un extraño; alguien que ya no es visto como una persona total, sino que pasa a ser reducido a un ser menospreciado (14).

A partir de esa idea, Goffman define estigma como “un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de un individuo cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto” (17). Esta breve definición permite identificar con claridad una de las principales características asociadas al estigma, que es la reducción de las personas a la característica que lo origina. Así, en línea con la lógica de Goffman, el individuo que posee una enfermedad mental deja de ser persona para convertirse únicamente en un loco.

Como apunta Seva (2010), la estigmatización es casi siempre inconsciente y está basada en concepciones sociales erróneas, arraigadas en la percepción colectiva. Por ejemplo, se piensa que “una persona con esquizofrenia es violenta e impredecible, y no podrá nunca trabajar o vivir fuera de una institución. Que una persona con depresión es débil de carácter. Que no puede casarse ni tener hijos” (150).

2.2 Los “locos” y los “psicópatas”. La importancia de los términos a la hora de comunicar

Dentro de los vehículos que utiliza el estigma para propagarse, uno muy poderoso es el lenguaje. Ya en la sabiduría popular expresada en el refranero español es posible identificar una riqueza en dichos acerca de patologías mentales; “al toro y al loco de lejos”, “cada loco con su tema”, “la locura no tiene cura y si la tiene poco dura” o “mal que no tiene cura es la locura”, entre otros (Seva, 2010: 150). A través de estos proverbios populares es posible identificar ese carácter potente de las palabras como difusoras del estigma a través de las generaciones.

Hoy en día, en sociedades con una tendencia en crecimiento hacia el uso de lo “políticamente correcto” en el lenguaje, las organizaciones que trabajan por la salud mental han encontrado oportunidad para incitar al cambio en el modo de referirse a las personas con enfermedades mentales. Como señala Alain de Benoist en su artículo “El pensamiento único”, lo políticamente correcto surge con la intención de eliminar del lenguaje corriente determinadas palabras peyorativas o algunas expresiones ofensivas susceptibles de herir a esta o aquella categoría de individuos (De Benoist, 2017). En este sentido, surgen manuales que recomiendan evitar el uso de términos del estilo de “loco, maníaco, tarado, lunático, perturbado, demente” para sustituirlos por “una persona con un problema de salud mental, que tiene un trastorno mental” (Obertament, s.f.). Principios que pueden resultar obvios, pero que, sin embargo, resulta necesario aclarar en pleno siglo XXI.

En un contexto en el que se está buscando llegar a términos más inclusivos, resulta lógico pensar que los principales promotores de este cambio en el lenguaje deberían ser las instituciones que promueven la lucha contra el estigma. Sin embargo, en

Uruguay existe un caso que llama la atención. Como se mencionó en el capítulo anterior, la ley previa a la aprobada en 2017 había sido promulgada en el año 1936. Esa época trajo consigo, además de la ley la ya mencionada creación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP). Lo que llama la atención es que esta entidad conserve hasta el momento su nombre original.

Según Ricardo Acuña, director de la CHPP, el cambio del nombre continúa postergándose debido a que existe la intención de renovar, al mismo tiempo, el funcionamiento la institución y esto aún sigue en debate (Acuña, R., entrevista personal, 25 de julio de 2018).

A su vez, Maris Pérez, miembro de la CHPP por la Federación Caminantes, plantea un punto que resulta crucial para comprender el rol del lenguaje con respecto al estigma. Para ella, las terminologías en sí no son lo trascendente, sino que lo determinante es el contexto en el que se reproducen; no es la palabra, sino cómo se contextualiza. La secretaría de Caminantes reconoce que lo que molesta a su hija (que tiene esquizofrenia) es el hecho de que en los medios de prensa titulen noticias sobre asesinatos asociados a enfermedades mentales. Se pueden citar casos en Uruguay como “Hombre que asesinó a su hija tiene esquizofrenia paranoide” (El Observador, 2012) o, más recientemente, “Un exdiplomático uruguayo fue enviado a un siquiatrónico por el asesinato de su vecino en Londres” (Teledoce, 2018). De este modo, ya no resultaría tan sorprendente que se asocie esquizofrenia o psicopatología a peligrosidad, aunque, en realidad, se trate de la minoría de casos.

Ante esta tendencia (que es global) de muchos medios de comunicación en el tratamiento de los términos vinculados con la salud y enfermedad mental, se han creado en los últimos años Guías de medios, en los que se ofrecen pautas acerca del modo más adecuado de tratar la información vinculada con temas de salud mental.

Pero además de esta búsqueda de términos más adecuados y dignos se puede identificar otra alternativa que es la de resignificar términos ya utilizados, pero quitando su carga estigmatizante y negativa. Este es el caso del modelo de comunicación propuesto por el colectivo Vilardevoz, que habla abiertamente del término “locura” y donde los pacientes incluso suelen autodenominarse “locos”.

Aquí, más que una búsqueda de cambiar las palabras se trata de cambiar lo que ellas sugieren, como la extendida idea de peligrosidad. En esta misma línea este año se estrenó el documental *Locura al aire* (Cano y Cuba, 2018), que cuenta la experiencia de los integrantes de Vilardevoz cuando fueron invitados a un encuentro de “radios locas” organizado en México⁹. Allí se puede ver una vez más esa búsqueda de utilizar el término “loco”, pero con un significado positivo.

⁹ Se trata de un evento promovido por Radio Abierta, la primera radio en México realizada por personas que tienen experiencias psiquiátricas, que se encarga, a su vez, de difundir desde su sitio web proyectos similares en otros países de América Latina. Link del sitio: <https://www.radioabierta.net/red>

2.3 Comunicación contra el estigma. Campañas publicitarias de salud mental

Con este subcapítulo la investigación comienza a acercarse a responder de qué modo la comunicación puede ser utilizada para contribuir con un cambio de mirada en el tema de salud mental. En este sentido, la publicidad aparece como un área clave para transmitir estas ideas. Eloísa Nos (2007) refiere a la publicidad social, que se distingue por sus objetivos, vinculados con la sensibilización y la educación de la sociedad en conductas cívicas, e igualmente, de empoderamiento de los actores que trabajan por la justicia social (178). Esta publicidad está motivada por un problema de comunicación social y colectivo, y no, por el contrario, privado.

Como apunta Nos, la publicidad social también encuentra su particularidad en que es fruto de las necesidades de unos emisores que tienen la responsabilidad de representar situaciones y realidades cotidianas marcadas por el peligro, la tragedia o la injusticia (180). Este riesgo de comunicar desde una perspectiva compasiva puede conectarse fácilmente con la situación en el caso de las campañas de salud mental contra el estigma. En este sentido, cabe preguntarse: ¿de qué modo plantea esta campaña la lucha anti-estigma? ¿lo plantea como invitación o como obligación? ¿se enfoca en el problema o muestra una solución?, entre otras tantas interrogantes.

i. Campañas internacionales

Para conocer cuál es el tono que utilizan las campañas contra el estigma en salud mental en el mundo se decidió aplicar la metodología del análisis de contenido. Al realizar una búsqueda de piezas ganadoras dentro de las categorías de salud o bien público de diferentes festivales internacionales de publicidad (Cannes, El Ojo de Iberoamérica, New York Festivals, Clio Awards, entre otros), se pudo notar que, de los pocos casos de campañas relativas a la salud mental, aparece únicamente el autismo.

El único caso encontrado de una campaña ganadora con un tema diferente vinculado a la salud mental fue en el festival internacional de creatividad Cannes Lions. *Project 84* obtuvo en 2018 un Gold Lion (Oro) en la categoría Health and Wellness Lions (Salud y Bienestar), dentro de las fundaciones sin fines de lucro. Se trata de una campaña contra el suicidio masculino realizada en el Reino Unido por el movimiento Campaign Against Living Miserably (CALM).

Dentro de las acciones de la campaña se llevó a cabo una instalación artística sobre la cima del edificio de la cadena de televisión británica ITV con el objetivo de generar impacto. Allí, se colocaron 84 esculturas a escala humana, que representan la cantidad de hombres que se quitan la vida cada semana en el Reino Unido (Imagen 1). Las figuras humanas fueron realizadas por el artista norteamericano Mark Jenkins,

conocido por sus esculturas callejeras hiperrealistas hechas con cinta de embalaje, que tomó como modelo los cuerpos de familiares de personas que se suicidaron. Además de esta acción concreta, la campaña cuenta con un sitio web¹⁰ en el que se aporta información, testimonios y ofrece la posibilidad de colaborar con la causa a través de donaciones.



Imagen 1. Instalación artística de Project 84. Cannes Lions (2018)

Dado que la cantidad y el tema de las campañas halladas sobre salud mental no hubiesen permitido analizar con propiedad la comunicación contra el estigma en salud mental, se decidió considerar los casos de campañas anti-estigma en general dentro de la categoría de salud, para estudiar cómo suele ser abordado el tema dentro de esta área. El análisis de contenido toma como muestra siete piezas audiovisuales (Tabla 1), pertenecientes a las campañas anti-estigma que figuran como ganadoras dentro de la categoría Salud y Bienestar del festival Cannes Lions en los últimos cinco años (2014-2018). El propósito del análisis es determinar el tono y los recursos que se suelen utilizar en las campañas para comunicar sobre los diversos estigmas sociales. Se parte de la hipótesis de que las campañas antiestigma que alcanzan el éxito son las que se inclinan hacia un estilo positivo de publicidad social, que enaltece a los protagonistas en lugar de victimizarlos.

Campaña	Año	Anunciante	Agencia
Dear future mom	2014	Coordown	Saatchi & Saatchi
The HIV+ issue	2015	Vanguardist Magazine	Saatchi & Saatchi
Autism Speaks	2016	Autism Speaks	Lobo
Down Syndrome Answers	2017	Canadian Down Syndrome Society	FCB Canada
We're the superhumans	2017	Channel 4	4Creative
C21	2018	National Down Syndrome Society	Saatchi & Saatchi
Autism can work	2018	Andros	Serviceplan Group

Tabla 1. Corpus del análisis de contenido.

¹⁰ Project 84 <http://www.projecteightyfour.com/>

Resultados

Tras el análisis del *corpus* se pudo detectar como primer resultado general que todas las campañas abordan el tema del estigma desde un enfoque positivo, que se centra en una solución al problema. En dos de los casos se comienza con un enfoque negativo, pero luego se conduce a la solución; es decir, se muestran las dos caras (Gráfico 9). En cuanto a los temas tratados, el que más presencia tiene es el Síndrome de Down, que es el que corresponde a 3 de las campañas; luego le sigue el autismo, que se trata en dos de ellas. Los otros dos temas (discapacidad física y SIDA) aparecen en una sola campaña.



Gráfico 9. *¿Cómo habla la campaña del tema?*

Con respecto a los nombres elegidos para las campañas, no se puede identificar una tendencia clara hacia un lenguaje más connotativo o denotativo, ya que la mitad de las campañas refiere directamente al tema del estigma en su nombre, mientras que las otras optan por nombres más sugerentes y no lineales.

En lo que refiere a los aspectos técnicos de los videos, se nota una clara tendencia a una musicalización que tiene a lo positivo/inspiracional, que corresponde a 6 piezas sobre el total de 7. En cuanto al código cromático, predominan las piezas que tienden a los tonos cálidos, con un total de 5, contra 2 que emplean tonos fríos. El formato narrativo preferido es el documental, con un total de 5 campañas que eligen comunicar a partir de historias reales y una que conjuga la ficción con un final testimonial. Solo en uno de los casos se registra el uso pleno de la ficción como formato para comunicar el mensaje (Gráfico 10).

FORMATO NARRATIVO

■ Documental ■ Ficción ■ Ambos

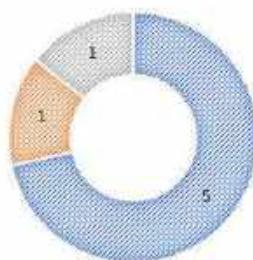


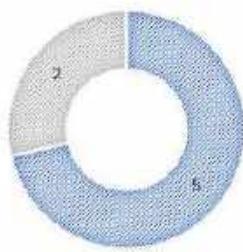
Gráfico 10. Formato narrativo.

En cuanto a los actores presentes en el video, el 100% de ellos cuenta con la participación de las personas que sufren el estigma como protagonistas. Solo en una de las piezas se elige a un único protagonista; las otras 6 cuentan con más de cuatro protagonistas. En cuanto a género, todas las piezas, excepto la que posee un único personaje, que es varón, optan por protagonistas de ambos géneros. En cuanto a edades, no se registra una tendencia clara, ya que 2 de ellas utilizan a jóvenes y adolescentes; 2 tienen como protagonistas a adultos; 1 que cuenta la historia de un niño; y 2 en las que se muestra a un grupo variado.

Con respecto al rol que asumen las personas estigmatizadas dentro del spot, es principalmente activo. Esto se puede ver, en primer lugar, en la tendencia a que los personajes hablen (5 de 7 videos). Con respecto a este dato, se puede notar que la presencia de voz *en off* aparece precisamente en los casos restantes, en los que los personajes no hablan; por lo tanto, se puede inferir que el recurso de voz *en off* es utilizado para hablar en lugar de los protagonistas (Gráficos 11 y 12).

¿LOS PROTAGONISTAS HABLAN?

■ Sí ■ No



¿SE UTILIZA VOZ EN OFF?

■ Sí ■ No

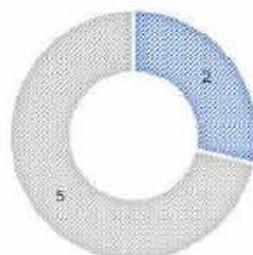


Gráfico 11. ¿Los protagonistas hablan?

Gráfico 12. ¿Se utiliza voz en off?

Pero no solo se los muestra hablando, sino que en 6 de los 7 casos los protagonistas interactúan con otros personajes (Gráfico 13), por lo que se puede ver que, además de tener voz en el spot, se les da una acción. Y, a su vez, no se trata de acciones individuales, sino de interacciones; es decir, acciones que involucran actores externos, diferentes de los individuos que padecen el estigma.

Además del aspecto activo de su participación, también queda en evidencia una intención positiva a la hora de mostrarlos, ya que en el 100% de los casos los protagonistas sonríen en algún momento en el transcurso del video (Gráfico 14).



Gráfico 13. ¿Los protagonistas interactúan con otros personajes?

Gráfico 14. ¿Los protagonistas sonríen?

En cuanto a la aparición de personajes secundarios en las piezas, los miembros de la familia son quienes aparecen con más frecuencia (en 5 de las 7 piezas). Luego, en dos de ellas se registra la aparición de médicos o técnicos y solo en una se muestra a amigos o compañeros de los protagonistas (Gráfico 15).

APARICIÓN DE PERSONAJES SECUNDARIOS

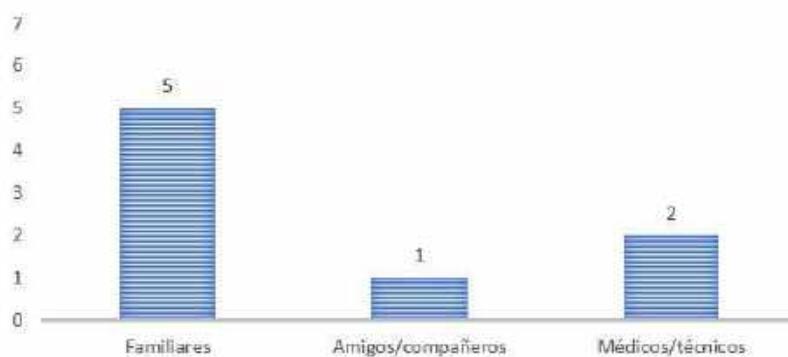


Gráfico 15. Aparición de personajes secundarios.

Con respecto a los lugares donde se desarrolla la acción, todas las piezas utilizan más de una locación; incluso, en tres de los casos, se ven más de cinco escenarios diferentes. El lugar más utilizado para mostrar a los protagonistas es su casa (6 de 7 videos), seguido por espacios de recreación y en vía pública (5 de 7 videos). Luego, el lugar de estudio o de trabajo de los protagonistas se puede ver en 3 de los 7 videos. En 2 de los casos se muestra a las personas estigmatizadas dentro de un hospital. La filmación en estudios de grabación no se realiza en ninguno de los casos (Gráfico 16).

¿EN QUÉ LUGARES SE MUESTRA A LOS PROTAGONISTAS?

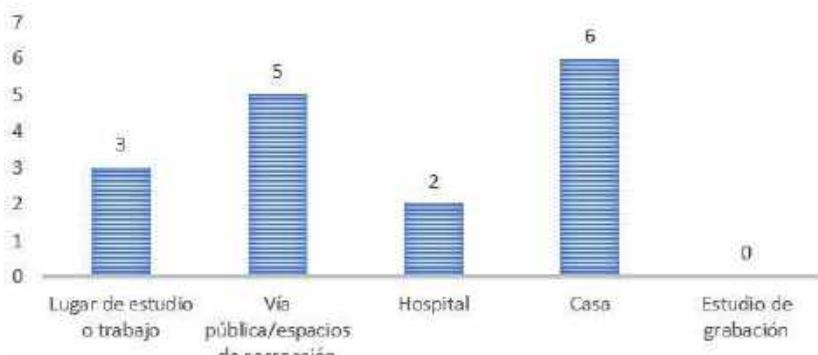


Gráfico 16. ¿En qué lugares se muestra a los protagonistas?

Evaluación de resultados

Los resultados obtenidos en el análisis permiten verificar la hipótesis que se planteó en un principio de que las campañas premiadas tienden a comunicar su mensaje con un tono positivo. Esto se puede notar, en primer lugar, en el enfoque del tema, en el que se ve una tendencia generalizada a mostrar la solución al problema, en lugar de centrarse en los efectos negativos del estigma.

El tratamiento en cuanto a los aspectos técnicos también ofrece una evidencia del tono positivo, ya que en la musicalización predominan las melodías inspiracionales. Lo mismo sucede con el código cromático utilizado, ya que prevalecen las piezas que utilizan tonos cálidos (que se asocian a sensaciones como la alegría y la cercanía, en contraposición a los tonos fríos, que generan una sensación de tristeza, distancia, miedo).

El rol que se da a las personas estigmatizadas dentro de las piezas también deja ver el tono positivo, ya que se decide, en la gran mayoría de los casos, contar con sus propios testimonios (formato documental) y colocarlos como protagonistas de los spots. Además, el hecho de que en la mayoría de los casos los protagonistas hablen, sumado a la tendencia a mostrarlos en interacción con otros personajes, permite identificar una intención de acercar a los personajes a la audiencia desde una posición

que los humaniza y enaltece, en lugar de victimizarlos (se les da voz y acción). Esto se refuerza con la decisión de que estas personas aparezcan sonriendo, lo que se registra en todos los spots.

En cuanto a la aparición de personajes secundarios, el hecho de que exista una predominancia en aparición de los miembros de la familia en comparación con la de los médicos también refleja una perspectiva positiva, ya que se puede ver una intención de separar a los protagonistas del ambiente médico y colocarlos cerca de lo cotidiano. Esto se refuerza al observar los ambientes en los que se desarrolla la acción, en los que la casa de los protagonistas es el escenario que más aparece, en contraste con una minoría de casos en los que se muestran en hospitales.

El hecho de que el segundo espacio en el que se muestra a los protagonistas sea en la vía pública y/o espacios de recreación, afirma una vez más la intención de acercarlos a lo cotidiano y generar una identificación mayor con la audiencia. Por otra parte, el hecho de que los lugares de trabajo y estudio aparezcan en una menor cantidad de casos se conecta con la escasa aparición de compañeros o amigos de los protagonistas (vínculos que podrían haber sido utilizados para incrementar el nivel de empatía de la audiencia, pero que, sin embargo, aparecen en un solo caso. Por último, la carencia de estudios de grabación como espacio en el que se desarrollan las acciones da cuenta nuevamente de una intención de crear una atmósfera natural y que conecte con la vida real.

ii. Nacionales

Con respecto a las campañas nacionales anti-estigma, estas recién han comenzado a aparecer en los últimos años en Uruguay. Esto resulta lógico si se tiene en cuenta que fue entre 2015 y 2016 cuando el tema comenzó a resurgir en la agenda pública a raíz del proyecto de aprobación de la nueva ley. En este sentido, se puede identificar como primer antecedente a lo que serían campañas contra el estigma en el país a Del Manicomio al Parlamento, realizada por Vilardevoz en 2016 en el marco de la presentación de una propuesta que llevó este colectivo a las Cámaras de Senadores y Diputados¹¹.

Luego, también puede encontrarse en 2017 la primera campaña llevada a cabo por el MSP sobre el suicidio, que titularon Lazo Naranja. En el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, el 10 de setiembre de 2017 se lanzó esta campaña en la que el ministerio difundió información enfocada en la prevención e invitó a concientizar sobre el tema a través del uso del *hashtag* #lazonaranja. Además, dentro de este concepto se llevaron a cabo otras acciones, como el concurso “La primera ayuda podés ser vos”, con el fin de profundizar la difusión del problema, en el que

¹¹ Ver detalles de la campaña en Actores clave, p. 12.

participaron más de 1400 jóvenes, adultas y adultos. El primer premio fue otorgado al grupo de jóvenes del centro educativo Los Tréboles de Montevideo por su proyecto Los Susuradores, que consistió en utilizar el susurro de frases a quienes transitan la ciudad, para dar a conocer el problema del suicidio.

Además de estas dos campañas, en 2016 se llevó a cabo la primera campaña general en contra de la estigmatización en salud mental, Salud Mental Sin Prejuicios, patrocinada por la CHPP y en colaboración con la Federación

Caminantes. En 2016 la campaña tomó el concepto “Cortemos con los Prejuicios” y en 2017, Mentalizate. Esta campaña será abordada en profundidad en el próximo capítulo. Para este año se prevé una nueva campaña, que será lanzada en octubre, que corresponde al Mes de la Salud Mental (el 10 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Salud Mental) y que, como ya se adelantó, estará enfocada en niños y adolescentes.

2.4 Conclusiones

La investigación realizada para la elaboración de este segundo capítulo deja en evidencia que esa idea de la salud mental como un tema lejano recibe una fuerte influencia del imaginario colectivo. Ese concepto de la enfermedad mental como problema individual, que se vio en el primer capítulo a partir de las concepciones médicas, al ser abordado desde la comunicación, puede reconocerse en la visión histórica de la patología mental como algo sobrenatural. Esto permite comprender que el sentido que se le ha dado a la noción de locura tiene más de construcción que de realidad. Este hecho se confirma al profundizar en el concepto de estigma, que, como reconoce Goffman, lleva a cargar de aspectos negativos a las personas que los padecen, aunque estos no se correspondan con la realidad.

En este sentido, es importante reconocer que el punto de partida del estigma se encuentra en la diferencia. Es cuando los individuos perciben algo diferente, que asocian con lo anormal desde su perspectiva, cuando el estigma adquiere fuerza. Este es un aspecto central para ser considerado a la hora de comunicar, ya que si son las diferencias las que dan origen a este problema, es probable que el camino más eficaz esté relacionado, precisamente, con identificar puntos en común entre aquellos que padecen el estigma y los que, inconscientemente en la mayoría de los casos, estigmatizan.

Otro aspecto hallado en este capítulo es el poder de la comunicación tanto para aplacar el estigma, como también para reforzarlo. Los titulares de prensa que vinculan enfermedades mentales con asesinatos para generar sensacionalismo e incluso la publicidad que busca atacar el tema y por no identificar el modo adecuado, acaba generando el efecto inverso. Aquí aparece una necesidad imperiosa de que los comunicadores aprendan a tratar el tema con prudencia y responsabilidad, para

convertirse en agentes de cambio, en lugar de en obstáculos para que esta transformación se lleve a cabo.

Y, ¿qué características debería tener una acertada comunicación contra el estigma? El análisis de contenido de las piezas ganadoras de Cannes Lions ha permitido identificar ciertas características compartidas entre las campañas contra el estigma, independientemente del problema de salud al que refieran. No quedarse en el problema, sino hacer foco en la solución; mostrar a quienes padecen el estigma como protagonistas, pero no como víctimas, sino enaltecidos a través de sus características más humanas. Se trata de mostrarlos con voz y con acción (y una acción que no es practicada en soledad, sino en relación con otros, que, aunque son diferentes en el sentido de que no poseen el estigma, desde esta perspectiva aparecen como iguales).

Por último, el hecho de que hayan comenzado a surgir campañas en Uruguay con la intención de abordar el tema de salud mental es un aspecto que debe destacarse. Sin embargo, resulta necesario dar un paso más, y analizar de qué modo comunican y cuál es el efecto que esto genera, para identificar cuáles son los puntos que deberían mantenerse y cuáles, quizás, sería mejor revisar, en favor del cambio de mirada buscado. Esto se verá con el abordaje de la campaña Mentalizate, en el próximo capítulo.

Capítulo 3. Federación “Caminantes”

El último capítulo de este trabajo de investigación se dedica a la Federación Caminantes, cliente del proyecto de comunicación que se llevará a cabo. La selección de esta federación como destinataria del plan se vincula con la filosofía y perspectivas de Caminantes, lo que llevó a considerarla como la opción más acertada a la hora de pensar en un cliente.

3.1 Identidad y filosofía

La Federación de Organizaciones de Familiares Por la Salud Mental, “Caminantes”, es una asociación civil sin fines de lucro con sede en Montevideo (Uruguay), que trabaja desde el año 2005. Funciona como grupo de apoyo entre asociaciones de gran parte del país para defender los derechos de las personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). En la actualidad están integradas a la Federación las asociaciones de familiares de Maldonado, Durazno, Treinta y Tres, Artigas, Salto, Paysandú, Colonia, Florida, Rocha, Tacuarembó, Cerro Largo, Lavalleja, Río Negro (Fray Bentos), Canelones (Pando) y Montevideo.

Caminantes nació a partir de un grupo de padres de jóvenes que habían sido diagnosticados recientemente con un TMSP. Como explica Homero Peyrot, en ese momento “la persona se encuentra con un panorama de mucha angustia, con una serie de problemas que no conocía o que incluso desconocía totalmente lo que era la enfermedad mental” (Peyrot, H., entrevista personal, 25 de febrero de 2018). Así, estos familiares comenzaron a reunirse como grupo de apoyo y, entonces, surgió una pregunta: ¿qué pasaría con sus hijos cuando ellos ya no estuviesen? A partir de ese momento decidieron que tenían que formar una asociación que trabajara para promover la integración y rehabilitación de estas personas, para lograr su autonomía.

Luego, se encontraron con que esta necesidad existía en todo el país. Entonces, decidieron que no bastaría con una asociación, sino que sería necesario conformar una red de asociaciones que incluyera a las organizaciones de los distintos departamentos del país. En 2015 obtuvieron la Personería Jurídica y comenzaron a trabajar formalmente como Federación, con sede en Montevideo en el edificio de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa (Av. 18 de Julio, 2175).

El objetivo de Caminantes es, por un lado, dar apoyo a los familiares de personas con trastornos mentales severos y propiciar la formación de grupos de familiares en todo el territorio nacional. Por otro lado, la federación tiene entre sus principales cometidos promover la integración y rehabilitación de las personas con T.M.S.P para lograr su autonomía, su re-inscripción social y laboral. En sus fines está promover, fomentar y buscar soluciones de vivienda y calidad de vida dignas para estas personas.

Desde el año 2005, cuando el MSP invitó la Caminantes a participar de una Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, la federación comenzó a participar de forma activa como uno de los principales promotores para lograr una nueva ley de salud mental, que sustituyera a la de 1936. Hoy, su trabajo se enfoca en lograr que se reglamente en su totalidad y velar por que se cumpla plenamente lo establecido en ella. Caminantes, además de participar en la CATP del Programa de Salud Mental, cuenta con miembros que los representan en la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD) y en la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP).

En lo que refiere a presupuesto, la federación no posee una fuente de ingresos que les permita llevar a cabo proyectos de manera independiente. Es por esto que todas sus acciones se encuentran atravesadas por la intervención de la CHPP.

3.2 Antecedentes comunicacionales en Salud Mental

i. Campaña para Uruguay: Salud Mental Sin Prejuicios

En cuanto a antecedentes de comunicación en salud mental, Caminantes ha colaborado en la iniciativa Salud Mental Sin Prejuicios, la primera campaña con un foco anti-estigma en salud mental de Uruguay. La campaña fue promovida y financiada por la CHPP, quien decidió convocar a la federación para que participaran en su rol de familiares de usuarios de los servicios de salud mental.

Salud Mental Sin Prejuicios contó con una primera edición en el año 2016 y en 2017 se lanzó con el nombre “Mentalizate”, enmarcada dentro de la misma iniciativa de ir en contra de los prejuicios. La iniciativa de Salud Mental Sin Prejuicios surgió en el año 2016, cuando la aprobación de la nueva ley de salud mental ya estaba en discusión, con la intención de comenzar a sensibilizar a la población sobre el tema. El proyecto, como se dijo, fue patrocinado la CHPP, quien contrató a la agencia de publicidad uruguaya PAZ para llevarlo a cabo.

El 5 de octubre de 2016, en el marco del Mes de la Salud Mental, se lanzó la primera edición de esta campaña, que adquirió el concepto “Cortemos con los prejuicios”, a partir del que se realizó una serie de intervenciones urbanas, además de la elaboración de contenido gráfico y un spot con el mismo concepto, difundidos a través de redes sociales. En 2017, con el concepto “Mentalizate”, la campaña giró en torno a la creación de una “Guía de consejos para la inclusión de personas con enfermedad mental” escrita por usuarios, técnicos y familiares a través de un trabajo conjunto de reflexión que tuvo varias etapas, donde participó Caminantes.

Con esta Guía de consejos como punto de partida, se desarrollaron en la campaña distintas acciones para difundirla. En ella participaron, a través de ASSE, las

comisiones de 17 departamentos y algunas localidades de forma nacional, por lo que las acciones se llevaron a cabo en todo el país.

a. Repercusiones en la opinión pública

Para conocer la recepción de esta campaña por parte de la población uruguaya, se decidió aplicar en esta instancia la metodología de *focus group* o grupos de discusión, para obtener insumos desde un punto de vista cualitativo. Dado que las campañas de sensibilización en general y el tema de salud mental en concreto tienen un vínculo estrecho con lo emocional, se consideró imprescindible el uso de esta técnica para conocer de cerca el impacto que genera la campaña en distintos públicos. Según Daniela Romano, responsable de la Secretaría de Difusión del CHPP, desde la institución existió la intención de utilizar esta técnica, aunque nunca llegó a concretarse. El análisis que se presenta a continuación se basó en la campaña de 2017, Mentalizate.

Variables implicadas

En este caso se realizaron dos grupos de discusión en los que se buscó estudiar dos variables principales, que nacen de las conclusiones obtenidas en los capítulos anteriores. La primera variable estudiada es la proximidad al tema de salud mental, que permitirá determinar si tener experiencias propias de enfermedades mentales, o de un familiar cercano, constituye un factor relevante a la hora de enfrentarse a los estímulos generados por la campaña (como se vio con Goffman en el capítulo anterior, la familia también suele cargar con el estigma, aunque, como también aclara, la sensibilidad de los familiares no está garantizada).

La otra variable principal es la edad. Dados los datos obtenidos en el capítulo 1, en los que se puede percibir una tendencia al crecimiento de los problemas de salud mental en adolescentes menores de 19 años, se consideró que este es un público relevante para considerar en esta investigación. A esto se sumó el hecho de que la intención para la próxima campaña de Salud Mental sin Prejuicios (prevista para ser lanzada en el mes de octubre) es enfocarse en salud mental en la infancia y la adolescencia¹². Además, la intención es, a partir de lo anterior, poder llevar el tema a las instituciones educativas. Por estos motivos se consideró fundamental poder estudiar por medio de esta metodología, además de la cercanía al tema, la influencia de la edad como factor que influya a la hora de enfrentarse a la campaña.

¹² Información obtenida en reunión de la CHPP, 25 de julio de 2018.

Población-muestra

A los efectos de estudiar la influencia de las variables recién mencionadas, se decidió establecer las siguientes características para cada uno de los grupos:

Grupo 1:

- Adolescentes de entre 15 y 18 años.
- Estudiantes (de secundaria y UTU).

Grupo 2:

- Adultos de entre 30 y 50 años.
- Próximos al tema de salud mental (usuarios o familiares de personas con alguna enfermedad mental).

De este modo, se buscó que entre los dos grupos se pudiera contrastar tanto la variable de edad como la de cercanía al tema. Se decidió establecer como requisito en el grupo de adolescentes el hecho de que sean estudiantes, ya que, dado que está previsto que el tema se introduzca en los centros educativos, resulta interesante estudiar el segmento que se encuentra inserto en ese sistema, ya que serán los destinatarios de ese mensaje.

A continuación, se presentan las características de los integrantes del grupo (Tabla 3 y 4):

Grupo 1:

EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN
17	F	Secundaria / privado
17	F	Secundaria / público
18	M	UTU
16	F	Secundaria / privado
15	M	Secundaria / público
16	F	Secundaria / público
18	F	UTU
17	F	Secundaria / público

Tabla 3. Participantes Focus Group Adolescentes.

Grupo 2:

EDAD	SEXO	PROXIMIDAD CON EL TEMA
30	F	Familiar con esquizofrenia
32	F	Familiar con trastorno bipolar
50	M	Usuario por ansiedad
49	F	Familiar con depresión
33	M	Usuario por depresión
46	F	Familiar con demencia
30	F	Usuaría por ansiedad y depresión

Tabla 4. Participantes Focus Group Adultos.

Método

El eje utilizado en el grupo de discusión fue la última edición de la campaña de Salud Mental sin Prejuicios, correspondiente al año 2017, que utilizó el eslogan Mentalizate. El procedimiento para guiar la discusión en ambos grupos fue el siguiente:

- 1) Exhibición del logo de la campaña
- 2) Exhibición de banner de la última edición (Mentalizate, 2017)
- 3) Exhibición del spot publicitario de la última edición.

A partir de esta estructura, se buscó simular un método de “embudo”, en el que se produjera un acercamiento paulatino a la campaña. Este método permitió analizar con detenimiento el impacto generado por diferentes elementos que componen la campaña (tema, eslogan, diseño, personajes), que quizá no hubiese sido posible de haber mostrado el spot en un comienzo, por ejemplo.

Resultados

Los resultados serán presentados acompañados de citas ilustrativas y gráficos realizados a partir de los discursos de los participantes del grupo, que permiten interpretar los hallazgos de manera clara.

1. Primer contacto: el logo de la campaña

En el primer contacto de los participantes con la campaña, que es a través del logo de Salud Mental Sin Prejuicios, tanto en el grupo de adultos como en el de adolescentes se puede notar una primera sensación de desconcierto. En el grupo de los adolescentes, en una primera instancia los participantes no reconocen que se trata de una campaña de publicidad; en el de los adultos sí identifican el logo como parte

de una campaña, pero la totalidad de los participantes reconoce no haberla visto nunca.



Ilustración Focus Group 1. Reacción al logo.

Luego del desconcierto inicial, al no conocer la campaña, los integrantes de ambos grupos comienzan a hablar sobre el tema salud mental. En los discursos se pueden identificar ideas similares. Por un lado, los adolescentes lo conectan con un tema que es importante, pero del que no se habla mucho; en ese mismo sentido, los adultos refieren a la salud mental como tema olvidado. En el grupo de los adultos el tema lleva también a mencionar la idea de los prejuicios asociados a la salud mental, mientras que en el grupo de adolescentes esa reflexión no surge en una primera instancia (Ilustración Focus Group 1).

El desconocimiento total de la campaña por parte de los participantes resultó útil para poder preguntarles acerca de sus expectativas antes de introducirlos a los otros estímulos. Cuando se les pregunta acerca del enfoque que imaginan que tiene, en el grupo de los adolescentes se puede ver una tendencia a identificarlo con temas que entienden como más próximos a ellos (Ilustración Focus Group 2).



Ilustración Focus Group 2. Expectativas de los adolescentes.

Por otra parte, en el grupo de adultos se pueden identificar dos modalidades de expectativas. Por un lado, aparece un grupo que espera, al igual que los adolescentes, temas que entienden más frecuentes hoy en día (depresión y ansiedad), los que contrastan con temas de salud mental que consideran más lejanos (esquizofrenia y otras psicosis). Sin embargo, aquí aparece otro grupo que espera encontrarse con enfermedades menos frecuentes (aquellas que el grupo anterior considera lejanas), pero con un enfoque que apunte a normalizarlas y las presenta como cercanas (Ilustración Focus Group 3).

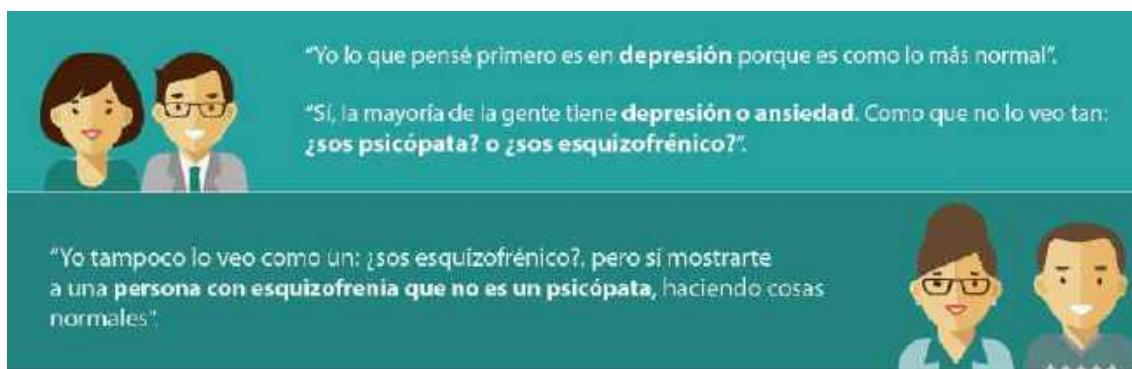


Ilustración Focus Group 3. Expectativas de los adultos.

En este punto es importante destacar cómo, en relación con aquellos aspectos de la salud mental que los participantes encuentran como más cercanos/lejanos, aparece la idea de lo normal contra lo anormal, como sinónimo de lo que a ellos les resulta extraño o no, dependiendo de su experiencia. Se puede extraer como tendencia predominante el considerar normales a las enfermedades mentales más leves y frecuentes, como la depresión y la ansiedad, ya que este discurso aparece tanto en el grupo de adolescentes como en el de adultos.

Asimismo, vale destacar que, en el grupo de adultos, aún con un grado de proximidad mayor al tema de salud mental, aparecen expresiones como “esquizofrénico” y “psicópata”, que expresan modos estigmatizantes de referirse a estas personas. En este sentido, resulta interesante observar el uso de estos términos, teniendo en cuenta lo que se refirió en el capítulo anterior, acerca de la terminología y su intencionalidad. En este caso, esas palabras puntualmente responden a modos de expresión que, dado el significado asentado en el imaginario colectivo, expresan de

por sí una perspectiva desde el estigma. A diferencia de lo que sucede con la palabra “loco”, que depende del contexto, sería difícil encontrar casos en los que la palabra “psicópata” sea usada con un sentido positivo.

Por otra parte, en el grupo de adultos aparece un discurso alternativo, que entiende a los trastornos más severos, como la esquizofrenia, como normales, aunque reconocen que no se suelen mostrar así (Ilustración Focus Group 4).

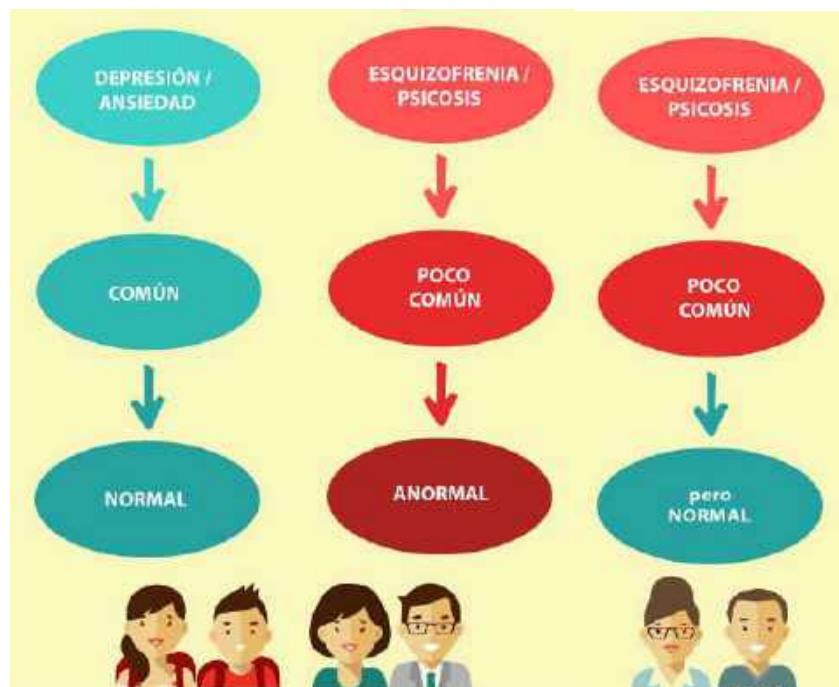


Ilustración Focus Group 4. Visiones de lo normal/anormal, según perspectivas en los distintos grupos.

2. Segundo contacto: banner de Mentalizate

Cuando se muestra un *banner* de la campaña 2017 (Mentalizate), se puede observar un cambio general en la perspectiva de los participantes de ambos grupos, motivado por la aparición de un personaje como cara de la campaña. En ambos grupos, se puede ver un contraste entre las expectativas de los participantes y lo que ven en el *banner* de la campaña (Imagen 4).



Imagen 4. Banner de Mentalizate. Salud Mental Sin Prejuicios (2017).

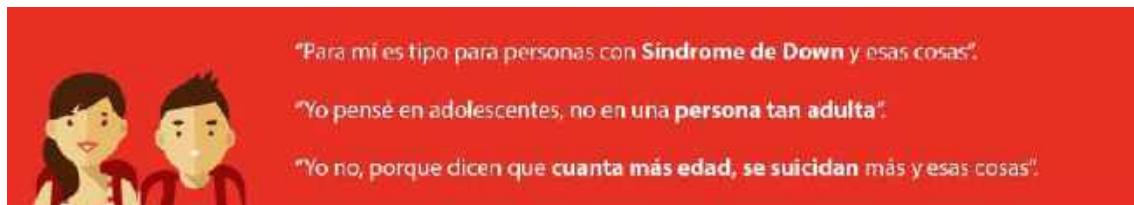


Ilustración Focus Group 5. Reacción de los adolescentes al banner de Mentalizate.



Ilustración Focus Group 6. Reacción de los adultos al banner de Mentalizate.

En este punto resulta curioso cómo, en ambos grupos, la influencia de la imagen los lleva a alejarse del tema de salud mental, en lugar de acercarse. En el caso de los adolescentes se puede notar que conduce a un vínculo errado con el Síndrome de Down, que no tiene relación con ninguna enfermedad mental (Ilustración Focus Group 5). Es posible que esto se deba a una conexión entre Síndrome de Down y discapacidad intelectual, que ligan erróneamente ligado a los trastornos mentales (lo que es muy frecuente). Del mismo modo, se puede ver cómo en el grupo de adultos la aparición del personaje también desvía el razonamiento. Allí, se puede ver una conexión del estilo salud + prejuicios + color rojo, que lleva a vincularlo con Teletón, que no tiene relación con salud mental, sino con casos de discapacidad motriz (Ilustración Focus Group 6).

Asimismo, se puede ver que en el grupo de adolescentes se producen otros planteos que llevan a disminuir la cercanía con el tema que los participantes esperaban. Al encontrarse con una persona adulta en lugar de un adolescente, que era lo que imaginaban, esto los lleva a colocar los problemas de salud mental en el campo de las personas adultas y, por lo tanto, los alejan de ellos. Resulta sumamente llamativo que la única instancia en la que se plantea el tema del suicidio dentro del grupo de adolescentes sea en este punto, y que este se relacione con personas adultas, cuando en realidad una de las franjas que se encuentra en más riesgo es la de los adolescentes de 15 a 18 años.

Por otra parte, en cuanto al eslogan de la campaña, los participantes de ambos grupos reconocen que no los conduce directamente a asociarlo con salud mental (Ilustración Focus Group 7 e Ilustración Focus Group 8).

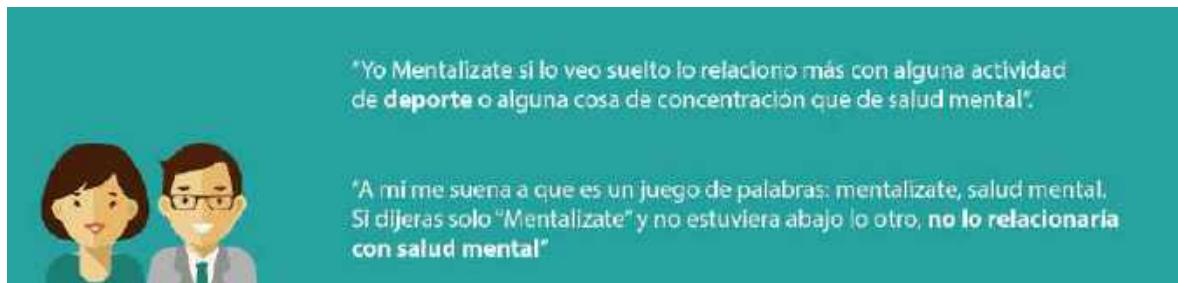


Ilustración Focus Group 7. Recepción de adultos del eslogan.

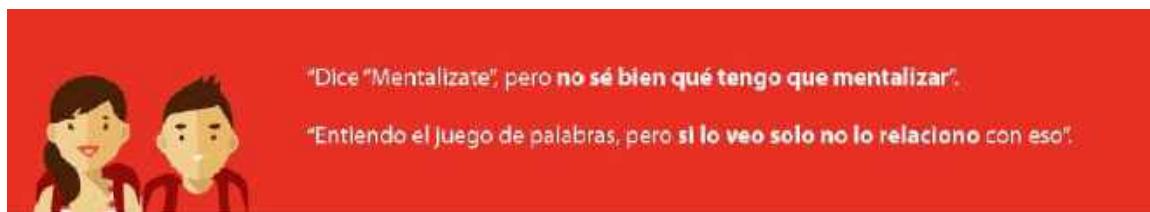


Ilustración Focus Group 8. Recepción de adolescentes del eslogan.

Por lo tanto, se puede ver que los mensajes recibidos a través del banner condujeron a los participantes de ambos grupos a realizar asociaciones que los alejan del verdadero tema de la campaña (Ilustración Focus Group 9).



Ilustración Focus Group 9. Síntesis de conceptos asociados al banner de Mentalizate.

3. Tercer contacto: spot de Mentalizate

Luego de la visualización del spot de la campaña, se empiezan a notar diferencias más marcadas entre ambos grupos y, a su vez, también dentro del grupo de adultos. En el caso de los adolescentes, la visualización del spot acaba por distanciarlos aún más del tema (Ilustración Focus Group 10).

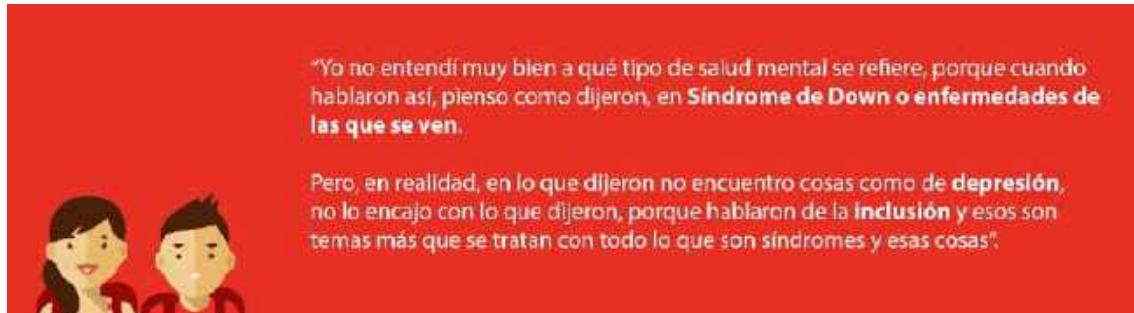


Ilustración Focus Group 10. Reacción de los adolescentes al spot de Mentalizate.

Esta cita ilustrativa resume la sensación generada en los adolescentes luego de ver el spot. Se puede ver que el planteo erróneo de Síndrome de Down, en lugar de desaparecer luego de ver el video, se refuerza. A su vez, aparece un nuevo término que distancia a los adolescentes del tema de salud mental: la inclusión, palabra que asocian a problemas más lejanos a ellos. Más adelante, aparece el ejemplo del autismo vinculado con lo que se trata en el spot (Ilustración Focus Group 11). Este punto resulta particularmente interesante, ya que parecería hablar de un concepto de inclusión, asociado a imposibilidad de acción, que aleja al público adolescente del tema. Quizá uno de los principales motivos por los que no logran empatizar sea, precisamente, una falta de identificación de cómo es posible modificar/mejorar esa realidad que se les muestra.

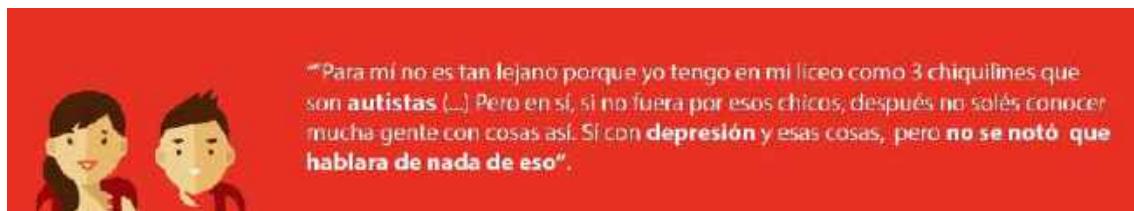


Ilustración Focus Group 11. Vínculo de adolescentes con el autismo.

Aquí se puede ver que la única enfermedad mental con la que logran asociar el contenido del spot es con el autismo, que tiene características muy particulares con respecto al gran espectro de trastornos mentales y que, a su vez, ellos identifican como poco frecuente en su contexto.

Con respecto al grupo de los adultos, nuevamente se identifican dos posturas, que corresponden a las halladas al preguntar acerca de las expectativas sobre la campaña (Ilustración Focus Group 12).

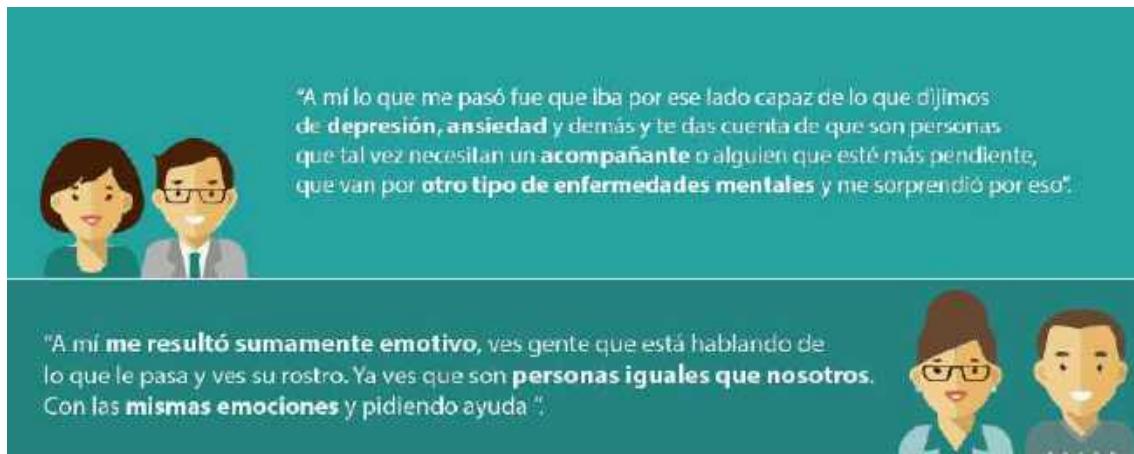


Ilustración Focus Group 12. Contraste del spot con expectativas de los adultos.

Aquí se puede evidenciar una vez más la presencia de los dos sub-grupos que aparecieron en un inicio, que contrastan lo que esperaban encontrar con lo que finalmente vieron. Aquellos que esperaban encontrarse con casos de depresión o ansiedad, y que consideraban casos más severos como lejanos, sienten que lo que vieron no se corresponde con lo que esperaban. Aquí se puede ver la identificación de la figura del acompañante como una línea de división entre lo que consideran normal y lo que es más distante. Por otra parte, las personas que esperaban encontrar testimonios con enfermedades más severas sienten una correspondencia con lo que pensaron que iban a ver, ya que perciben que se logró mostrarlos como personas “iguales a ellos”.

Personajes, guion y escenarios

En cuanto a los protagonistas del spot, en ambos grupos se desataca como un aspecto positivo, en primer lugar, el hecho de que sean ellos quienes hablen en primera persona. Sin embargo, en el grupo de adolescentes luego surge una interrogante que describe una vez más la distancia generada con el tema.



Ilustración Focus Group 13. Diferencias detectadas por los adolescentes entre testimonios.

Se puede ver que los adolescentes notan diferencias entre los distintos personajes que aparecen en el spot (Ilustración Focus Group 13). La intención de colocar técnicos y usuarios indistintamente, como se dijo, fue generar igualdad entre los testimonios. No obstante, los participantes notaron una diferencia entre algunos de ellos (que identifican, sobre todo, en la mayor fluidez del habla de algunos) y que los lleva a

considerar dos opciones: o que los que se diferencian sean personas con depresión o que sean personas que trabajan en salud mental; en síntesis, lo que ellos consideran más cercano.

Luego, con respecto a la edad, los participantes del grupo de adolescentes reconocen que, de haber aparecido personas de su franja etaria, posiblemente el mensaje les hubiese generado mayor empatía, ya que sentirían que se trata de alguien igual a ellos. En este sentido, vale destacar que la noción de igualdad sí aparece en una porción de los participantes del grupo de adultos, que logran ver a quienes hablan como iguales, mientras que en el de adolescentes no se llega a concretar esa conexión.

En cuanto al escenario elegido para mostrar a los personajes, en ambos grupos aparece el planteo de que hubiese sido mejor verlos en acción, realizando actividades de la vida cotidiana, en sus lugares de estudio o de trabajo (Ilustración Focus Group 14 e Ilustración Focus Group 15).

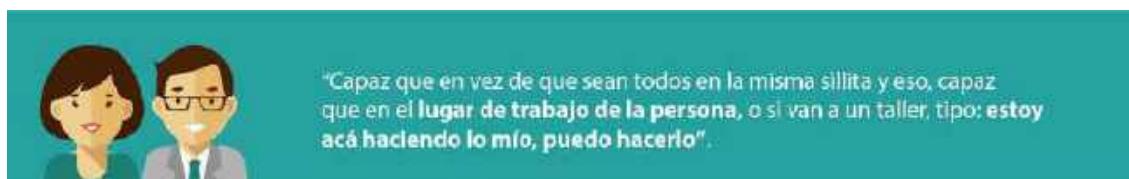


Ilustración Focus Group 14. Valoración de adultos de los escenarios de acción.

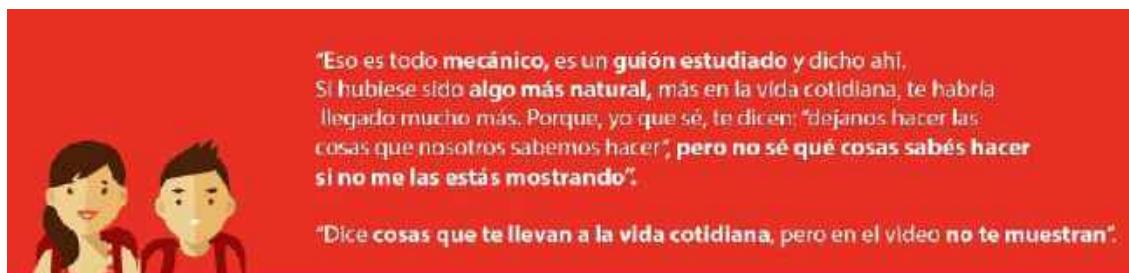


Ilustración Focus Group 15. Valoración de adolescentes de los escenarios de acción.

En este sentido, en el grupo de adolescentes se produce un planteo particular, que no se llega a dar en el de adultos, en el que los participantes identifican una incongruencia entre lo que los personajes dicen y lo que muestran. Además, se puede notar que la suma del espacio (estudio de grabación) con el hecho de que lo que dicen los personajes sea guionado genera la sensación de artificialidad, en contra de la naturalidad que ellos esperan (Ilustración Focus Group 16).



Ilustración Focus Group 16. Relación de adolescentes estudio/guion/artificialidad.

Por otra parte, esta misma inconsistencia es identificada en el grupo de adultos en el hecho de que los personajes aparezcan solos (Ilustración Focus Group 17).

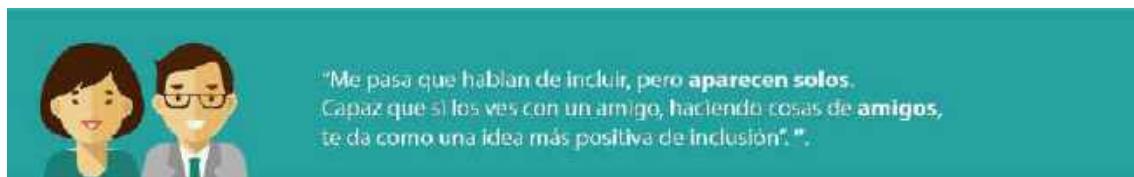


Ilustración Focus Group 17. Relación de adultos compañía/inclusión.

Por último, en ambos grupos se plantea que, si tuvieran que hacer ellos mismos una nueva campaña de salud mental, incluirían “las dos caras”: las enfermedades mentales más frecuentes, como la depresión, que pueden resultar más cercanas a la mayoría de la población, pero, a su vez, no dejarían de lado las enfermedades más severas.

A modo de síntesis, se presenta a continuación una ilustración con los principales aspectos vinculados en ambos grupos como los más positivos y los más negativos de la campaña (Ilustración Focus Group 18).



Ilustración Focus Group 18. Síntesis de aspectos valorados como positivos y negativos de Mentalizate.

3.3 Conclusiones

Una primera conclusión de este capítulo se puede extraer cuando se observa la perspectiva de la Federación Caminantes y se contrasta con el modo empleado para comunicar el mensaje que buscan transmitir. Se trata del vínculo, ya mencionado, entre el “qué y el “cómo”. Los resultados obtenidos a partir de los grupos de discusión dejan ver que muchas de las intenciones de la campaña acaban por generar un efecto inverso en algunos públicos. En este sentido, resulta fundamental destacar el contraste entre las percepciones generadas en el grupo de adultos y el de adolescentes. Se puede ver que en el primero la proximidad ejerce su influencia en cierto sector, que demuestra una mayor sensibilidad ante los estímulos recibidos por las piezas de la campaña, ya que viven los problemas de salud mental de cerca. Si esto se vincula con los miembros de Caminantes, se podría decir que la mirada de ese sector del grupo de discusión es muy similar a la de los primeros. Los integrantes de la federación, sin dudas, no hubiesen considerado a los trastornos mentales severos ni utilizarían expresiones como “esquizofrénico” de un modo despectivo.

¿Qué se puede inferir a partir de esto? Que el mensaje parece estar enfocado en personas con las mismas experiencias y el mismo modo de ver la realidad que tienen los integrantes de la Federación Caminantes. Esto se convierte en un problema cuando el público objetivo pasa a ser toda la población uruguaya o, por ejemplo, un grupo puntualmente alejado del tema, como los adolescentes. Al traducir el tema a un público más amplio, aparecen otras perspectivas, como la del segundo sector del grupo de adultos, que considera normales las enfermedades mentales hasta cierto punto, e incluso interpretaciones muy alejadas, como la que surgió en el grupo de adolescentes, con relación al Síndrome de Down. Parecería que, para generar empatía en estos grupos, es preciso encontrar otro enfoque que abarque todas estas visiones, no solo las de las personas más próximas al tema.

En este sentido, otro punto importante tiene relación con las incongruencias detectadas por los integrantes de ambos grupos entre el discurso que se presenta y las acciones que lo acompañan. Aquí entran en juego dos conceptos fundamentales: la naturalidad y la credibilidad. A pesar de que la Guía de Consejos presentada por los protagonistas se basa en la inclusión y la igualdad, el discurso parece anularse para los espectadores cuando se encuentran con que aquello que se les dice no se evidencia en lo que los personajes hacen. Esto se puede vincular, una vez más, con un enfoque que, por ser elaborado por personas muy próximas al tema, sobrentiende ideas que no necesariamente son evidentes para el resto de la población. Un miembro de Caminantes sabe que una persona con una enfermedad mental bien tratada puede hacer todo lo que enuncia la guía de consejos y mucho más; los adolescentes del grupo de discusión, o incluso algunos adultos, quizá necesiten verlo para comprobarlo.

Por otra parte, en cuanto a la segunda variable estudiada (la edad), se puede ver que a la hora de comunicar este tema a los adolescentes el desafío es aún mayor. En este sentido, la calidad de la información y el modo en que esta se lleve a ellos deben ser especialmente cuidados a la hora de acercarse a este público. De otro modo, se podrían producir graves equívocos, como los ya mencionados. No obstante, es necesario destacar que, en el grupo de adolescentes, si bien se notó mayor desinformación que en el de adultos, en ningún momento aparecieron referencias estigmatizantes como las que sí surgieron en una porción del grupo de adultos. En todo momento se pudo percibir un intento por parte de los adolescentes de encontrar las palabras adecuadas para referirse a las personas de spot. Esto permite inferir que, aunque no se logró establecer una conexión con el contenido del spot en sí, existe en los adolescentes una sensibilidad desarrollada con respecto al tema. Este es un punto relevante para tener en cuenta en la elaboración de la campaña que se llevará a cabo a partir de esta investigación.

Con respecto a este público joven, un punto clave será el abordaje de la campaña que se lanzará en el mes de octubre, cuyo foco, como ya se dijo, estará en la salud mental en la infancia y la adolescencia. Será necesario evaluar si algunos puntos de los aquí mencionados se cumplieron, para enfocarse en aquellos que aún haga falta modificar para lograr una comunicación más efectiva.

Resulta primordial comprender que, para despertar un sentimiento de empatía en el público, debe realizarse un proceso a la inversa: en lugar de pretender que el mensaje, sin más, genere empatía indistintamente, quienes están detrás de la campaña deben ser los que se pongan primero en el lugar de la audiencia, para lograr así un mensaje que la remueva tanto como lo hace con los miembros de Caminantes. De otro modo, por más que el mensaje en su génesis sea potente y, sobre todo, auténtico, es probable que solo sea bien recibido por una pequeña parte de la población.

Por último, se debe destacar el potencial no explotado que posee Caminantes desde la perspectiva de la comunicación. En primer lugar, su condición de asociación familiares de personas con enfermedades mentales le aporta una legitimidad y un sentido de autenticidad que no todos los actores poseen. Por otro lado, su lucha activa en favor de la aprobación de la nueva ley de salud mental y su trabajo constante por lograr condiciones más dignas para estas personas la colocan como un agente que no solo dice, sino que hace. En este sentido, reforzar su identidad resultaría muy provechoso para aumentar su visibilidad en el escenario público. El hecho de que la federación esté ganando lugar a través de distintos medios de comunicación deja en evidencia el beneficio que generaría, por ejemplo, el poseer un logotipo que permita que le permita distinguirse más allá de su nombre.

Conclusiones finales

A partir de este trabajo de investigación queda constatada, en primer lugar, una tendencia mundial a mirar de un modo diferente la salud y la enfermedad mental. En este sentido, se puede identificar como primer gran paso el reconocimiento de estos temas desde una perspectiva social: ese momento enmarcado dentro del siglo XX en el que la salud mental pasa de ser un tema ajeno a ser un tema de todos constituye un avance esencial para abordarlo de un modo eficaz.

Desde el instante en el que la salud mental se entiende en relación con la sociedad, la comunicación adquiere un rol fundamental. A lo largo de la investigación se pudo comprobar la enorme influencia que han ejercido y hoy ejercen los medios de comunicación en el tema, aunque no en todos los casos el resultado es feliz. Los mismos medios que han sido claves para llevar a ojos de la opinión pública la realidad decadente de la salud mental en Uruguay, otras veces se convierten en obstáculos, a través de titulares que estigmatizan y personajes que reproducen una y otra vez la idea de que la locura equivale a peligro. En este sentido, la comunicación se convierte en un arma de doble filo y la conciencia y responsabilidad de quienes comunican se vuelve esencial.

¿Están los uruguayos preparados para el cambio de paradigma que propone la nueva Ley de Salud Mental? La respuesta a esta interrogante, que se convirtió en una de las impulsoras de esta investigación, fue completada gracias a los grupos de discusión llevados a cabo. Aquí se pudo descubrir que, si bien el estigma aparece reflejado en la visión que se tiene con respecto a la salud mental, esto se vincula más a falta de información o desconocimiento que a falta de sensibilidad. En este sentido, se pudo identificar a personas que, aunque aún no estarían preparadas para el cambio, sí están abiertas y predispostas a recibir influencias que las ayuden a lograr ese cambio de mirada. Fue posible ver que el problema no radica en la falta de empatía, sino en el no haber conectado aún con aquello que puede despertarla en la mayoría de la población.

En este sentido, resulta crucial el hallazgo con respecto al grupo de adolescentes, en cuanto a la falta de empatía vinculada con un concepto de inclusión como realidad inalterable. Se pudo ver que este público joven, al conectar el tema de salud mental con un tema de inclusión, inmediatamente sentía distancia con el tema. Al profundizar, se pudo inferir que el trasfondo de esa reacción se vincula con la percepción del problema de las enfermedades mentales como realidades inalterables. Es decir, lo que aleja a los adolescentes del tema parecería ser, en parte, la idea de que se trata de una realidad en la que no hay nada por hacer (y en la que ellos no tienen nada para aportar). Este es un punto interesante para tener en cuenta en la campaña que se llevará a cabo. Quizá la solución se dirija en el sentido de mostrar que sí hay algo por hacer.

De las campañas de Salud Mental Sin Prejuicios se debe destacar su búsqueda de un enfoque positivo. Sin embargo, resulta necesario atender a los aspectos antes mencionados para que la recepción buscada no sea de unos pocos. La identidad de Caminantes y los objetivos que persigue la convierten en un cliente ideal para desarrollar el plan de comunicación que se llevará a cabo. El enfoque planteado en los párrafos anteriores se corresponde con la idea que la federación busca transmitir. El mensaje es auténtico; solo hace falta dar el paso hacia una comunicación que genere en sus receptores lo mismo que genera en quienes emiten el mensaje.

En resumen, parecería que, para lograr un cambio de mirada en salud mental, parece necesario invertir la perspectiva. Mostrar desde lo natural, lo cotidiano, lo que se tiene en común; en síntesis, mostrar desde lo humano. Si el estigma nace de la diferencia, un cambio de mirada implica comenzar a mirar desde lo igual. Si esto se logra, ya será necesario pedir a las personas que no estigmatizcen; simplemente, el estigma perderá su razón de ser, porque ya no se tratará de “normales” y “estigmatizados”, sino de personas. Así, la empatía debería estar garantizada.

Bibliografía

Libros

- Amat, E. y Cabanyes, J. (2010). La relación terapéutica. Reflexiones acerca del paciente, el terapeuta y la familia. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (161-170). Pamplona: Eunsa.
- Cabanyes, J. y Melián, A. (2010). Salud Mental. Orientaciones para el equilibrio psíquico. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (111-125). Pamplona: Eunsa.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio*. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Goffman, E. (2012). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mediano, M. (2010). Trastornos de ansiedad. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (275-295). Pamplona: Eunsa.
- Nos, E. (2007). *Lenguaje publicitario y discursos solidarios: eficacia publicitaria, ¿eficacia cultural?* Barcelona: Icaria.
- Seva, A. (2010). La enfermedad mental. Concepto y tipos de trastornos. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (149-160). Pamplona: Eunsa.

Artículos de revista electrónica

- Mendoza, C. (2009). Sociología y salud mental. Una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38 (3), 555-573.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura. Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 29(1): 143-148.
- Visa-Barbosa, M. (2011). Claves del éxito del personaje del psicópata como protagonista del cine. En *Revista de Comunicación Vivat Academia*. 14(116): 40-51.

Artículos de publicación diaria

- Achugar, H. (2018). No somos noticia. No podemos hacer ni huelga ni paros. En *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/6/no-somos-noticia-nopodemos-hacer-ni-huelga-ni-paros/> (20 de setiembre de 2018).
- Bello, C. (2018). Uruguay, un "punto rojo" en el mapa de la salud mental. En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/uruguay-un-punto-rojo-en-elmapa-de-la-salud-mental-2018118500> (20 de febrero de 2018).
- Bello, C. (2017b). Sólo ocho personas con trastornos mentales consiguieron trabajo estatal en seis años. En *El Observador*. Recuperado de

- <https://www.elobservador.com.uy/nota/solo-ocho-personas-con-trastornos-mentalesconsiguieron-trabajo-estatal-en-seis-anos-2017514500> (20 de setiembre de 2018).
- De Benoist, A. (2017). La « pensée unique ». En *La Nef*. Recuperado de <http://lanef.net/2017/11/25/la-pensee-unique/> (21 de setiembre de 2018).
- El doloroso impacto de la depresión (2016). En *El País* (Uruguay). Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/vida-actual/doloroso-impacto-depresion.html> (12 de abril de 2018).
- González, B. y Rego, E. (2006). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. *Instituto de la Juventud*. Recuperado de http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf (15 de julio de 2018).
- Murió paciente atacado por perros en Colonia Etchepare: "Se lo comieron vivo". En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/murio-pacienteatacado-por-perros-en-colonia-etchepare-se-lo-comieron-vivo--201532612460> (21 de setiembre de 2018).
- OMS. (1972). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS (Organización Mundial de la Salud). Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (18 de mayo de 2018).
- Registran una leve caída en la cantidad de suicidios en el último año (2018). En *Subrayado*. Recuperado de <https://www.subrayado.com.uy/registran-una-leve-caida-la-cantidad-suicidios-el-ultimo-ano-n509232> (22 de agosto de 2018).
- Sartori y Prato (2018). Salud Pública impulsa medidas para bajar los suicidios, pero advierte que “tardan” en concretarse y reclama la acción de otros sectores. En *Búsqueda*. Recuperado de <https://www.busqueda.com.uy/nota/salud-publica-impulsa-medidas-para-bajar-los-suicidios-pero-advierte-que-tardan-en-concretarse> (22 de agosto de 2018).
- Sin recursos en esta Rendición de Cuentas, no se sabe cómo se aplicará la Ley de Salud Mental. (2018). En *La Diaria*. Recuperado de <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/7/sin-recursos-en-esta-rendicion-de-cuentas-no-se-sabe-como-se-aplicara-la-ley-de-salud-mental/> (12 de agosto de 2018).
- Suicidios: creció cifra en menores de 19 (2018). En *El País* (Uruguay). Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/suicidios-crecio-cifra-menores.html> (25 de agosto de 2018).
- Supervielle, P. (2017). La ansiedad: un gran problema de esta generación. En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-ansiedad-un-gran-problema-de-esta-generacion-20171112500> (15 de julio de 2018).
- Tuchin, F. (2017). Derribar estereotipos: menos del 3% de las personas con esquizofrenia comete actos violentos. En *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/2043409-derribar-estereotipos-las-personas-con-esquizofrenia-contra-el-estigma-de-la-violencia> (20 de setiembre de 2018).
- 1 de cada 4 uruguayos padece algún trastorno mental (2016). En *Subrayado*. Recuperado de <https://www.subrayado.com.uy/1-cada-4-uruguayos-padece-algun-trastorno-mental-n60569> (22 de marzo de 2018).

Sitios web

Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Recuperado de <http://www.asse.com.uy> (12 de mayo de 2018).

Centro Martínez Visca. Recuperado de centromartinezvisca.org.uy (20 de setiembre de 2018).

Ministerio de Salud Pública (MSP). Recuperado de <http://www.msp.gub.uy> (20 de setiembre de 2018).

Obertament. Recuperado de <https://obertament.org/es> (12 de abril de 2018).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de <http://www.who.int/es> (11 de abril de 2018).

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Recuperado de spu.org.uy

Vilardevoz. Recuperado de <http://www.vilardevoz.org> (20 de setiembre de 2018).

Otros

Materiales de circulación interna de la CHPP.



Campaña Publicitaria

para un cambio de mirada
en salud mental

PLAN DE ACCIÓN

1. Brief

1.1 Definición de público objetivo

La investigación realizada como primera fase de este proyecto se orientó a encontrar el mejor modo de generar un cambio de mirada en salud mental en Uruguay, de la mano de la lucha contra el estigma que recae sobre las personas con alguna enfermedad mental. En este sentido, un hallazgo relevante fue la constatación de un grupo heterogéneo, en varios sentidos, dentro del gran público objetivo que se pretende abarcar en última instancia (que es la población uruguaya en su conjunto). Trasladado a un plano gráfico, se podría hablar de distintos “núcleos de sensibilidad”, que juntos configuran a ese gran público que son los uruguayos (Figura 1)¹³.

A partir de los hallazgos de la investigación, se podría hablar de un primer público muy cercano y comprometido con el tema, un segundo núcleo no tan comprometido como el anterior, pero con algún punto cercanía con el tema. Finalmente, aparece un tercer núcleo más distante, con personas que no acaban de identificar el tema de salud mental como relevante y, por lo tanto, no llegan a conectar con él. Uno de los grandes hallazgos de la investigación realizada fue que dentro de este último grupo es posible que se halle un gran número de la población adolescente.



Figura 1. Núcleos de sensibilidad con respecto al tema salud mental dentro de la población uruguaya.

¹³ Dentro de cada uno de los grupos delimitados pueden encontrarse muchos más actores; los actores que se señalan fueron seleccionados como ejemplos significativos para ilustrar cada realidad. La posición de estos actores puede moverse de un grupo a otro, dependiendo de las particularidades de cada persona. Esta exemplificación no pretende ilustrar una realidad absoluta, sino que ha sido realizada con el objetivo para arrojar claridad dentro del heterogéneo grupo que conforma al gran público objetivo de esta campaña.

Ante esta realidad, al momento de pensar en el público objetivo de esta campaña se ha llegado a la conclusión de que el modo más efectivo para obtener los resultados deseados es dirigirse, poco a poco, a los distintos grupos por etapas (siguiendo la estrategia que resulte más eficaz en cada caso). Así, se configura una campaña dividida en fases, que a largo plazo buscarán cumplir con el objetivo de generar ese buscado cambio de mirada en salud mental en la población uruguaya. La campaña que se presenta a continuación corresponde a la primera de esas etapas (que abarcará los meses de agosto a octubre)¹⁴.

Entonces, ¿por quién empezar? Como ya se indicó, uno de los principales hallazgos de la investigación gira en torno al rol actual y potencial de los más jóvenes con respecto al tema de la salud mental. A pesar de la distancia constatada dentro de este grupo, los resultados evidenciaron que la apertura y empatía aumentaba a medida que se comenzaba a profundizar en él. Es decir, se pudo descubrir un grupo actualmente distante, pero con grandes potencialidades para apropiarse de la causa.

Al mismo tiempo, las estadísticas recogidas dentro de la investigación dejan ver que este sector de la población hoy es uno de los más vulnerables en cuanto a consecuencias generadas por las enfermedades mentales, como es el suicidio. En los últimos años, uno de los principales grupos de riesgo ha sido la franja de los jóvenes de entre 15 y 24 años. Las cifras muestran que los suicidios se mantienen estables hasta los 14 años y luego parece haber una tendencia en aumento a partir de esa edad hasta los 19 años¹⁵.

Así, sale a la luz un público en el que se unen necesidad y oportunidad (Figura 2); una población de riesgo que, paradójicamente, no es consciente de ello, debido a que existe una falta de información. Un público con potencialidades no explotadas para hacerse de la causa, ya que no ha logrado conectar con el tema (porque no siente cercanía con él y porque, además, no sabe qué puede hacer para colaborar).

Dentro de este *target* joven, se vuelve necesario identificar públicos más específicos, que funcionen como “embajadores” de la causa; actores clave que ayuden a que el mensaje de la campaña se distribuya entre sus pares y, luego, llegue a otros públicos. Con este objetivo, se han definido, en concreto, dos grupos que configurarán al *target* de esta primera etapa de la campaña:

¹⁴ Para ver en detalle, ir a 4. Plan de Medios, p. 72.

¹⁵ Para conocer las estadísticas con mayor detalle, ver Proyecto Preliminar, 1.3. Salud Mental en Uruguay, p. 11.

a) Estudiantes de secundaria

- Entre 12 y 18 años
- Instituciones públicas y privadas
- Montevideo e interior
- NSE: B-, B+, M-, M, M+, A, A+.

b) Estudiantes de Psicología

- Entre 18 y 26 años.
- Instituciones públicas y privadas (UDELAR y UCU)
- Montevideo e interior
- NSE: M-, M, M+, A, A+.

¿Por qué estudiantes?

- Porque el ámbito académico será aprovechado dentro de la campaña como medio para llegar a este público de un modo que genere cercanía.
- Porque sus motivaciones, en tanto estudiantes, prometen una apertura y receptividad que será fundamental para que se conviertan en difusores del mensaje entre sus pares y demás personas de su entorno.

¿Por qué incluir, en concreto, a los estudiantes de Psicología?

- Los estudiantes terciarios de la carrera de Psicología fueron seleccionados como actores clave, ya que su interés vocacional facilita una posible mayor conexión (en relación con la de otros jóvenes) con el tema de salud mental. Esta podrá ser aprovechada para que la transmitan “en su propio idioma” a otros pares que no sientan tanta proximidad. El hecho de tener un contacto directo con situaciones de enfermedad mental, por ejemplo, a través de las prácticas que deben realizar dentro de la carrera, los lleva a establecer un contacto con el tema que los apunta como buenos “embajadores” de la causa para despertar sensibilidad en otros.

Es importante señalar que dentro de la segmentación del público objetivo no se han realizado distinciones en cuanto a otras variables más específicas, como la herencia genética (es decir, aquellos adolescentes y jóvenes que tengan algún antecedente familiar de enfermedad mental), dado que la información recogida en la investigación preliminar dio cuenta de que, actualmente, no es posible hablar sobre causas específicas de las enfermedades mentales. Incluso el peso del factor genético resulta relativo según el caso. En cuanto a la variable de sexo, más allá de que en enfermedades puntuales sí existen tendencias que se inclinan hacia uno u otro, en general tampoco existe un género claramente predominante en cuanto a personas con enfermedades mentales.

¿Cuántas personas forman parte del público objetivo?

Según el Consejo de Educación Secundaria (CES), en el año 2017, la cantidad de estudiantes en secundaria ascendió a un total de **282.551**, de los cuales 41.092 corresponden a institutos privados y 241.459 a liceos públicos.

En cuanto a la cantidad de estudiantes por departamento, se puede ver que en la educación pública Montevideo es el departamento que concentra más jóvenes (33,2%), seguido por Canelones (16,3%). Sin embargo, en suma, el interior concentra el mayor porcentaje de estudiantes que la capital (66,7%). En lo que refiere a las instituciones privadas, sucede lo contrario, donde el 73,5% de los estudiantes se encuentran en Montevideo¹⁶.

Con respecto los estudiantes de Psicología), según datos difundidos por la Universidad de la República (UdelaR,) la Licenciatura en Psicología es la carrera más requerida (Gráfico 2). Como señala el diario *El País*, el crecimiento en Psicología (2.303 ingresos en 2016) responde a una mayor demanda en las carreras vinculadas a la salud (Medicina estuvo en su punto más alto de la última década con 1.768 ingresos, y el Instituto Superior de Educación Física (ISEF), llegó en 2016 a 827 nuevos anotados, cuadriplicando las inscripciones de 2009)¹⁷. Esta preferencia por carreras vinculadas con el área de la salud anticipa un contexto favorable para introducir el tema de la salud mental dentro del público joven.

Además de la UdelaR, la Universidad Católica del Uruguay (UCU) también ofrece la carrera de grado de Psicología, que solo se dicta en la sede de Montevideo. En cuanto a la carrera en UdelaR, esta se dicta, además de en la capital, en los departamentos de Salto, Paysandú y Maldonado. Según la Síntesis Estadística por Servicio Universitario (2016) realizada por UdelaR, de los estudiantes que ingresaron en 2015, un 95,6% (1.954 estudiantes) lo hizo en Montevideo, un 3,3% (68 estudiantes) en Salto y un 1,1% (23 estudiantes) en Paysandú¹⁸.

1.2 Justificación de la campaña

La investigación preliminar dejó en evidencia el enorme peso que el estigma agrega a la enfermedad mental, al tiempo que se constató la necesidad de visibilizar esta realidad como un problema no individual, sino social. Pero no solo basta con

¹⁶ Anuario Estadístico 2017, Instituto Nacional de Estadística (INE).

¹⁷ “Las carreras más demandadas en un país destinado al diván” (2018). En *El País*, (*Uruguay*). Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/carreras-demandadas-pais-destinado-divan.html>

¹⁸ Síntesis Estadística por Servicio Universitario, UdelaR (2016). Recuperado de http://gestion.udelar.edu.uy/planeamiento/wp-content/uploads/sites/27/2016/12/19.PSICO_.pdf

evidenciar la naturaleza colectiva del problema, sino de mostrar que la solución a este problema supondría un beneficio también social.

En sociedades en las que por generaciones se mantuvo la idea de “la locura lejos”, como un problema que se debía esconder en lugar de enfrentar, ese cambio de mirada, que permite entender el beneficio mutuo, aparece como un gran desafío. En este sentido, una campaña que logre comunicar esta idea de un modo acertado se convierte en una herramienta poderosa y a la vez necesaria para favorecer este cambio. Se trata, en definitiva, de una campaña enmarcada en el Marketing Social, en la que los recursos propios del marketing y la publicidad serán utilizados no para vender un producto o servicio, sino para buscar un cambio social profundo, orientado al bienestar colectivo.

¿Por qué realizarla en este momento en concreto? Porque a través de la reciente aprobación de la nueva Ley de Salud Mental se plantea un gran cambio de paradigma, que hace de este un buen momento para colocar el tema en la agenda pública. Desde el punto de vista de la comunicación, promover ese cambio aparece como una necesidad impostergable.

1.3 Objetivos de comunicación

- Visibilizar la salud mental como tema de interés para el público objetivo¹⁹
 - **Sensibilizar** al público objetivo acerca del problema
 - **Informar** sobre salud y enfermedad mental²⁰
 - Generar **interacción** con el público objetivo²¹

Como ya se dijo, la estrategia presentada aquí constituye la primera etapa de una campaña que, a largo plazo, apunta a contribuir a un cambio de mirada hacia la salud mental. Para que ese cambio de mirada se produzca, es necesario empezar por mirar hacia allí, ya que se trata de un tema que por generaciones se ha tratado de ocultar. En este sentido, el gran objetivo que se propone es el de visibilizar la salud mental como tema de interés para el *target*. La idea es que esta meta permanezca como eje a lo largo de las distintas etapas de la campaña.

Luego, como objetivos específicos, se plantean tres puntos, que responden directamente a las necesidades detectadas en parte del público objetivo a partir de la investigación preliminar: necesidad de información, de sensibilización (lograr que

¹⁹ Esto equivaldría al concepto de *branding* si se tratase de una campaña que busca posicionar una marca. En este caso, el protagonista no es el cliente: lo que se busca poner en relevancia es el tema de la salud mental.

²⁰ Este objetivo, a largo plazo, se convertiría en educar.

²¹ Este objetivo, a largo plazo, apunta a aumentar el compromiso.

sientan empatía), y de demostrarles que hay algo por hacer (para lograr que se comprometan). Así, los objetivos de esta etapa de la campaña son:

Así, estos objetivos pueden ser leídos en una lógica “en cadena”, en donde primero será necesario sensibilizar para generar la apertura necesaria que dé paso a un interés por informarse. Luego, se busca que este público no se mantenga en un rol pasivo, como simple receptor de información, sino que se genere una interacción, una respuesta por parte de él, que acabe por llevarlo a comprometerse con el tema. Finalmente, se busca que pueda convertirse en ese público embanderado con la causa, que la difunda a otros.

2. Estrategia creativa

Al momento de pensar en la estrategia creativa, se contemplaron todos los hallazgos relevantes de la investigación (puntualmente, los que referían al público más joven). Al observarlos en conjunto, fue posible identificar un factor común entre lo que manifestaron las personas con diferentes enfermedades mentales, consultadas en el marco de la investigación, y lo que los adolescentes dijeron necesitar para lograr conectar con el tema: que se naturalice la enfermedad mental.

Se pudo ver que una de esas formas de lograrlo, para favorecer la empatía del público más joven, es demostrando que se trata de situaciones reversibles o mejorables; es decir, para las que existe una solución (y que esa solución, en gran parte, necesita de su participación).

INSIGHT

**Los más jóvenes necesitan saber que la enfermedad mental no es una realidad inalterable.
Que HAY ALGO POR HACER para cambiarla.**

A partir de este descubrimiento, quedó de manifiesto la necesidad de llegar a un concepto planteado en una lógica de problema + solución. Es decir, problematizar el tema, para generar conciencia de que existe (sensibilizar), pero apuntando, desde un inicio, a la solución (para despertar el compromiso).

Concepto creativo: De Cabeza

El concepto *De Cabeza*, que juega con su parecido al término “de la cabeza”, propone, de hecho, una idea opuesta al segundo. La expresión coloquial “de la cabeza” suele utilizarse para hacer referencia, en un tono despectivo, a una persona que está loca (alineado a la visión de la enfermedad mental desde el estigma). *De Cabeza* busca generar un quiebre en esta forma de mirar la enfermedad mental, presentándola como un estado “fuera del eje” que puede y necesita volver a acomodarse. La persona que tiene una enfermedad mental no está “de la cabeza”, sino “de cabeza”: su vida, circunstancialmente, se encuentra de cabeza (o “patas para arriba”) por una enfermedad. Se trata de una persona como cualquier otra; lo que la diferencia del resto es, únicamente, esa posición fuera de equilibrio que debe modificar.

Estar *De Cabeza*, de por sí, expresa una solución: volver a estar al derecho. De este modo, a través de este concepto queda planteada la lógica problema + solución que se buscaba. ¿Y cómo se llega a esa solución? Con la ayuda de todos. Porque para que quienes están “de cabeza” dejen de estarlo, hay que modificar la forma en la que se los ha mirado durante siglos. Porque, en un juego de palabras, para que las vidas

que están “de cabeza” dejen de estarlo, es necesario un “cambio de cabeza” por parte de todos²².

Porque la única forma de que esas personas dejen de estar “de cabeza” es que asuman su problema y logren tratarlo. Para eso, como ya se pudo ver en la investigación, se vuelve crucial un entorno que favorezca la aceptación de la enfermedad mental (en lugar de la necesidad de ocultamiento por parte de quien la padece, como respuesta al miedo al rechazo social). En este sentido, el público joven tiene mucho por hacer: desde su lugar de estudio, aprendiendo a ver a esos compañeros que quizá están “de cabeza” y necesitan ayuda para dejar de estarlo; lo mismo con sus amigos o dentro de su familia. Así, su causa será aprender qué hacer para ayudar a que las vidas que tienen alrededor no pasen a estar de cabeza (y a que las que ya lo están puedan volver a su posición original).

3.1 Key visual

En lo que refiere a la identidad visual de la campaña, ha sido creada teniendo en cuenta al *target* de esta primera etapa, pero contemplando, al mismo tiempo, que en el futuro pueda adaptarse a otros públicos. Así, se creó un logo para la campaña que traduce visualmente el concepto de *De Cabeza*.



De la mano con este concepto, se crearon dos personajes de campaña que serán los protagonistas de las piezas: se buscó que fueran jóvenes, como requisito fundamental para lograr empatía en el público objetivo y se optó porque fueran ilustraciones, con una estética que resulte atractiva para este *target*.

El objetivo es que las piezas llamen la atención visualmente desde lo creativo, de manera que logren acaparar la atención del público objetivo, sometido constantemente a enormes cantidades de estímulos publicitarios. Es por esto que uno de los recursos que se utilizará en diferentes piezas es el de colocar a los personajes de cabeza, como forma de llamar la atención ante un elemento que se encuentra fuera de lugar, al tiempo que se refuerza el concepto de campaña.

²² Esta idea será retomada dentro de piezas específicas de la campaña.



Paleta cromática

Si en toda estrategia de marketing es importante atender a la psicología de los colores, en una campaña que, precisamente, refiere a la salud mental, el significado del color no puede ser desatendido. Además de sus amplios usos como un tono que se encuentra en un punto medio entre la estabilidad del azul y la energía del rojo, los colores de la gama del violeta son utilizados por los psiquiatras para calmar y tranquilizar a los pacientes que sufren problemas mentales y nerviosos, ya que ayudan a equilibrar la mente. En este sentido, el violeta es seleccionado en consonancia con la idea principal de la campaña: un desequilibrio que necesita volver al estado de equilibrio; se trata de un juego entre lo que está fuera de su lugar y lo que está en armonía.

Así, la paleta cromática está compuesta de colores de la gama del violeta, sumados a tonos complementarios que permitirán mayor variedad de posibilidades de diseño, al momento de adaptar las piezas a los diferentes formatos.



Tipografía

Para realizar los contenidos gráficos de la campaña se utilizará, principalmente, la tipografía League Spartan, que ofrece un estilo juvenil y moderno, pero con terminaciones geométricas que, al mismo tiempo, aportan seriedad y consistencia al mensaje comunicado.

League Spartan

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
1234567890
!@#\$%^&*()_+=[]{};:' \"\|/.,

3.2 Propuesta de acciones y contenidos

Para cumplir con cada uno de los objetivos planteados para esta primera etapa de la campaña, se ha elaborado una estrategia con acciones y contenidos determinados. En la Figura 3 se puede ver cómo cada uno de ellos fue definido en respuesta a los diferentes objetivos (aunque, finalmente, hay algunos que apuntan a más de uno). Dentro de las ideas propuestas se distinguirá entre aquellas que son esenciales y otras que se plantean como acciones extra (se considera que funcionarían como muy buenos insumos, pero dependerán del presupuesto del que se disponga al momento de llevar a cabo la campaña).



Figura 3. Acciones y contenidos de la campaña, según objetivos.

1) Redes sociales

La estrategia que se presenta estará enfocada en lo digital. ¿Por qué? Porque es donde existen mayores posibilidades de conectar con los adolescentes y jóvenes. Según el informe El Perfil del Internauta Uruguayo 2017, de Grupo Radar, los usuarios de entre 12 y 19 años son quienes permanecen durante más horas en internet (7,2 horas), seguidos de la franja de 20 a 29 años (6,9 horas) (Gráfico 2).

Y, dentro del mundo digital, ¿en qué redes se puede encontrar al público objetivo? A nivel general, el informe de Grupo Radar muestra que, en Uruguay, Facebook sigue siendo la “red universal”, aunque decrece en su número de usuarios (el informe aclara que, sobre todo, entre los más jóvenes), mientras que Instagram continúa creciendo.

Esta creciente presencia de Instagram entre el público más joven también queda en evidencia en el informe realizado a nivel global por Hootsuite, Digital in 2018. Allí se puede ver que el mayor número de usuarios de esta red social se registra entre los 18 y los 34 años, decreciendo luego a medida que aumenta la edad (Hootsuite. 2018).

A pesar de que en el informe de Hootsuite se puede ver que, a nivel global, Instagram aún no tiene la mayor de las presencias dentro del público menor de 18 años, otros estudios muestran una tendencia creciente en su uso también para estas edades. El Centro de Investigación Pew Research, de Estados Unidos realizó un estudio a principios de 2018 que indica que la red más utilizada por los adolescentes de entre 13 y 17 años en ese país es YouTube, seguida en segundo lugar por Instagram²³.

Dada esta información, se plantea una estrategia digital con énfasis en la red social Instagram (cuyo creciente uso es compartido tanto por adolescentes como por jóvenes); una red que facilita la comunicación entre todos los usuarios de manera visual (comunica a través de imágenes), lo que la hace muy atractiva y favorece el desarrollo de una estrategia creativa. Además, se utilizará Facebook como red complementaria (que ofrece, por ejemplo, la posibilidad de interactuar compartiendo el contenido, lo que no es posible en Instagram) y se creará un canal de YouTube. Cada una de estas redes tendrá funciones diferentes a los efectos de la estrategia de comunicación.

Instagram será utilizada como la principal red social a través de la que se buscará llegar al mayor porcentaje del público objetivo y captarlo con contenidos que llamen su atención, le permitan interactuar, y le den ganas de saber más sobre el tema (entrar al sitio a informarse). En el caso de Facebook, además de incitar a compartir contenidos, se utilizará estratégicamente para favorecer la visualización y difusión de las piezas audiovisuales de la campaña. ¿Por qué? Porque, más allá de que el uso en general de Facebook va en descenso, existe una utilidad en concreto que ha aumentado en esta red: ver videos. Las dos principales redes a través de las que los uruguayos reproducen contenido audiovisual actualmente son YouTube y Facebook. Así, el canal de YouTube también se utilizará como vía para incentivar el tráfico de los contenidos audiovisuales de la campaña (Grupo Radar, 2017).

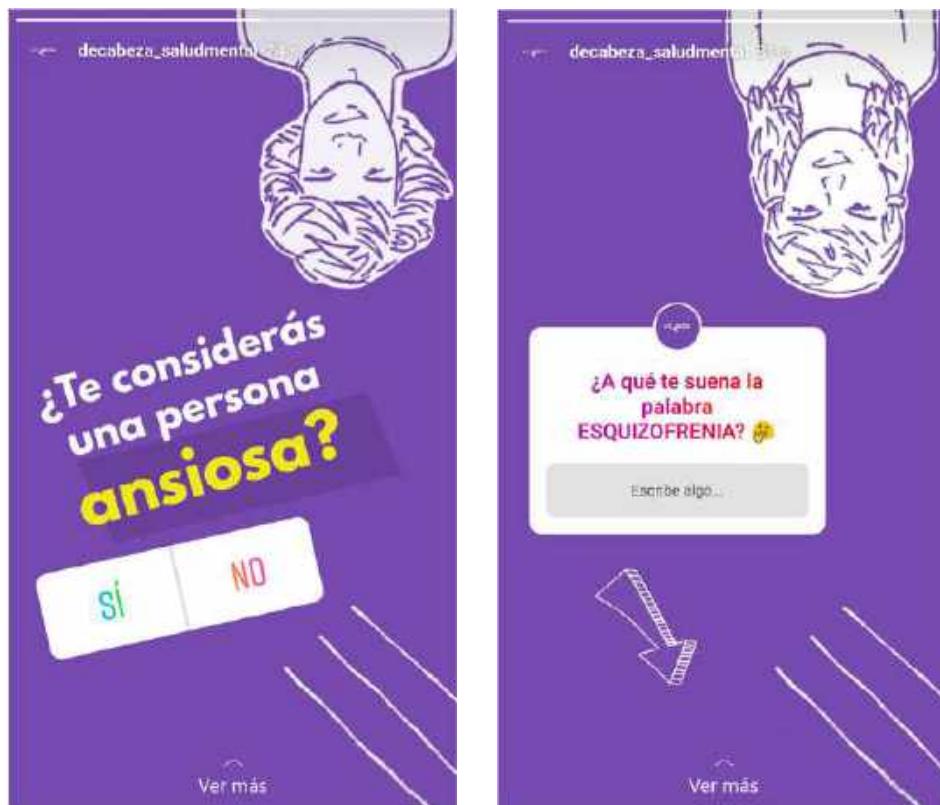
De este modo, se propone dentro de la estrategia digital la creación de cuentas en las siguientes redes sociales:

- **Instagram (@decabeza_saludmental):** para generar alcance, interacción con los usuarios y dirigir al sitio web.
- **Facebook (facebook.com/decabeza-saludmental):** para lograr interacción a través de la opción de “compartir” y favorecer la reproducción y difusión de las piezas audiovisuales.

²³ Las 3 redes sociales favoritas de los adolescentes de Estados Unidos (y ninguna es Facebook) (2018). En BBC. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44338587>

- **YouTube (De Cabeza - Salud Mental):** para aumentar la reproducción y difusión de contenidos audiovisuales.

Debajo, se pueden ver dos ejemplos del contenido que se generará en Instagram, para favorecer la interacción de los usuarios.²⁴



2) Creación de sitio web de la campaña (www.decabeza/saludmental.com.uy)

La estrategia digital será completada con la creación de un sitio web de la campaña, que funcionará como un espacio clave, ya que será donde el público se encontrará con la mayor parte del contenido informativo. La idea es que los posteos en redes funcionen como medio para captar el interés de público, que será conducido a través de ellos al sitio web. De este modo, el objetivo de informar planteado en la campaña estará cubierto principalmente por el contenido de este sitio. En este sentido, aparece el desafío en redes sociales de captar al público con los posteos, para hacer que quieran dirigirse al sitio web para saber más.

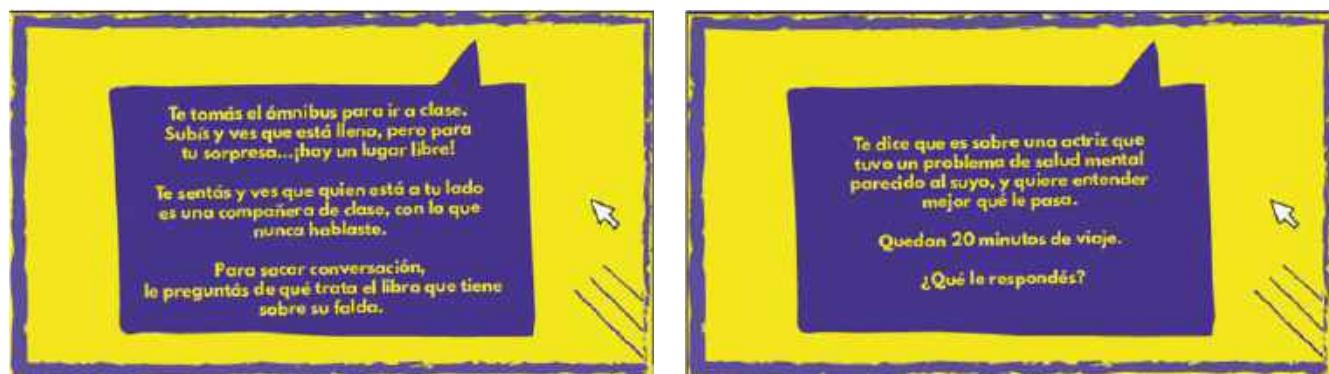
Más allá de que los contenidos de este sitio, que se detallarán a continuación, apuntarán principalmente al objetivo de informar, también se prevén dos en concreto que se relacionan con los otros objetivos de la campaña. Por un lado, se plantea una

²⁴ Para ver el cronograma con los contenidos para redes sociales, ir a Plan de Medios, p. 72.

sección con historias de vida, que apunta a sensibilizar al público a través de tres piezas audiovisuales especialmente creadas para cumplir con ese objetivo²⁵. Por otro lado, se propone un contenido interactivo que funcionará como insumo dentro del sitio, y permitirá aumentar el tráfico a la web (lo que dará posibilidades de que, una vez dentro, el público se dirija al resto de las secciones).

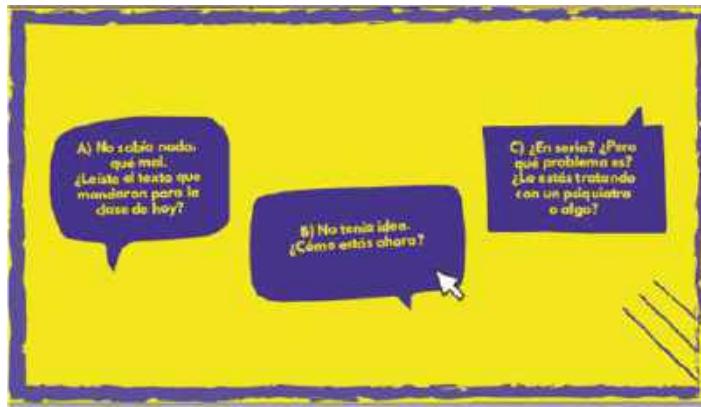
¿En qué consiste este segundo contenido? Se trata de una experiencia interactiva, inspirada en la realizada para la campaña catalana contra el estigma en salud mental, Parla Obertament (Habla Abiertamente), de la organización Obertament²⁶. En ella, se plantean situaciones en diferentes escenarios de la vida cotidiana (con los amigos, en el trabajo, con la familia) donde se genera un momento incómodo cuando ingresa el tema de la salud mental. Luego, se dan opciones al usuario para que responda cómo reaccionaría. La idea es que este pruebe las distintas opciones hasta llegar a la que se le indica como la más adecuada. El objetivo de este juego es concientizar acerca del peso del estigma en la vida cotidiana, de la mano de la idea de que cambiar esa realidad depende de todos.

Así, la experiencia interactiva creada dentro del sitio de *De Cabeza* estará enfocada en poner en relevancia lo fundamental que resulta la actitud del entorno para las personas con alguna enfermedad mental. Al mismo tiempo, ofrecerá pautas para reflexionar acerca de cuál sería el modo más adecuado de actuar ante estas situaciones. La idea es que, en principio, se presenten situaciones de los siguientes escenarios: a) en el lugar de estudio; b) con los amigos; c) con la familia. Luego, se podrían seguir sumando secciones, a medida que se desarrollen distintas etapas de la campaña que apunten a otros públicos objetivos (por ejemplo: en el trabajo). A continuación, se ofrece un ejemplo visual de referencia:



²⁵ Ver en detalle en Guion de piezas audiovisuales, p. 70.

²⁶ Sitio oficial: <https://obertament.org/es>



En concreto, las secciones que tendrá la web en esta primera etapa de la campaña son las que se detallan a continuación²⁷:

- **CABEZAS ABIERTAS**
 - Estadísticas sobre salud mental en Uruguay (aún no existen muchos datos, lo que es un dato en sí mismo) y el mundo.
 - Definiciones de salud y enfermedad mental.
 - Tipos de enfermedades mentales y tratamiento.
 - Formas de prevención en adolescentes y jóvenes.
- **CAMBIO DE CABEZA**
 - Nueva Ley de Salud Mental
 - ¿Qué cambia con esta ley? (Video/explainer)²⁸
 - Novedades sobre cómo se está poniendo en práctica
- **“DE LA CABEZA”**
 - Mitos y verdades sobre las enfermedades mentales (adaptadas al público objetivo)
- **CABEZAS EN ALTO** ¿Cómo ayudar a que las personas cercanas con enfermedades mentales se animen a hablar de lo que les pasa?
 - Experiencia interactiva
 - En el lugar de estudio
 - Con los amigos
 - Con la familia
- **HISTORIAS DE CABEZA (...y cómo volvieron a su lugar)**
 - Videos testimoniales
- **Servicios y redes de atención**

²⁷ La idea es que a medida que se desarrollen distintas etapas de la campaña el contenido del sitio crezca.

²⁸ Ver en detalle en Guion de piezas audiovisuales, p. 70.

3) Afiches en liceos y facultades de Psicología

Además de la estrategia *on-line*, se proponen contenidos puntuales *off-line*, que ayudarán a reforzar el cumplimiento de los diferentes objetivos. Uno de ellos es la creación de afiches de la campaña, que serán distribuidos en los liceos y facultades de psicología. Estos afiches permitirán cumplir con el objetivo de sensibilización, ya que se busca que, con la ayuda de recursos creativos, sumados a una bajada de texto que lleve a la reflexión, estos llamen la atención de los adolescentes y jóvenes dentro de sus centros de estudio. Los afiches contarán con un Código QR, que, al ser escaneado por los celulares, conducirá a la cuenta de Instagram de la campaña.

Con esto, se busca dirigir al público desde lo *off-line* al plano *on-line*, para que luego se involucre con la campaña a través del contenido en redes y, finalmente, sienta curiosidad por informarse en el sitio web. Así, aunque la pieza apunta al objetivo de sensibilización, también acaba generando interacción, ya que invita al usuario a realizar la acción de escanear el código. Si se tiene en cuenta al público objetivo, el recurso del código QR, además, constituye un atractivo de por sí, ya que es posible que a los más jóvenes les resulte más novedoso acceder al contenido digital escaneando el código que teniendo que buscar ellos mismos una cuenta de Instagram indicada en el afiche.



4) Vía Pública / Publibus

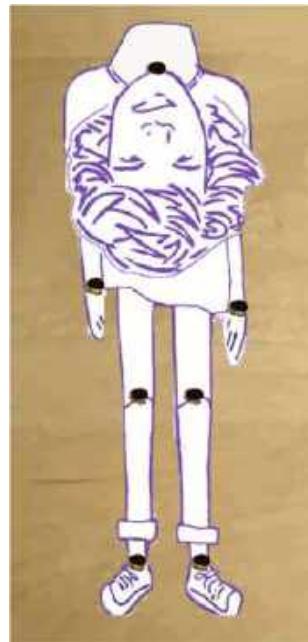
Para incrementar el alcance de la campaña y fortalecer el objetivo de sensibilización, también se prevé la pauta en Vía Pública a través de la colocación de publicidad de la campaña en Publibus en las primeras semanas de la campaña. El contenido de la pieza, similar al aplicado en los afiches, buscará generar impacto en el público objetivo, para que luego se dirija a las cuentas en redes sociales de la campaña. Al tratarse de un medio masivo, ayudará a que se alcance a una mayor cantidad de personas que, aún sin ser el público objetivo de la campaña, también se acercarán a ella.



5) Acción en prensa: Muñecos De Cabeza

Otra de las acciones *off-line* que se plantean, prevista para el mes de octubre, en el marco del Mes de la Salud Mental está destinada a los medios de prensa. Esta acción tiene el objetivo de sensibilizar y comprometer a estos medios con la causa, para conseguir la publicación de gacetillas de prensa y menciones para difundir el mensaje de la campaña.

Se trata de la elaboración de muñecos articulados hechos en cartón, en los que se aplicará el concepto de *De Cabeza*: la cabeza de los muñecos estará colocada hacia abajo; cuando la persona que lo recibe la gira para ponerla al derecho, en ese espacio aparece la frase: "Para que más vidas dejen de estar DE CABEZA, necesitamos generar un CAMBIO DE CABEZA". Así, se busca llamar la atención de los medios, que luego recibirán un mail explicando la campaña. La idea es que el sentido de ese mensaje se complete al recibir ese mail.



Acciones extra

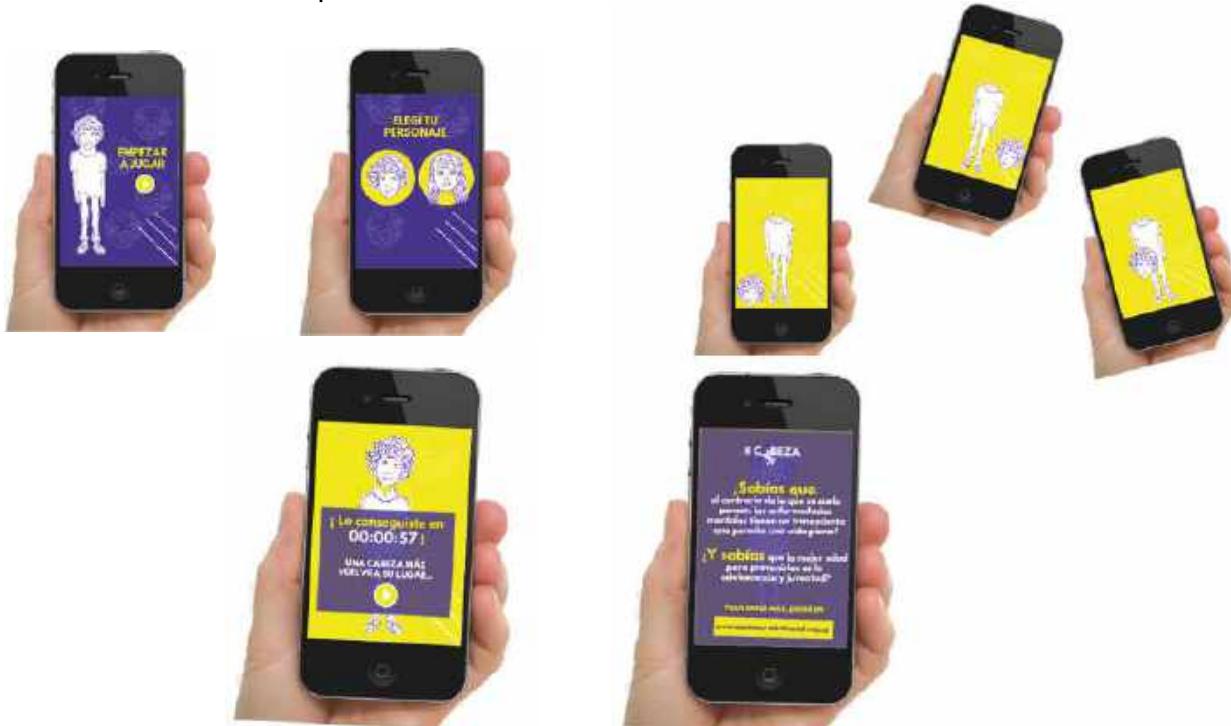
Talleres en liceos

Una propuesta que se considera relevante dentro del marco de la campaña, pero que exige una planificación a largo plazo, que excede los tres meses de esta primera etapa, es la realización de talleres para concientizar e informar sobre salud mental en los diferentes liceos del país. Esta acción se plantea como extra dentro del plan de campaña, ya que exige una planificación en cuanto al contenido de los talleres y su implementación, que dependerá de los recursos con los que finalmente se cuente. De este modo, lo que se pretende es plantear líneas de acción por si esta propuesta pudiera llevarse a cabo.

App/juego

La otra acción extra que se plantea dentro de las propuestas de la campaña, dado que implica un aumento en el presupuesto, es la creación de una aplicación con un juego de *De Cabeza*. El objetivo de esta app es favorecer la interacción del público objetivo, captarlos con un contenido entretenido y, finalmente, llevarlos a querer saber más acerca de la campaña.

En línea con el concepto creativo de la campaña, el juego consiste en poner la cabeza de los personajes en su lugar. El usuario deberá inclinar su celular hasta lograr el punto de equilibrio que le permita colocar la cabeza en su sitio. Una vez que lo logre, aparecerá un mensaje referido a la salud mental, que captará su atención y lo dirigirá al sitio web de la campaña:



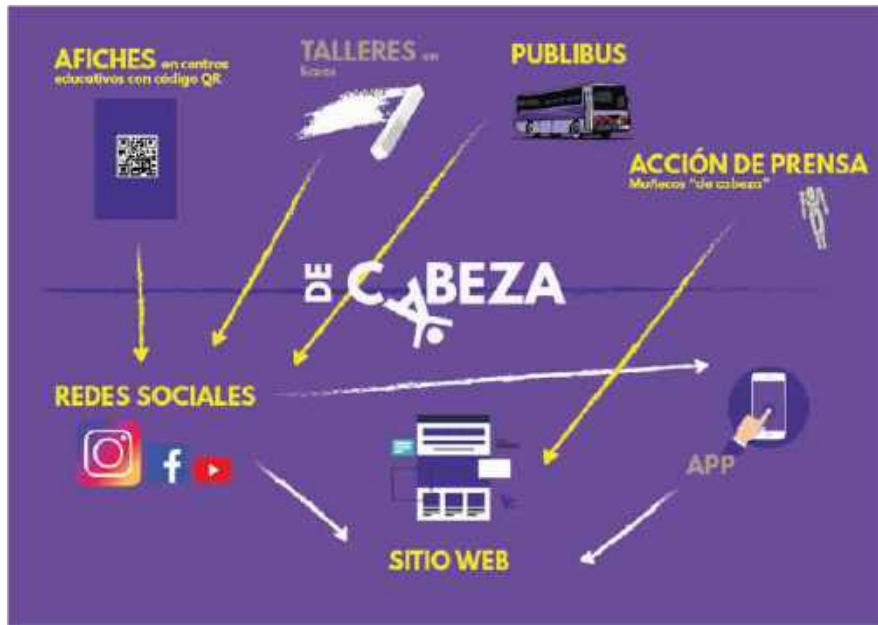


Figura 4. Sinergia de medios.

Como se puede ver en la Figura 4, la estrategia de la campaña está diseñada de tal modo que los distintos medios y vehículos interactúen, generando una conexión entre medios *on-line* y *off-line*, y entre los distintos canales dentro del plano digital. Se puede ver, además, cómo el sitio web es, finalmente, a donde se acaba llevando al público objetivo. Así, al tiempo que se produce esta sinergia de medios, se puede leer una sinergia de objetivos: interacción y sensibilización funcionan en conjunto para acabar llevando al objetivo de informar (que se concentra en la web).

3.3 Guion de piezas audiovisuales

Videos testimoniales

Como ya se mencionó, la creación de piezas audiovisuales que tengan a personas con problemas de salud mental como protagonistas es un punto fundamental dentro de la campaña. Este será el espacio que les dé voz (otra de las necesidades fundamentales detectadas en la fase de investigación). Es esencial que los testimonios en esta primera etapa sean: de jóvenes; con una perspectiva positiva; espontáneos; en acción.

En concreto, se prevé la elaboración de tres piezas audiovisuales, cada una con la historia de un joven. Con estas piezas se apuntará al objetivo de sensibilización, ya que es uno de los puntos más fuertes de la campaña para lograr que el público objetivo conecte con ella. El objetivo de estos videos será mostrar historias de adolescentes que atravesaron o atraviesan un problema de salud mental y cómo han hecho para que esto no les impida salir adelante ni concretar sus proyectos personales. Es decir, historias “de cabeza” y de cómo volvieron a estar en su sitio.

Explainer: Ley de Salud Mental

Por otro lado, se propone la creación de un video corto en formato de *explainer* (videos de entre uno y dos minutos, que permiten explicar temas complejos de un modo sencillo). Este formato de videos es ideal para el público objetivo al que se dirige la campaña, ya que su corta duración los hace especialmente atractivos para los jóvenes. En este caso, se busca que esta modalidad de video sea utilizada para difundir puntos clave de la ley de salud mental, para que resulten interesantes para el público y sean comprendidos con facilidad.

Guion

GRÁFICOS
<p><i>Hasta hace muy poco, la salud mental en Uruguay estaba regulada por la llamada Ley del Psicópata, de 1936.</i></p>
<p><i>Esta ley entendía que la cura de los pacientes, llamados “psicópatas” era el aislamiento.</i></p>
<p><i>Pero en agosto de 2017, se creó una nueva Ley de Salud Mental.</i></p>
<p><i>¿El objetivo? Reconocer a quienes tienen cualquier enfermedad mental, ante todo, como personas con derechos.</i></p>
<p>¿Qué cambia con la nueva ley?</p>
<p>1. El tratamiento de la enfermedad mental ya no será en aislamiento.</p> <p><i>Los pacientes serán atendidos en unidades creadas dentro de los hospitales generales, sin perder el contacto social.</i></p>
<p>2. Cualquier médico estará capacitado para tratar casos leves, sin necesidad de derivar al paciente a un psiquiatra.</p> <p><i>Existen momentos de desequilibrio emocional, como la depresión ante una pérdida reciente, que son situaciones naturales de la vida, y deberían poder ser atendidas por cualquier médico.</i></p>
<p>3. Se elimina el límite de 30 días de internación</p> <p><i>Hasta entonces, los usuarios no podían superar el mes de internación. Hoy, podrán permanecer internados el tiempo que necesiten.</i></p>
<p>Para saber más sobre la nueva ley, ingresa en www.decabesa.com.uy</p>

4. Plan de medios

Encuadre

- Regionalidad: Uruguay
- Timing: 1 de agosto a 31 de octubre.¹ La idea es que la campaña comience dos meses antes del Mes de la Salud Mental (octubre).
- Target: **291.000 personas²**

Estudiantes de secundaria

- Entre 12 y 18 años
- Instituciones públicas y privadas
- Montevideo e interior

Estudiantes de Psicología

- Entre 18 y 26 años.
- Instituciones públicas y privadas (UDELAR y UCU)
- Montevideo e interior

Estrategia

La pauta estará enfocada en lo digital (siguiendo los fundamentos desarrollados en los capítulos anteriores): puntualmente, en las redes sociales Instagram y Facebook. Los contenidos pautados en las redes sociales cumplirán con la triple función de: a) lograr un primer contacto con el mayor número de personas; b) favorecer la interacción de los usuarios con la campaña; c) dirigir a los usuarios al sitio web. De este modo, se combinarán estratégicamente contenidos en los que se pautará para generar alcance, otros para lograr interacción, y otros para conseguir tráfico hacia el sitio web de *De Cabeza*.

La estrategia de pautado en digital estará acompañada por una pauta en Vía Pública, que será aplicada en Publibus. El objetivo de la publicidad colocada en estos ómnibus será combinar la estrategia de creatividad/impacto (con el recurso de mostrar a los personajes de cabeza, para captar la atención) con la estrategia de alcance: al tratarse de un medio masivo, permitirá llegar a un gran número de personas del público objetivo y, además, a la población en general. Este medio será utilizado en las primeras semanas de la campaña, para cumplir con esa función de alcanzar al público y despertar su interés, para que luego siga el recorrido estratégico por del resto de los medios.

¹ El *timing* de esta etapa de la campaña se ha establecido estratégicamente para que su fecha de culminación se produzca en el Mes de la Salud Mental (octubre). En caso de implementarse en el año 2019, se deberá tener en cuenta que se trata de un año electoral, lo que afectará a la publicidad en general.

² Cifra estimada a partir de datos del INE, CES y Udelar.

Táctica

Redes sociales

A continuación, se presenta el calendario con los contenidos detallados de los posteos en redes sociales:

AGOSTO. Tema: depresión/suicidio en adolescentes y jóvenes			
	SEMANA 1	Tipo de pieza	Tipo de pauta
1	Instagram	Story	Alcance
2	Instagram	Story	Tráfico
3	Instagram	Post	Alcance
4	Facebook	Post	Alcance
SEMANA 2		Tipo de pieza	Tipo de pauta
5	Instagram	Story	Alcance
6	Instagram	Story	Tráfico
7	Instagram	Post	Interacción
8	Facebook	Post	Interacción
SEMANA 3		Tipo de pieza	Tipo de pauta
9	Instagram	Story	Tráfico
10	Instagram	Story	Tráfico
SEMANA 4		Tipo de pieza	Tipo de pauta
11	Instagram	Story	Alcance
12	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
13	Instagram	Post VIDEO	Interacción
14	Facebook	Post VIDEO	Interacción
SEMANA 5		Tipo de pieza	Tipo de pauta
15	Instagram	Story	Tráfico

	Contenido	Redirección a sitio web
1	Hoy en Uruguay, muchos adolescentes y jóvenes tienen su vida de cabeza por una enfermedad mental. "Ver más".	Estadísticas / suicidio y depresión
2	Instagram ¿Sabías que una de las franjas más vulnerables es la de los jóvenes de entre 15 y 24 años? VER MÁS	Estadísticas / suicidio y depresión
3	Muchos adolescentes y jóvenes hoy tienen su vida de cabeza por una enfermedad mental. Para que esta realidad cambie, tenemos que empezar por mirarla.	Estadísticas / suicidio y depresión
4	Muchos adolescentes y jóvenes hoy tienen su vida de cabeza por una enfermedad mental. Para que esta realidad cambie, tenemos que empezar por mirarla.	Estadísticas / suicidio y depresión

	Contenido	Redirección a sitio web
5	La depresión es una de las principales responsables de poner vidas de cabeza. "Ver más"	Prevención
6	ENCUESTA: ¿Sabés cómo se puede ayudar a prevenir la depresión? Desliza el botón de "Ver más" y descubrílo	Prevención
7	Dejar de estar de cabeza sí se puede. ¿Sabías que existe tratamiento para la mayoría de las enfermedades mentales? Etiquetá a 3 amigos para difundir este mensaje y que juntos ayudemos a que haya menos vidas De Cabeza.	Tratamiento
8	Dejar de estar de cabeza sí se puede. ¿Sabías que existe tratamiento para la mayoría de las enfermedades mentales? Compartí esta imagen para difundir este mensaje y que juntos ayudemos a que haya menos vidas De Cabeza	Tratamiento
	Contenido	Redirección a sitio web
9	ENCUESTA (sí/no) ¿Tenés algún amigo/compañero/familiar con depresión? Vos podés ayudarlo. Descubrí cómo con este juego interactivo. "VER MÁS"	Experiencia interactiva
10	ENCUESTA Un amigo te cuenta que va a ir a una consulta con un psiquiatra por un problema de salud mental. ¿Qué hacés?: Cambiás de tema / Le preguntás sobre eso. En este juego interactivo te ayudamos a que vos mismo encuentres la mejor respuesta. VER MÁS.	Experiencia interactiva
	Contenido	Redirección a sitio web
11	El cambio DE CABEZA está empezando... ENCUESTA: (Si/Para nada) ¿Te suena la Ley de Salud Mental?. "Mirá el video"	Ley de Salud Mental
12	En este video te contamos lo que hay que saber sobre la nueva Ley de Salud Mental. "Ver más"	Ley de Salud Mental
13	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Etiquetá a tus amigos para que más personas conozcan este cambio de cabeza que está empezando.	Ley de Salud Mental
14	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Compartilo con tus amigos para hacerlo llegar a más personas.	Ley de Salud Mental
	Contenido	Redirección a sitio web
15	ENCUESTA: (sí/no) ¿Sabías que para 2025 ya no van a existir los hospitales psiquiátricos tal como existen hoy en Uruguay? Conocé todos los cambios de la Ley de Salud Mental en el video en "Ver más"	Ley de Salud Mental

SETIEMBRE. Tema: enfermedades mentales en adolescentes y jóvenes			
	SEMANA 1	Tipo de pieza	Tipo de pauta
16	Instagram	Story	Tráfico
17	Instagram	Post	Alcance
18	Facebook	Post	Alcance

	SEMANA 2 (Lanzamiento app)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
19	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
20	Instagram	Post	Tráfico
21	Facebook	Post	Tráfico
	SEMANA 3 (Ansiedad)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
22	Instagram	Story	Alcance
23	Instagram	Story	Tráfico
24	Instagram	Post	Interacción
25	Facebook	Post	Interacción
	SEMANA 4 (Esquizofrenia)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
26	Instagram	Story	Alcance
27	Instagram	Story	Tráfico
28	Instagram	Post	Interacción
29	Facebook	Post	Interacción

	Contenido	Redirección a sitio web
16	¿Sabías que la adolescencia es la etapa en la que salen a la luz la mayoría de las enfermedades mentales? Deslizá el botón y descubrí cómo detectarlas a tiempo.	Prevención
17	Porque estar de cabeza se puede evitar... Conocé las formas de detectar las enfermedades mentales a tiempo	Prevención
18	Porque estar de cabeza se puede evitar... Conocé las formas de detectar las enfermedades mentales a tiempo	Prevención
	Contenido	Redirección a sitio web
19	Presentación de app (simulación juego)	<i>A la app</i>
20	Para que las cabezas vuelvan a su lugar, necesitamos de tu ayuda. Lográ que la cabeza vuelva a su sitio y descubrí qué pasa. ¿Ya la probaste? Etiquetá a tus amigos para que también puedan probarla.	<i>A la app</i>
21	Para que las cabezas vuelvan a su lugar, necesitamos de tu ayuda. Lográ que la cabeza vuelva a su sitio y descubrí qué pasa. ¿Ya la probaste? Compartí este posteo para que más amigos también puedan probarla.	<i>A la app</i>
	Contenido	Redirección a sitio web
22	ENCUESTA: (Sí/no) ¿Te considerás una persona ansiosa? "Ver más"	Enfermedades mentales/ ansiedad
23	¿Sabés qué es la ansiedad? Conocelo en "Ver más"	Enfermedades mentales/ ansiedad
24	¿Sabías que muchos jóvenes tienen su vida de cabeza por la ansiedad? Etiquetá a tus amigos para que se enteren y juntos evitemos más vidas de cabeza	Enfermedades mentales/ ansiedad
25	¿Sabías que muchos jóvenes tienen su vida de cabeza por la ansiedad? Compartilo para con tus amigos para que se enteren.	Enfermedades mentales/ ansiedad

	Contenido	Redirección a sitio web
26	El cambio DE CABEZA está empezando... ENCUESTA: (Sí/Para nada) ¿Te suena la Ley de Salud Mental?. "Mirá el video"	Ley de Salud Mental
27	En este video te contamos lo que hay que saber sobre la nueva Ley de Salud Mental. "Ver más"	Ley de Salud Mental
28	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Etiquetá a tus amigos para que más personas conozcan este cambio de cabeza que está empezando.	Ley de Salud Mental
29	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Compartilo con tus amigos para hacerlo llegar a más personas.	Ley de Salud Mental

OCTUBRE. Tema: Mes de la Salud Mental			
	SEMANA 1	Tipo de pieza	Tipo de pauta
30	Instagram	Story	Alcance
31	Instagram	Post	Interacción
32	Facebook	Post	Interacción
	SEMANA 2 (Semana de la Salud Mental)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
33	Instagram	Story	Alcance
34	Instagram	Story	Tráfico
35	Instagram	Story	Alcance
36	Instagram	Post	Tráfico
37	Facebook	Post	Tráfico
	SEMANA 3 (Testimonial 1)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
38	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
39	Instagram	Post VIDEO	Tráfico
40	Facebook	Post VIDEO	Interacción
	SEMANA 4 (Testimonial 2)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
41	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
42	Instagram	Post VIDEO	Tráfico
43	Facebook	Post VIDEO	Interacción
	SEMANA 5 (Testimonial 3)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
44	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
45	Instagram	Post VIDEO	Tráfico

46	Facebook	Post VIDEO	Interacción
	Contenido	Redirección a sitio web	
30	Empieza el mes de la salud mental. Necesitamos de vos... (Convocatoria a cambio de foto de perfil)	Inicio	
31	OCTUBRE, Mes de la Salud Mental. Convocatoria a cambio de foto de perfil. Etiquetá a tus amigos para que también formen parte de esto.	Inicio	
32	OCTUBRE, Mes de la Salud Mental. Convocatoria a cambio de foto de perfil. Compartilo con tus amigos para difundirlo a todos.	Inicio	
	Contenido	Redirección a sitio web	
33	Convocatoria a cambio de foto de perfil.	Inicio	
34	Convocatoria a cambio de foto de perfil.	Inicio	
35	¡Hoy es el Día de la Salud Mental! Es el momento para hacer llegar a todos lo necesario que es este cambio DE CABEZA	Inicio	
36	¡Hoy es el Día de la Salud Mental! Es el momento para hacer llegar a todos la importancia de este cambio DE CABEZA	Inicio	
37	¡Hoy es el Día de la Salud Mental! Es el momento para hacer llegar a todos la importancia de este cambio DE CABEZA	Inicio	
	Contenido	Redirección a sitio web	
38	Estas vidas de cabeza TIENEN VOZ. Conocé la primera de ellas. (Ver completo en "Ver más")	Historias de cabeza	
39	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la primera de ellas (Video completo en link)	Historias de cabeza	
40	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la primera de ellas	Historias de cabeza	
	Contenido	Redirección a sitio web	
41	Estas vidas de cabeza TIENEN VOZ. Conocé la segunda de ellas. (Ver completo en "Ver más")llas. (Ver completo en "Ver más")	Historias de cabeza	
42	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la primera de ellas (Video completo en link)	Historias de cabeza	
43	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la segunda de ellas	Historias de cabeza	
	Contenido	Redirección a sitio web	
44	Estas vidas de cabeza TIENEN VOZ. Conocé la tercera de ellas. (Ver completo en "Ver más")	Historias de cabeza	
45	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la tercera de ellas (Video completo en link).	Historias de cabeza	
46	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la tercera de ellas.	Historias de cabeza	

Como se puede ver, a cada mes le fue asignado un tema. Estos pretenden partir desde los que resultan más próximos al *target*, para introducir luego otros temas relevantes y prepararlos para que en el mes de octubre estén lo suficientemente sensibilizados para querer difundir el mensaje de la campaña. El primer posteo, que será publicado en posición invertida (de cabeza) busca seguir la línea de la estrategia de impacto aplicada a los medios, para llamar la atención del público que se encuentre mirando sus historias de Instagram.

Para realizar la pauta de estos posteos en redes sociales se definió un presupuesto de base, determinado a partir de simulaciones de pauta realizadas en la plataforma de Facebook. Dado que la estrategia combinará esas tres modalidades de pauta, se crearán tres conjuntos de anuncios en la plataforma (alcance, tráfico e interacción). La posibilidad que ofrece el pautado en redes de realizar una evaluación a medida que se implementa la estrategia, ajustarla en paralelo a su ejecución.

Pauta por tráfico

Target (según FB)	Alcance	Porcentaje del P.O.	Presupuesto (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
310.000	267.907	86%	1.405	0,60	8,81

Target (según INE y MEC)	Alcance	Porcentaje del P.O.	Presupuesto (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
291.000	267.907	92%	1.405	0,60	8,81

Pauta por interacción

Target (según FB)	Alcance	Porcentaje del P.O.	Presupuesto (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
310.000	270.876	87%	1.962	0,82	8,88

Target (según INE y MEC)	Alcance	Porcentaje del P.O.	Presupuesto (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
291.000	270.876	93%	1.962	0,82	8,88

En las tablas se muestran los datos aportados por la plataforma de Facebook, y luego adaptados al número del público objetivo estimado a partir de los datos extraídos de INE y MEC³. Segundo estos datos, con una inversión en el rango de los 1.700 a 2.000 USD se estaría alcanzando en la campaña a un porcentaje próximo al 90% del público objetivo. Debe tenerse en cuenta que estos números no son exactos, y que es

³ Para el CPM (Costo por mil impresiones) se tomó como referencia el valor utilizado en la agencia Mindshare: 0,5 USD.

probable que se acabe alcanzando a un porcentaje mucho menor del *target* (ya que la cantidad de impresiones, interacciones o clicks, no equivalen a cantidad de personas alcanzadas). Sin embargo, esta simulación permite determinar una referencia de presupuesto como punto de partida.

En total, se destinarán 2.500 USD (\$ 81.250) a la pauta en redes (se han asignado, como margen, 500 dólares más de lo indicado en la simulación de la plataforma de Facebook).

Presupuesto total (\$)	Total posteos	Presupuesto por posteo (\$)
81.250	46	1.766

Presupuesto por conjunto de anuncios y por red social

	Presupuesto para alcance (\$)	Presupuesto para tráfico (\$)	Presupuesto para interacción (\$)	Presupuesto por red social (\$)
Facebook	3.532	3.532	14.128	21.192
Instagram	17.660	33.554	8.830	60.044
Total	21.192	37.086	22.958	81.250

Hay que tener en cuenta que el presupuesto asignado por conjunto variará dependiendo, por ejemplo, de la diferencia de costos (el costo por interacción y por tráfico es más alto que el costo por impresiones). Además, el porcentaje de presupuesto destinado a cada posteo dependerá de la distribución que haga la plataforma, según el contenido de los posteos. Como ya se dijo, deberá monitorearse si esta distribución automática resulta efectiva para los objetivos de la campaña.

Vía Pública: Publibus

La publicidad en ómnibus será aplicada en los laterales de 20 unidades de la empresa Cutcsa, ya que los recorridos de sus líneas abarcan gran parte de la ciudad. La pauta en este medio se aplicará a las 3 primeras semanas de la campaña, con el objetivo de reforzar las vías de impacto para el *target* e incrementar el alcance⁴.

Servicio	Costo (\$)
Laterales xxl (movimagen) - arrendamiento	1.250 IVA inc. p/ semana p/ unidad
Producción	4638 + IVA

⁴ Costos tomados de la agencia Mindshare.

Costo total arrendamiento

Semanas de pauta	Costo por Publibus (\$)	Unidades Publibus	Costo total (\$)
3	3.750	20	75.000

Costo total producción

Costo total arrendamiento (\$)	Costo total producción (\$)	Total (\$)
75.000	113.167	188.167

Además de la pauta publicitaria en estos medios, el resto del presupuesto de la campaña estará destinado a las demás acciones y contenidos propuestos dentro de la estrategia, cuyo costo se presentará a continuación.

5. Presupuesto

Dado que al momento de elaborar la estrategia de campaña no se contó con una referencia de presupuesto establecida por el cliente, se elaboró contemplando los antecedentes de las campañas anteriores, como una referencia aproximada del *budget* que podría destinarse a esta primera etapa de *De Cabeza*.

Ya que, luego de ser solicitado, solo fue posible acceder a la inversión en algunos medios en concreto, se tomó ese monto como referencia, contemplando la posibilidad de sobrepasarlo hasta en un 60 a 80%, ya que no se cuenta con la gran mayoría de la inversión.

MEDIO	MONTO
Tv + prensa escrita + radio	\$U 342.000
Total	\$U 342.000

Inversión de campaña Mentalizate (2017)⁵

A pesar de que el cliente de esta campaña (Federación Caminantes) es una asociación sin fines de lucro, el presupuesto que se presenta a continuación ha sido realizado considerando que quien ha financiado todas las campañas de salud mental impulsadas por la Federación es la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP).

Producción

PRODUCTO / SERVICIO	MONTO
3 videos testimoniales (Ikusi)	\$U 146.250 + IVA
Explainer Ley de Salud Mental	\$U 13.000 IVA inc.
Paquete Diseño (estética de base + diseños de posteos + pantallas de la app + afiche)	\$U 40.000 IVA inc.
Diseño y mantenimiento de sitio web	\$U 57.600 + IVA
Muñecos, Acción de Prensa (materiales + armado), 25 unidades	\$U 1.500 + IVA
Impresión de afiches (49x33,5 cm), 525 unidades	\$U 6.300 + IVA
Total	\$U 258.213

⁵ Información aportada por Daniela Romano, Secretaria de Difusión de la CHPP.

Difusión

PRODUCTO / SERVICIO	MONTO
Pauta en redes sociales	\$U 81.250
Pauta en Vía Pública, Publibus (50 unidades)	\$U 188.167
Costo envío muñecos, Acción de prensa (servicio cadetería)	\$U 1.200
Costo distribución afiches (servicio cadetería)	\$U 4.375
Gestión de redes sociales (\$U 10.000 p/mes)	\$U 30.000
Total	\$U 304.992

Presupuesto final

CONCEPTO	MONTO
Costos de producción	\$U 258.213
Costos de difusión	\$U 304.992
	\$U 563.205

TC = \$ 32,5

Costos opcionales⁶

PRODUCTO / SERVICIO	MONTO
Desarrollo de app para Android y Iphone; 4 pantallas	\$U 65.000 + IVA
Costo final	\$U 79.300

⁶ Se trata de propuestas extra, cuya implementación dependerá del presupuesto disponible para llevar a cabo la campaña. Dentro de ellas, también se deberán considerar los gastos de los talleres (materiales y honorarios), en caso de decidir llevarlos a cabo.

6. Plan de evaluación

Para finalizar, en este capítulo se presentan las métricas a través de las cuales será evaluado el cumplimiento de los objetivos planteados para esta primera etapa de la campaña *De Cabeza*.

Objetivo específico 1: SENSIBILIZAR

Objetivo: SENSIBILIZAR	
Acción/pieza	KPI (Key Performance Indicator)
Afiches en centros educativos	Escaneos de Código QR
Videos testimoniales	CTR ⁷ , tiempo promedio de reproducción
Acción de prensa	Porcentaje de publicaciones/mentiones en medios sobre los que se realizó la acción

En lo que refiere a la acción en vía pública (Publibus), resulta difícil medir su impacto por la carencia de métricas para evaluarlo.

Objetivo específico 2: INFORMAR

Objetivo: INFORMAR	
Acción/pieza	KPI
Contenidos informativos del sitio web	Visitas al sitio, tiempo de permanencia, abandonos, fuentes de tráfico y niveles
Explainer	CTR, tiempo promedio de reproducción

Para determinar más certeramente el rendimiento de la estrategia para cumplir con este objetivo, sería recomendable llevar a cabo otras técnicas de apoyo, como la realización de grupos de discusión o encuestas, como mecanismos para testear el efecto informativo de la campaña.

⁷ Click-Through Rate o porcentaje de visualizaciones. Es el porcentaje de reproducciones del video (clics) alcanzado sobre el número de veces que se muestra (impresiones). Esto permitirá medir cuántas de las personas que llegaron a las piezas, efectivamente comenzaron a verlas.

Objetivo 3: GENERAR INTERACCIÓN

Objetivo: GENERAR INTERACCIÓN	
Acción/pieza	KPI
Posteos en redes sociales	Interacciones primarias (me gusta, reacciones, compartidos, comentarios), otras interacciones (clicks to view, clicks en links)
App	Número de descargas, reviews, puntaje, usuarios semanales
Experiencia interactiva en sitio web	Número de clics

Objetivo general: Visibilizar la salud mental como tema de interés para el público objetivo.

Finalmente, la evaluación permitirá determinar en qué medida se ha logrado cumplir con el objetivo principal de visibilizar el tema de la salud mental para el *target*. La idea es que, a medida que se vayan desarrollando más etapas de la campaña, este objetivo se cumpla con mayor intensidad y para un número cada vez mayor de personas dentro de la población uruguaya.



Versión completa

SALUD MENTAL EN URUGUAY

**Bases para lograr
un cambio de mirada**

PROYECTO PRELIMINAR
FACULTAD DE COMUNICACIÓN

Abstract

En agosto de 2017 se aprobó en Uruguay una nueva Ley de Salud Mental que llegó para sustituir a la de 1936. Esta ley establece para el año 2025 un Uruguay sin manicomios. Ahora, los pacientes serán tratados en hospitales generales y estructuras alternativas integradas a la sociedad. ¿Están los uruguayos preparados para convivir de cerca con “la locura”? Esta investigación se propone alcanzar pautas para lograr un cambio de mirada en salud mental en la población uruguaya, al tiempo que revela la existencia de un público clave para conseguir ese cambio: los más jóvenes. Estos hallazgos serán aplicados para la elaboración de una campaña publicitaria, propuesta a la Federación Caminantes.

Tabla de contenido

Introducción	9
Capítulo 1. Salud mental y enfoque social	11
1.1 Salud Mental y Enfermedad Mental	11
i. Definiciones	11
1.2 Un tema de todos: La enfermedad mental como problema social	15
i. Estadísticas mundiales	15
ii. El suicidio como fenómeno social.....	18
iii. Políticas públicas de salud mental.....	20
1.3 Salud Mental en Uruguay	23
i. Estadísticas locales	23
ii. Actores clave	26
iii. El gran cambio: Ley 19.529 de Salud Mental	30
1.4 Conclusiones.....	35
Capítulo 2. Salud mental y comunicación.....	37
2.1 Salud mental en el imaginario colectivo: el problema del estigma.....	37
2.2 Los “locos” y los “psicópatas”. La importancia de los términos a la hora de comunicar.....	41
2.3 Comunicación contra el estigma. Campañas publicitarias de salud mental	44
i. Internacionales	44
ii. Nacionales	52
2.4 Conclusiones	53
Capítulo 3. Federación “Caminantes”	55
3.1 Identidad y filosofía	55
3.2 Mensajes y canales.....	58
3.3 Antecedentes comunicacionales en Salud Mental.....	60
i. Campaña para Uruguay: Salud Mental Sin Prejuicios.....	60
a. Aspectos formales.....	60
b. Repercusiones en la opinión pública	63
3.4 Conclusiones	81
Conclusiones finales	83
Bibliografía	86
Anexos	89
Anexo 1. Ley N° 19529 Ley de Salud Mental	89
Anexo 2. Entrevista a Horacio Porciúncula Asesor del Programa de Salud Mental del MSP	106

Anexo 3. Entrevista a Homero Peyrot Miembro de la Federación Caminantes	117
Anexo 4. Entrevista a Maris Pérez Secretaria de la Federación Caminantes	123
Anexo 5. Entrevista a Ricardo Acuña Psiquiatra y director de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata	129
Anexo 6. Entrevista Cecilia Baroni Psicóloga y co-coordinadora del proyecto Vilardevoz	132
Anexo 7. Entrevista a Belén Sansone Expaciente en dos instituciones psiquiátricas privadas de Montevideo	137
Anexo 8. Diccionario de código Análisis de contenido	139
Anexo 9. Anotaciones Focus Group Adolescentes	146
Anexo 10. Anotaciones Focus Group Adultos	152

Índice de ilustraciones

Gráficos

Gráfico 1. Número de casos de trastorno depresivo por Región de la OMS (en millones).....	15
Gráfico 2. Prevalencia de los trastornos depresivos por Región de la OMS.	16
Gráfico 3. Cumplimiento de las legislaciones de salud mental con instrumentos de derechos humanos.....	20
Gráfico 4. Trabajadores de salud mental cada 100.000 habitantes.	21
Gráfico 5. Inversión estatal per cápita en salud mental y en hospitales mentales....	22
Gráfico 6. Distribución por país de la tasa de suicidios.	23
Gráfico 7. Tasa de suicidios en Uruguay (2010-2017).....	24
Gráfico 8. Distribución de suicidios Montevideo-Interior (2016).....	24
Gráfico 9. ¿Cómo habla la campaña del tema?.....	47
Gráfico 10. Formato narrativo	47
Gráfico 11. ¿Los protagonistas hablan?	48
Gráfico 12. ¿Se utiliza voz en off?	48
Gráfico 13. ¿Los protagonistas interactúan con otros personajes?.....	49
Gráfico 14. ¿Los protagonistas sonríen?	49
Gráfico 15. Aparición de personajes secundarios.....	49
Gráfico 16. ¿En qué lugares se muestra a los protagonistas?	50

Mapas

Mapa 1. Tasa de suicidios por país cada 100.000 habitantes	17
--	----

Figuras

Figura 1. Diagrama de los determinantes sociales de la salud mental.....	19
Figura 2. Resultados comparativos 2016-2017 del alcance e interacción en Facebook de Salud Mental sin Prejuicios durante las campañas de ambos años.	63
Figura 3. Alcance e interacción en Twitter de Salud Mental sin Prejuicios en 2017	63

Imágenes

Imagen 1. Instalación artística de Project 84	45
Imagen 2. Flyer de evento organizado por Caminantes	58
Imagen 3. Spot de Mentalizate	64
Imagen 4. Banner de Mentalizate	70
Imagen 5. Spot de Mentalizate (b)	73

Tablas

Tabla 1. Corpus del análisis de contenido	46
Tabla 2. Presupuesto pauta en medios e influencers para campaña Mentalizate....	63
Tabla 3. Participantes Focus Group Adolescentes.....	66
Tabla 4. Participantes Focus Group Adultos.....	66

Ilustraciones Focus Group

Ilustración Focus Group 1. Reacción al logo	68
Ilustración Focus Group 2. Expectativas de los adolescentes.....	69
Ilustración Focus Group 3. Expectativas de los adultos	69
Ilustración Focus Group 4. Visión 1 de lo normal/anormal	70
Ilustración Focus Group 5. Reacción de los adolescentes al banner de Mentalizate ...	71
Ilustración Focus Group 6. Reacción de los adultos al banner de Mentalizate.	71
Ilustración Focus Group 7. Recepción de adultos del eslogan.	72
Ilustración Focus Group 8. Recepción de adolescentes del eslogan.	72
Ilustración Focus Group 9. Síntesis conceptos asociados al banner de Mentalizate..	72
Ilustración Focus Group 10. Reacción de los adolescentes al spot de Mentalizate.	73
Ilustración Focus Group 11. Vínculo de adolescentes con el autismo.....	74
Ilustración Focus Group 12. Contraste del spot con expectativas de los adultos....	74
Ilustración Focus Group 13. Diferencias detectadas por los adolescentes entre testimonios	75
Ilustración Focus Group 14. Valoración de adultos de escenarios de acción.....	75
Ilustración Focus Group 15. Valoración de adolescentes de escenarios de acción.....	76
Ilustración Focus Group 16. Relación de adolescentes estudio/guion/artificialidad.	76
Ilustración Focus Group 17. Relación de adultos compañía/inclusión.....	76
Ilustración Focus Group 18. Síntesis de aspectos valorados como positivos y negativos de Mentalizate.	77

Lista de abreviaturas y siglas

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

CATP: Comisión Asesora Técnica Permanente

CEREMOS: Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial

CHPP Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata

CNHD: Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad

MIDES Ministerio de Desarrollo Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

SAI-PPL: Sistema de Atención Integral-Personas Privadas de Libertad

SNIC Sistema Nacional Integrado de Cuidados

SPU: Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Glosario¹

A continuación, se presenta un glosario con conceptos generales que permitirán un acercamiento al tema que se abordará en esta investigación de un modo más claro. Las enfermedades definidas constituyen una pequeña porción dentro del amplio espectro que existe de patologías mentales. Este glosario, sin intención de ahondar en definiciones médicas complejas, tiene como finalidad aclarar términos que serán referidos dentro del documento y que, a fin de favorecer la fluidez de la lectura, son recopilados aquí para su lectura previa al abordaje de este proyecto.

Autismo o Trastornos del Espectro Autista (TEA). Conjunto de trastornos del desarrollo que se caracterizan por la intensa concentración de una persona en su propio mundo interior y la progresiva pérdida de contacto con la realidad exterior.

Demencia. Trastorno de naturaleza crónica y progresiva que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Depresión. Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. También puede presentar diversos síntomas físicos sin causas orgánicas aparentes. La depresión puede ser de larga duración o recurrente y afecta considerablemente a la capacidad de llevar a cabo las actividades laborales y académicas y de afrontar la vida cotidiana. En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

Enfermedad mental. Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo. Esta alteración se puede manifestar en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Esquizofrenia. Trastorno mental crónico y severo que caracteriza por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Comprendida dentro del grupo de las psicosis, la esquizofrenia suele ir acompañada de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe) y

¹ Definiciones elaboradas con base en la Organización Mundial de la Salud y Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados*. Pamplona: Eunsa.

delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad de las que el paciente está firmemente convencido, incluso cuando hay pruebas de lo contrario).

Trastorno afectivo bipolar. El trastorno bipolar es una enfermedad mental severa que afecta a los mecanismos que regulan el estado de ánimo. Se caracteriza por oscilaciones más o menos bruscas, que van desde la euforia patológica (manía) a la depresión, sin que éstas estén relacionadas con factores del mundo exterior.

Trastornos de ansiedad. Afecciones en las que los síntomas de ansiedad alcanzan un nivel desproporcionado, que produce miedos o preocupaciones recurrentes como, por ejemplo, la salud o la situación económica y la sensación constante de que algo malo está por suceder. La fobia social, el Trastorno Obsesivo- Compulsivo (TOC) y el Trastorno de pánico son ejemplos de Trastornos de ansiedad.

Trastornos Mentaless Severos y Persistentes (TMSP). Conjunto de diagnósticos clínicos que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), aunque también incluyen otros diagnósticos relacionados.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad, que genera pensamientos repetidos y angustiantes denominados obsesiones. Con el fin de intentar controlar estas obsesiones, las personas con TOC sienten una necesidad imperiosa de realizar rituales o comportamientos, llamados compulsiones.

Trastornos de personalidad. El trastorno de personalidad corresponde a un patrón permanente e inflexible de experiencia y comportamiento que provoca una gran inestabilidad afectiva y conductual y que se manifiesta en la forma de percibir el mundo, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de los impulsos.

Introducción

Salud y enfermedad mental han sido, a lo largo de los siglos, temas marcados por la distancia, en una lógica de “la locura lejos”. Lejos físicamente, depositada en los manicomios. Lejos en la agenda pública y política, como un tema relegado. Lejos, también, en el imaginario social, asociado a lo sobrenatural, lo maligno y de lo que es mejor no hablar.

Hoy, la necesidad de acortar esa distancia consolidada a través de la historia se ha convertido en una realidad impostergable. Las estadísticas dan cuenta de una realidad que, por no ser tratada a tiempo, hoy acaba, en una gran cantidad de casos, en el peor desenlace. A partir de esta realidad, a nivel mundial hoy se habla de salud mental en relación con la prevención, sumada a alternativas a la hospitalización, tratamientos en sociedad y una mirada enfocada en derechos humanos.

Sin embargo, en Uruguay este cambio de perspectiva recién comienza. En 2017 se logró, finalmente, la aprobación de una nueva Ley de Salud Mental que llegó para sustituir a la llamada Ley del Psicópata, de 1936. Basta con observar el nombre de la antigua ley para comprender el gran salto que implica este cambio. El hecho puntual del que nace este proyecto se basa en uno de los puntos más desafiantes planteados en esta legislación: para el año 2025 se prevé que Uruguay se convierta en un país sin manicomios. ¿Dónde será tratada, entonces, la “locura”? Dentro de la sociedad, con una perspectiva que apunta a tratamientos en los que los pacientes no pierdan el contacto con su entorno. ¿Están los uruguayos realmente preparados para afrontar este cambio?

En este sentido, la necesidad de transformar la mirada hacia la salud mental que ha prevalecido durante décadas en el país aparece como un hecho ineludible. Es aquí donde entra en juego el rol de la comunicación como agente para impulsar ese cambio necesario. ¿Qué estilo de comunicación es el adecuado para favorecer una nueva mirada en el tema? ¿Cuál es la mejor forma para conectar con la población y, así, lograr un mensaje que sea bien recibido? Estas son algunas de las principales interrogantes que se pretenden responder por medio de esta investigación, a fin de adquirir los insumos necesarios para elaborar una campaña de salud mental que contribuya con ese cambio de mirada.

La Federación Caminantes, conformada por familiares de personas con enfermedades mentales, es uno de los actores que más ha luchado durante los últimos años para que este cambio comenzara a producirse. Esto la convierte en un cliente ideal para llevar a cabo la campaña que se pretende elaborar.

La investigación que se presenta a continuación consta de tres capítulos. El primero, titulado Salud Mental y enfoque social, actúa como introducción al tema central de este proyecto. En este capítulo, a partir de nociones básicas y evidencias estadísticas,

se dará a conocer la realidad actual de la salud mental en el mundo, así como su estrecho vínculo con lo social. Luego, se presentará el contexto en Uruguay y los desafíos que supone la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental. La metodología aplicada para la elaboración de los primeros puntos de este capítulo fue la revisión bibliográfica. Más adelante, en la instancia en la que se plantean los cambios generados por la nueva ley, se utiliza como fuente principal las entrevistas realizadas a expertos en el tema: Horacio Porciúncula, asesor del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP), ex director del área de Salud Mental de ASSE y ex director del Hospital Vilardebó; Ricardo Acuña, psiquiatra y director de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP) y Cecilia Baroni, psicóloga y co-coordinadora del proyecto radial Vilardevoz.

El segundo capítulo, Salud Mental y comunicación, tiene como objetivo incursionar en el tema a partir de los desafíos y las oportunidades que este presenta desde el punto de vista comunicativo. En primer lugar, se tratará el problema del estigma, uno de los principales obstáculos que aparecen en torno a las enfermedades mentales. En segundo lugar, se planteará la relevancia del lenguaje como un arma de doble filo en este tema, que constituye una herramienta esencial para contribuir al cambio de perspectiva buscado, así como tiene la capacidad de asentar las visiones que se pretende erradicar. Por último, se presentarán ejemplos de campañas internacionales y nacionales contra el estigma, que permitirán acercarse a prácticas exitosas en cuanto al modo de comunicar estas realidades. Para el abordaje de este capítulo se utiliza la revisión bibliográfica, las entrevistas a expertos y, en el abordaje de campañas internacionales, la aplicación de la técnica de análisis de contenido.

Finalmente, el tercer capítulo, Federación Caminantes se enfoca en el cliente de este proyecto de comunicación. Aquí se pretende, en primer lugar, dar a conocer la identidad y filosofía de esta asociación, que permitirán comprender aquello que desean transmitir. Luego, se abordarán los mensajes y canales de comunicación empleados, para comprender de qué modo comunican. Por último, se realizará un análisis de la campaña uruguaya Salud Mental Sin Prejuicios, que constituye la primera iniciativa publicitaria contra el estigma en salud mental llevada a cabo en el país, y en la que Caminantes colaboró. Este último capítulo será desarrollado a partir de entrevistas a miembros de la federación y de materiales de circulación interna. El último punto de este capítulo (la campaña de salud mental), será abordado a través de la técnica de grupos de discusión, realizados para conocer el modo en que esta campaña es recibida por distintos públicos.

Capítulo 1. Salud mental y enfoque social

El abordaje de este primer capítulo se focaliza en dar a conocer, a través de elementos conceptuales y estadísticos, la realidad actual de la salud mental tanto a nivel mundial como local. A través de los distintos puntos desarrollados aquí se dará a conocer el carácter eminentemente social de la salud mental, así como los desafíos que esto implica. Por último, se abordará el gran cambio de paradigma al que hoy se enfrenta Uruguay con la aprobación de la nueva ley de Salud Mental, que dará paso a una primera interrogante fundamental: ¿Uruguay está realmente preparado para este cambio?

1.1 Salud Mental y Enfermedad Mental

i. Definiciones

Desde la definición de salud que figura en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dimensión mental aparece como un componente esencial: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1997: 1). No obstante, como concepto en particular, hoy se reconoce que definir qué es salud mental no resulta sencillo. Se trata de un concepto que se ha sido transformado a lo largo de los siglos y que ha llevado a una definición actual mucho más completa, pero, a su vez, también compleja.

Restrepo y Jaramillo (2012) destacan cuatro perspectivas principales, que surgieron a lo largo del siglo pasado, que resumen los esfuerzos realizados en pos de una definición precisa de lo que es la salud mental. Los autores hablan de la concepción biomédica, la concepción conductual, la cognitiva y la socioeconómica (203). Así, la salud mental pasó de ser entendida únicamente a partir de manifestaciones en los procesos cerebrales (concepción biomédica) a ser considerada desde una multiplicidad de factores, como la forma en que el individuo interactúa con el exterior (concepción conductual) y el modo en que este se percibe a sí mismo y a su entorno (concepción cognitiva). Por último, los autores incorporan la concepción más reciente, la socioeconómica, que reconoce la influencia de los modos y condiciones de vida como condicionantes de la salud mental (208).

En la definición actual de salud mental establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede ver la convivencia de los múltiples factores resultantes de la unión de las concepciones anteriores. Así, la OMS establece que “salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2017). Para hablar de salud mental, entonces, es necesario evaluar no solo manifestaciones observables, como podría ser la productividad del sujeto, sino también aspectos

subjetivos (y, por lo tanto, más difíciles de determinar), como la autopercepción de la propia eficacia.

A su vez, ante la definición de la OMS, Cabanyes y Melián (2010) proponen la salvedad de que “salud mental” no es un estado, sino una dinámica; no es algo que se posee, sino que se va construyendo. Un punto interesante en el razonamiento de estos autores es que dicha construcción no consiste en lograr una optimización de las facultades psíquicas, sino en “la armonía lograda sobre las disonancias” (115). Es decir, salud mental no debería ser sinónimo de perfección psíquica, ya que, según entienden, un grado aceptable de salud mental puede ser compatible con ciertas limitaciones en algunas funciones psíquicas, siempre que estas estén contrabalanceadas en el resultado final del estado mental del individuo (116).

A pesar de que esta última perspectiva complejiza aún más la definición, introduce a una discusión que hoy continúa presente en el campo de la psiquiatría: ¿se puede decir que existe un límite lo suficientemente preciso como para determinar cuándo acaba la salud y comienza realmente la enfermedad? Esto se puede ver con claridad en algunos trastornos comunes, como la ansiedad, en donde muchas veces resulta complejo determinar en qué punto se pasa de niveles “normales”, que corresponden a respuestas naturales ante algunas circunstancias, a niveles patológicos (Mediano, 2010: 275).

Más allá de esta discusión, ante la necesidad de establecer una definición que actúe como criterio de referencia, enfermedad mental es entendida como “una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo” (Seva, 2010: 149). Esta alteración se puede manifestar en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y la demencia son algunos de los ejemplos de trastornos mentales que ofrece el autor (150). Es importante destacar que el trastorno mental no implica una disminución intelectual, como se asocia con frecuencia, sino que altera las facultades mentales de manera esporádica. De hecho, muchos trastornos mentales están asociados a altos niveles de intelecto (Obertament, 2016).

Por su parte, la OMS en su sitio oficial lo resuelve del siguiente modo: “Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (OMS, 2017). A continuación, se desarrollan brevemente y a modo de ejemplo las definiciones de algunos de los trastornos más frecuentes, como depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y otras psicosis, demencia, y el autismo.

En un primer acercamiento, la síntesis presentada tanto por Seva como por la OMS puede resultar reduccionista si se tiene en cuenta el amplio espectro de los trastornos

mentales. Basta con citar los epígrafes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría, para comprender la complejidad que implica su clasificación:

- Trastornos del neurodesarrollo.
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos bipolares y relacionados.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y estresares.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de síntomas somáticos.
- Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria.
- Trastornos de la eliminación.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales.
- Trastornos adictivos y de consumo de sustancias.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos parafílicos.
- Otros trastornos¹.

No obstante, las enfermedades citadas por Seva y la OMS sí son suficientes para comprender un hecho esencial en torno a ellas y es la dificultad para hablar de salud y enfermedad mental de un modo general. Las enfermedades mentales abarcan desde trastornos leves, que poseen tratamientos eficaces que llevan a mejoras e incluso pueden curarse (como puede ser el caso de trastornos de ansiedad o depresión); pasando por trastornos más severos, pero que también poseen tratamientos que permiten alcanzar la estabilidad (como la esquizofrenia); hasta llegar a otros que son progresivos y aún no tienen tratamiento (la demencia, por ejemplo). A lo anterior hay que sumar los distintos grados en los que pueden manifestarse los trastornos.

Además, aunque es cierto que la Psiquiatría ha dedicado sus esfuerzos a lograr clasificaciones cada vez más precisas, hoy la mayoría de los profesionales coinciden en la siguiente afirmación: “la clasificación solo ordena, y nada nos dice sobre lo ordenado (Vidal, 1997)” (Amat y Cabanyes, 2010: 166). A pesar de que existen categorías diagnósticas internacionalmente consensuadas, que sirven como guías útiles para los médicos, estas resultan insuficientes a la hora de determinar dónde acaba la salud mental. Centrarse en generalizaciones parece no servir de mucho cuando en la práctica resulta que cada caso es relativo: “(...) basta con que nos acerquemos clínicamente a un enfermo psiquiátrico para darnos cuenta de que realmente son personas con sus condicionamientos y no enfermedades” (Amat y Cabanyes, 2010: 167).

¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014).

Finalmente, en los últimos años, con los vertiginosos cambios sociales que ha traído el siglo XXI, se ha comenzado a entender que la mirada psiquiátrica no puede reducirse al estudio de los pacientes como simples individuos aislados, sino que se debe incluir la influencia del contexto para entender sus patologías (Mendoza, 2009: 572). Así, poco a poco, se ha iniciado, al menos desde la teoría, un discurso global sobre salud y enfermedad mental que apunta a una mirada integral de las personas como seres bio-psico-sociales y una perspectiva centrada en la idea de comunidad y derechos humanos.

1.2 Un tema de todos: La enfermedad mental como problema social

i. Estadísticas mundiales

La salud mental hoy ocupa un lugar destacado en la agenda de la Salud Pública y esto se debe, en gran medida, a que las estadísticas hablan por sí solas. Ya en el año 1999, la OMS llamó la atención sobre el hecho de que tanto el suicidio como la depresión se convertirían en los problemas de salud más importantes a abordar en el siglo XXI (Creese, Jamison y Prentice, 1999). A casi 20 años de esta advertencia, hoy se podría afirmar que el pronóstico fue acertado.

Actualmente, los problemas de salud mental figuran entre las primeras causas de discapacidad y enfermedad en todo el mundo. Hoy se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental y que 1 de cada 4 sufrirá un trastorno mental en algún momento de su vida. De ellas, 322 millones sufren depresión; 264 millones padecen el trastorno de ansiedad; 21 millones tienen diagnóstico de esquizofrenia; 60 millones poseen el trastorno bipolar y 47,5 millones sufren demencia (OMS, 2017).

La depresión se ha convertido, como adelantaban las predicciones, en el trastorno mental más frecuente a nivel mundial y hoy constituye la segunda causa de discapacidad en el mundo. En el Gráfico 1, que forma parte de un informe de la OMS, titulado “Depresión y otros trastornos mentales comunes” (2017), se puede ver la distribución por región de este trastorno.



Gráfico 1. Número de casos de trastorno depresivo por Región de la OMS (en millones). OMS (2017).

En el gráfico se puede apreciar que casi la mitad de las personas con depresión viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental, lo que refleja la situación de poblaciones como India y China, por ejemplo. Aunque la Región de las Américas (según la clasificación de regiones de la OMS) aparece en el cuarto lugar de prevalencia a nivel global, es importante destacar que dentro de Latinoamérica la depresión es el trastorno que encabeza el *ranking* de enfermedades (“El doloroso impacto de la depresión”, 2016). En cuanto a la tendencia por sexo, la depresión en el mundo resulta más común en las mujeres que en los hombres (Gráfico 2).

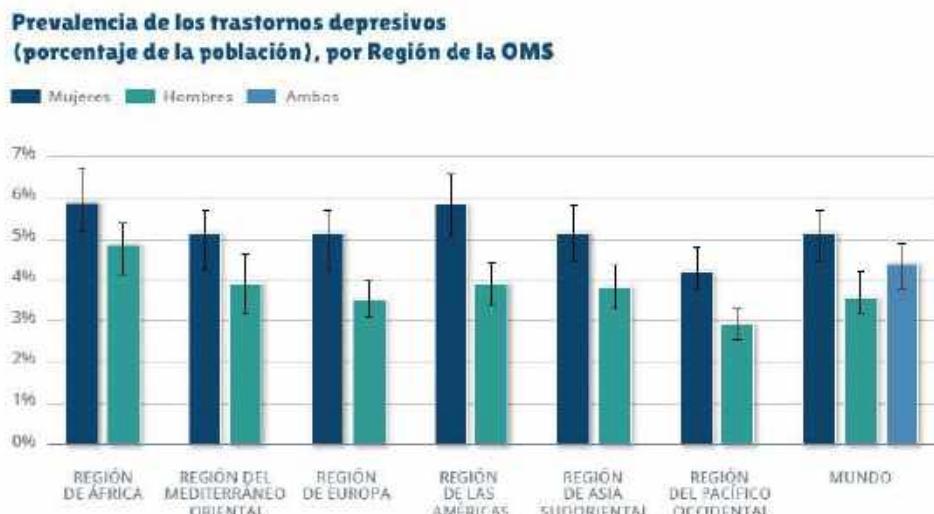
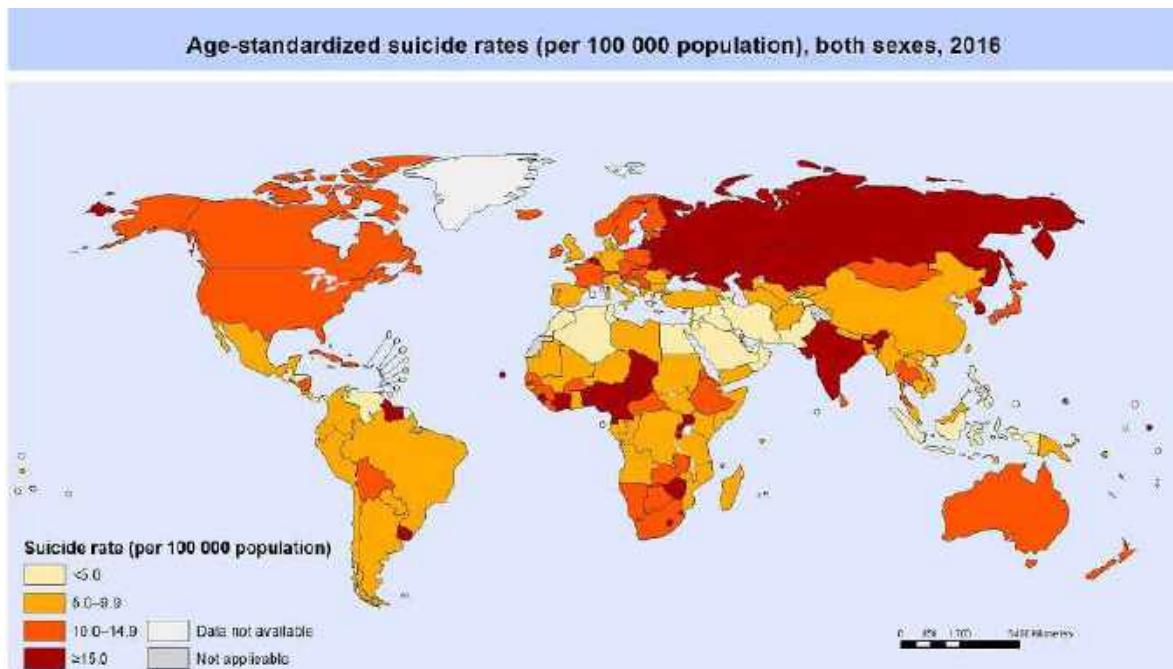


Gráfico 2. Prevalencia de los trastornos depresivos por Región de la OMS. OMS (2017).

Además de constituir un problema en sí misma, según la OMS la depresión es el principal factor que contribuye a las defunciones por suicidio, el otro gran mal anticipado en 1999. El suicidio se ha convertido en la primera causa de muerte violenta en el mundo, superando a la mortalidad por guerra y por homicidios. Un promedio de 800.000 personas se suicida a nivel global cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, 2016).

En el mapa elaborado por la OMS en 2016 (Mapa 1) se puede observar un panorama con una tasa superior a 5 cada 100.000 habitantes. De hecho, en 2016 la tasa global fue de 10,6, lo que supuso un total de 793.000 suicidios en el mundo en ese año. La proporción de hombres resultó mayor que la de las mujeres, con una tasa de 13,5 frente a 7,7. La tasa más elevada se registra en Europa (15,4), donde aparecen los dos países con el nivel más alto de suicidios a nivel global (Lituania, con una tasa de 31,9 cada 100.000 habitantes y Rusia, con una tasa de 30,0). A ellos les sigue Guyana, con una tasa de 29,2².

² El caso de Uruguay se desarrolla en el capítulo 1.3. Salud Mental en Uruguay p. 26.



Mapa 1. Tasa de suicidios por país cada 100.000 habitantes. OMS (2016)

En lo que respecta a la edad, es preciso destacar la franja de 15 a 29 años, donde el suicidio constituye la segunda causa de defunción en el mundo (OMS, 2016). Estas cifras, acompañadas de la difusión en las últimas décadas de informes elaborados por organismos internacionales, han comenzado a llamar la atención acerca de la importancia de atender la salud mental en jóvenes y adolescentes, edad en la que comienzan a manifestarse cerca del 50% de los trastornos mentales (OMS, 2011).

Rego y González (2006) ya señalaban hace más de diez años un aumento de los trastornos mentales en jóvenes vinculados a la emergencia de nuevos problemas, entre ellos, el consumo problemático de drogas legales e ilegales, la ansiedad creciente, futuro impredecible e inseguro, deterioro de las instituciones y la complejización de la transición a la vida adulta, entre otras (15). A estos factores se debe sumarse el avance tecnológico de los últimos años, que ha favorecido la creación de nuevos escenarios de riesgo, como es el caso del ciberacoso.

ii. El suicidio como fenómeno social

Al observar la noción de salud mental desde un punto de vista histórico, pronto se identifica un origen en el que cualquier enfermedad o disfunción vinculada con lo psíquico era comprendida como un hecho netamente individual. De hecho, se entiende que la tardía identificación de la salud mental como problema de Salud Pública responde a un complejo conjunto de interrelaciones que se han producido a lo largo de los siglos entre lo que se percibe como del ámbito público y lo que pertenece al ámbito íntimo o doméstico (Salaverry, 2012: 144). Recién en el siglo XX es posible distinguir con claridad una evolución en los conceptos, que traza un pasaje paulatino de lo individual a lo colectivo, al reconocer factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad mental.

En este sentido, resulta pertinente destacar los aportes del sociólogo francés Émile Durkheim, precursor en el planteo de la perspectiva social para el caso del suicidio. En su libro *El suicidio*, Durkheim, basado en el estudio de información estadística de su época en países europeos, concluye que los casos de autoeliminación son hechos individuales que, sin embargo, responden a causas sociales:

En efecto, si en lugar de no ver en ellos más que acontecimientos particulares, aislados los unos de los otros, y que deben ser examinados con independencia, se considera el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinado, se comprueba que el total así obtenido no es una simple adición de unidades independientes o una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo (...) y que además es eminentemente social (Durkheim, 1992: 8).

Más allá de lo cuestionable de ciertos aspectos de su método, lo relevante a los efectos de esta investigación es la introducción a una perspectiva que, al interpretar al suicidio como hecho social, lo coloca, por añadidura, como una responsabilidad de toda la sociedad; un problema que debería ser atacado en conjunto.

Otro de los hallazgos que vale destacar de la obra de Durkheim es su planteo de lo que él llama “anomia” (del griego “sin ley”) como una causa de suicidio, característica de las sociedades modernas. El autor plantea una realidad en la que se ha producido una dislocación de los valores sociales, lo que lleva a una desorientación individual, sentimientos de ansiedad e incertidumbre y a una sensación de falta de sentido de la vida. La anomia aparece, entonces, porque “la actividad social está desorganizada, lo que genera mucho sufrimiento” (Durkheim, 1992: 207). Es decir, el suicidio en estos casos estaría condicionado por sociedades en las que el individuo carece de referencias claras de hacia dónde ir. Más de cien años después, el planteo de Durkheim no resulta tan lejano si se contrasta, por ejemplo, con algunas de las causas ya mencionadas en cuanto al incremento actual de los suicidios en los adolescentes: “ansiedad creciente, futuro impredecible e inseguro, deterioro de las instituciones” (Rego y González, 2006:15). Resulta muy sencillo vincular estos factores con el concepto de anomia planteado por el sociólogo en 1987.

Actualmente, esta perspectiva del suicidio como fenómeno social se ha traducido a todos aquellos problemas vinculados con la salud mental. Así, la OMS habla de determinantes que incluyen no solo características individuales, tales como la capacidad de gestionar los propios pensamientos, emociones y comportamientos con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (OMS, 2017).



Figura 1. Diagrama de los determinantes sociales de la salud mental. Mental Health Foundation. (2016).

En el diagrama (Figura 1) se puede observar la multiplicidad de factores que hoy se incluyen en lo que respecta a la salud y la enfermedad mental. Estos elementos parten de lo más individual, como la carga genética, pasando por el entorno social más próximo al individuo, hasta llegar a aspectos plenamente sociales, como la situación socioeconómica o ambiental. La identificación de esta multiplicidad de factores trae aparejado el reconocimiento de la necesidad de actuar como sociedad sobre aquello que se puede evitar. En este sentido, las políticas nacionales, la protección social y los apoyos de la comunidad comienzan a adquirir un rol fundamental.

iii. Políticas públicas de salud mental

Ante los crecientes problemas de salud mental en el mundo, la OMS ha incitado en las últimas décadas a los distintos países a que elaboren y refuerzen sus políticas públicas, con el fin de revertir la situación. En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. Allí, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de objetivos mundiales, con un particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos (OMS, 2013). Actualmente, los esfuerzos están enfocados, desde una perspectiva de derechos humanos, a ofrecer prácticas alternativas al manicomio.

El plan está centrado en cuatro objetivos principales orientados a: (1) reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo que concierne a salud mental; (2) proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades; (3) poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; (4) fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (OMS, 2013).

FIG. 2.2.1 Compliance of mental health legislation with human rights instruments (2014 and 2017)

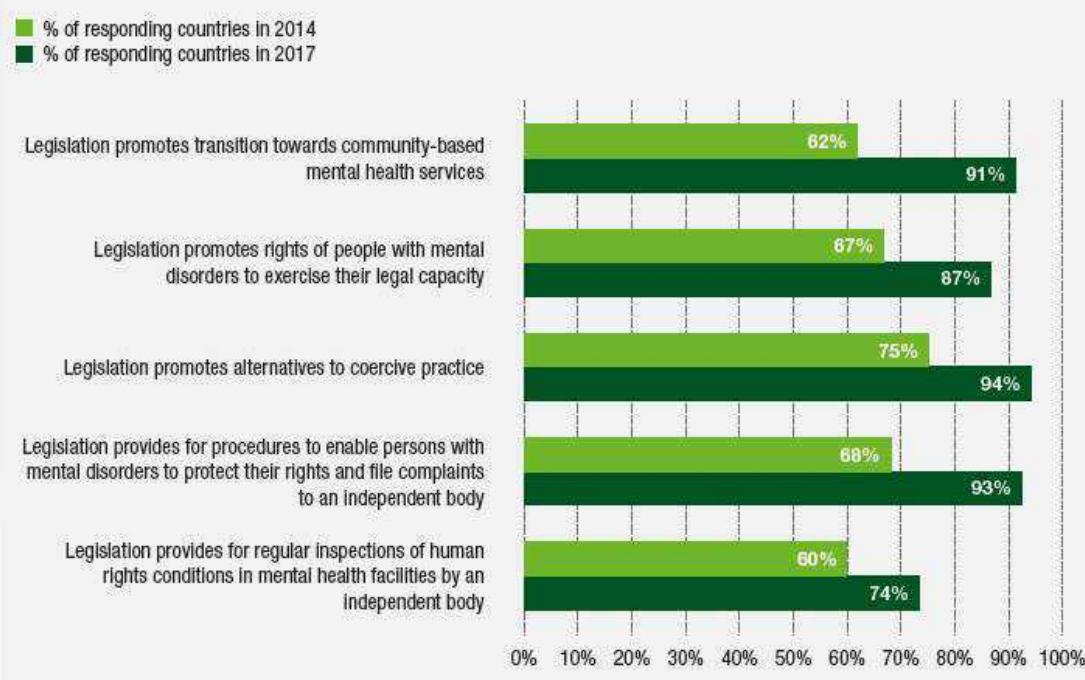
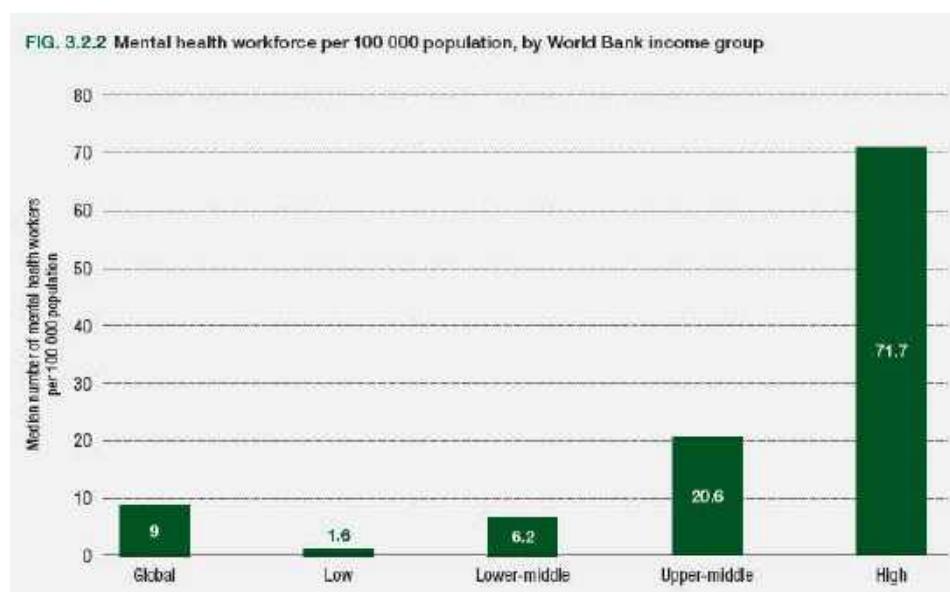


Gráfico 3. Cumplimiento de las legislaciones de salud mental con instrumentos de derechos humanos. OMS (2017).

En 2017, el 79% de los Estados Miembros de la OMS declaró que disponía de una política o un plan de salud mental específico y el 63% había promulgado una legislación independiente en la materia. Si se observa el Gráfico 3, se puede notar un avance de las leyes en distintos parámetros vinculados con los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.

No obstante, como la OMS misma reconoce, los sistemas todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga generada por los trastornos mentales, ya que la aplicación efectiva de las políticas es escasa. Esto trae como consecuencia una divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación: la llamada “brecha de asistencia”. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50% (OMS, 2017).

El problema se agrava por la escasa calidad de la atención que reciben los casos que sí son tratados. En cuanto a recursos humanos (Gráfico 4), el promedio de trabajadores en salud mental es de 9 por cada 100.000 habitantes, si bien se observan diferencias muy marcadas entre los países de ingresos bajos (donde hay menos de 1 trabajador por cada 100.000 habitantes) y los de ingresos altos (donde son más de 70). En este sentido, es preciso aclarar que a pesar de que Uruguay se encuentra dentro de la categoría de países de ingresos altos, no necesariamente es quien eleva el número, ya que la mayor parte de los datos en esta categoría figuran como incompletos en la base de la OMS (el dato más reciente que se muestra en el sitio es la cantidad de psiquiatras en 2014, que corresponde a 16.91 cada 100.000 habitantes).



*Gráfico 4. Trabajadores de salud mental cada 100.000 habitantes.
Banco Mundial (2017)*

En lo que refiere a los recursos económicos destinados a la salud mental, el panorama tampoco es alentador. En el Gráfico 5 se puede encontrar, una vez más, una gran diferencia entre los países de ingresos bajos y medianos y los países de ingresos altos (el gasto público en los primeros es de menos de US\$ 2 por habitante, mientras que en los segundos es de US\$ 80,24).

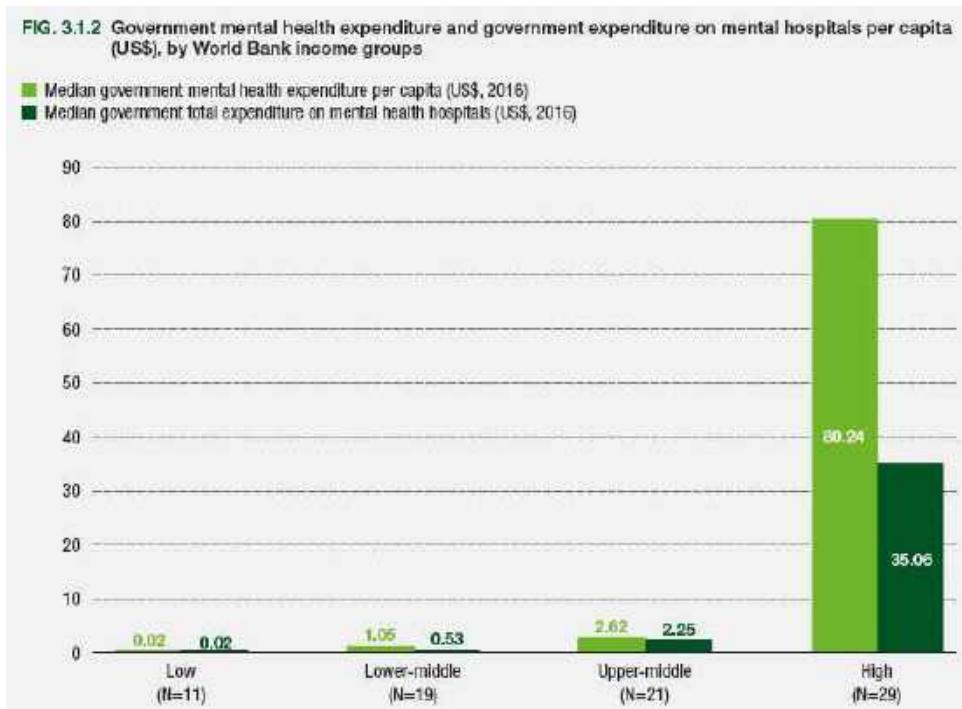


Gráfico 5. Inversión estatal per cápita en salud mental y en hospitales mentales. Banco Mundial (2017).

Es preciso señalar que algunos de los objetivos planteados en el Plan de Salud Mental 2013-2020 de la OMS ya se han superado o están muy cerca de hacerlo, como el que plantea que el 80% de los países deberían haber elaborado o actualizado sus políticas/planes de salud mental en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos (en 2017 se llegó al 79%). Lo mismo sucede con el que establece que para 2020 el 50% de los países deberá contar con legislaciones específicas o haberlas actualizado (en 2017 ya se alcanzó el 63%). Sin embargo, el problema de la brecha entre necesidad de tratamiento y asistencia aparece como uno de los mayores desafíos para atender en los próximos años (OMS, 2017).

1.3 Salud Mental en Uruguay

i. Estadísticas locales

En Uruguay existen muy pocas cifras sobre la cantidad de personas que sufren trastornos mentales. La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) ha tomado como referencia el número que se maneja a nivel mundial: 1 de cada 4 personas padecerá algún trastorno a lo largo de su vida (“1 de cada 4 uruguayos padece algún trastorno mental”, 2016). Luego, se pueden encontrar datos sobre ciertos trastornos específicos, aunque también son escasos. Por ejemplo, es posible saber que existen en el país alrededor de 600 mil personas que sufren depresión, aunque el 80% de ellas desconoce que padece esta enfermedad. Asimismo, según Sandra Romano, directora de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, la depresión y los desórdenes de ansiedad son los trastornos más frecuentes en el país (Supervielle, 2017).

Pero en lo que sí existen cifras más exactas es sobre el suicidio. Uruguay hoy se encuentra entre uno de los países con las tasas de autoeliminación más elevadas del continente, con una tasa de 18.4 cada 100.000 habitantes (Gráfico 6). Delante solo se encuentra Surinam (22.8) y Guyana (29.2). De hecho, a comienzos de este año, El Observador tituló “Uruguay, un ‘punto rojo’ en el mapa de la salud mental” (Bello, 2018), en referencia al mapa elaborado por la OMS en 2016, en el que el país figura también mundialmente dentro de la categoría de las tasas más altas³.

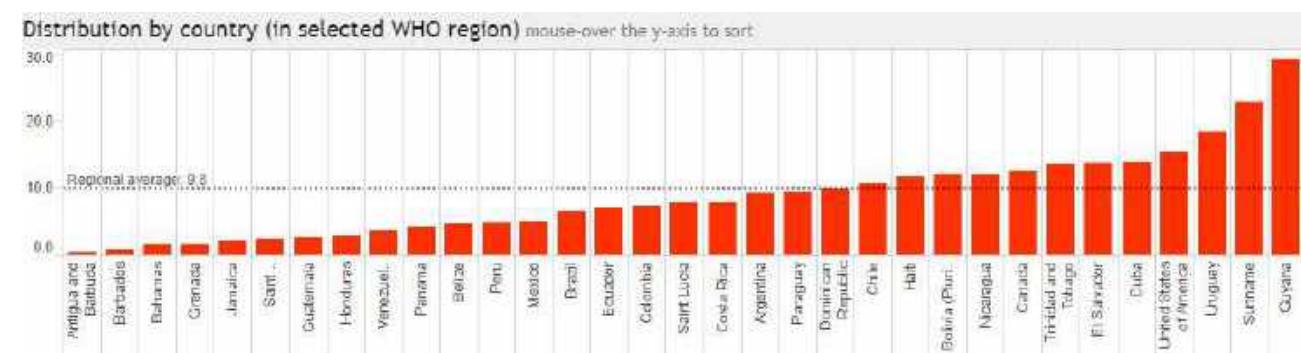


Gráfico 6. Distribución por país de la tasa de suicidios. OMS (2016).

Actualmente, en Uruguay muere más gente por suicidios que por accidentes de tránsito (709 contra 435 en 2016). El récord histórico de suicidios a nivel nacional correspondía a la crisis del 2002, donde se produjeron 690 auto-eliminaciones. En 2010 ese pico se superó, con un total de 709 casos, según datos de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MSP). Aunque en 2017 se registraron menos casos (686) la tendencia en los últimos años ha oscilado entre la estabilidad y el aumento.

³ Ver mapa en p. 17.

Particularmente, la situación preocupa desde al año 2013, cuando comenzó una tendencia ascendente en la tasa de suicidios (Gráfico 7), que marcó ese año una tasa de 16.13 cada 100.000 habitantes y llegó a 20.37 en 2016 (Sartori y Prato, 2018). En 2017 la tasa descendió a 19.54. No obstante, para el ex director del Programa de Salud Mental del MSP la disminución “no es estadísticamente significativa”, y se espera que la tendencia se mantenga en los próximos años (“Registran una leve caída en la cantidad de suicidios en el último año”, 2018).

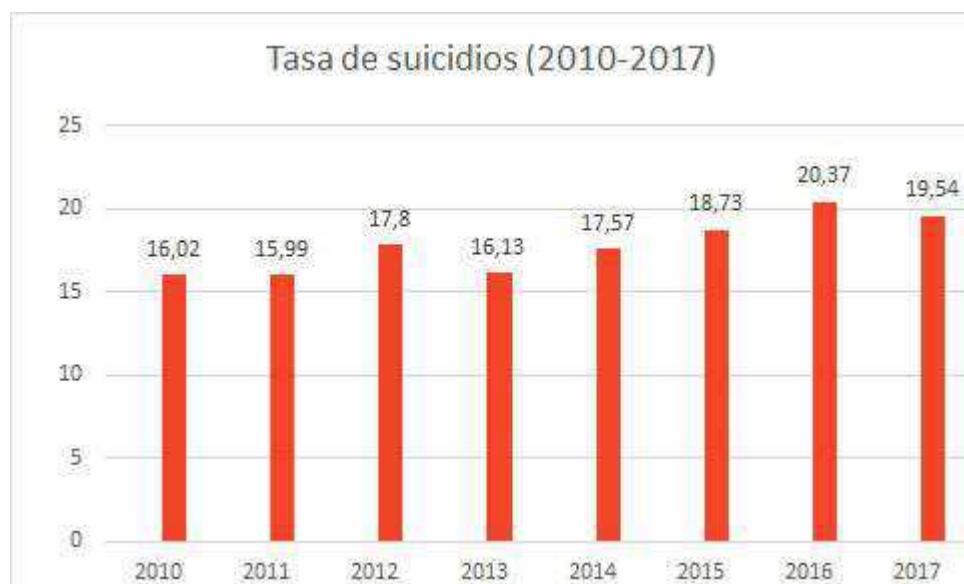


Gráfico 7. Tasa de suicidios en Uruguay (2010-2017). Instituto Nacional de Estadística (INE). (2017).

En lo que refiere a la tendencia por sexo, Uruguay sigue la tónica mundial, ya que la mayoría de los suicidios son cometidos por hombres (80, 61% contra 19,39% por mujeres en 2016).

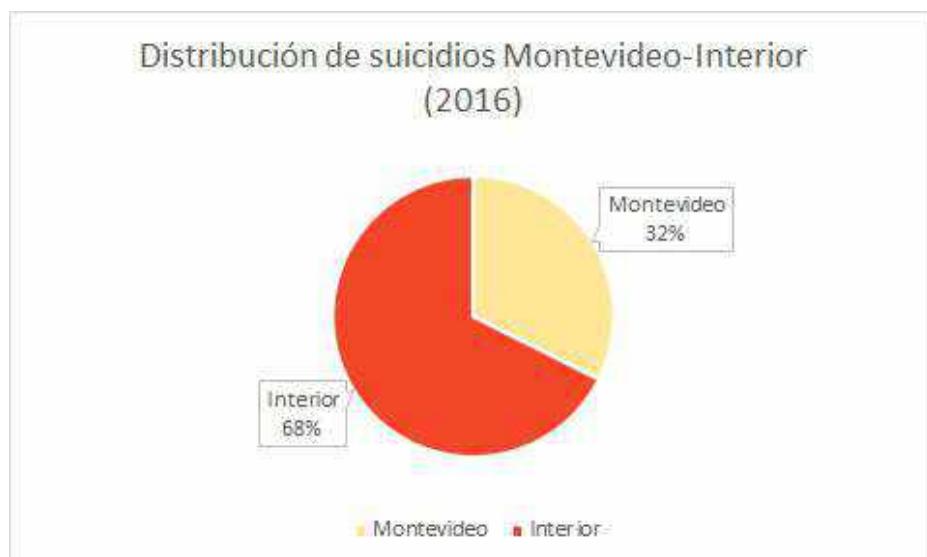


Gráfico 8. Distribución de suicidios Montevideo-Interior. Ministerio de Salud Pública (MSP). Área de Salud Mental. (2016).

En cuanto a los departamentos en los que suceden, aunque diferenciados por departamento Montevideo es el que ocupa el primer lugar (debido a que es donde se concentra la mayor cantidad de la población), en suma, se registra un número mayor en el interior del país que en la capital (Gráfico 8). Diferenciados por departamento, los primeros puestos en 2016 fueron para Montevideo (216), Canelones (119) y Maldonado (49).

Si se mira la distinción por edades, en los últimos años se destacan dos principales grupos de riesgo: la franja de jóvenes de entre 15 y 24 años y los adultos mayores a 65 años. En el caso de la adolescencia, en el último año ha comenzado a preocupar ha comenzado en especial en rango de entre 15 y 19 años. En 2017, la mortalidad por suicidio se ubicó en 15,96, mientras que en 2016 estuvo en 12,37. Las cifras muestran que los suicidios se mantienen estables hasta los 14 años y parece haber una tendencia en aumento a partir de esa edad hasta los 19 años en el último tiempo, según el ex referente del Programa de Salud Mental, Ariel Montalbán (“Suicidios: creció cifra en menores de 19”, 2018). En este sentido, han comenzado a realizarse en este año actividades desde el MSP para dar visibilidad a los problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes.

En un contexto como este, el objetivo planteado por la OMS, que propone para 2020 un descenso en los suicidios del 10%, resulta “desafiante” para Montalbán, porque en todos lados “no solo no baja, sino que sube” (“Suicidios: creció cifra en menores de 19”, 2018).

ii. Actores clave

A continuación, se darán a conocer los principales actores relacionados con el tema de salud mental en Uruguay (tanto organismos estatales, como organizaciones que hoy tienen un fuerte peso en cuanto a su trabajo por la salud mental). Los actores serán presentados por orden alfabético.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)⁴

ASSE es el prestador estatal de salud pública en Uruguay. Creado en 2007 (Ley N° 18.161) como servicio descentralizado, tiene dentro de sus objetivos el brindar los servicios de salud establecidos por la Ley N° 9.202, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública. Con su creación, el MSP deja de tener competencia directa sobre los centros de salud del país: el ministerio establece las políticas, ASSE las implementa. Actualmente presidida por el Dr. Marcos Carámbula, se relaciona con el Poder Ejecutivo a través del MSP.

Dentro de ASSE se encuentra el área de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, dirigida por el doctor Héctor Suárez. Esta dirección tiene bajo su dependencia la gestión administrativa y técnica del Hospital Vilardebó, único hospital psiquiátrico del Uruguay, de referencia nacional para pacientes portadores de patologías severas y persistentes. Inaugurado en 1880, corresponde a un modelo de institución asilar, popularmente se denominado como manicomio, que se dirige en un sentido opuesto al modelo que promueve la nueva ley. Es por esto que se prevé su cierre para el año 2025, como se verá más adelante. Además del Hospital Vilardebó, ASSE se encarga de administrar el Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CEREMOS), que es el nuevo nombre que se dio a las antes llamadas Colonias Psiquiátricas (Etchepare y Santín Carlos Rossi). La nueva ley también supone el cierre de estas estructuras.

También, ASSE tiene bajo su dirección el Sistema de Atención Integral de Personas Privadas de Libertad (SAI-PPL) y el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas Portal Amarillo. Además, se encarga de la dirección técnica de los 47 Equipos de Salud Mental con los que hoy cuenta, distribuidos por todo el país y gestiona la llamada Línea de Vida, servicio telefónico que busca prevenir los casos de suicidio, un problema que, como ya se vio, va en ascenso en el país. La línea es gratuita para todo el Uruguay, funciona todos los días de la semana sin excepción y es atendida por personal con formación en psicología y enfermería.

⁴ Información recuperada del sitio web de ASSE: <http://www.asse.com.uy>

Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP)⁵

La Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP) fue creada por ley en el año 1948, con la finalidad de proteger a las personas con trastornos mentales durante todas las etapas de su asistencia (hospitalaria y extra-hospitalaria), promover su integración a la sociedad, procurarles alojamiento y alimentación, si no los tienen, y apoyar a sus familias. La CHPP administra el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial Martínez Visca, que cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y talleristas. El centro trabaja en la inclusión laboral y, actualmente, 43 personas trabajan a través de estrategias de inclusión desarrolladas y acompañadas desde la institución.

De acuerdo con lo establecido por ley, la Comisión es integrada por el director del Programa de Salud Mental del MSP (actualmente el Dr. Ariel Montalbán), los directores del Hospital Psiquiátrico y de CEREMOS, el profesor de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, un representante de la Sociedad de Psiquiatría y tres representantes de la comunidad, uno de los cuales deberá ser abogado y otro contador. La tercera representante por la comunidad es Maris Pérez, miembro de la Federación Caminantes, que participa como representante de los familiares de usuarios de los servicios de salud mental.

La CHPP participó activamente en la lucha por la promulgación de la nueva ley de salud mental y fue la encargada de financiar las campañas de 2016 y 2017 de Salud Mental Sin Prejuicios, primera iniciativa local de una campaña contra el estigma en salud mental. En octubre de 2018 se lanzará una nueva campaña, enmarcada en el mismo concepto que los años anteriores, pero esta vez enfocada en la salud mental en la infancia y la adolescencia⁶.

Federación Caminantes⁷

La Federación de Organizaciones de Familiares Por la Salud Mental, Caminantes, es una asociación civil sin fines de lucro con sede en Montevideo, que trabaja desde el año 2005. Funciona como grupo de apoyo entre asociaciones de todo el país para defender los derechos de las personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP), promoviendo la integración y rehabilitación de las personas para lograr su autonomía, su re-inscripción social y laboral. En sus fines está promover, fomentar y buscar soluciones de vivienda y calidad de vida dignas, entre otros objetivos.

⁵ Información recuperada del sitio web del Centro Martínez Visca: <http://centromartinezvisca.org.uy> ⁶ Información obtenida de reunión de la CHPP, 25 de julio de 2018.

Caminantes ha sido uno de los miembros más activos en la lucha por la aprobación de la nueva ley de Salud Mental y actualmente trabaja para conseguir mayor presupuesto para la implementación de la ley. Además, colabora desde 2016 con la CHPP en la elaboración de las campañas de la iniciativa Salud Mental Sin Prejuicios.

Ministerio de Salud Pública (MSP)⁶

El Ministerio de Salud Pública es la institución del Poder Ejecutivo que se encarga de establecer las políticas y las estrategias en materia de salud pública en Uruguay. La dirección de este ministerio es encabezada por el ministro de Salud Pública (actualmente Jorge Basso). El MSP es el responsable de que se implemente el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que tiene como cometido asegurar el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país, a través de la articulación de los prestadores tanto públicos como privados.

Dentro de la institución se encuentra el Área Programática de Salud Mental, integrada por un grupo asesor técnico de psicólogos y psiquiatras, que se encarga de coordinar el Plan Nacional de Salud Mental (elaborado de 1986), así como el plan de prestaciones del área y el Plan Nacional de Prevención del Suicidio. La visibilidad en el escenario público de esta subdivisión del MSP se ha acrecentado con la reciente aprobación de la nueva Ley de Salud Mental. A raíz de esto, la intención actual del ministerio es convertir el área en Departamento de Salud Mental, aumentando su relevancia dentro de la institución.

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU)⁷

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) es la asociación de los médicos psiquiatras del país. Sus fines son desarrollar los análisis científicos de los aspectos teóricos y prácticos de la Psiquiatría (clínicos, psicopatológicos, docentes y formativos y asistenciales), además de contribuir a elaborar conclusiones con repercusiones en los campos asistencial, docente y forense. Este conjunto de actividades se canaliza a través de congresos, sesiones científicas y publicaciones.

La SPU, dirigida por el doctor Rafael Sibils, fue otro miembro activo en la discusión para la promulgación de la nueva ley de salud mental y también participó en la elaboración de las campañas de Salud Mental Sin Prejuicios.

⁶ Información recuperada del sitio del MSP: <http://www.msp.gub.uy/>

⁷ Información recuperada del sitio web de SPU: spu.org.uy

Radio Vilardevoz⁸

Radio Vilardevoz es una emisora radial uruguaya fundada en un proyecto autogestionado de intervención social-comunitaria, cuya sede física se encuentra en el hospital psiquiátrico Vilardebó y cuyos protagonistas son los pacientes del hospital. El proyecto, que surgió como iniciativa de un grupo de estudiantes de la Facultad de Psicología en 1997, se desarrolla sobre tres ejes fundamentales: la salud mental, el desarrollo comunicacional y la participación. Cuenta con talleres de escritura, digitalización y producción radial y un día de transmisión en vivo, abierta al público.

Once coordinadores (dos operadores de radio y nueve psicólogos) se encargan de las actividades realizadas. Algunas veces al año, la radio sale del Hospital Vilardebó y se instala en algún punto de la ciudad para realizar intervenciones urbanas. Según su co-fundadora, la psicóloga Cecilia Baroni, el objetivo principal del proyecto es “cambiar ese concepto de la locura como algo que es peligroso” y, a su vez, “dar voz a aquellos que por mucho tiempo fueron hablados por otros” (Baroni, C., entrevista personal, 20 de marzo de 2018).

A través de las emisiones radiales, dirigidas por Baroni, Vilardevoz se ha convertido en un actor activo en la lucha por una realidad más digna para las personas con enfermedades mentales. En 2015, en el marco del proceso de elaboración de la nueva ley de salud mental, Vilardevoz llevó a cabo la campaña Del Manicomio al Parlamento, difundida en formato audiovisual. El spot estuvo inspirado en un documento que entregaron los integrantes de la radio en agosto de 2015, con motivos para la aprobación de la ley. Allí, se muestra a distintos pacientes del Hospital Vilardebó, acompañados por una canción creada como regalo por Diego Rossberg, vocalista del grupo uruguayo Cuatro Pesos de Propina.

⁸ Información recuperada del sitio web de Vilardevoz: <http://www.vilardevoz.org/>

iii. El gran cambio: Ley 19.529 de Salud Mental

En este punto es donde radica el hecho de que nace este proyecto de investigación: la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental uruguaya en 2017. Para comprender el impacto social que esto supone, resulta necesario comprender el contexto previo a este cambio. Hasta el 24 de agosto de 2017, la salud mental en Uruguay era regulada por la Ley N° 9.581, llamada Ley del Psicópata y promulgada en el año 1936. Esta normativa se basaba principalmente en la hospitalización de las personas con enfermedades mentales en instituciones psiquiátricas. Esta perspectiva de salud mental respondía a un contexto en el que “la locura era puesta lejos” (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

La información para elaborar este capítulo se obtuvo, principalmente, de entrevistas realizadas a expertos en el tema. Por un lado, se entrevistó a Horacio Porciúncula, asesor del Área Programática de Salud Mental del MSP, ex director del Área de Salud Mental de ASSE y, anteriormente, del Hospital Vilardebó. Además, se utilizó información de las entrevistas realizadas a Ricardo Acuña (director de la CHPP) y Cecilia Baroni (coordinadora de Radio Vilardevoz).

Situación previa a la ley

La historia de la salud mental podría comenzar a contarse alrededor del año 1840, cuando el único hospital que existía era el Hospital Maciel, que en aquel momento se llamaba Hospital de Caridad. En cierto momento, se decidió realizar el proceso de trasladar a las personas con alteraciones mentales y llevarlas lejos de la ciudad, lo que marcaría el modo en el que esta es concebida hasta el día de hoy en día en el país. En el año 1880 fue inaugurado el Hospital Vilardebó, que en ese entonces se encontraba muy alejado de la ciudad, ya que esta terminaba en la puerta de la Ciudadela (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

Luego, en 1912, se inauguraron las Colonias Psiquiátricas, que recibieron ese nombre a partir de una lógica que buscaba “colonizar” una zona separada de la ciudad para que allí fueran trasladadas las personas con enfermedades mentales. Ubicadas en el límite entre los departamentos de San José y Canelones, con el río Santa Lucía de por medio, se buscaba separar aún más a las personas con enfermedades mentales del resto de la sociedad.

Tuvieron que pasar muchos años para que se generaran políticas que planteasen un cambio de perspectiva en cuanto al modo de tratar la salud mental. Es recién en el año 1985, con el fin de la dictadura militar en Uruguay, cuando se elabora un Plan Nacional de Salud Mental que comienza a reemplazar el enfoque de hospitalización y aislamiento por una mirada más integral y humana de los individuos con patologías

mentales. Sin embargo, en los primeros 10 años desde la elaboración de este plan, como comenta Porciúncula, no se produjo prácticamente ninguna acción.

Pero en el año 1999, una serie de muertes en el Hospital Psiquiátrico Musto, ubicado en las afueras del barrio Colón, llevó a una interpelación por parte de Mental Disability Rights International, una comisión de Derechos Humanos con sede en Estado Unidos⁹. Esto llevó a la decisión de cerrar el Hospital Musto y crear, con los ahorros que se generaron, una atención que estuviese centrada en un enfoque más comunitario. Entonces, fueron creados los equipos descentralizados de salud mental dentro de ASSE, que hoy son 47 en todo el país).

Sin embargo, según el director de la CHPP, Ricardo Acuña, luego de la creación de estos equipos no se realizaron más acciones para aplicar el plan; el impulso que habían tomado las instituciones en aquel momento no continuó (Acuña, R., entrevista personal, 25 de agosto de 2018). Fue en 2015, cuando se produjo un otro suceso que llegó nuevamente a oídos de la opinión pública, que los actores percibieron una nueva alerta en cuanto a los problemas en el modelo de asistencia, que no podían ignorar. El 26 de marzo de 2015 se dio a conocer la noticia de la muerte de un paciente que fue atacado por perros en la Colonia Etchepare, ubicada en San José. A partir de esta muerte, a su vez, los funcionarios del hospital psiquiátrico declararon la existencia de más de 100 perros salvajes en el lugar, donde cada día al menos un paciente era atacado (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

Este hecho generó un estado de alarma para los actores vinculados con la salud mental que, unida a los reclamos que ya se venían realizando en los últimos años por parte de ciertas organizaciones, convergieron en lo que luego se convirtió en el movimiento para la aprobación del proyecto de la ley de Salud Mental. Finalmente, en agosto de 2017 se logró la promulgación de la nueva Ley N° 19.529¹² que, como ya se anticipó, introduce grandes cambios en el modo en el que la salud mental deberá ser concebida de ahora en adelante en el país.

Principales cambios: desinstitucionalización, interdisciplinariedad y una mirada humana

La nueva ley presenta una perspectiva que, en lugar de estar centrada en la hospitalización y el aislamiento, apunta a concebir a los individuos “de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular” (Art. 3, lit. A), con la dignidad humana y los principios de derechos humanos como marco de referencia primordial. De acuerdo con esta mirada, la ley plantea varios puntos que implican una reestructuración profunda en el modelo de asistencia en salud mental.

⁹ *Derechos humanos y salud mental en el Uruguay*. Mental Disability Rights International. Washington, D.C. jun 1995. ¹² Ver en ANEXOS, p. 90.

El primer concepto clave es el de desinstitucionalización, es decir, la creación de alternativas que no impliquen la hospitalización basada en aislamiento. En la ley, la internación es considerada “un recurso terapéutico de carácter restringido, que deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizable en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible” (Art. 24). Es decir, el hospital es presentado como la última opción. Y es aquí donde aparece el cambio más trascendente para esta investigación: cuando se habla de hospitalización, la ley no se refiere a las instituciones de tipo asilar que existen hoy en el país.

Según lo que apunta el Artículo 38, para el año 2025 se prevé el cierre del Hospital Vilardebó y las actuales Colonias Psiquiátricas (CEREMOS), al tiempo que prohíbe la creación de nuevas estructuras de este tipo. ¿Dónde serán internadas, entonces, estas personas? En dispositivos alternativos, correspondientes al nivel de gravedad de su enfermedad; unidades de salud mental dentro de los hospitales generales, Casas de Medio Camino y Hospitales de Día.

Las Casas de Medio Camino son dispositivos asistenciales de mediana estadía (3 meses a 2 años) para personas con trastornos mentales graves que fueron hospitalizadas por cuadros agudos o descompensaciones de cuadros crónicos, y que, pasado el período de tratamiento hospitalario intensivo, mantienen limitaciones para la vida autónoma, la reintegración a la vida familiar o a viviendas sociales (ASSE, 2016). Se trata de estructuras que cuentan con todos los espacios comunes a una vivienda familiar, con Cuidadores y un equipo multidisciplinario, conformado por Auxiliares de Enfermería, Personal de Vigilancia y Limpieza, Asistente Social y Médico Psiquiatra, entre otros. Serían “el medio camino entre el hospital y la casa” (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018). Hoy en día ya existen en el país este tipo de dispositivos. ASSE tiene 4; 2 en Montevideo y 2 en el interior (San Carlos y Tacuarembó). Además, existe una casa privada, Benito Menni, y dos hogares protegidos por la CHPP.

Por otra parte, los Hospitales de Día corresponden a un concepto bastante nuevo en Uruguay, explica Porciúncula. Se trata de personas que no están preparadas aún para ser dadas de alta, pero tampoco para estar internadas durante todo el día y permanecen el resto de la jornada en sus casas. En el mes de agosto de este año fue inaugurado en el Hospital de San Carlos una nueva Unidad de Salud Mental que cuenta con un hospital de estas características (ASSE, 2018).

El otro concepto importante de la ley, además del de desinstitucionalización, es el de intersectorialidad o interdisciplinariedad. La ley apunta a un abordaje que no se restrinja al área de la medicina, sino que incorpore otros aspectos que van de la mano de la mirada integral de los individuos, como son el trabajo, la vivienda y la educación. Así, la ley incluye, por ejemplo, la implementación de medidas de capacitación e inserción laboral. Esto resulta sumamente relevante en un contexto en el que existe

una gran discriminación en el ámbito laboral de las personas que han sufrido alguna enfermedad mental. En 2017, El Observador publicó un artículo en el que se indica que entre 2010 y 2015 solo ocho personas con trastornos mentales consiguieron un trabajo estatal, lo que coloca a este grupo como el más discriminado dentro de las personas con discapacidad (Bello, 2017b).

Por otra parte, la ley también hace hincapié en el acceso a la vivienda, con programas que apuntan a una amplia gama de modalidades residenciales (Art. 13). Según explica Porciúncula, el 50% de las personas que hoy se encuentran internadas en el Hospital Vilardebó (aproximadamente 330 pacientes), no están allí por cuestiones de agudeza de su enfermedad, sino por otros factores, que incluyen, entre otros, el problema de acceso a una vivienda digna (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

Asimismo, la ley promueve la inclusión educativa y cultural y protege el derecho a la educación, en particular en el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales. Este abordaje desde la interdisciplinariedad implica, desde luego, la incorporación de nuevos y variados actores en el tema. Según especifica el Artículo 11:

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización (Ley N° 19.529, Art. 14).

Desafíos para la aplicación

Desde el momento en que el proyecto de ley comenzó a discutirse, una interrogante empezó a aparecer poco a poco: ¿están los uruguayos preparados para estos nuevos cambios? Dentro de la discusión, fuentes de ASSE plantearon que sería necesario “un cambio cultural para poder incluir a las personas con enfermedades mentales en las actividades de todos los días” (Bello, 2017).

Resulta que, efectivamente, este cambio abismal en el modelo de asistencia que plantea la ley supone un enorme desafío, tanto para quienes integran los equipos de salud como para la sociedad en general. Por un lado, aparecen los prejuicios de los propios trabajadores de la salud. Según el asesor del Programa de Salud Mental, suele suceder que cuando se plantea la incorporación de una unidad psiquiátrica en hospitales generales, muchos profesionales ofrecen resistencia, ya que asocian a “los locos” con personas que sucias, peligrosas y que “no hacen caso”. Por otra parte,

surge el problema de los prejuicios en la sociedad en general: “Si al lado de tu casa ponen una casa que va a poner pacientes psiquiátricos, yo te quiero ver cuán fácil te resulta” (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018). Es aquí donde queda en evidencia la existencia de un problema que debe ser atacado desde la comunicación.

Además del evidente desafío desde el punto de vista social, otra de las dificultades que hoy se plantean con respecto a esta ley gira en torno al presupuesto, ya que, a pesar de ser votada por unanimidad, no había sido incluida en la Rendición de Cuentas. En julio de este año la Federación Caminantes asistió a una de las subcomisiones de Presupuesto para solicitar dos partidas de 100 millones de pesos –una para 2019 y otra para 2020– para implementar parte del plan piloto del área de Salud Mental de ASSE, fundamentalmente para contratar médicos y psicólogos, y para crear seis estructuras alternativas a los asilos.

Mientras tanto, a pesar del cambio de paradigma que plantea la ley, las estructuras asilares siguen sumando nuevos recursos. En junio de este año ASSE invirtió en las colonias psiquiátricas un total de 500.000 dólares en nuevas instalaciones, además de recibir una donación de la Embajada de Estados Unidos de 3.200.000 dólares (“Sin recursos en esta Rendición de Cuentas”, 2018). De la mano del presupuesto, el otro gran problema planteado es el de la demora en la reglamentación de la ley, es decir, las medidas específicas para que pueda ser puesta en práctica.

Sin embargo, en el mes de agosto la situación parece haber comenzado a cambiar, ya que se lanzó un plan piloto de implementación de la ley en el departamento de Maldonado. El 21 de agosto el hospital de San Carlos inauguró su nueva unidad de salud mental. Las obras incluyeron los consultorios, la sala de internación y el hospital de día, estructurados bajo los nuevos paradigmas de atención a los pacientes, con una inversión de 36 millones de pesos. A su vez, el Frente Amplio resolvió una reasignación de 350 millones de pesos en el proyecto de Rendición de Cuentas, en el que se destinan 50 millones para el cumplimiento de este plan piloto, que hasta el momento estaba desfinanciado (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018).

En cuanto al plan establecido para 2025, a pesar de que existen quienes dudan de que se pueda concretar, todos los entrevistados coinciden en que, si existe voluntad política, esto será posible. Cecilia Baroni señala que este cambio representa una gran oportunidad para Uruguay que, al igual que fue pionero en Latinoamérica en la legalización de la marihuana, podría convertirse en el primero sin manicomios (Baroni, C., entrevista personal, 20 de marzo de 2018). En esta línea, los próximos 9, 10 y 11 de octubre se realizará en Montevideo el II Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental, organizado por la Red Latinoamericana de DDHH y Salud Mental, que propone como meta una “Latinoamérica sin manicomios”.

1.4 Conclusiones

A pesar de que en la definición de la OMS la salud mental figura como un elemento esencial para el bienestar de las personas, se puede ver que, históricamente, ha sido relegada a un lugar marginal, tanto en el campo de la salud como dentro de la sociedad. Se pudo ver que esto se debe, en gran medida, a que desde los inicios la enfermedad mental fue entendida como un problema estrictamente individual y, por tanto, con el que cada individuo debía cargar solo. Más tarde, con el reconocimiento de los factores sociales como determinantes de la salud mental se puede ver cómo, paulatinamente, se comenzó a reconocer la responsabilidad colectiva en el tema.

Sin dudas, las estadísticas hoy son un elemento central para que la salud mental haya cobrado trascendencia en la agenda pública y política de los Estados. En este punto, debe destacarse la alarma encendida por el problema del suicidio, que hoy constituye una de las primeras causas a nivel mundial. Si esta realidad se toma junto con aquella que coloca a la depresión y otros trastornos mentales como algunos de los principales factores que propician el suicidio, se puede ver la necesidad imperiosa de reforzar las políticas de prevención (pero no solo del suicidio, sino de las patologías mentales el sí), para atacar el problema en su génesis, antes de que llegue al borde de un desenlace fatal. En este sentido, se debe apuntar el caso concreto de la adolescencia, etapa en la que el problema va en aumento y que, al mismo tiempo, es donde la mayoría de los trastornos mentales tienen origen. Por lo tanto, a la hora de considerar la prevención, resultará primordial tener en cuenta mecanismos que puedan aplicarse desde las instituciones educativas.

Pero a pesar de que actualmente se ha tomado conciencia a nivel político de la relevancia de este problema (lo que se ve reflejado en el avance a nivel global en las legislaciones de salud mental) se puede ver que la brecha entre necesidad de tratamiento y asistencia continúa sin resolverse de un modo eficiente. Es decir, se promulgan avances, pero se produce una falla a la hora de implementar estas políticas, que luego parecen no reflejarse lo suficiente en acciones concretas que induzcan al cambio. Sin embargo, un punto a destacar a nivel mundial es la tendencia a una perspectiva basada en derechos humanos y en técnicas alternativas a la hospitalización.

Ante este escenario mundial, Uruguay aparece como un país que ha sido introducido bruscamente en un gran cambio de paradigma. Basta con recordar que tan solo un año atrás la ley que regía la salud mental en el país databa de 1936 y era llamada Ley del Psicópata. Asimismo, se puede ver cómo el hecho de que este modelo haya perdurado por tantos años ha dejado huellas en la concepción actual de la salud mental, que inconscientemente continúa con una perspectiva de “la locura lejos”, que convierte a este cambio de paradigma en un gran desafío desde una perspectiva social. Esto transforma en fundamental el rol de la comunicación como herramienta

para lograr acortar esa distancia y, así, favorecer a que el cambio sea menos abrupto y mejor recibido.

Al mismo tiempo, es importante destacar cómo, en el caso de Uruguay, fue necesario algo más que las estadísticas para que el tema de la salud mental se activara en la agenda pública. Resulta curioso ver cómo tanto en 1999 como, más tarde, en 2015 fue necesario que se produjeran muertes de pacientes para notar el deterioro de un modelo psiquiátrico que era imprescindible cambiar. En este sentido, es importante destacar el rol de los medios de comunicación para dar a conocer la magnitud del problema, ya que, a raíz de estos casos puntuales, se despertó a una realidad que debió ser atendida hace muchos años, pero que fue dejada de lado.

A su vez, debe destacarse que el cambio de paradigma en salud mental es una realidad que ya se ha puesto en marcha. Con la implementación del plan piloto en Maldonado se puede ver un primer paso en una reglamentación que, hace unos meses, parecía que no se iba a llevar a cabo. Hoy, finalmente, está sucediendo. Es por eso que la necesidad de lograr una comunicación efectiva, que transmita los mensajes adecuados en cuanto a forma y contenido para mostrar a la población uruguaya que la salud mental no está lejos, sino cerca, se convierte en una necesidad impostergable.

Del mismo modo, las proyecciones para 2025 sobre el cierre del Hospital Vilardebó y las Colonias Psiquiátricas, que en un principio se plantea como utópico, sería una gran oportunidad para consagrarse el avance de Uruguay en el tema. Como dice Cecilia Baroni, al igual que Uruguay ha sido un país de avanzada con respecto a otros temas, como la legalización de la marihuana, ¿por qué no pasar una vez más a la historia por ser el primer país de América Latina sin manicomios? Una realidad que daría una buena imagen del país a nivel internaciones, pero que también representaría para los uruguayos un símbolo tangible de que es necesario cambiar esa imagen inconsciente de la locura como algo ajeno que, dado el contexto, debería haber caducado.

Entonces, ¿se puede decir que Uruguay está realmente preparado para este cambio? Las condiciones del contexto actual parecerían indicar que sí: el hecho de que haya comenzado a implementarse es un buen indicio. Sin embargo, habrá que observar qué sucede de aquí en adelante, para determinar si, en verdad, se trata de una realidad en vías de cambio o si su reglamentación quedará a medio camino, como ha sucedido con otras leyes aprobadas en los últimos años. Por lo tanto, se podría decir que, desde el punto de vista normativo, las circunstancias están dispuestas para favorecer este cambio. Pero para determinar si, efectivamente, Uruguay está preparado, se vuelve necesario conocer más de cerca la visión de la población. Es lo que se verá en los capítulos que siguen.

Capítulo 2. Salud mental y comunicación

Ya con un panorama claro de la situación, tanto a nivel global como local, en esta instancia es posible comenzar a hablar de la salud mental desde el enfoque de la comunicación. A medida que este tema ha comenzado a tomar relevancia pública, ha surgido la necesidad de acompañar ese cambio desde la comunicación. Pero al introducirse en el tema de salud mental desde un punto de vista comunicativo, pronto aparece un gran desafío: el problema del estigma. En este capítulo se darán a conocer las características de este obstáculo en la salud mental, al tiempo que se intentará responder una segunda pregunta clave: ¿qué estilo de comunicación es el más efectivo para atacar el estigma?

2.1 Salud mental en el imaginario colectivo: el problema del estigma

El estigma en la historia

Al hablar de salud mental desde la perspectiva de la comunicación sale a la luz de inmediato una noción que determina el modo en que estas personas son percibidas en la sociedad: el estigma. Este concepto ha sido ampliamente trabajado por el sociólogo canadiense Erving Goffman en su libro *Estigma*, publicado en 1963. Allí, el autor explica que los griegos crearon el término para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. Los signos consistían en cortes o quemaduras en el cuerpo, y advertían que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor (Goffman, 2012: 13).

Más tarde, durante el cristianismo, se agregaron al término dos significados metafóricos: el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina, que tomaban la forma de brotes eruptivos en la piel; el segundo, referencia médica indirecta de esta alusión religiosa, a los signos corporales de perturbación física. En este punto, Goffman apunta que en la actualidad la palabra ha adquirido el sentido de esa segunda acepción, pero hoy con ella se designa al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales (Goffman, 2012: 13).

Antes de llegar al concepto actual del estigma, resulta relevante señalar que, en lo que respecta al caso puntual del enfermo mental, la concepción asociada a la religión fue determinante para configurar el trato que se ha dado a esto individuos a lo largo de los siglos. Como explica Salaverry (2012), los primeros informes en occidente sobre problemas de salud mental son encontrados en la literatura sagrada. En el Libro de Daniel, del Antiguo Testamento, por ejemplo, se relata la locura de Nabucodonosor, castigado por su soberbia con la pérdida de la razón, que es interpretada como vivir y comer con los animales¹⁰. Este relato, según Salaverry, es

¹⁰ (Dan. 4:31-33).

ejemplo de una interpretación generalizada en la antigüedad sobre el origen sobrenatural de la enfermedad mental (144).

Este impacto de la concepción cristiana, que asociaba locura y mal, se puede ver también en *Historia de la locura en la Época Clásica*, del filósofo y psicólogo francés Michel Foucault. Allí, el autor refiere a distintos términos encontrados en textos religiosos del siglo XVII, pertenecientes a varias congregaciones:

“(...) ‘depravado’, ‘imbécil’, ‘pródigo’, ‘impedido’, ‘desequilibrado’, ‘libertino’, ‘hijo ingrato’, ‘padre disipado’, ‘prostituida’, ‘insensato’. Entre todos ellos, ningún indicio de diferencia: el mismo deshonor abstracto. Más tarde nacerá el asombro de que se haya encerrado a enfermos, que se haya confundido a los locos con los criminales (Foucault, 1967: 62).

Así, la locura fue concebida durante siglos en estrecha relación con lo diabólico y lo criminal. Aunque esta concepción hoy resulte lejana, ha tenido una enorme influencia que hasta el día de hoy permanece en la idea de que la locura debe mantenerse lejos. En esta línea, Horacio Porciúncula cuenta que, cuando fue director el Hospital Vilardebó, decía que las rejas que rodean la institución no funcionan para que los que están adentro no se escapen, sino para que los que están afuera no entren. “Los pacientes quedaban encerrados allí y eso les daba una sensación de pseudo-tranquilidad a los de afuera” (Porciúncula, H., entrevista personal, 13 de agosto de 2018). Un ejemplo más de la carga que han generado estas asociaciones realizadas a lo largo de la historia.

El estigma en la actualidad

Para explicar la noción de estigma que corresponde a la actualidad, Goffman (2012) muestra cómo, en el intercambio social rutinario, un individuo trata con “otros” sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Pero cuando ese “otro” presenta un atributo que lo vuelve diferente a los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso), esto lo convierte en alguien menos apetecible, que es categorizado como un extraño; alguien que ya no es visto como una persona total, sino que pasa a ser reducido a un ser menospreciado (14).

A partir de esa idea, Goffman define estigma como “un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de un individuo cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto” (17). Esta breve definición permite identificar con claridad una de las principales características asociadas al estigma, que es la reducción de las personas a la característica que lo origina. Así, en línea con la lógica de Goffman, el individuo que posee una enfermedad mental deja de ser persona para convertirse únicamente en un loco.

Un aspecto esencial a la hora de concebir el rol de la comunicación en relación con el estigma es comprender que este último constituye una construcción social, que se manifiesta en la mayoría de los casos sin que los individuos que lo aplican sean conscientes de ello. Como apunta Seva (2010), la estigmatización es casi siempre inconsciente y está basada en concepciones sociales erróneas, arraigadas en la percepción colectiva. Por ejemplo, se piensa que “una persona con esquizofrenia es violenta e impredecible, y no podrá nunca trabajar o vivir fuera de una institución. Que una persona con depresión es débil de carácter. Que no puede casarse ni tener hijos” (150). El caso en cuanto a la esquizofrenia resulta particularmente curioso, ya que, a pesar de que solo entre un 3% de las personas con esta enfermedad comete actos violentos, este es un rasgo extremadamente asociado a ella (Tuchin, 2017).

El problema del descrédito

Otro concepto esencial para el abordaje del problema del estigma desde la comunicación es el del descrédito. El individuo estigmatizado se convierte en una persona que es desacreditada tanto en sus capacidades como en aquello que tiene para decir. Según Cecilia Baroni, las personas con enfermedades mentales siempre han sido “habladas por otras” (técnicos, familiares, entre otros) por considerar que su discurso no tiene valor (Baroni, C., entrevista personal, 20 de marzo de 2018).

En línea con lo anterior, Hugo Achugar, miembro de la Federación Caminantes, señala: “Estas personas no suelen hacer paros o huelgas. Al parecer, no sólo son invisibles, sino también son silenciados y no escuchados. No son convocados por los parlamentarios; los programas de radio y de opinión no tienen en la agenda sus necesidades ni sus reclamos” (Achugar, 2018). Para Baroni es de suma importancia para combatir el estigma dar espacio a estas personas dentro de los circuitos de comunicación para que su voz deje de ser desacreditada (Baroni, C., entrevista personal, 20 de marzo de 2018).

Una distinción interesante que plantea Goffman es que lo que caracteriza al estigma en salud mental es el hecho de que estos individuos, en principio, no son personas desacreditadas, sino desacreditables. Esto se debe a que su diferencia no se revela de modo inmediato en el contacto social, como podría ocurrir, por ejemplo, con un rasgo de discapacidad física. El problema no consiste, entonces, en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien en manejar la información que se posee acerca de su diferencia. “Exhibirla u ocultarla; expresarla o guardar silencio; revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad; y, en cada caso, ante quién, cómo, dónde y cuándo” (Goffman, 2012: 61).

Esto, a su vez, lleva a una posibilidad que ofrece esta categoría de estigma: el encubrimiento, definido como “el manejo de la información oculta que desacredita al yo” (Goffman, 2012: 62). A modo de ejemplo, se pueden tomar las cifras recogidas

por la organización catalana anti-estigma, Obertament. Según estos datos, un 48,5% de catalanes han ocultado en el trabajo su trastorno para poder evitar un trato discriminatorio; un 51,3% deciden ocultarlo al profesorado y el 53% a los compañeros y compañeras (Obertament, 2016).

Esta característica resulta crucial, ya que conduce a una de las peores consecuencias del estigma, que es el evitar el tratamiento. El individuo que posee un problema de salud mental que a simple vista no es percibido, podrá tender a ocultarlo en lugar de afrontarlo como mecanismo para evitar el estigma. De hecho, el temor a ser discriminados es una de las principales razones que disuaden a estas personas a recurrir a los servicios de salud mental (OMS, 2017).

En este sentido, una realidad que cabe mencionar aquí es la relatada por Belén Sansone (20), expaciente por depresión en dos instituciones psiquiátricas privadas. De una de sus internaciones, cuenta: “Cuando llegué me dijeron: ‘desde ahora todo lo que digas no va a ser tenido en cuenta. Vas a ser una paciente’” (Sansone, B., entrevista personal, 17 de diciembre de 2018). A través de este testimonio se puede ver con claridad el efecto del descrédito, también desde los profesionales de la salud: ser paciente psiquiátrico se convierte en sinónimo de una voz que no va a ser tenida en cuenta.

La familia y el estigma

Un último punto esencial que conviene discutir aquí es la lógica que adquiere el estigma en el ámbito familiar. Como sugiere Seva (2010), en las sociedades occidentales el estigma lleva a la discriminación negativa de la persona que padece la enfermedad y, además, la discriminación no termina aquí, sino que afecta también a la familia del paciente, en el presente y a lo largo de generaciones (150). La primera situación que aparece en este sentido es la que lleva al familiar a cargar con el estigma por añadidura y, por lo tanto, también a encubrirlo en ocasiones:

Así, para evitar que los vecinos sepan en qué hospital está su marido (les dijo que estaba internado por ciertos síntomas de cáncer), la señora G debe correr hacia su departamento para retirar la correspondencia antes de que ellos se la recojan, como acostumbran hacer. Tuvo que dejar de desayunar en el bar con las mujeres de los departamentos vecinos para evitar sus preguntas. Antes de dejar entrar visitas en su casa, debe esconder cualquier material que identifique al hospital, etcétera (Goffman, 2012: 116).

En este ejemplo se puede identificar cómo el estigma repercute directamente en los familiares de las personas afectadas. Asimismo, es preciso no pasar por alto la mentira que utiliza esta mujer para referirse a la condición de su esposo. Habla de hospital y de enfermedad, pero sustituye la patología mental por una física que, a diferencia de la primera, está limpia de estigmas.

Pero esta no es la única situación posible en cuanto al vínculo entre el estigma y los miembros de la familia. Resulta que, según Goffman, “la familiaridad no siempre reduce el menospicio” (74). El sociólogo plantea que, en ocasiones, tanto los extraños como los que tienen una relación íntima con la persona afectada se apartarán de ella a causa de su estigma, por lo que la actitud que los familiares puedan asumir en cuanto al modo de percibir la enfermedad mental no es generalizable; más allá de las tendencias, depende de cada persona y de cada contexto.

2.2 Los “locos” y los “psicópatas”. La importancia de los términos a la hora de comunicar

Dentro de los vehículos que utiliza el estigma para propagarse, uno muy poderoso es el lenguaje. Ya en la sabiduría popular expresada en el refranero español es posible identificar una riqueza en dichos acerca de patologías mentales; “al toro y al loco de lejos”, “cada loco con su tema”, “la locura no tiene cura y si la tiene poco dura” o “mal que no tiene cura es la locura”, entre otros (Seva, 2010: 150). A través de estos proverbios populares es posible identificar ese carácter potente de las palabras como difusoras del estigma a través de las generaciones.

Hoy en día, en sociedades con una tendencia en crecimiento hacia el uso de lo “políticamente correcto” en el lenguaje, las organizaciones que trabajan por la salud mental han encontrado oportunidad para incitar al cambio en el modo de referirse a las personas con enfermedades mentales. Como señala Alain de Benoist en su artículo “El pensamiento único”, lo políticamente correcto surge con la intención de eliminar del lenguaje corriente determinadas palabras peyorativas o algunas expresiones ofensivas susceptibles de herir a esta o aquella categoría de individuos (De Benoist, 2017). En este sentido, surgen manuales que recomiendan evitar el uso de términos del estilo de “loco, maníaco, tarado, lunático, perturbado, demente” para sustituirlos por “una persona con un problema de salud mental, que tiene un trastorno mental” (Obertament, s.f). Principios que pueden resultar obvios, pero que, sin embargo, resulta necesario aclarar en pleno siglo XXI.

En un contexto en el que se está buscando llegar a términos más inclusivos, resulta lógico pensar que los principales promotores de este cambio en el lenguaje deberían ser las instituciones que promueven la lucha contra el estigma. Sin embargo, en Uruguay existe un caso que llama la atención. Como se mencionó en el capítulo anterior, la ley previa a la aprobada en 2017 había sido promulgada en el año 1936. Esa época trajo consigo, además de la ley, una institución creada en 1948: la ya mencionada Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP). Lo que llama la atención es que esta entidad (que fue una de las principales promotoras de la promulgación de la nueva ley y también la patrocinadora de la primera campaña anti-estigma en salud mental en el país) conserve hasta el momento su nombre original.

Según Ricardo Acuña, director del CHPP, el cambio del nombre continúa postergándose debido a que existe la intención de renovar, al mismo tiempo, el funcionamiento la institución y esto aún sigue en debate (Acuña, R., entrevista personal, 25 de julio de 2018). Maris Pérez, miembro del CHPP por la Federación Caminantes, reconoce que el nombre del Patronato es sumamente estigmatizante, y que en los últimos años se ha intentado modificarlo, al igual que sucedió con las Colonias Psiquiátricas, que sí consiguieron cambiar su nombre a CEREMOS. De momento, la alternativa que han encontrado es evitar la palabra psicópata, y referirse a la institución a través de su sigla (CHPP) o simplemente como Patronato (Pérez, M., entrevista personal, 2 de julio de 2018).

Aquí vale mencionar la ineludible influencia del cine como medio de comunicación en la configuración de lo que figura el término “psicópata”. Basta con introducir este término en cualquier buscador para hallar imágenes terroríficas y que, en su mayoría, pertenecen a películas. La relación del cine con los psicópatas, que empieza a partir del año 1960, surge con la intención de abordar un género de terror en el que el enemigo ya no fuese un ser fantástico o irreal, como se venía haciendo hasta ese momento. En contraposición a estos personajes, el año 1960 Alfred Hitchcock estrena *Psicosis*. El malo ya no es un monstruo ni un malvado exterior, sino que puede ser el agradable y sonriente vecino de al lado (Visa-Barbosa, 2011: 41). Así, la persona con una psicopatología es identificada desde un principio en el cine como la encarnación del mal. A su vez, se puede ver cómo este modelo continúa reproduciéndose. Basta con citar la serie de Netflix, *Bates Motel* (2013-2017), que consiste precisamente en una precuela de la historia de *Psicosis* de Hitchcock; un mismo modelo que se actualiza.

A su vez, Maris Pérez plantea un punto que resulta crucial para comprender el rol del lenguaje con respecto al estigma. Para ella, las terminologías en sí no son lo trascendente, sino que lo determinante es el contexto en el que se reproducen; no es la palabra, sino cómo se contextualiza. La secretaria de Caminantes reconoce que lo que sí molesta a su hija (que tiene esquizofrenia), por ejemplo, es el hecho de que en los medios de prensa titulen noticias sobre asesinatos asociados a enfermedades mentales. Se pueden citar casos en Uruguay como “Hombre que asesinó a su hija tiene esquizofrenia paranoide” (El Observador, 2012) o, más recientemente, “Un exdiplomático uruguayo fue enviado a un siquiátrico por el asesinato de su vecino en Londres” (Teledoce, 2018). De este modo ya no resultaría tan sorprendente que se asocie esquizofrenia o psicopatología a peligrosidad, aunque, en realidad, se trate de la minoría de casos.

Ante esta tendencia (que es global) de muchos medios de comunicación en el tratamiento de los términos vinculados con la salud y enfermedad mental, se han creado en los últimos años Guías de medios, en los que se ofrecen pautas acerca del modo más adecuado de tratar la información vinculada con temas de salud mental. En Uruguay el CHPP está considerando generar su propio manual de estilo para los

medios, inspirado en los creados en España, como el de la organización catalana Obertament¹¹. Esta guía ofrece pautas tanto para las piezas informativas como para la elaboración de documentales y reportajes, series y películas.

Pero además de esta búsqueda de términos más adecuados y dignos se puede identificar otra alternativa que es la de resignificar términos ya utilizados, pero quitando su carga estigmatizante y negativa. Este es el caso del modelo de comunicación propuesto por el colectivo Vilardevoz, que habla abiertamente del término “locura” y donde los pacientes incluso suelen autodenominarse como “locos”. Aquí, más que una búsqueda de cambiar las palabras se trata de cambiar lo que ellas sugieren, como la extendida idea de peligrosidad. En esta misma línea este año se estrenó el documental *Locura al aire* (Cano y Cuba, 2018), que cuenta la experiencia de los integrantes de Vilardevoz cuando fueron invitados a un encuentro de “radios locas” organizado en México¹². Allí se puede ver una vez más esa búsqueda de utilizar el término “loco”, pero con un significado positivo.

Un caso que se dirige en la misma línea es el del proyecto español Entre Voces, que busca reposicionar al hecho de escuchar voces (uno de los síntomas relacionados con las personas con esquizofrenia y otras psicosis) como una experiencia humana y no como mero síntoma de enfermedad, lo que consideran esencial para establecer un camino de recuperación. A su vez, tratan el concepto de la escucha en un segundo sentido: la necesidad de ser escuchado. Lo interesante de esta segunda perspectiva es que logra trascender los problemas de salud mental, ya que la necesidad de escucha en situaciones de dolor es un tema esencialmente humano. Así, al unir estos dos sentidos en un mismo concepto, Entre Voces logra conectar una idea que resulta lejana y suele generar miedo (el escuchar voces) con otra que es cercana a todo ser humano, más allá de sus diferencias (que su dolor sea escuchado por otros):

Queremos ir un poco más allá de desestigmatizar la escucha de voces. Aprovechamos el juego que nos da la palabra para defender la escucha en sí como paso necesario para poder acercarse a cualquier realidad inusual, o no compartida. Escuchar a la persona que la vive. Sin ese punto de partida, cualquier estrategia terapéutica estará condenada al fracaso. La escucha es terapéutica, tanto a nivel individual como colectivo. Escuchar y ser escuchado son dos caminos que llevan a la comprensión del propio dolor y del dolor ajeno (Entre Voces, s.f.).

¹¹ Información recogida de una reunión de la CHPP, 25 de julio de 2018.

¹² Se trata de un evento promovido por Radio Abierta, la primera radio en México realizada por personas que tienen experiencias psiquiátricas, que se encarga, a su vez, de difundir desde su sitio web proyectos similares en otros países de América Latina. Link del sitio: <https://www.radioabierta.net/red>

2.3 Comunicación contra el estigma. Campañas publicitarias de salud mental

Con este subcapítulo la investigación comienza a acercarse a responder de qué modo la comunicación puede ser utilizada para contribuir con un cambio de mirada en el tema de salud mental. En este sentido, la publicidad aparece como un área clave para transmitir estas ideas. Eloísa Nos (2007) refiere a la publicidad social, que se distingue por sus objetivos, vinculados con la sensibilización y la educación de la sociedad en conductas cívicas, e igualmente, de empoderamiento de los actores que trabajan por la justicia social (178). Esta publicidad está motivada por un problema de comunicación social y colectivo, y no, por el contrario, privado.

Como apunta Nos, la publicidad social también encuentra su particularidad en que es fruto de las necesidades de unos emisores que tienen la responsabilidad de representar situaciones y realidades cotidianas marcadas por el peligro, la tragedia o la injusticia (180). En este sentido, aparece el riesgo de caer en un discurso elaborado desde una perspectiva negativa, que la autora describe del siguiente modo:

La construcción de un discurso que apela constantemente a la compasión a través de una voz suplicante, la elaboración de mensajes opacos que no abren posibilidades de acción en forma de cambio de rutinas, o de implicación activa en la transformación social, sino diseñados en clave de emergencia en busca de un impacto emocional que cree un sentimiento de culpabilidad en el receptor (Nos, 2007: 232).

Este riesgo de comunicar desde una perspectiva compasiva puede conectarse fácilmente con la situación en el caso de las campañas de salud mental contra el estigma. En este sentido, cabe preguntarse: ¿de qué modo plantea esta campaña la lucha anti-estigma? ¿lo plantea como invitación o como obligación? ¿se enfoca en el problema o muestra una solución?, entre otras tantas interrogantes.

De este modo, pueden ser identificadas dos grandes opciones a la hora de comunicar en publicidad social. Por un lado, según el tipo de relación que se establece con la realidad que se comunica, se puede distinguir entre un estilo que apunta a la compasión, la emotividad, la tragedia y la victimización, contra otro que apela a la cooperación. Por otro, con respecto al modo en que la publicidad se relaciona con el receptor, se puede identificar un estilo que apunta a la agresividad, con un tono acusador, y otro en el que se trata a los receptores como agentes sociales y se le ofrece información y propuestas (Nos, 2007: 233). Esta idea resulta esencial a la hora de analizar de qué modo comunica la publicidad contra el estigma, ya que se puede caer en el error de transmitir un mensaje que no dialogue con una necesaria eficacia cultural y que, por utilizar mecanismos poco adecuados, acabe por afirmar las conductas que pretende transformar.

i. Campañas internacionales

Para conocer cuál es el tono que utilizan las campañas contra el estigma en salud mental en el mundo se decidió aplicar la metodología del análisis de contenido. Al realizar una búsqueda de piezas ganadoras dentro de las categorías de salud o bien público de diferentes festivales internacionales de publicidad (Cannes, El Ojo de Iberoamérica, New York Festivals, Clio Awards, entre otros), se pudo notar que, de los pocos casos de campañas relativas a la salud mental, aparece únicamente el autismo.

El único caso encontrado de una campaña ganadora con un tema diferente vinculado a la salud mental fue en el festival internacional de creatividad Cannes Lions. *Project 84* fue ganadora en 2018 de un Gold Lion (Oro) en la categoría Health and Wellness Lions (Salud y Bienestar), dentro de las fundaciones sin fines de lucro. Se trata de una campaña contra el suicidio masculino realizada en el Reino Unido por el movimiento Campaign Against Living Miserably (CALM).

Dentro de las acciones de la campaña se llevó a cabo una instalación artística sobre la cima del edificio de la cadena de televisión británica ITV con el objetivo de generar impacto. Allí, se colocaron 84 esculturas a escala humana, que representan la cantidad de hombres que se quitan la vida cada semana en el Reino Unido (Imagen 1). Las figuras humanas fueron realizadas por el artista norteamericano Mark Jenkins, conocido por sus esculturas callejeras hiperrealistas hechas con cinta de embalaje, que tomó como modelo los cuerpos de familiares de personas que se suicidaron. Además de esta acción concreta, la campaña cuenta con un sitio web¹³ en el que se aporta información, testimonios y ofrece la posibilidad de colaborar con la causa a través de donaciones.



Imagen 1. Instalación artística de Project 84. Cannes Lions (2018)

Dado que la cantidad y el tema de las campañas halladas sobre salud mental no hubiesen permitido analizar con propiedad la comunicación contra el estigma en salud

¹³ Project 84 <http://www.projecteightyfour.com/>

mental, se decidió considerar los casos de campañas anti-estigma en general dentro de la categoría de salud, para estudiar cómo suele ser abordado el tema dentro de esta área. El análisis de contenido toma como muestra siete piezas audiovisuales (Tabla 1), pertenecientes a las campañas anti-estigma que figuran como ganadoras dentro de la categoría Salud y Bienestar del festival Cannes Lions en los últimos cinco años (2014-2018). El propósito del análisis es determinar el tono y los recursos que se suelen utilizar en las campañas para comunicar sobre los diversos estigmas sociales. Se parte de la hipótesis de que las campañas antiestigma que alcanzan el éxito son las que se inclinan hacia un estilo positivo de publicidad social, que enaltece a los protagonistas en lugar de victimizarlos.

Campaña	Año	Anunciante	Agencia
Dear future mom	2014	Coordown	Saatchi & Saatchi
The HIV+ issue	2015	Vanguardist Magazine	Saatchi & Saatchi
Autism Speaks	2016	Autism Speaks	Lobo
Down Syndrome Answers	2017	Canadian Down Syndrome Society	FCB Canada
We're the superhumans	2017	Channel 4	4Creative
C21	2018	National Down Syndrome Society	Saatchi & Saatchi
Autism can work	2018	Andros	Serviceplan Group

Tabla 1. Corpus del análisis de contenido.

Resultados

Tras el análisis del *corpus* se pudo detectar como primer resultado general que todas las campañas abordan el tema del estigma desde un enfoque positivo, que se centra en una solución al problema. En dos de los casos se comienza con un enfoque negativo, pero luego se conduce a la solución; es decir, se muestran las dos caras (Gráfico 9). En cuanto a los temas tratados, el que más presencia tiene es el Síndrome de Down, que es el que corresponde a 3 de las campañas; luego le sigue el autismo, que se trata en dos de ellas. Los otros dos temas (discapacidad física y SIDA) aparecen en una sola campaña.

¿CÓMO HABLA LA CAMPAÑA DEL TEMA?

■ Positivo/la solución ■ Negativo/el problema o el efecto ■ Las dos caras

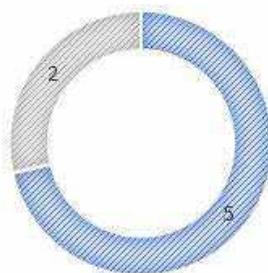


Gráfico 9. ¿Cómo habla la campaña del tema?

Con respecto a los nombres elegidos para las campañas, no se puede identificar una tendencia clara hacia un lenguaje más connotativo o denotativo, ya que la mitad de las campañas refiere directamente al tema del estigma en su nombre, mientras que las otras optan por nombres más sugerentes y no lineales.

En lo que refiere a los aspectos técnicos de los videos, se nota una clara tendencia a una musicalización que tiene a lo positivo/inspiracional, que corresponde a 6 piezas sobre el total de 7. En cuanto al código cromático, predominan las piezas que tienden a los tonos cálidos, con un total de 5, contra 2 que emplean tonos fríos. El formato narrativo preferido es el documental, con un total de 5 campañas que eligen comunicar a partir de historias reales y una que conjuga la ficción con un final testimonial. Solo en uno de los casos se registra el uso pleno de la ficción como formato para comunicar el mensaje (Gráfico 10).

FORMATO NARRATIVO

■ Documental ■ Ficción ■ Ambos

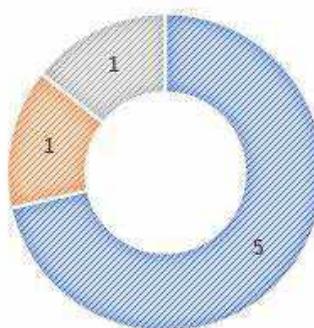


Gráfico 10. Formato narrativo.

En cuanto a los actores presentes en el video, el 100% de ellos cuenta con la participación de las personas que sufren el estigma como protagonistas. Solo en una

de las piezas se elige a un único protagonista; las otras 6 cuentan con más de cuatro protagonistas. En cuanto a género, todas las piezas, excepto la que posee un único personaje, que es varón, optan por protagonistas de ambos géneros. En cuanto a edades, no se registra una tendencia clara, ya que 2 de ellas utilizan a jóvenes y adolescentes; 2 tienen como protagonistas a adultos; 1 que cuenta la historia de un niño; y 2 en las que se muestra a un grupo variado.

Con respecto al rol que asumen las personas estigmatizadas dentro del spot, es principalmente activo. Esto se puede ver, en primer lugar, en la tendencia a que los personajes hablen (5 de 7 videos). Con respecto a este dato, se puede notar que la presencia de voz *en off* aparece precisamente en los casos restantes, en los que los personajes no hablan; por lo tanto, se puede inferir que el recurso de voz *en off* es utilizado para hablar en lugar de los protagonistas (Gráficos 11 y 12).

¿LOS PROTAGONISTAS HABLAN? ¿SE UTILIZA VOZ EN OFF?

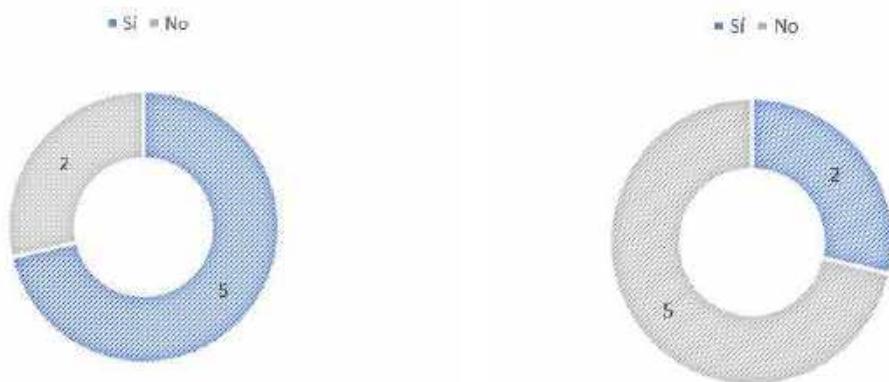


Gráfico 11. ¿Los protagonistas hablan?

Gráfico 12. ¿Se utiliza voz en off?

Pero no solo se los muestra hablando, sino que en 6 de los 7 casos los protagonistas interactúan con otros personajes (Gráfico 13), por lo que se puede ver que, además de tener voz en el spot, se les da una acción. Y, a su vez, no se trata de acciones individuales, sino de interacciones; es decir, acciones que involucran actores externos, diferentes de los individuos que padecen el estigma.

Además del aspecto activo de su participación, también queda en evidencia una intención positiva a la hora de mostrarlos, ya que en el 100% de los casos los protagonistas sonríen en algún momento en el transcurso del video (Gráfico 14).

¿LOS PROTAGONISTAS INTERACTÚAN CON OTROS PERSONAJES?

■ Sí ■ No

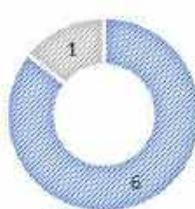


Gráfico 13. ¿Los protagonistas interactúan con otros personajes?

¿LOS PROTAGONISTAS SONRÍEN?

■ Sí ■ No



Gráfico 14. ¿Los protagonistas sonríen?

En cuanto a la aparición de personajes secundarios en las piezas, los miembros de la familia son quienes aparecen con más frecuencia (en 5 de las 7 piezas). Luego, en dos de ellas se registra la aparición de médicos o técnicos y solo en una se muestra a amigos o compañeros de los protagonistas (Gráfico 15).

APARICIÓN DE PERSONAJES SECUNDARIOS



Gráfico 15. Aparición de personajes secundarios.

Con respecto a los lugares donde se desarrolla la acción, todas las piezas utilizan más de una locación; incluso, en tres de los casos, se ven más de cinco escenarios diferentes. El lugar más utilizado para mostrar a los protagonistas es su casa (6 de 7 videos), seguido por espacios de recreación y en vía pública (5 de 7 videos). Luego, el lugar de estudio o de trabajo de los protagonistas se puede ver en 3 de los 7 videos. En 2 de los casos se muestra a las personas estigmatizadas dentro de un hospital. La filmación en estudios de grabación no se realiza en ninguno de los casos (Gráfico 16).

¿EN QUÉ LUGARES SE MUESTRA A LOS PROTAGONISTAS?

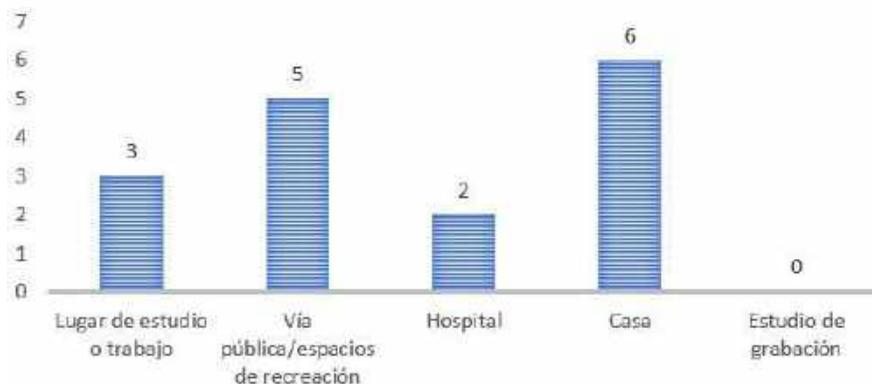


Gráfico 16. *¿En qué lugares se muestra a los protagonistas?*

Evaluación de resultados

Los resultados obtenidos en el análisis permiten verificar la hipótesis que se planteó en un principio de que las campañas premiadas tienden a comunicar su mensaje con un tono positivo. Esto se puede notar, en primer lugar, en el enfoque del tema, en el que se ve una tendencia generalizada a mostrar la solución al problema, en lugar de centrarse en los efectos negativos del estigma.

El tratamiento en cuanto a los aspectos técnicos también ofrece una evidencia del tono positivo, ya que en la musicalización predominan las melodías inspiracionales. Lo mismo sucede con el código cromático utilizado, ya que prevalecen las piezas que utilizan tonos cálidos (que se asocian a sensaciones como la alegría y la cercanía, en contraposición a los tonos fríos, que generan una sensación de tristeza, distancia, miedo).

El rol que se da a las personas estigmatizadas dentro de las piezas también deja ver el tono positivo, ya que se decide, en la gran mayoría de los casos, contar con sus propios testimonios (formato documental) y colocarlos como protagonistas de los spots. Además, el hecho de que en la mayoría de los casos los protagonistas hablen, sumado a la tendencia a mostrarlos en interacción con otros personajes, permite identificar una intención de acercar a los personajes a la audiencia desde una posición que los humaniza y enaltece, en lugar de victimizarlos (se les da voz y acción). Esto se refuerza con la decisión de que estas personas aparezcan sonriendo, lo que se registra en todos los spots.

En cuanto a la aparición de personajes secundarios, el hecho de que exista una predominancia en aparición de los miembros de la familia en comparación con la de los médicos también refleja una perspectiva positiva, ya que se puede ver una

intención de separar a los protagonistas del ambiente médico y colocarlos cerca de lo cotidiano. Esto se refuerza al observar los ambientes en los que se desarrolla la acción, en los que la casa de los protagonistas es el escenario que más aparece, en contraste con una minoría de casos en los que se muestran en hospitales.

El hecho de que el segundo espacio en el que se muestra a los protagonistas sea en la vía pública y/o espacios de recreación, afirma una vez más la intención de acercarlos a lo cotidiano y generar una identificación mayor con la audiencia. Por otra parte, el hecho de que los lugares de trabajo y estudio aparezcan en una menor cantidad de casos se conecta con la escasa aparición de compañeros o amigos de los protagonistas (vínculos que podrían haber sido utilizados para incrementar el nivel de empatía de la audiencia, pero que, sin embargo, aparecen en un solo caso. Por último, la carencia de estudios de grabación como espacio en el que se desarrollan las acciones da cuenta nuevamente de una intención de crear una atmósfera natural y que conecte con la vida real.

ii. Nacionales

Con respecto a las campañas nacionales anti-estigma, estas recién han comenzado a aparecer en los últimos años en Uruguay. Esto resulta lógico si se tiene en cuenta que fue entre 2015 y 2016 cuando el tema comenzó a resurgir en la agenda pública a raíz del proyecto de aprobación de la nueva ley. En este sentido, se puede identificar como primer antecedente a lo que serían campañas contra el estigma en el país a Del Manicomio al Parlamento, realizada por Vilardevoz en 2016 en el marco de la presentación de una propuesta que llevó este colectivo a las Cámaras de Senadores y Diputados¹⁴.

Luego, también puede encontrarse en 2017 la primera campaña llevada a cabo por el MSP sobre el suicidio, que titularon Lazo Naranja. En el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, el 10 de setiembre de 2017 se lanzó esta campaña en la que el ministerio difundió información enfocada en la prevención e invitó a concientizar sobre el tema a través del uso del *hashtag* #lazonaranja. Además, dentro de este concepto se llevaron a cabo otras acciones, como el concurso “La primera ayuda podés ser vos”, con el fin de profundizar la difusión del problema, en el que participaron más de 1400 jóvenes, adultas y adultos. El primer premio fue otorgado al grupo de jóvenes del centro educativo Los Tréboles de Montevideo por su proyecto Los Susuradores, que consistió en utilizar el susurro de frases a quienes transitan la ciudad, para dar a conocer el problema del suicidio.

Además de estas dos campañas, en 2016 se llevó a cabo la primera campaña general en contra de la estigmatización en salud mental, Salud Mental Sin Prejuicios, patrocinada por la CHPP y en colaboración con la Federación

Caminantes. En 2016 la campaña tomó el concepto “Cortemos con los Prejuicios” y en 2017, Mentalizate. Esta campaña será abordada en profundidad en el próximo capítulo. Para este año se prevé una nueva campaña, que será lanzada en octubre, que corresponde al Mes de la Salud Mental (el 10 de octubre se conmemora el Día Mundial de la Salud Mental) y que, como ya se adelantó, estará enfocada en niños y adolescentes.

¹⁴ Ver detalles de la campaña en Actores clave, p. 26

2.4 Conclusiones

La investigación realizada para la elaboración de este segundo capítulo deja en evidencia que esa idea de la salud mental como un tema lejano recibe una fuerte influencia del imaginario colectivo. Ese concepto de la enfermedad mental como problema individual, que se vio en el primer capítulo a partir de las concepciones médicas, al ser abordado desde la comunicación, puede reconocerse en la visión histórica de la patología mental como algo sobrenatural. Esto permite comprender que el sentido que se le ha dado a la noción de locura tiene más de construcción que de realidad. Este hecho se confirma al profundizar en el concepto de estigma, que, como reconoce Goffman, lleva a cargar de aspectos negativos a las personas que los padecen, aunque estos no se correspondan con la realidad.

En este sentido, es importante reconocer que el punto de partida del estigma se encuentra en la diferencia. Es cuando los individuos perciben algo diferente, que asocian con lo anormal desde su perspectiva, cuando el estigma adquiere fuerza. Este es un aspecto central para ser considerado a la hora de comunicar, ya que si son las diferencias las que dan origen a este problema, es probable que el camino más eficaz esté relacionado, precisamente, con identificar puntos en común entre aquellos que padecen el estigma y los que, inconscientemente en la mayoría de los casos, estigmatizan.

En cuanto a los diversos efectos negativos que genera el estigma, resulta relevante destacar uno en el que la comunicación resultará crucial: el tema del descrédito. Se trata de voces que, a nivel social, no tienen peso y no son tenidas en cuenta. La importancia de resignificar la validez de esas voces y hacer que se escuchen es una tarea que, desde el punto de vista comunicativo, constituye, sin dudas, un buen desafío.

Resulta esencial, entonces, identificar otro aspecto hallado en este capítulo, que es el poder de la comunicación tanto para aplacar el estigma, como también para reforzarlo. Los titulares de prensa que vinculan enfermedades mentales con asesinatos para generar sensacionalismo; el cine que ha encontrado en el personaje del psicópata un enemigo atractivo; incluso la publicidad que busca atacar el tema y por no identificar el modo adecuado, acaba generando el efecto inverso. Aquí aparece una necesidad imperiosa de que los comunicadores aprendan a tratar el tema con prudencia y responsabilidad, para convertirse en agentes de cambio, en lugar de en obstáculos para que esta transformación se lleve a cabo.

Pero es preciso reconocer que el cambio esencial no se relaciona con un mero cambio en el lenguaje, la hoy popular “corrección política”, ya que se pudo identificar como otro gran hallazgo que en donde hay que hacer foco no es en las palabras en sí, sino en cómo están contextualizadas. De este modo, aparece la alternativa practicada por Vilardevoz y, en España, por Entre Voces, que no apuntan a la utilización de términos

más prudentes, sino de resignificar aquellos conceptos que hoy tienen una carga negativa. Este es otro aspecto útil para ser considerado al momento de pensar en un modelo de comunicación eficaz. Quizá la forma más efectiva para naturalizar el tema, en oposición a la idea de lo sobrenatural con la que carga, sea el utilizar sin temor palabra como “locura”, para dar a entender, precisamente, que el problema no está en esta realidad en sí, sino en la carga simbólica que se le ha impreso.

Y, ¿qué características debería tener una acertada comunicación contra el estigma? El análisis de contenido de las piezas ganadoras de Cannes Lions ha permitido identificar ciertas características compartidas entre las campañas contra el estigma, independientemente del problema de salud al que refieran. No quedarse en el problema, sino hacer foco en la solución; mostrar a quienes padecen el estigma como protagonistas, pero no como víctimas, sino enaltecidos a través de sus características más humanas. Se trata de mostrarlos con voz y con acción (y una acción que no es practicada en soledad, sino en relación con otros, que, aunque son diferentes en el sentido de que no poseen el estigma, desde esta perspectiva aparecen como iguales).

Además, otro aspecto esencial en el modo de contar se relaciona con el concepto de lo cotidiano: estas campañas, que han alcanzado el éxito, muestran a los protagonistas en actividades y ambientes que se relacionan con el día a día. En este sentido, es destacable que la presencia de familiares haya superado a la de médicos y que los espacios como la casa y sitios de recreación hayan prevalecido ante la aparición de hospitales. No obstante, no han desaparecido del todo.

Un elemento poco frecuente y que podría resultar de gran utilidad al momento de transmitir proximidad es la aparición de amigos o compañeros. Como se pudo ver a través de Goffman, el estigma también recae por añadidura sobre los familiares de las personas estigmatizadas. Por lo tanto, el hecho de que miembros de la familia aparezcan en el entorno de los protagonistas no acaba de transmitir una normalización total del tema (ya que, aunque no siempre sucede así, se entiende que los familiares sentirán más empatía por estas personas). Sin embargo, el mostrar a estos personajes en interacción con personas ajenas a la familia, puede ser un buen elemento para transmitir de un modo efectivo la enfermedad mental de un modo más natural.

Por último, el hecho de que hayan comenzado a surgir campañas en Uruguay con la intención de abordar el tema de salud mental es un aspecto que debe destacarse. Sin embargo, resulta necesario dar un paso más, y analizar de qué modo comunican y cuál es el efecto que esto genera, para identificar cuáles son los puntos que deberían mantenerse y cuáles, quizás, sería mejor revisar, en favor del cambio de mirada buscado. Esto se verá con el abordaje de la campaña Mentalizate, en el próximo capítulo.

Capítulo 3. Federación “Caminantes”

El último capítulo de este trabajo de investigación se dedica a la Federación Caminantes, cliente del proyecto de comunicación que se llevará a cabo. La selección de esta federación como destinataria del plan que se elaborará se vincula con la filosofía y perspectivas de Caminantes, lo que llevó a considerarla como la opción más acertada a la hora de pensar en un cliente. Para esto, se comenzará dando a conocer la identidad y la filosofía de esta federación, para comprender qué es lo que pretenden comunicar y de dónde nace. Luego, se abordarán sus mensajes y canales de comunicación utilizados, para conocer cómo comunican eso que pretenden. Finalmente, se profundizará en esta idea del “cómo” a partir del análisis de la campaña Mentalizate, en la que participó Caminantes, para comprender si el modo en el que comunican y, aún más importante, si lo que recibe el público es consecuente con la idea original que pretenden transmitir.

Para la elaboración de este capítulo se utilizó la información obtenida de entrevistas realizadas a Maris Pérez y Homero Peyrot, ambos miembros de la Federación Caminantes. Luego, para el sub-capítulo que aborda la última campaña de Salud Mental Sin Prejuicios, se utilizó, por un lado, un informe de circulación interna aportado por la secretaría de difusión de la CHPP, Daniela Romano. Por otro lado, el abordaje de la percepción de la campaña en la opinión pública será desarrollado también a partir de los resultados obtenidos en la realización de dos grupos de discusión o *focus group*.

3.1 Identidad y filosofía

La Federación de Organizaciones de Familiares Por la Salud Mental, “Caminantes”, es una asociación civil sin fines de lucro con sede en Montevideo (Uruguay), que trabaja desde el año 2005. Funciona como grupo de apoyo entre asociaciones de gran parte del país para defender los derechos de las personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). En la actualidad están integradas a la Federación las asociaciones de familiares de Maldonado, Durazno, Treinta y Tres, Artigas, Salto, Paysandú, Colonia, Florida, Rocha, Tacuarembó, Cerro Largo, Lavalleja, Río Negro (Fray Bentos), Canelones (Pando) y Montevideo.

Caminantes nació a partir de un grupo de padres de jóvenes que habían sido diagnosticados recientemente con un TMSP. Como explica Homero Peyrot, en ese momento “la persona se encuentra con un panorama de mucha angustia, con una serie de problemas que no conocía o que incluso desconocía totalmente lo que era la enfermedad mental” (Peyrot, H., entrevista personal, 25 de febrero de 2018). Así, estos familiares comenzaron a reunirse como grupo de apoyo y, entonces, surgió una pregunta: ¿qué pasaría con sus hijos cuando ellos ya no estuviesen? A partir de ese momento decidieron que tenían que formar una asociación que trabajara para promover la integración y rehabilitación de estas personas, para lograr su autonomía.

Luego, se encontraron con que esta necesidad existía en todo el país. Entonces, decidieron que no bastaría con una asociación, sino que sería necesario conformar una red de asociaciones que incluyera a las organizaciones de los distintos departamentos del país. En 2015 obtuvieron la Personería Jurídica y comenzaron a trabajar formalmente como Federación, con sede en Montevideo en el edificio de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa (Av. 18 de Julio, 2175).

El objetivo de Caminantes es, por un lado, dar apoyo a los familiares de personas con trastornos mentales severos y propiciar la formación de grupos de familiares en todo el territorio nacional. Por otro lado, la federación tiene entre sus principales cometidos promover la integración y rehabilitación de las personas con T.M.S.P para lograr su autonomía, su re-inserción social y laboral. En sus fines está promover, fomentar y buscar soluciones de vivienda y calidad de vida dignas para estas personas. Así, los desarrollan en los siguientes puntos:

- 1) Defender los derechos de las personas con TSM (Trastornos Mentales Severos) y sus familias.
- 2) Promover el abordaje de la Salud Mental desde un concepto integral.
- 3) Propiciar desde el diálogo abierto e interdisciplinario la rehabilitación de toda persona con TMS.
- 4) Lograr desde la interacción socio-sanitaria la recuperación hacia una autonomía individual.
- 5) Trabajar intersectorialmente para el logro de su inclusión, reinserción social, educativo, laboral y de vivienda.
- 6) Promover actividades científicas y académicas, nacionales y extranjeras, que persigan los mismos fines para avanzar en el logro de su bienestar y dignidad desde una perspectiva de derechos¹⁵.

Maris Pérez, secretaria de la federación, explica que su labor es doble: apuntan, por un lado, a las familias que necesitan apoyo y, por otro, a toda la población uruguaya, desde un enfoque ciudadano: “Yo creo que si la sociedad toda visibiliza y naturaliza un comportamiento diferente, le vamos a dar una calidad y dignidad a la persona, pero, sobre todo, nosotros como sociedad vamos a ser mucho más sanos y mucho más justos” (Pérez, M., entrevista personal, 2 de julio de 2018). Contribuir con ese cambio, según Pérez, es sería la visión de Caminantes.

Desde el año 2005, cuando el MSP invitó la Caminantes a participar de una Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa de Salud Mental, la federación comenzó a participar de forma activa como uno de los principales promotores para lograr una nueva ley de salud mental, que sustituyera a la de 1936. En 2010 surgió una primera iniciativa para elaborar un proyecto de ley, en la que Caminantes intervino, pero luego no llegó a concretarse. Cinco años después, en 2015, el Ministerio retomó la idea y, entonces, convocaron a todas las instituciones vinculadas con salud mental (de familiares, usuarios, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales,

¹⁵ Información recuperada del boletín informativo de Caminantes.

entre otros) para elaborar un borrador de la ley. El borrador se le entregó al director del Programa de Salud Mental del Ministerio y luego el MSP elaboró el proyecto que finalmente llegó al Parlamento.

Desde ese entonces, esta federación ha sido uno de los principales actores que han influido en la pronta promulgación de la nueva ley. Hoy, su trabajo se enfoca en lograr que se reglamente en su totalidad y velar por que se cumpla plenamente lo establecido en ella. Caminantes, además de participar en la CATP del Programa de Salud Mental, cuenta con miembros que los representan en la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad (CNHD) y en la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP).

Como Consejo Federal (6 integrantes, de Montevideo y algunos departamentos del interior como Maldonado, Treinta y Tres y Rocha, que pueden acercarse a la capital para formar parte del Consejo) se reúnen todos los miércoles del año. Además, realizan dos asambleas anuales con los miembros de todos los departamentos asociados, para plantear las preocupaciones de los familiares de todo el país, los logros y objetivos para mejorar la situación en cada uno de los departamentos (una a comienzos y otra a fin de año).

En cuanto al desarrollo de su imagen corporativa, Caminantes no cuenta con un logo o isotipo que la identifique. En su página de Facebook actualmente utilizan el logotipo de la campaña Salud Mental Sin Prejuicios, que ellos promueven, pero no aparece ningún indicio de identidad propia. Más allá de su nombre, no cuentan con otro elemento que los represente al momento de comunicar sus mensajes. Según Peyrot, el desarrollo de su identidad es una gran cuenta pendiente para la federación (Peyrot, H., entrevista personal, 25 de febrero de 2018).

En lo que refiere al presupuesto de Caminantes, Peyrot reconoce que no tienen una fuente de ingresos que les permita llevar a cabo proyectos de manera independiente (es por esto que todas sus acciones se encuentran atravesadas por la intervención de la CHPP, que sí cuenta con ingresos para invertir en comunicación). Este es un aspecto que se debe tener en cuenta, ya que a la hora de elaborar un plan de comunicación debe considerarse que el dinero deberá conseguirse a partir de algún mecanismo de alianza o donación.

3.2 Mensajes y canales

La comunicación externa de Caminantes se concentra en su página de Facebook (@federacioncaminantes). Actualmente cuenta tan solo con 267 “Me Gusta” y 272 seguidores. En cuanto a los mensajes que publican, todos los posteos son no pagos y se trata fundamentalmente de replicación de contenido de otras páginas vinculadas con salud mental (publicaciones de la página de la campaña Salud Mental Sin Prejuicios, artículos internacionales, noticias con respecto a avances de la nueva ley y eventos relacionados). El único contenido de elaboración propia son fotografías de la asistencia a distintos eventos vinculados con salud mental por parte de miembros de la asociación.

No obstante, desde el mes de agosto de este año, la federación ha comenzado a difundir eventos organizados por ellos mismos, en colaboración con la CHPP (que es quien se encarga de elaborar los flyers para comunicarlos). Aquí se pude la ausencia de un distintivo más allá del nombre de la federación, por lo que solo se coloca el logotipo de Salud Mental Sin Prejuicios (Imagen 2).



Imagen 2. Flyer de evento organizado por Caminantes.
Salud Mental sin Prejuicios (2018).

El 27 de setiembre se llevará a cabo una segunda actividad organizada por Caminantes, que consistirá en una charla del psicólogo Miguel Castejón, de España, para transmitir su experiencia como miembro de la Fundación Manantial en ese país. Esta fundación se encarga de elaborar proyectos y ayuda para la integración de personas con enfermedades mentales en la vida social y comunitaria. La charla se llevará a cabo en la sede de Caminantes.

A pesar del poco desarrollo de su imagen corporativa, es importante mencionar como canales de comunicación externa con gran peso a los medios de comunicación en los que han tenido presencia ciertos miembros de la federación, convocados con motivo de la promulgación de la nueva ley. A pesar de que no tienen un vocero designado,

quien representa a Caminantes en la mayoría de los casos es su secretaria Maris Pérez, quien ha sido entrevistada en televisión (Canal 12, Calidad de Vida; Canal 10, La Mañana en Casa y Arriba Gente), en radio (Radio Uruguay, En Perspectiva y Océano FM) y en prensa escrita, a través de La Diaria, donde, además, se han publicado artículos realizados por el escritor Hugo Achugar, quien también es miembro de Caminantes. Con respecto al contenido de los mensajes, aquellos que son previos a la aprobación de la ley giran en torno a argumentos para su aprobación; por su parte, los mensajes posteriores a agosto de 2017 se enfocan en la asignación de mayor presupuesto para implementar la ley.

En cuanto a canales de comunicación interna, utilizan principalmente el correo electrónico para comunicarse con las asociaciones de todo el país. Además, cuentan con un grupo de Whatsapp con un miembro por departamento para comunicar los mensajes más urgentes¹⁶.

¹⁶ Información aportada por Maris Pérez.

3.3 Antecedentes comunicacionales en Salud Mental

i. Campaña para Uruguay: Salud Mental Sin Prejuicios

En cuanto a antecedentes de comunicación en salud mental, Caminantes ha colaborado en la iniciativa Salud Mental Sin Prejuicios, la primera campaña con un foco anti-estigma en salud mental de Uruguay. La campaña fue promovida y financiada por la CHPP, quien decidió convocar a la federación para que participaran en su rol de familiares de usuarios de los servicios de salud mental.

Salud Mental Sin Prejuicios contó con una primera edición en el año 2016 y en 2017 se lanzó con el nombre “Mentalizate”, enmarcada dentro de la misma iniciativa de ir en contra de los prejuicios. A continuación, se presentarán los aspectos formales de la elaboración de las campañas y, luego, sus repercusiones en la opinión pública. Este último punto será abordado con un enfoque cuantitativo (alcance en redes sociales) y cualitativo, a través de la realización de grupos de discusión para evaluar la percepción de la campaña por parte de distintos públicos.

a. Aspectos formales

La iniciativa de Salud Mental Sin Prejuicios surgió en el año 2016, cuando la aprobación de la nueva ley de salud mental ya estaba en discusión, con la intención de comenzar a sensibilizar a la población sobre el tema. El proyecto, como se dijo, fue patrocinado la CHPP, quien contrató a la Agencia PAZ para llevarlo a cabo. Esta agencia brinda servicios de consultoría, articulación, gestión de proyectos, organización de eventos, desarrollo de contenidos, diseño gráfico y editorial, gestión de prensa, redes sociales y campañas publicitarias. En la actualidad asesoran, además de a la CHPP, a Agesic, Intendencia de Montevideo, Cotidiano Mujer, Consejo de Educación Secundaria, Cooperación Española, UNFPA, MVOTMA y UNICEF¹⁷.

La información que se presentará a continuación se obtuvo a partir de material de circulación interna de la CHPP, facilitado por su la secretaria de difusión, Daniela Romano.

El 5 de octubre de 2016, en el marco del Mes de la Salud Mental, se lanzó la primera edición de esta campaña, que adquirió el concepto “Cortemos con los prejuicios”, a partir del que se realizó una serie de intervenciones urbanas, además de la elaboración de contenido gráfico y un spot con el mismo concepto, difundidos a través de las redes sociales. Además, se creó un sitio web (saludmental.org.uy), donde se brinda información vinculada con los servicios de salud mental y distintos eventos

¹⁷ Recuperado del perfil de LinkedIn de su directora, Fernanda Murias: <https://www.linkedin.com/in/fernanda-murias-39b25b1a/>

sobre el tema, además de una cuenta de Facebook (Salud Mental sin Prejuicios) y de Twitter (SaludMentalUY).

En 2017, con el concepto “Mentalizate”, la campaña giró en torno a la creación de una “Guía de consejos para la inclusión de personas con enfermedad mental” escrita por usuarios, técnicos y familiares a través de un trabajo conjunto de reflexión que tuvo varias etapas, donde participó Caminantes.

1. Empezá por creer en nosotros.
2. No nos tengas miedo.
3. No nos aisles y ayudanos a que nosotros tampoco lo hagamos.
4. No hagas las cosas que podemos hacer por nosotros mismos.
5. Danos la oportunidad de aprender y avanzar, tal como se la das a cualquier persona.
6. Preguntanos, escuchanos y tomá en cuenta nuestro punto de vista. Podemos tomar nuestras propias decisiones.
7. Recordá que tenemos días buenos y días malos, que a veces acertamos y otras nos equivocamos.
8. Cuando quieras comunicarte, hazlo con nosotros, no solo con nuestro acompañante. Y cuando lo hagas, recordá que no siempre es necesario que levantes la voz ni que modules excesivamente lento.
9. Tené en cuenta que más allá de nuestra enfermedad mental, nuestro cuerpo también se puede enfermar.
10. Como vos, queremos participar, disfrutar, amar y divertirnos: una enfermedad mental no implica que nuestra vida no tenga grandes momentos de alegría.
11. Queremos y podemos ser parte productiva de la comunidad. Sabemos que somos ciudadanos con derechos y también con obligaciones.
12. Podemos recuperarnos, tenemos todo un futuro por delante y ese futuro depende de lo que vivamos hoy.

Con esta Guía de consejos como punto de partida, se desarrollaron en la campaña distintas acciones para difundirla. En ella participaron, a través de ASSE, las comisiones de 17 departamentos y algunas localidades de forma nacional, por lo que las acciones se llevaron a cabo en todo el país. Dentro de la campaña se llevó a cabo:

- Un video con usuarios, familiares y técnicos difundiendo la guía de consejos
- Afiches, folletos y stickers
- 25 pasacalles colocados en los servicios de salud, ministerios y universidades (Facultad de Medicina, de Trabajo Social y de Psicología).
- 90 laterales de ómnibus urbanos
- Fotos para entregar a los usuarios.

Además, se llevaron a cabo acciones en distintos puntos del país, con jornadas con música y actividades lúdicas. A los equipos de cada departamento les fueron entregados (junto con afiches y folletos) los frascos que formaron parte del subconcepto “Desenfrascate”, que consistió en que los consejos de la guía elaborada se presentaran dentro de un “frasco de ideas”, que, a su vez, invitaba a compartir la guía en formato audiovisual en las redes sociales.

En Montevideo la campaña se lanzó con una actividad en la explanada del Palacio Legislativo y luego se llevaron a cabo jornadas en la explanada de la Intendencia de Montevideo, donde se instalaron carpas en las que se realizaron Mesas de Diálogo abiertas, encabezadas por distintos expertos del tema, y donde además se difundió la guía de consejos.

Por último, la difusión se realizó a través de una pauta en medios de comunicación (que se detallarán a continuación) y la contratación de *influencers* que transmitieron el concepto de la campaña a través de sus redes sociales: Rafael Cotelo, Orlando Petinatti, Christian Font, Fernando Tetes, Paola Bianco, Varina de Cesare, Carina Novarese, Jorge Piñeyrua, Nole a Marrone, el cantante Fabián Maquisio, además de los periodistas Alexandra Morgan, Alexandra Casablanca, Pablo Alfano, Lorena Bomio, Denise Mota, Lucía Demichelis.

Con respecto al presupuesto de la campaña, la única información que se pudo obtener dentro del material aportado por la CHPP fue la inversión en las pautas realizadas en los distintos medios de comunicación y el costo de la contratación de *influencers*, información que se detalla en la Tabla 2.

Canal 10 (Movil Subrayado/Web/La Tarde en Casa)	\$ 78.000
Canal 12 (Calidad de Vida), 2 apariciones	\$ 62.500
Canal 4 (Buen Día Uruguay)	\$ 25.000
TNU (Cambiando el Aire)	\$ 20.000
El Observador (notas con video)	\$ 30.000
El País (nota)	\$ 18.000
Océano FM	\$ 23.760
Radio Montecarlo	\$ 5.940
Influencers	\$ 55.000

Notas en sitios web	\$ 15.000
Radio Uruguay	\$ 9.000
Total	\$ 342.200

Tabla 2. Presupuesto de pauta en medios e influencers para la campaña Mentalizate.

b. Repercusiones en la opinión pública

Para conocer la recepción de esta campaña por parte de la población uruguaya se utilizaron dos fuentes principales. En primer lugar, se han considerado los resultados recopilados en los materiales de circulación interna aportados por la CHPP. Allí, los resultados se muestran desde un punto de vista cuantitativo, en el alcance que se obtuvo en las redes sociales.

RESULTADOS 2016 vs 2017



Figura 2. Resultados comparativos 2016-2017 del alcance e interacción en Facebook de Salud Mental sin Prejuicios durante las campañas de ambos años.

RESULTADOS 2017



Figura 3. Alcance e interacción en Twitter de Salud Mental sin Prejuicios en 2017.

En cuanto a los resultados en Facebook (Figura 2), se puede notar un crecimiento en cuanto a las reacciones de los usuarios, excepto en la cantidad de comentarios, que fue mayor en 2016. Por su parte, la cuenta de Twitter, que ese año se basó en replicar el contenido de los *influencers* y otras personalidades, llegó a un total de unas 23.000 impresiones (el número de veces que esta se ha visualizado) y más de 374 interacciones (Figura 3).

Además de la información cuantitativa, que permite tener una perspectiva de la cantidad de personas alcanzadas y que interactuaron con el contenido, de decidió aplicar en esta instancia la metodología de *focus group* o grupos de discusión, para obtener insumos desde un punto de vista cualitativo. Dado que las campañas de sensibilización en general y el tema de salud mental en concreto tienen un vínculo estrecho con lo emocional, se consideró imprescindible el uso de esta técnica para conocer de cerca el impacto que genera la campaña en distintos públicos. Según Daniela Romano, responsable de la Secretaría de Difusión del CHPP, desde la institución existió la intención de utilizar esta técnica, aunque nunca llegó a concretarse.

Este análisis se basó en la campaña de 2017, Mentalizate. Antes de profundizar en la aplicación de esta técnica es preciso señalar algunos aspectos esenciales para comprender su desarrollo. El video realizado para esta campaña, en el que se difunde la Guía de Consejos elaborada por técnicos y usuarios de los servicios de salud mental, tiene como protagonistas, en su mayoría, a los propios usuarios, pero también cuenta con la participación de técnicos del área y familiares. Cuando se elaboró la idea, se decidió que estos protagonistas no fuesen diferenciados dentro del spot, sino que se los mostrara indistintamente, para que el público no se centrara en eso, y así generar una sensación de igualdad.¹⁸ El spot consiste en la presentación de la Guía de Consejos por parte de estos protagonistas, por lo que se trata de un discurso guionado. En cuanto a la locación, se llevó a cabo en un estudio de grabación donde los personajes aparecen sentados mirando a cámara con un fondo plano detrás (Imagen 3).



Imagen 3. Spot de Mentalizate. Salud Mental Sin Prejuicios (2017).

¹⁸ Información recogida de material de circulación interna de la CHPP.

Variables implicadas

En este caso se realizaron dos grupos de discusión en los que se buscó estudiar dos variables principales, que nacen de las conclusiones obtenidas en los capítulos anteriores. La primera variable estudiada es la proximidad al tema de salud mental, que permitirá determinar si tener experiencias propias de enfermedades mentales, o de un familiar cercano, constituye un factor relevante a la hora de enfrentarse a los estímulos generados por la campaña (como se vio con Goffman en el capítulo anterior, la familia también suele cargar con el estigma, aunque, como también aclara, la sensibilidad de los familiares no está garantizada).

La otra variable principal es la edad. Dados los datos obtenidos en el capítulo 1, en los que se puede percibir una tendencia al crecimiento de los problemas de salud mental en adolescentes menores de 19 años, se consideró que este es un público relevante para considerar en esta investigación. A esto se sumó el hecho de que la intención para la próxima campaña de Salud Mental sin Prejuicios (prevista para ser lanzada en el mes de octubre) es enfocarse en salud mental en la infancia y la adolescencia¹⁹. Además, la intención es, a partir de lo anterior, poder llevar el tema a las instituciones educativas. Por estos motivos se consideró fundamental poder estudiar por medio de esta metodología, además de la cercanía al tema, la influencia de la edad como factor que influya a la hora de enfrentarse a la campaña.

Población-muestra

A los efectos de estudiar la influencia de las variables recién mencionadas, se decidió establecer las siguientes características para cada uno de los grupos:

Grupo 1:

- Adolescentes de entre 15 y 18 años.
- Estudiantes (de secundaria y UTU).

Grupo 2:

- Adultos de entre 30 y 50 años.
- Próximos al tema de salud mental (usuarios o familiares de personas con alguna enfermedad mental).

De este modo, se buscó que entre los dos grupos se pudiera contrastar tanto la variable de edad como la de cercanía al tema. Se decidió establecer como requisito en el grupo de adolescentes el hecho de que sean estudiantes, ya que, dado que está

¹⁹ Información obtenida en reunión de la CHPP, 25 de julio de 2018.

previsto que el tema se introduzca en los centros educativos, resulta interesante estudiar el segmento que se encuentra inserto en ese sistema, ya que serán los destinatarios de ese mensaje.

A continuación, se presentan las características de los integrantes del grupo (Tabla 3 y 4):

Grupo 1:

EDAD	SEXO	INSTITUCIÓN
17	F	Secundaria / privado
17	F	Secundaria / público
18	M	UTU
16	F	Secundaria / privado
15	M	Secundaria / público
16	F	Secundaria / público
18	F	UTU
17	F	Secundaria / público

Tabla 3. Participantes Focus Group Adolescentes.

Grupo 2:

EDAD	SEXO	PROXIMIDAD CON EL TEMA
30	F	Familiar con esquizofrenia
32	F	Familiar con trastorno bipolar
50	M	Usuario por ansiedad
49	F	Familiar con depresión

33	M	Usuario por depresión
46	F	Familiar con demencia
30	F	Usuaria por ansiedad y depresión

Tabla 4. Participantes Focus Group Adultos.

Método

El eje utilizado en el grupo de discusión fue la última edición de la campaña de Salud Mental sin Prejuicios, correspondiente al año 2017, que utilizó el eslogan Mentalizate. El procedimiento para guiar la discusión en ambos grupos fue el siguiente:

- 1) Exhibición del logo de la campaña
- 2) Exhibición de banner de la última edición (Mentalizate, 2017)
- 3) Exhibición del spot publicitario de la última edición.

A partir de esta estructura, se buscó simular un método de “embudo”, en el que se produjera un acercamiento paulatino a la campaña. Este método permitió analizar con detenimiento el impacto generado por diferentes elementos que componen la campaña (tema, eslogan, diseño, personajes), que quizá no hubiese sido posible de haber mostrado el spot en un comienzo, por ejemplo.

Detalles del grupo de discusión

Los grupos de discusión fueron llevados a cabo el jueves 30 de agosto (grupo 2) y el miércoles 5 de setiembre (grupo 1), a las 18:30 hs. en la Sede Central de la Universidad de Montevideo (Prudencio de Pena, 2544), Montevideo, Uruguay.

Resultados

Los resultados serán presentados acompañados de citas ilustrativas y gráficos realizados a partir de los discursos de los participantes del grupo, que permiten interpretar los hallazgos de manera clara.

1. Primer contacto: el logo de la campaña

En el primer contacto de los participantes con la campaña, que es a través del logo de Salud Mental Sin Prejuicios, tanto en el grupo de adultos como en el de adolescentes se puede notar una primera sensación de desconcierto. En el grupo de los adolescentes, en una primera instancia los participantes no reconocen que se trata de una campaña de publicidad; en el de los adultos sí identifican el logo como parte

de una campaña, pero la totalidad de los participantes reconoce no haberla visto nunca.



Ilustración Focus Group 1. Reacción al logo.

Luego del desconcierto inicial, al no conocer la campaña, los integrantes de ambos grupos comienzan a hablar sobre el tema salud mental. En los discursos se pueden identificar ideas similares. Por un lado, los adolescentes lo conectan con un tema que es importante, pero del que no se habla mucho; en ese mismo sentido, los adultos refieren a la salud mental como tema olvidado. En el grupo de los adultos el tema lleva también a mencionar la idea de los prejuicios asociados a la salud mental, mientras que en el grupo de adolescentes esa reflexión no surge en una primera instancia (Ilustración Focus Group 1).

El desconocimiento total de la campaña por parte de los participantes resultó útil para poder preguntarles acerca de sus expectativas antes de introducirlos a los otros estímulos. Cuando se les pregunta acerca del enfoque que imaginan que tiene, en el grupo de los adolescentes se puede ver una tendencia a identificarlo con temas que entienden como más próximos a ellos (Ilustración Focus Group 2).



Ilustración Focus Group 2. Expectativas de los adolescentes.

Por otra parte, en el grupo de adultos se pueden identificar dos modalidades de expectativas. Por un lado, aparece un grupo que espera, al igual que los adolescentes, temas que entienden más frecuentes hoy en día (depresión y ansiedad), los que contrastan con temas de salud mental que consideran más lejanos (esquizofrenia y otras psicosis). Sin embargo, aquí aparece otro grupo que espera encontrarse con enfermedades menos frecuentes (aquellas que el grupo anterior considera lejanas), pero con un enfoque que apunte a normalizarlas y las presente como cercanas (Ilustración Focus Group 3).

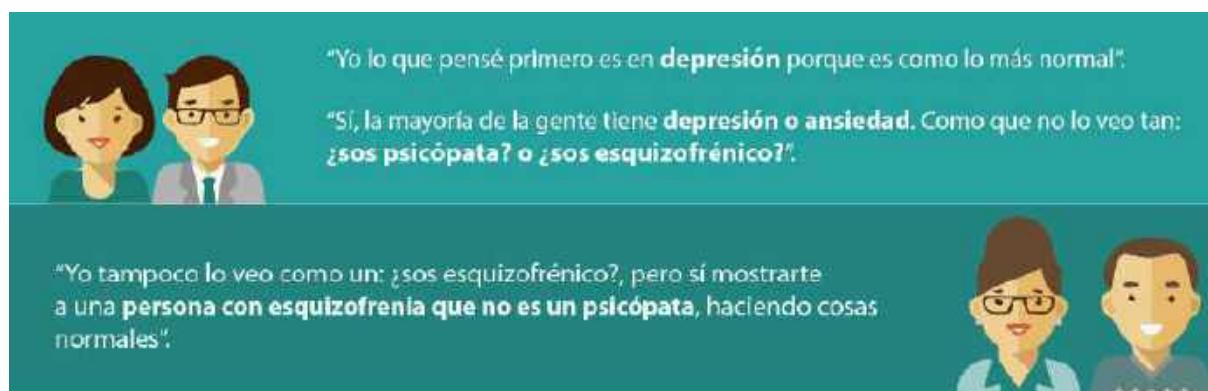


Ilustración Focus Group 3. Expectativas de los adultos.

En este punto es importante destacar cómo, en relación con aquellos aspectos de la salud mental que los participantes encuentran como más cercanos/lejanos, aparece la idea de lo normal contra lo anormal, como sinónimo de lo que a ellos les resulta extraño o no, dependiendo de su experiencia. Se puede extraer como tendencia predominante el considerar normales a las enfermedades mentales más leves y frecuentes, como la depresión y la ansiedad, ya que este discurso aparece tanto en el grupo de adolescentes como en el de adultos.

Asimismo, vale destacar que, en el grupo de adultos, aún con un grado de proximidad mayor al tema de salud mental, aparecen expresiones como “esquizofrénico” y “psicópata”, que expresan modos estigmatizantes de referirse a estas personas. En este sentido, resulta interesante observar el uso de estos términos, teniendo en cuenta lo que se refirió en el capítulo anterior, acerca de la terminología y su intencionalidad. En este caso, esas palabras puntualmente responden a modos de expresión que, dado el significado asentado en el imaginario colectivo, expresan de

por sí una perspectiva desde el estigma. A diferencia de lo que sucede con la palabra “loco”, que depende del contexto, sería difícil encontrar casos en los que la palabra “psicópata” sea usada con un sentido positivo.

Por otra parte, en el grupo de adultos aparece un discurso alternativo, que entiende a los trastornos más severos, como la esquizofrenia, como normales, aunque reconocen que no se suelen mostrar así (Ilustración Focus Group 4).

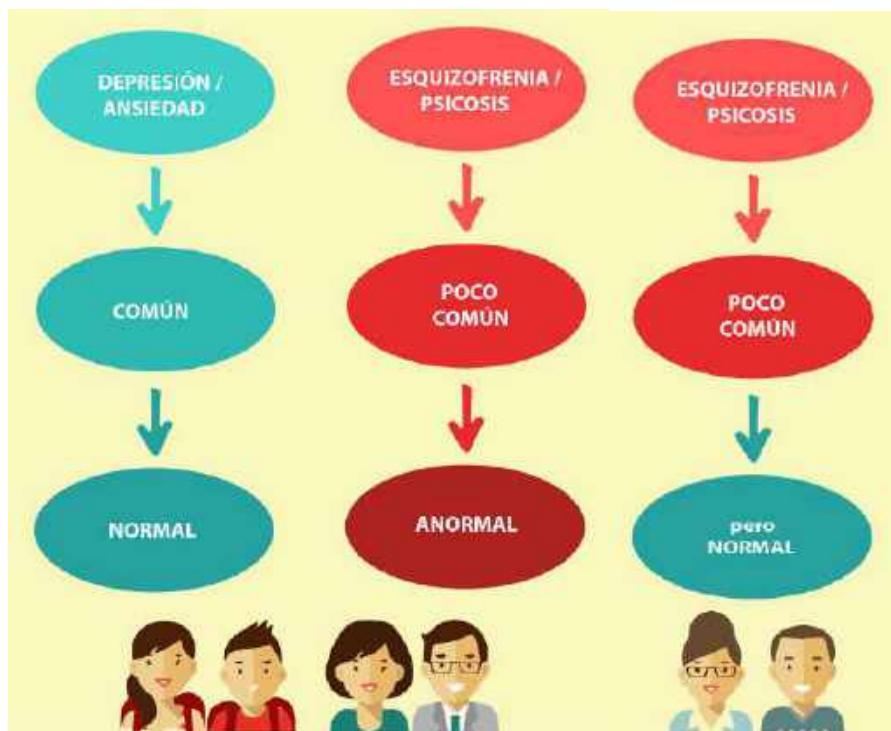


Ilustración Focus Group 4. Visiones de lo normal/anormal, según perspectivas en los distintos grupos.

2. Segundo contacto: banner de Mentalizate

Cuando se muestra un *banner* de la campaña 2017 (Mentalizate), se puede observar un cambio general en la perspectiva de los participantes de ambos grupos, motivado por la aparición de un personaje como cara de la campaña. En ambos grupos, se puede ver un contraste entre las expectativas de los participantes y lo que ven en el *banner* de la campaña (Imagen 4).



Imagen 4. Banner de Mentalizate. Salud Mental Sin Prejuicios (2017).

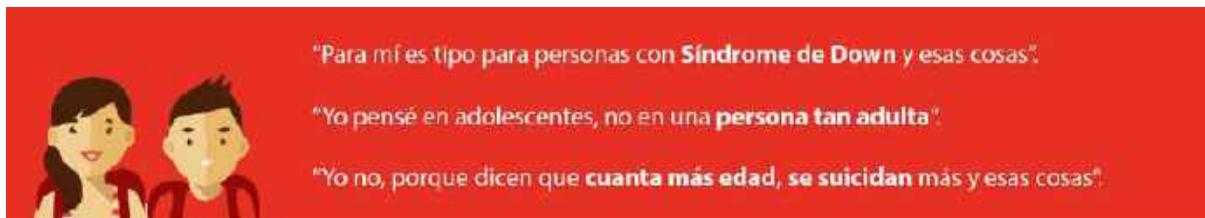


Ilustración Focus Group 5. Reacción de los adolescentes al banner de Mentalizate.



Ilustración Focus Group 6. Reacción de los adultos al banner de Mentalizate.

En este punto resulta curioso cómo, en ambos grupos, la influencia de la imagen los lleva a alejarse del tema de salud mental, en lugar de acercarse. En el caso de los adolescentes se puede notar que conduce a un vínculo errado con el Síndrome de Down, que no tiene relación con ninguna enfermedad mental (Ilustración Focus Group 5). Es posible que esto se deba a una conexión entre Síndrome de Down y discapacidad intelectual, que ligan erróneamente ligado a los trastornos mentales (lo que es muy frecuente). Del mismo modo, se puede ver cómo en el grupo de adultos la aparición del personaje también desvía el razonamiento. Allí, se puede ver una conexión del estilo salud + prejuicios + color rojo, que lleva a vincularlo con Teletón, que no tiene relación con salud mental, sino con casos de discapacidad motriz (Ilustración Focus Group 6).

Asimismo, se puede ver que en el grupo de adolescentes se producen otros planteos que llevan a disminuir la cercanía con el tema que los participantes esperaban. Al encontrarse con una persona adulta en lugar de un adolescente, que era lo que imaginaban, esto los lleva a colocar los problemas de salud mental en el campo de las personas adultas y, por lo tanto, los alejan de ellos. Resulta sumamente llamativo que la única instancia en la que se plantea el tema del suicidio dentro del grupo de adolescentes sea en este punto, y que este se relacione con personas adultas, cuando en realidad una de las franjas que se encuentra en más riesgo es la de los adolescentes de 15 a 18 años.

Por otra parte, en cuanto al eslogan de la campaña, los participantes de ambos grupos reconocen que no los conduce directamente a asociarlo con salud mental (Ilustración Focus Group 7 e Ilustración Focus Group 8).

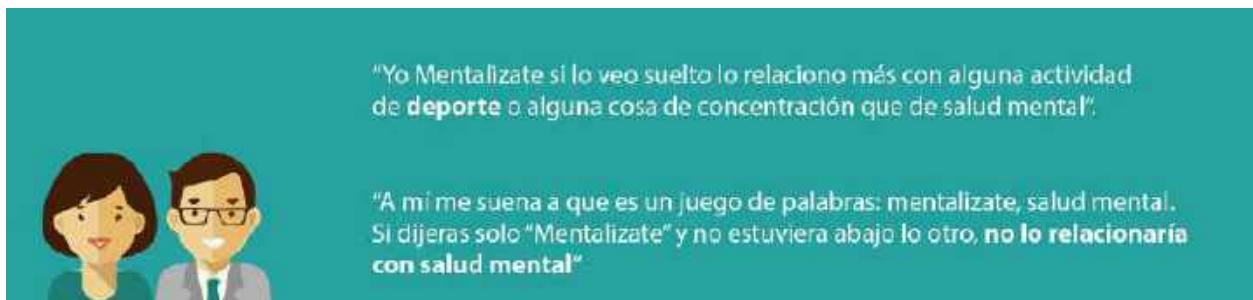


Ilustración Focus Group 7. Recepción de adultos del eslogan.

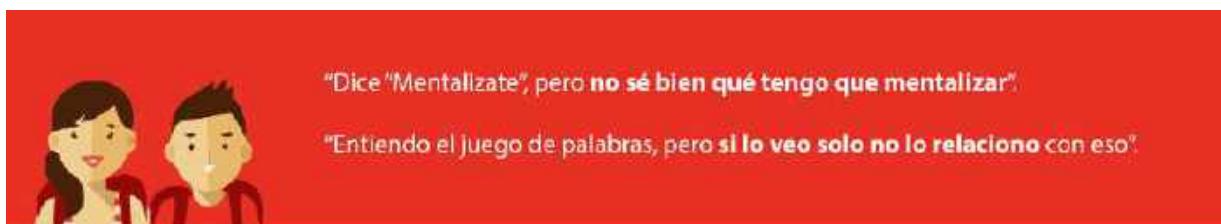


Ilustración Focus Group 8. Recepción de adolescentes del eslogan.

Por lo tanto, se puede ver que los mensajes recibidos a través del *banner* condujeron a los participantes de ambos grupos a realizar asociaciones que los alejan del verdadero tema de la campaña (Ilustración Focus Group 9).



Ilustración Focus Group 9. Síntesis de conceptos asociados al banner de Mentalizate.

3. Tercer contacto: spot de Mentalizate



Imagen 5. Spot de Mentalizate. Salud Mental Sin Prejuicios (b) (2017).

Luego de la visualización del spot de la campaña, se empiezan a notar diferencias más marcadas entre ambos grupos y, a su vez, también dentro del grupo de adultos. En el caso de los adolescentes, la visualización del spot acaba por distanciarlos aún más del tema (Ilustración Focus Group 10).

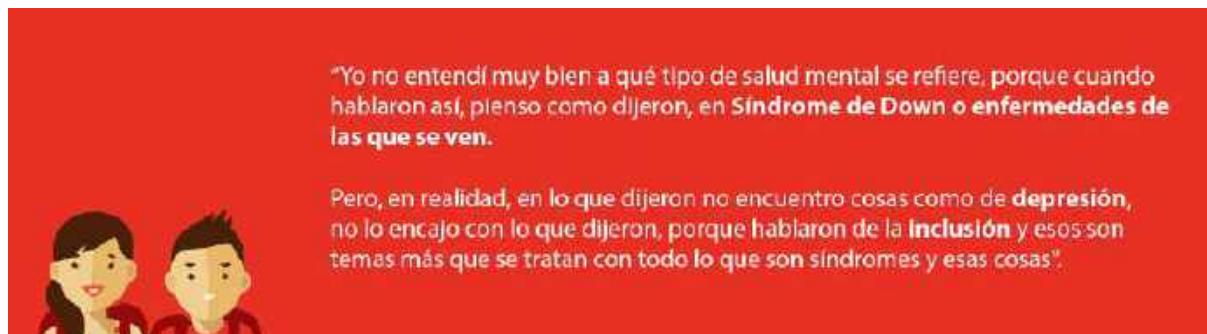


Ilustración Focus Group 10. Reacción de los adolescentes al spot de Mentalizate.

Esta cita ilustrativa resume la sensación generada en los adolescentes luego de ver el spot. Se puede ver que el planteo erróneo de Síndrome de Down, en lugar de desaparecer luego de ver el video, se refuerza. A su vez, aparece un nuevo término que distancia a los adolescentes del tema de salud mental: la inclusión, palabra que asocian a problemas más lejanos a ellos. Más adelante, aparece el ejemplo del autismo vinculado con lo que se trata en el spot (Ilustración Focus Group 11). Este punto resulta particularmente interesante, ya que parecería hablar de un concepto de inclusión, asociado a imposibilidad de acción, que aleja al público adolescente del tema. Quizá uno de los principales motivos por los que no logran empatizar sea, precisamente, una falta de identificación de cómo es posible modificar/mejorar esa realidad que se les muestra.

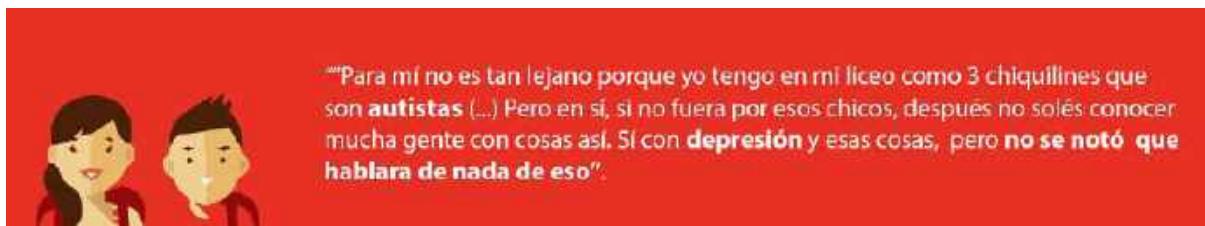


Ilustración Focus Group 11. Vínculo de adolescentes con el autismo.

Aquí se puede ver que la única enfermedad mental con la que logran asociar el contenido del spot es con el autismo, que tiene características muy particulares con respecto al gran espectro de trastornos mentales y que, a su vez, ellos identifican como poco frecuente en su contexto.

Con respecto al grupo de los adultos, nuevamente se identifican dos posturas, que corresponden a las halladas al preguntar acerca de las expectativas sobre la campaña (Ilustración Focus Group 12).

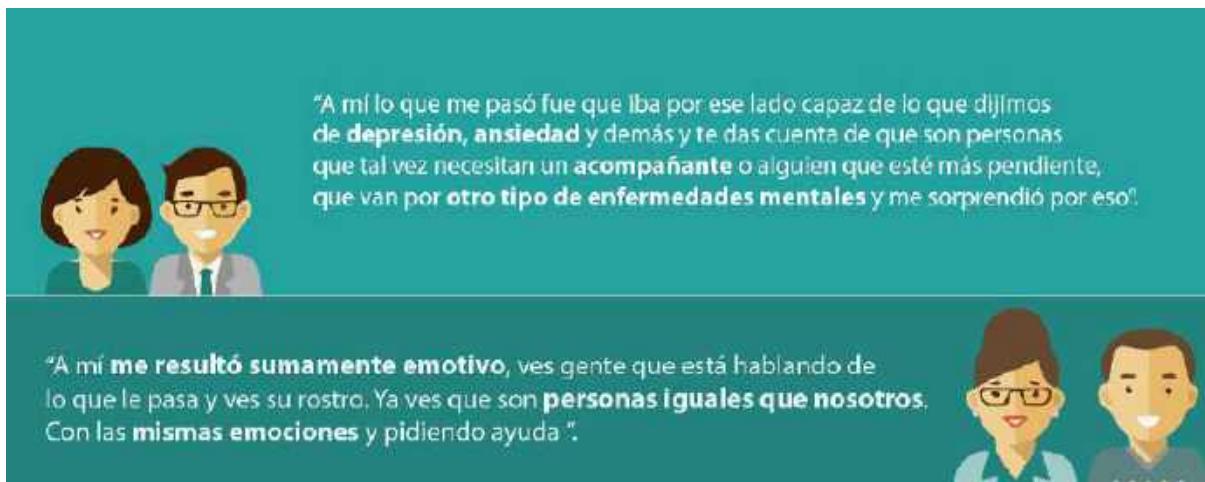


Ilustración Focus Group 12. Contraste del spot con expectativas de los adultos.

Aquí se puede evidenciar una vez más la presencia de los dos sub-grupos que aparecieron en un inicio, que contrastan lo que esperaban encontrar con lo que finalmente vieron. Aquellos que esperaban encontrarse con casos de depresión o ansiedad, y que consideraban casos más severos como lejanos, sienten que lo que vieron no se corresponde con lo que esperaban. Aquí se puede ver la identificación de la figura del acompañante como una línea de división entre lo que consideran normal y lo que es más distante. Por otra parte, las personas que esperaban encontrar testimonios con enfermedades más severas sienten una correspondencia con lo que pensaron que iban a ver, ya que perciben que se logró mostrarlos como personas “iguales a ellos”.

Personajes, guion y escenarios

En cuanto a los protagonistas del spot, en ambos grupos se desataca como un aspecto positivo, en primer lugar, el hecho de que sean ellos quienes hablen en primera persona. Sin embargo, en el grupo de adolescentes luego surge una interrogante que describe una vez más la distancia generada con el tema.

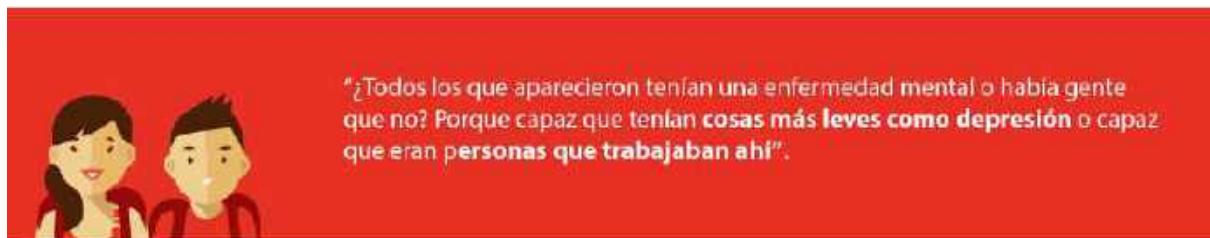


Ilustración Focus Group 13. Diferencias detectadas por los adolescentes entre testimonios.

Se puede ver que los adolescentes notan diferencias entre los distintos personajes que aparecen en el spot (Ilustración Focus Group 13). La intención de colocar técnicos y usuarios indistintamente, como se dijo, fue generar igualdad entre los testimonios. No obstante, los participantes notaron una diferencia entre algunos de ellos (que identifican, sobre todo, en la mayor fluidez del habla de algunos) y que los lleva a considerar dos opciones: o que los que se diferencian sean personas con depresión o que sean personas que trabajan en salud mental; en síntesis, lo que ellos consideran más cercano.

Luego, con respecto a la edad, los participantes del grupo de adolescentes reconocen que, de haber aparecido personas de su franja etaria, posiblemente el mensaje les hubiese generado mayor empatía, ya que sentirían que se trata de alguien igual a ellos. En este sentido, vale destacar que la noción de igualdad sí aparece en una porción de los participantes del grupo de adultos, que logran ver a quienes hablan como iguales, mientras que en el de adolescentes no se llega a concretar esa conexión.

En cuanto al escenario elegido para mostrar a los personajes, en ambos grupos aparece el planteo de que hubiese sido mejor verlos en acción, realizando actividades de la vida cotidiana, en sus lugares de estudio o de trabajo (Ilustración Focus Group 14 e Ilustración Focus Group 15).

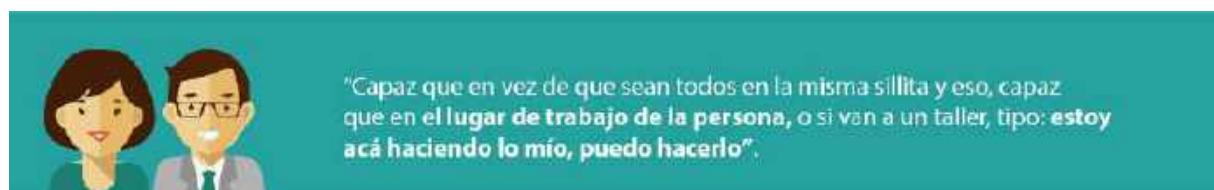


Ilustración Focus Group 14. Valoración de adultos de los escenarios de acción.

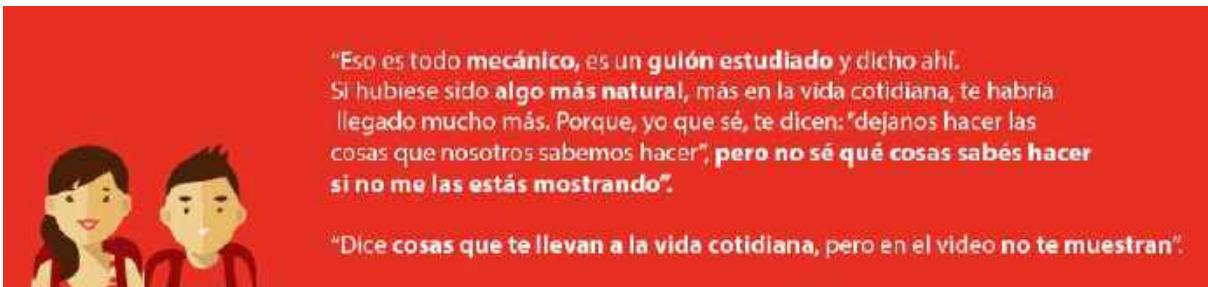


Ilustración Focus Group 15. Valoración de adolescentes de los escenarios de acción.

En este sentido, en el grupo de adolescentes se produce un planteo particular, que no se llega a dar en el de adultos, en el que los participantes identifican una incongruencia entre lo que los personajes dicen y lo que muestran. Además, se puede notar que la suma del espacio (estudio de grabación) con el hecho de que lo que dicen los personajes sea guionado genera la sensación de artificialidad, en contra de la naturalidad que ellos esperan (Ilustración Focus Group 16).



Ilustración Focus Group 16. Relación de adolescentes estudio/guion/artificialidad.

Por otra parte, esta misma inconsistencia es identificada en el grupo de adultos en el hecho de que los personajes aparezcan solos (Ilustración Focus Group 17).

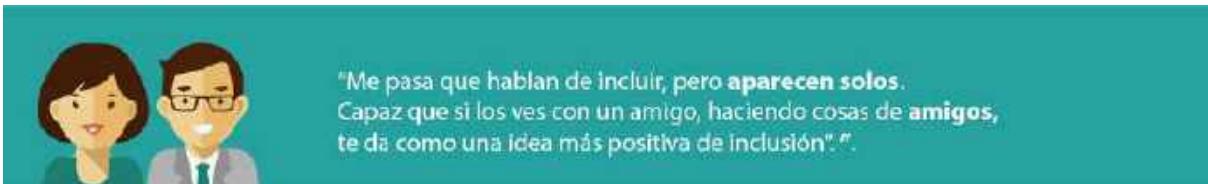


Ilustración Focus Group 17. Relación de adultos compañía/inclusión.

Por último, en ambos grupos se plantea que, si tuvieran que hacer ellos mismos una nueva campaña de salud mental, incluirían “las dos caras”: las enfermedades mentales más frecuentes, como la depresión, que pueden resultar más cercanas a la mayoría de la población, pero, a su vez, no dejarían de lado las enfermedades más severas.

A modo de síntesis, se presenta a continuación una ilustración con los principales aspectos vinculados en ambos grupos como los más positivos y los más negativos de la campaña (Ilustración Focus Group 18).



Ilustración Focus Group 18. Síntesis de aspectos valorados como positivos y negativos de Mentalizate.

Evaluación de resultados

La primera conclusión que se puede extraer a partir del cruzamiento de la información de ambos grupos es que la cercanía con experiencias de enfermedad mental, si bien favorece la empatía, no es un factor determinante en el modo en que se recibe la campaña de Mentalizate. Aunque en el grupo de adultos existe un sector que logra empatizar con lo que ve, aparece otro que no consigue hacerlo, ya que percibe las enfermedades que se le muestran como lejanas a su realidad. Esto permite extraer que, incluso entre las personas que han vivido de cerca experiencias que involucran la salud mental, existen distintos parámetros en cuanto a qué se considera normal dentro de las enfermedades mentales y qué no. Así, se puede ver que este grupo siente empatía por enfermedades como la depresión y la ansiedad (ya que seguramente sean con las que tienen experiencia), pero no tanto con otras como la esquizofrenia. Del mismo modo, el grupo que sí logra conectar con los protagonistas refleja estar motivado por experiencias con enfermedades severas.

Dado lo anterior, no resulta extraño encontrar que en el grupo de los adolescentes la distancia que se genera con el tema sea mayor, ya que, además de que las enfermedades a las que percibe que apunta la campaña no les resultan cercanas, se suma la diferencia de edad entre ellos y los protagonistas. El hecho de que no

aparezcan adolescentes en el spot genera una notoria distancia con el tema, en comparación con el otro grupo.

Por otra parte, también resulta relevante destacar una evidente falta de información, ya que la visualización de las piezas conduce a errores conceptuales, como el hecho de que identifiquen el Síndrome de Down como una enfermedad mental. Lo mismo sucede con el tema de suicidio, ya que, al encontrarse con personajes adultos, uno de los participantes comenta que cuanto mayor es la edad, más suicidios se producen, y luego de esto ninguno de los participantes vuelve a referirse al tema. Este es uno de los puntos más llamativos de la información obtenida, ya que, precisamente, uno de los motivos por los que se decidió llevar a cabo un grupo con adolescentes fue el creciente número de suicidios en esa franja etaria. Esto da cuenta de una necesidad de información por parte de los adolescentes y, ante todo, de incentivos para hablar sobre un tema normalmente silenciado.

Un hallazgo que también resulta fundamental es el de la aparente asociación que realizan los adolescentes entre inclusión e imposibilidad de acción: esto permite inferir que uno de los motivos por los que estos participantes no logran conectar con el tema de la campaña es porque creen que no hay nada por hacer para mejorar esa realidad. La inclusión sería, en este sentido, un sinónimo de resignación para ellos, ante una realidad inalterable: como no hay nada por hacer, solo queda incluir.

Otro aspecto relevante es la necesidad expresada por los integrantes de ambos grupos de sentir a los personajes como iguales para lograr que en mensaje los impacte. De hecho, el sector del grupo de adultos que alcanza esa conexión refiere a ello del siguiente modo: “Ya ves que son iguales a nosotros, con las mismas emociones”. Del mismo modo, los adolescentes alegan que si les hubiesen mostrado a alguien “igual a ellos” (en cuanto a edad) hubiesen logrado identificarse. El tema de la normalidad es recurrente en el transcurso de ambos grupos y se puede percibir que está estrechamente vinculado a la proximidad de estas personas con esas realidades. Así, aparecen determinados conceptos en cada uno de los grupos que dan cuenta de esa idea de distancia. Por ejemplo, los adolescentes refieren al concepto “inclusión” como una realidad distante, mientras que en el grupo de adultos sucede lo mismo cuando aparece el concepto de “acompañantes” (en el spot se hace referencia a personas que tienen acompañantes).

En línea con lo anterior, se debe destacar también un punto en común entre las asociaciones erróneas que se dan en cada grupo. Así como los adolescentes, al visualizar el *banner*, lo vinculan con el Síndrome de Down, en el grupo de adultos surge una asociación con la Teletón. Más allá de que los motivos que los hayan llevado a esas conclusiones sean diferentes, es importante resaltar la referencia que, en ambos casos, se hace a la discapacidad, que en el caso de los adolescentes aumenta notoriamente la distancia con el tema.

Por otra parte, además de las conexiones fallidas que realizan los adolescentes, también logran establecer un vínculo con una enfermedad mental, que es el autismo. Sin embargo, finalmente vuelven a colocarla en un lugar distante.

En cuanto a la selección de los protagonistas del spot, un punto que se destaca en ambos grupos es la valoración positiva del hecho de que las propias personas que sufren el estigma sean las que tienen voz. No obstante, el hecho de que lo que dicen esté guionado hace que los adolescentes perciban el discurso como poco natural. Esto deja en evidencia una necesidad de que no solo se le de voz a los personajes, sino de que sea una voz auténtica. Además, estos participantes perciben una diferencia en la forma de hablar de algunos de los testimonios, lo que los lleva a categorizar en los grupos distintos, donde manejan dos opciones: algunas personas con enfermedades mentales y otras que trabajan en la salud; o bien, personas con depresión y trastornos leves y otras con enfermedades mentales más graves. Es decir, vuelven una vez más a marcar lo que consideran como más próximo de lo que les resulta distante y tendente a lo anormal. Este es un aspecto relevante dado que, precisamente, la intención de mezclar técnicos con familiares y usuarios fue que no se generan distinciones y, en este caso, esto parece haberlas acentuado.

Del mismo modo, a pesar de que los participantes de los dos grupos valoran positivamente el hecho de que los usuarios sean quienes hablan, no sucede lo mismo con el modo en que se los muestra. En este sentido, es importante la identificación que hacen acerca de una incongruencia entre lo que se dice y cómo se muestra. Por un lado, los adolescentes la encuentran en el hecho de que los protagonistas digan que pueden realizar las mismas actividades que todas las personas, pero se los muestra en un rol pasivo, sentados, y sin realizar otra acción más que hablar a cámara.

Por otro lado, en el grupo de adultos esta inconsistencia se encuentra también el que los protagonistas piden que no se los aíslen, pero se los muestra solos, sin interactuar con otros personajes. Esto es sumamente relevante, ya que un mensaje potente puede perder todo su valor si no se evidencia con lo que se muestra. Además, es importante destacar en este punto que los participantes, cuando plantean mostrarlos en actividades de la vida cotidiana, vuelven a referir a la idea de normalidad. En este sentido, se puede suponer que esas diferencias percibidas en el habla de los protagonistas, que contribuyeron a generar una distancia, podrían haber sido aplacadas si se hubiese mostrado a las personas en acción, ya que la atención ya no estaría focalizada en cómo hablan, sino también en lo que hacen.

A pesar de las diferencias que surgen entre las opiniones de los participantes de ambos grupos, debe destacarse que, finalmente, a la hora de evaluar qué aspecto del tema de salud mental mostrarían, todos coinciden en que agregarían una referencia a trastornos más frecuentes, como depresión y ansiedad, pero no quitarían a las enfermedades mentales severas. Esto da cuenta de una apertura por parte de los

participantes, que lleva, a su vez, a una última conclusión. Cuando a los participantes se les presenta en un principio el tema de la campaña, en ambos grupos se manifiesta una proximidad en algún punto con el tema. De hecho, en el grupo de adolescentes se plantea como un tema “de todos”. Por otra parte, en cuanto al grupo de adultos, si bien algunos lo asocian con enfermedades más leves y otros con enfermedades más severas, todos colocan al tema de salud mental como cercano a ellos. La distancia se genera con la visualización del *banner*, en primera instancia y luego se intensifica (sobre todo en el grupo de adolescentes) con la visualización del spot. Este es un aspecto que debe considerarse especialmente, ya que se puede extraer que, finalmente, solo una pequeña porción de las personas que reciben el mensaje se siente identificada con lo que ve; a la mayoría, el estímulo de la campaña las aleja, en lugar de acortar la distancia, que es el efecto buscado. En este sentido, se presenta el desafío de encontrar un nuevo modo de contar, que contemple aquellos puntos de cercanía con los distintos públicos, para generar empatía y que, de esa forma, el mensaje sea recibido con mayor éxito por toda la población.

3.4 Conclusiones

Una primera conclusión de este capítulo se puede extraer cuando se observa la perspectiva de la Federación Caminantes y se contrasta con el modo empleado para comunicar el mensaje que buscan transmitir. Se trata del vínculo, ya mencionado, entre el “qué y el “cómo”. Los resultados obtenidos a partir de los grupos de discusión dejan ver que muchas de las intenciones de la campaña acaban por generar un efecto inverso en algunos públicos. En este sentido, resulta fundamental destacar el contraste entre las percepciones generadas en el grupo de adultos y el de adolescentes. Se puede ver que en el primero la proximidad ejerce su influencia en cierto sector, que demuestra una mayor sensibilidad ante los estímulos recibidos por las piezas de la campaña, ya que viven los problemas de salud mental de cerca. Si esto se vincula con los miembros de Caminantes, se podría decir que la mirada de ese sector del grupo de discusión es muy similar a la de los primeros. Los integrantes de la federación, sin dudas, no hubiesen considerado a los trastornos mentales severos ni utilizarían expresiones como “esquizofrénico” de un modo despectivo.

¿Qué se puede inferir a partir de esto? Que el mensaje parece estar enfocado en personas con las mismas experiencias y el mismo modo de ver la realidad que tienen los integrantes de la Federación Caminantes. Esto se convierte en un problema cuando el público objetivo pasa a ser toda la población uruguaya o, por ejemplo, un grupo puntualmente alejado del tema, como los adolescentes. Al traducir el tema a un público más amplio, aparecen otras perspectivas, como la del segundo sector del grupo de adultos, que considera normales las enfermedades mentales hasta cierto punto, e incluso interpretaciones muy alejadas, como la que surgió en el grupo de adolescentes, con relación al Síndrome de Down. Parecería que, para generar empatía en estos grupos, es preciso encontrar otro enfoque que abarque todas estas visiones, no solo las de las personas más próximas al tema.

En este sentido, otro punto importante tiene relación con las incongruencias detectadas por los integrantes de ambos grupos entre el discurso que se presenta y las acciones que lo acompañan. Aquí entran en juego dos conceptos fundamentales: la naturalidad y la credibilidad. A pesar de que la Guía de Consejos presentada por los protagonistas se basa en la inclusión y la igualdad, el discurso parece anularse para los espectadores cuando se encuentran con que aquello que se les dice no se evidencia en lo que los personajes hacen. Esto se puede vincular, una vez más, con un enfoque que, por ser elaborado por personas muy próximas al tema, sobrentiende ideas que no necesariamente son evidentes para el resto de la población. Un miembro de Caminantes sabe que una persona con una enfermedad mental bien tratada puede hacer todo lo que enuncia la guía de consejos y mucho más; los adolescentes del grupo de discusión, o incluso algunos adultos, quizá necesiten verlo para comprobarlo.

Por otra parte, en cuanto a la segunda variable estudiada (la edad), se puede ver que a la hora de comunicar este tema a los adolescentes el desafío es aún mayor. En este sentido, la calidad de la información y el modo en que esta se lleve a ellos deben ser especialmente cuidados a la hora de acercarse a este público. De otro modo, se podrían producir graves equívocos, como los ya mencionados. No obstante, es necesario destacar que, en el grupo de adolescentes, si bien se notó mayor desinformación que en el de adultos, en ningún momento aparecieron referencias estigmatizantes como las que sí surgieron en una porción del grupo de adultos. En todo momento se pudo percibir un intento por parte de los adolescentes de encontrar las palabras adecuadas para referirse a las personas de spot. Esto permite inferir que, aunque no se logró establecer una conexión con el contenido del spot en sí, existe en los adolescentes una sensibilidad desarrollada con respecto al tema. Este es un punto relevante para tener en cuenta en la elaboración de la campaña que se llevará a cabo a partir de esta investigación.

Con respecto a este público joven, un punto clave será el abordaje de la campaña que se lanzará en el mes de octubre, cuyo foco, como ya se dijo, estará en la salud mental en la infancia y la adolescencia. Será necesario evaluar si algunos puntos de los aquí mencionados se cumplieron, para enfocarse en aquellos que aún haga falta modificar para lograr una comunicación más efectiva.

Resulta primordial comprender que, para despertar un sentimiento de empatía en el público, debe realizarse un proceso a la inversa: en lugar de pretender que el mensaje, sin más, genere empatía indistintamente, quienes están detrás de la campaña deben ser los que se pongan primero en el lugar de la audiencia, para lograr así un mensaje que la remueva tanto como lo hace con los miembros de Caminantes. De otro modo, por más que el mensaje en su génesis sea potente y, sobre todo, auténtico, es probable que solo sea bien recibido por una pequeña parte de la población.

Por último, se debe destacar el potencial no explotado que posee Caminantes desde la perspectiva de la comunicación. En primer lugar, su condición de asociación familiares de personas con enfermedades mentales le aporta una legitimidad y un sentido de autenticidad que no todos los actores poseen. Por otro lado, su lucha activa en favor de la aprobación de la nueva ley de salud mental y su trabajo constante por lograr condiciones más dignas para estas personas la colocan como un agente que no solo dice, sino que hace. En este sentido, reforzar su identidad resultaría muy provechoso para aumentar su visibilidad en el escenario público. El hecho de que la federación esté ganando lugar a través de distintos medios de comunicación deja en evidencia el beneficio que generaría, por ejemplo, el poseer un logotipo que permita que le permita distinguirse más allá de su nombre.

Conclusiones finales

A partir de este trabajo de investigación queda constatada, en primer lugar, una tendencia mundial a mirar de un modo diferente la salud y la enfermedad mental. En este sentido, se puede identificar como primer gran paso el reconocimiento de estos temas desde una perspectiva social: ese momento enmarcado dentro del siglo XX en el que la salud mental pasa de ser un tema ajeno a ser un tema de todos constituye un avance esencial para abordarlo de un modo eficaz.

Desde el instante en el que la salud mental se entiende en relación con la sociedad, la comunicación adquiere un rol fundamental. A lo largo de la investigación se pudo comprobar la enorme influencia que han ejercido y hoy ejercen los medios de comunicación en el tema, aunque no en todos los casos el resultado es feliz. Los mismos medios que han sido claves para llevar a ojos de la opinión pública la realidad decadente de la salud mental en Uruguay, otras veces se convierten en obstáculos, a través de titulares que estigmatizan y personajes que reproducen una y otra vez la idea de que la locura equivale a peligro. En este sentido, la comunicación se convierte en un arma de doble filo y la conciencia y responsabilidad de quienes comunican se vuelve esencial.

¿Están los uruguayos preparados para el cambio de paradigma que propone la nueva Ley de Salud Mental? La respuesta a esta interrogante, que se convirtió en una de las impulsoras de esta investigación, fue completada gracias a los grupos de discusión llevados a cabo. Aquí se pudo descubrir que, si bien el estigma aparece reflejado en la visión que se tiene con respecto a la salud mental, esto se vincula más a falta de información o desconocimiento que a falta de sensibilidad. En este sentido, se pudo identificar a personas que, aunque aún no estarían preparadas para el cambio, sí están abiertas y predispuestas a recibir influencias que las ayuden a lograr ese cambio de mirada. Fue posible ver que el problema no radica en la falta de empatía, sino en el no haber conectado aún con aquello que puede despertarla en la mayoría de la población.

En este sentido, resulta crucial el hallazgo con respecto al grupo de adolescentes, en cuanto a la falta de empatía vinculada con un concepto de inclusión como realidad inalterable. Se pudo ver que este público joven, al conectar el tema de salud mental con un tema de inclusión, inmediatamente sentía distancia con el tema. Al profundizar, se pudo inferir que el trasfondo de esa reacción se vincula con la percepción del problema de las enfermedades mentales como realidades inalterables. Es decir, lo que aleja a los adolescentes del tema parecería ser, en parte, la idea de que se trata de una realidad en la que no hay nada por hacer (y en la que ellos no tienen nada para aportar). Este es un punto interesante para tener en cuenta en la campaña que se llevará a cabo. Quizá la solución se dirija en el sentido de mostrar que sí hay algo por hacer.

¿Y qué otros mecanismos permitirían activar la empatía? El análisis de contenido de campañas contra el estigma, en contraste con los resultados obtenidos en los grupos de discusión, ha aportado indicios de las características de ese estilo de comunicación buscado. Se puede ver que aquello que predomina en las campañas internacionales es lo mismo que los participantes del grupo de discusión han reclamado: protagonistas que tengan voz, y no cualquier voz, sino una que sea auténtica; protagonistas que no solo digan lo que pueden hacer, sino que lo demuestren; protagonistas que aparezcan en su vida cotidiana y en interacción con otros, en lugar de en estudios de grabación hablando solos. En resumen, piden una imagen que les demuestre que la enfermedad mental no es sinónimo de anormalidad.

Esto no debería resultar difícil en un contexto en el que los problemas de salud mental se extienden cada vez más. Si 1 de cada 4 personas padecerá una enfermedad mental en algún momento de su vida, significa que, eventualmente, todas las personas deberán enfrentarse a esta realidad, ya sea por experiencia propia o de un ser querido. Aquí es preciso citar el final *Estigma*, en el que Goffman concluye que esta construcción social implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos (los estigmatizados y los “normales”), como un penetrante proceso de los roles en el que cada individuo participa de ambos, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de la vida. Y acaba: “El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas” (171). A partir de esta idea, el hablar de normalidad y anormalidad comienza a perder sentido.

De las campañas de Salud Mental Sin Prejuicios se debe destacar su búsqueda de un enfoque positivo. Sin embargo, resulta necesario atender a los aspectos antes mencionados para que la recepción buscada no sea de unos pocos. La identidad de Caminantes y los objetivos que persigue la convierten en un cliente ideal para desarrollar el plan de comunicación que se llevará a cabo. El enfoque planteado en los párrafos anteriores se corresponde con la idea que la federación busca transmitir. El mensaje es auténtico; solo hace falta dar el paso hacia una comunicación que genere en sus receptores lo mismo que genera en quienes emiten el mensaje.

También es relevante retomar la idea de la necesidad de actuar sobre el estigma en salud mental no solo para lograr la aceptación de las personas que cursan enfermedades de esta índole, sino para desarrollar mecanismos de prevención. Como se vio, el hecho de que muchas personas no acudan a tratarse a tiempo se debe precisamente al temor a ser rechazados. En este sentido, fomentar una comunicación abierta sobre estos temas constituye el primer paso para dar lugar a mecanismos de prevención efectivos. Aquí es fundamental no perder de vista a los más jóvenes, en los que se puede percibir una necesidad de mayor información y, a su vez, una gran apertura para recibirla.

Por último, resulta indispensable no descuidar, a la hora de enfrentarse al desafío de comunicar este tema, lo que refiere a las voces de las personas con enfermedades

mentales. Ante la idea, perpetuada en el imaginario colectivo (y que aún hoy se mantiene, como se pudo ver, incluso desde los profesionales de la salud), de la voz de estas personas como una voz que no debe ser tenida en cuenta, deberá cuidarse especialmente el modo en el que se presentará a los testimonios que se presenten. El desafío estará en mostrarlos como voces que sí vale la pena escuchar.

En resumen, parecería que, para lograr un cambio de mirada en salud mental, parece necesario invertir la perspectiva. Mostrar desde lo natural, lo cotidiano, lo que se tiene en común; en síntesis, mostrar desde lo humano. Si el estigma nace de la diferencia, un cambio de mirada implica comenzar a mirar desde lo igual. Si esto se logra, ya será necesario pedir a las personas que no estigmatizan; simplemente, el estigma perderá su razón de ser, porque ya no se tratará de “normales” y “estigmatizados”, sino de personas. Así, la empatía debería estar garantizada.

Bibliografía

Libros

- Amat, E. y Cabanyes, J. (2010). La relación terapéutica. Reflexiones acerca del paciente, el terapeuta y la familia. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (161-170). Pamplona: Eunsa.
- Cabanyes, J. y Melián, A. (2010). Salud Mental. Orientaciones para el equilibrio psíquico. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (111-125). Pamplona: Eunsa.
- Durkheim, E. (1992). *El suicidio*. Madrid: Ediciones Akal.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Fondo de cultura económica.
- Goffman, E. (2012). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mediano, M. (2010). Trastornos de ansiedad. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (275-295). Pamplona: Eunsa.
- Nos, E. (2007). *Lenguaje publicitario y discursos solidarios: eficacia publicitaria, ¿eficacia cultural?* Barcelona: Icaria.
- Seva, A. (2010). La enfermedad mental. Concepto y tipos de trastornos. En Cabanyes, J. y Monge, M., *La salud mental y sus cuidados* (149-160). Pamplona: Eunsa.

Artículos de revista electrónica

- Mendoza, C. (2009). Sociología y salud mental. Una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38 (3), 555-573.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura. Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 29(1): 143-148.
- Visa-Barbosa, M. (2011). Claves del éxito del personaje del psicópata como protagonista del cine. En *Revista de Comunicación Vivat Academia*. 14(116): 40-51.

Artículos de publicación diaria

- Achugar, H. (2018). No somos noticia. No podemos hacer ni huelga ni paros. En *La Diaria*. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2018/6/no-somos-noticia-nopodemos-hacer-ni-huelga-ni-paros/> (20 de setiembre de 2018).

Bello, C. (2018). Uruguay, un "punto rojo" en el mapa de la salud mental. En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/uruguay-un-punto-rojo-en-elmapa-de-la-salud-mental-2018118500> (20 de febrero de 2018).

Bello, C. (2017b). Sólo ocho personas con trastornos mentales consiguieron trabajo estatal en seis años. En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/solo-ocho-personas-con-trastornos-mentalesconsiguieron-trabajo-estatal-en-seis-anos-2017514500> (20 de setiembre de 2018).

De Benoist, A. (2017). La « pensée unique ». En *La Nef*. Recuperado de <http://lanef.net/2017/11/25/la-pensee-unique/> (21 de setiembre de 2018).

El doloroso impacto de la depresión (2016). En *El País* (Uruguay). Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/vida-actual/doloroso-impacto-depresion.html> (12 de abril de 2018).

González, B. y Rego, E. (2006). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. *Instituto de la Juventud*. Recuperado de http://www.injuve.es/sites/default/files/salud_mental_de_la_juventud.pdf (15 de julio de 2018).

Murió paciente atacado por perros en Colonia Etchepare: "Se lo comieron vivo". En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/murió-pacienteatacado-por-perros-en-colonia-etchepare-se-lo-comieron-vivo--201532612460> (21 de setiembre de 2018).

OMS. (1972). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS (Organización Mundial de la Salud). Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf (18 de mayo de 2018).

Registran una leve caída en la cantidad de suicidios en el último año (2018). En *Subrayado*. Recuperado de <https://www.subrayado.com.uy/registran-una-leve-caida-la-cantidad-suicidios-el-ultimo-ano-n509232> (22 de agosto de 2018).

Sartori y Prato (2018). Salud Pública impulsa medidas para bajar los suicidios, pero advierte que "tardan" en concretarse y reclama la acción de otros sectores. En *Búsqueda*. Recuperado de <https://www.búsqueda.com.uy/nota/salud-pública-impulsa-medidas-para-bajar-los-suicidios-pero-advierte-que-tardan-en-concretarse> (22 de agosto de 2018).

Sin recursos en esta Rendición de Cuentas, no se sabe cómo se aplicará la Ley de Salud Mental. (2018). En *La Diaria*. Recuperado de <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/7/sin-recursos-en-esta-rendicion-de-cuentas-no-se-sabe-como-se-aplicara-la-ley-de-salud-mental/> (12 de agosto de 2018).

Suicidios: creció cifra en menores de 19 (2018). En *El País* (Uruguay). Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/suicidios-crecio-cifra-menores.html> (25 de agosto de 2018).

Supervielle, P. (2017). La ansiedad: un gran problema de esta generación. En *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/la-ansiedad-un-gran-problema-de-esta-generacion-20171112500> (15 de julio de 2018).

Tuchin, F. (2017). Derribar estereotipos: menos del 3% de las personas con esquizofrenia comete actos violentos. En *La Nación*. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/2043409-derribar-estereotipos-las-personas-con-esquizofrenia-contra-el-estigma-de-la-violencia> (20 de setiembre de 2018).

1 de cada 4 uruguayos padece algún trastorno mental (2016). En *Subrayado*. Recuperado de <https://www.subrayado.com.uy/1-cada-4-uruguayos-padece-algun-trastorno-mental-n60569> (22 de marzo de 2018).

Sitios web

Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Recuperado de <http://www.asse.com.uy> (12 de mayo de 2018).

Centro Martínez Visca. Recuperado de centromartinezvisca.org.uy (20 de setiembre de 2018).

Ministerio de Salud Pública (MSP). Recuperado de <http://www.msp.gub.uy> (20 de setiembre de 2018).

Obertament. Recuperado de <https://obertament.org/es> (12 de abril de 2018).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de <http://www.who.int/es> (11 de abril de 2018).

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Recuperado de [spu.org.uy](http://www.spu.org.uy)

Vilardevoz. Recuperado de <http://www.vilardevoz.org> (20 de setiembre de 2018).

Otros

Materiales de circulación interna de la CHPP.

Anexos

Anexo 1. Ley N° 19529 | Ley de Salud Mental

CAPÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

(Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2

(Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.

Artículo 3

(Principios rectores).- Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

- A) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.
- B) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial,

administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.

- C) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- D) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
- E) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- F) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- G) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
- H) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
- I) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
- J) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.
- K) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3° y 4° de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

Artículo 4

(Principio de no discriminación).- En ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- A) Estatus político, económico, social o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- B) Solicitudes familiares o laborales.
- C) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- D) Orientación sexual e identidad de género.

- E) Mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.

Artículo 5

(Consumo problemático de sustancias psicoactivas).- El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

CAPÍTULO II - DERECHOS

Artículo 6

- (Derechos).- La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a:
- A) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.
 - B) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión.
 - C) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.
 - D) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
 - E) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
 - F) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.
 - G) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.
 - H) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.
 - I) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante.

- J) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.
- K) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.
- L) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.
- M) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que se crea en la presente ley.
- N) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.
- O) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales y recreativas.
- P) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.
- Q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un diagnóstico actual o pasado.
- R) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin el consentimiento informado.
- S) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.
- T) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

CAPÍTULO III - AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7

(Rectoría).- Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Artículo 8

(Plan Nacional de Salud Mental).- El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva.

Artículo 9

(Formación profesional).- El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental, así como para los equipos básicos de salud, en base a los mismos criterios.

Artículo 10

(Investigación).- Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.

CAPÍTULO IV - INTERINSTITUCIONALIDAD

Artículo 11

(Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

Artículo 12

(Capacitación e inserción laboral).- Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán:

- A) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona.
- B) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada.
- C) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares.
- D) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13

(Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

- A) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas y de la Comisión Honoraria pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre (MEVIR Doctor Alberto Gallinal Heber).
- B) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.
- C) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes con trastornos mentales. Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Artículo 14

(Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

CAPÍTULO V - ABORDAJE

Artículo 15

(Integralidad de las prestaciones).- Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 16

(Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Artículo 17

(Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Artículo 18

(Redes territoriales).- Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Artículo 19

(Equipos interdisciplinarios).- La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.

Artículo 20

(Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

Artículo 21

(Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

Artículo 22

(Dispositivos residenciales con apoyo).- Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

Artículo 23

(Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervenientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios

esperados y posibles riesgos de éste, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 27.

Artículo 24

(Hospitalización).- La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

Artículo 25

(Extensión de la cobertura).- La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

Artículo 26

(Modalidades de hospitalización).- Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

Artículo 27

(Requisitos previos).- Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- A) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.
- B) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 28

(Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervenientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29

(Deber de notificación).- El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos, las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.

Artículo 30

(Hospitalización involuntaria).- La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

- A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.
- B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

En la reglamentación de la presente ley, el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 31.

Artículo 31

(Formalidades para hospitalización involuntaria).- La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

A) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

B) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

C) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

(*)Notas:

Ver en esta norma, artículo: 32.

Artículo 32

(Carga de la notificación).- Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, la institución Nacional de Derechos Humanos y al Juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El Juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Artículo 33

(Hospitalización por orden judicial).- El Juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El Juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización, información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al Juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Artículo 34

(Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El Juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley N° 19.149, de 24 de octubre de 2013.

Artículo 35

(Notificación de hospitalización por orden judicial).- En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos.

Artículo 36

(Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

Artículo 37

(Desinstitucionalización).- Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Artículo 38

(Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.

El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.

CAPÍTULO VI - ÓRGANO DEL CONTRALOR

Artículo 39

(Creación).- Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 40

(Cometidos).- Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.
- B) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.
- C) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.

- D) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.
- E) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.
- F) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.
- G) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, actores involucrados en el proceso asistencial y de terceros.
- H) Requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes, ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.
- I) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.
- J) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
- K) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.
- L) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.
- M) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

Artículo 41

(Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimientos, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá.
- B) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.
- C) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.
- D) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.
- E) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.
- F) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.
- G) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 42

(Descentralización).- Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.

Artículo 43

(Duración del mandato).- La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de tres años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. Sin perjuicio de ello, la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento.

Artículo 44

(Quórum).- Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de siete de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

Artículo 45

(Competencia del Presidente).- Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Presidir las sesiones de la Comisión.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos ocho de los miembros de la Comisión.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

Artículo 46

(Protección especial). Encomiéndase especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N° 18.446, de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

CAPÍTULO VII - DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN

Artículo 47

Derógase la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

Artículo 48

Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente:

- A) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.

- B) La remisión efectuada por el literal B) del artículo 35, del Decreto-
Ley N° 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal),
debe entenderse realizada a la presente ley.
- C) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de
15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de
la presente ley.

TABARÉ VÁZQUEZ - EDUARDO BONOMI - RODOLFO NIN NOVOA - DANILO ASTORI - JORGE MENÉNDEZ - MARÍA JULIA MUÑOZ - VÍCTOR ROSSI - CAROLINA COSSE - ERNESTO MURRO - CRISTINA LUSTEMBERG - TABARÉ AGUERRE - LILIAM KECHICHIAN - ENEIDA de LEÓN - MARINA ARISMENDI

Anexo 2. Entrevista a Horacio Porciúncula | Asesor del Programa de Salud Mental del MSP, ex director del área de Salud Mental de ASSE y ex director del Hospital Vilardebó.

Fecha: 13/08/2018

P: Cuando observamos en Plan de Salud Mental del Ministerio de 1986 ya se comienza a hablar de una mirada integral. Sin embargo, es recién hoy que este cambio se empieza a dar efectivamente. ¿Cómo fue el camino transitado para llegar a la realidad actual? ¿Por qué se dio hoy y no por esos años?

R: Muy buena pregunta, eso me permite contar brevemente cómo fue la historia de la salud mental en Uruguay. Uno podría empezar esta historia allá por el año 1840-1850 y pico, cuando el único hospital que había era el Hospital Maciel, que en aquel momento se llamaba el Hospital de Caridad. Se decide en algún momento de ese proceso sacar a las personas con alteraciones mentales y ponerlas lejos de la ciudad y esto va a marcar la historia de la salud mental, donde la locura es puesta lejos. Y allí los llevan a la quinta de Don Teodoro Vilardebó, que no es el Hospital Vialrdebó, pero es en las proximidades, que queda muy lejos de la ciudad.

En el año 1880 se inaugura el Hospital Vilardebó y en ese momento quedaba muy fuera de la ciudad, la ciudad terminaba por ahí por la puerta de la Ciudadela por una parte y hasta 8 de Octubre, el Hospital Pasteur por la otra, entonces era: la locura lejos. La otra inauguración es en el año 1912, las colonias: la locura más lejos todavía y escondida. Cuando hablo de locura estoy hablando de esas personas que padecían una alteración mental que era difícil de comprender por otras personas. Ahí hago dos comentarios, entre 1880 y 1912 (pasan 32 años y se generan las colonias) no había psiquiatras en Uruguay. Por lo tanto, la salud mental no era atendida por personas con especialidad, porque la Cátedra de Psiquiatría es de por ahí, de 1912. Había hospital psiquiátrico, pacientes psiquiátricos, pero no había profesionales específicos de la psiquiatría y tampoco había medicamentos. Porque el primer medicamento efectivo es del año 1950, 70 años después de que había hospitales, o sea que la política era la separación, alejar, y la reclusión y el tiempo, un tiempo sin final. Ahí se daban un montón de situaciones complicadas, donde los pacientes se morían muchas veces por patologías orgánicas y eran pocamente vistos.

Todo esto para tener un marco de que venimos de aquello de la lejanía y la reclusión. Es más, Pinel en Francia rompiendo las cadenas, es una excelente pintura al respecto que muestra cómo los pacientes psiquiátricos en aquel momento en Francia eran pensados como personas poseídas por el demonio. Estos conceptos básicos parecen tan lejanos en el tiempo, pero también están incluidos en nuestro inconsciente. Entonces, la locura genera temor, temor a lo desconocido.

Pero me salteo un montón de capítulos en esta historia para entrar directamente con lo que tiene que ver con esto de la ley. En el año 1985, termina la dictadura y ahí se

genera el Plan Nacional de Salud Mental. Ciento cincuenta y pico de instituciones elaboran un plan de salud mental que durante 10 años prácticamente no tuvo ninguna acción: está el plan, pero no hay ninguna acción. En el año 1995 se produce una serie de hechos, donde la repercusión pública tiene muy fuerte incidencia, que es una serie de muertes que se producen en el Hospital Musto, donde hay una interpelación al ministro del momento, que era el Dr. Solari, y ahí se genera una situación muy crítica, hay una mirada también de una comisión de Derechos Humanos de Estados Unidos, que también hace un informe muy lapidario, hablando de la necesidad de generar cambios en la salud mental, que básicamente era una atención hospitalaria. El Vilardebó y el Musto eran los centros: en Vilardebó como centro de referencia nacional y el Musto como centro de atención de pacientes psiquiátricos, más o menos el mismo camino.

Ahí, el ministro Solari decide el cierre del Hospital Musto, que genera toda una commoción, y nos propone en aquel momento, con los ahorros que se generan con el Hospital Musto, que eran aproximadamente un millón de dólares, generar una atención que tuviera que ver con los comunitario. Y se crean los equipos comunitarios de salud mental dentro de ASSE, que hoy son 47 equipos en todo el país. Equipos multidisciplinarios, interdisciplinarios. Y aquí sucede algo muy interesante. El cierre del Musto y la construcción de los equipos de salud mental nos hace pensar que lo que teníamos que hacer era buscar que los pacientes con alteraciones mentales severas y persistentes, en aquel momento llamados pacientes con trastornos psicóticos, que no iban a tener la posibilidad de estar internados, deberían tener una atención en el domicilio o por lo menos cerca de la zona y evitar la internación o generar cosas que tuvieran que ver con eso. Lo impactante de esto fue que lejos de que la mayor parte de las personas que tenían trastornos psicóticos se atendieran en esos equipos, había una demanda por parte de la población que tenía que ver con cuadros depresivos o consumo de alcohol, con dificultades de aprendizaje de los niños y que rápidamente esa demanda insatisfecha, esa demanda ni siquiera muy consciente por parte de nosotros como autoridad, determinó que la mayor parte de esos equipos empezaran a atender otro tipo de población que hasta ese momento estaba sin atención. Y se generó en ese momento toda una red de atención dentro del ámbito público que va a generar también una gran diferencia en cuanto a lo que es la atención entre lo público y lo privado en el área de la salud mental. La ley va a recoger todas estas cosas y va a intentar de alguna manera solucionarlo.

Estábamos en el año 1995, cuando se empieza a producir este fenómeno, que dura de 1995 prácticamente sin mayores alteraciones significativas, esta fue una muy importante cosa, que terminó, entre otras, que se generaron algunas mejoras económicas para la gente que trabajaba en salud mental, con ese millón de dólares que decía al comienzo, y que posteriormente además se fueron sumado otros actores al tema de la salud mental como los funcionarios, los colegas del interior, psicólogos, asistentes sociales, etc., por lo cual, la inversión de aquel momento terminó siendo de 3 millones de dólares.

Y ahí empezaba una historia que tiene mucho que ver con la comunicación. En diarios de la época, hay un diario que ahora obviamente no existe más, que puso un titular que a mí me pareció excelente y lo he utilizado a lo largo de todos estos años y que tiene que ver con la comunicación: “Para curar a los de adentro, hay que educar a los de afuera”. Me pareció que era de tal verdad ese concepto, que vamos a ver ahora cuando hablemos de la ley que la capacitación, la divulgación va a tener un papel fundamental a partir de ahora en lo que tiene que ver con la protección de los derechos humanos de los pacientes.

A lo largo de los años, las colonias Santín Carlos Rossi y Etchepare, hoy llamadas CEREMOS, llegaron a tener, entre las colonias y el Hospital Vilardebó, alrededor del año 1950, aproximadamente 4.500 personas internadas. Hoy estamos hablando de 770 en CEREMOS y aproximadamente 330 en el Vilardebó. O sea que hay en internación en hospitales monovalentes y de larga estadía, aproximadamente 1.000 personas. La ley dice, y este es el primer concepto importante de la ley, que en el año 2025 estas estructuras no deberían existir más. Y aquí también tiene mucho que ver todo lo que tiene que ver con la comunicación, porque, para que estas personas no estén internadas hay que generar alternativas comunitarias. Y si al lado de tu casa ponen una casa que va a poner pacientes psiquiátricos, yo te quiero ver cuán fácil te resulta.

P: Precisamente, hablando de todas las medidas que están establecidas en la ley, ¿en qué medida se está llevado a cabo la su reglamentación?

R: La ley fue aprobada el año pasado. Se ha reglamentado parte de ella y el resto está en etapa de reglamentación. La reglamentación implica inexorablemente una participación de la mayor parte de los actores, porque reglamentar implica de alguna manera generar nuevas alternativas de funcionamiento, que modifican las reglas actuales del juego. El ministerio ha decidido que parte de la reglamentación que tiene que ver con el funcionamiento y los procesos asistenciales sea participativo.

Ahora hay dos buenas noticias, llegás en un buen momento en ese sentido. Una buena noticia es la que tiene que ver con haber comenzado con el plan de implementación de la ley en Maldonado. Para ASSE el país se divide en 4 regiones. La región Este, que implica Lavalleja, Rocha, Maldonado, Cerro Largo, consideramos en un estudio que venimos haciendo desde hace bastante tiempo que sería un lugar bien interesante para empezar a desarrollar el modelo y que se tome como experiencia. Allí hay un montón de cosas a favor, que tienen que ver con los lugares donde la red se va a asentar, la muy buena disposición y actitud por parte del director regional, que ha puesto también mucha energía para lograr estos objetivos y una serie de circunstancias bien interesantes que también nos fueron favorables, como por ejemplo que hace un par de años atrás había que remodelar lo que ellos llamaban el Pabellón Psiquiátrico, que era una especie de *hospitalito* de psiquiatría dentro del hospital de San Carlos.

Cuando fuimos allí, tomamos una decisión muy fuerte que fue la de cerrarlo definitivamente y abrir una casa de medio camino que se llama la Casa de San Carlos, que también es una experiencia bien interesante. Tan interesante, y esto también va a favor de la ley y de la difusión, que cuando abrimos la Casa de San Carlos, que queda al lado de la Terminal de ómnibus, era una vieja farmacia de ahí que se remodeló, que empezaron a convivir en comunidad como si fueran unos usuarios más, y que en principio generaron esa resistencia. Pero el destino quiso que hubiera aquel tornado que rompió bastante San Carlos y cuando quisimos acordar, los usuarios que estaban hace muchos años internados, ayudaban a los vecinos y los vecinos los ayudaban a ellos, a correr las ramas a pedir una manguera. Y una de las cosas re lindas que se dieron, fue que una usuaria, una señora que vive allí, dijo que se iba a hacer algo y le dijeron: “¿Pero a dónde vas?” y dijo: “No, voy a la peluquería a arreglarme el cabello”. Esto, que es tan sencillo, tan simple y que uno hace todos los días...uno dice que las personas que están largamente internadas no solo no se curan sino que adquieren una nueva enfermedad, que es el hospitalismo. Y el hospitalismo tiene algunos beneficios, que son el “cama-calor-cuidado”, pero quita toda la libertad. Usted cuando vino esta mañana para acá, decidió cómo se iba a vestir, cómo se iba a peinar, va a decidir a lo largo del día si va a mirar algún programa de televisión, va a escuchar radio, si se va a juntar con amigos, si va a comer lo que quiere comer. En estas instituciones todo eso no es posible, hay alguien que decide qué ropa se pone, si hay una televisión qué van a mirar, porque hay muchos, qué medicación tiene que tomar y a qué hora la va a tomar, sin que usted tenga participación, etc. Entonces, ese hecho tan sencillo, que alguien decida que va a ir a la peluquería, marcaba fuertemente uno de los espíritus de la ley que es la protección de los derechos humanos de las personas que están en situación de alteraciones mentales.

Y ahí también tiene mucho que ver esto de la comunicación, porque implica romper con un par de conceptos. El primer concepto tiene que ver con que el loco es peligroso. Entonces, como es peligroso, la gente le tiene miedo. Cuando era director del Vilardebó nosotros decíamos que las rejas que rodean el Vilardebó no funcionan para que los que están adentro no se escapen, en realidad funcionaba más para que los que están afuera no entren. Como que la comunidad quedaba del otro lado de las rejas, los pacientes quedaban encerrados allí y eso les daba la sensación de pseudotranquilidad. Y la historia marca que esto es un mito, porque hay mucho más peligro en la calle hoy por hoy que la que puedan generar los pacientes de salud mental. Son muchos más los pacientes de salud mental que son víctimas que los que son en realidad personas agresivas.

La historia empieza a cambiar un poco alrededor del año 2000 con la aparición del consumo de sustancias psicoactivas; esto cambia un poco los períodos de agudeza. Y me estoy metiendo ahora en lo que son los dispositivos de atención, que también cambian mucho. Porque si hablamos de que los hospitales se deben cerrar, entonces la pregunta que uno se hace es cómo va a ser la atención a partir de ahora. La primera cuestión es que el centro de la atención hoy tiene que ser el usuario, y el usuario en su comunidad. Para atenderlo en la comunidad se necesitan los equipos de salud mental,

pero son insuficientes, porque como decía, se sumaron los trastornos depresivos, se sumaron los cuadros de consumo de sustancias, se sumaron los trastornos vinculados al aprendizaje, los trastornos de conducta de otro tipo y los pacientes con alteraciones más graves y persistentes y otras cuestiones más.

La ley dice que la puerta de entrada al sistema es el equipo de salud de primer nivel, que implica todo un proceso de capacitación de estos técnicos de primer nivel, unido al equipo de salud mental de primer nivel. Voy a ejemplificar, supongamos que usted tiene un trastorno vinculado a una pérdida de energía, dificultades para conciliar el sueño, un llanto fácil, pocas ganas de vivir, siente que no puede encarar las tareas de la vida con la misma energía con la que lo hacía antes, es probable que usted pueda tener quizás el comienzo de un cuadro depresivo. Pero tal vez tenga un trastorno tiroideo o tal vez tenga una alteración en la absorción de sustancias a nivel de su tracto digestivo. Ya sea público o privado, en la mutualista, esté donde esté, usted va a ir a consultar al médico de medicina general. Entonces, ese médico de medicina general tiene que tener capacitación para poder discernir si en realidad usted tiene algún elemento depresivo.

Pero vamos a suponer que ese cuadro depresivo esté relacionado a una pérdida, falleció un familiar muy querido o la persona que usted tenía como pareja la abandonó, perdió el trabajo...y entonces usted dice que hace tres semanas que se está sintiendo así y obviamente llora por la pérdida, entonces el médico de primer nivel lo que normalmente hace es pasarla al psiquiatra. Pero no debería pasarla al psiquiatra, porque lo que le está pasando a usted es un evento vital que nos pasa a todos y que más vale que llore si perdió algo a que no lllore. Entonces, que eso pueda ser tratado por el médico de medicina general. Si esto que le esto contando es mucho más profundo, usted ya hace seis meses que no se puede levantar de la cama, tiene ganas de no vivir, ahí sí se asistirá desde el equipo de salud mental. Pero la primera cuestión es el abordaje en el primer nivel del equipo de médicos de primer nivel.

Vamos a suponer que ese mismo cuadro está asociado a un consumo de sustancias, vamos a necesitar de repente hacer una internación breve. Y el primer gran concepto es que, al no haber hospitales específicos, la internación debe ser en el hospital general. ¿Cuánto tiempo? El más breve posible. ¿De qué manera? Con su voluntad. Yo le voy a proponer, creo que con 5 o 6 días vamos a hacerle exámenes mejores, vamos a ayudarla a que usted pueda comenzar a suspender este consumo y ver cómo repercute en su organismo, vamos a introducir de repente algún tipo de tratamientos que usted seguirá veremos dónde, pero vamos a ponerle algún psicólogo que la vea...internación en hospital breve. Y que sea breve quiere decir el tiempo que sea necesario. Porque la ley en otro de sus artículos dice que aquello del límite de los 30 días no va más.

Y aquí la comunicación tiene un papel fundamental también, porque cuando me preguntan cómo va a hacer el ministerio para controlar que se cumpla esto de los 30 días, porque es muy difícil de controlar, si la población sabe que yo tengo derecho a

estar internado lo que necesite, el mismo usuario es el que va a controlar. ¿Por qué si una persona que tiene un infarto del miocardio puede quedarse 45-60 días, alguien que tuvo un traumatismo puede quedarse 80 días, alguien que tuvo un problema cardiorrespiratorio puede quedarse el tiempo que sea necesario?, ¿por qué un paciente con alteración mental no puede quedarse lo que sea necesario? Lo que sea necesario no quiere decir largo, quiere decir corto mientras esté en ese período de agudeza.

A veces algunos pacientes, pocos ellos, necesitan una estadía un poco más larga, pero no por razones sociales. Hoy la mayoría de las personas que tienen largas estadías es porque no tienen con quién vivir, porque no tienen soporte social, económico, vincular que los pueda ayudar y entonces se van quedando en los hospitales. Cuando yo le digo que el Hospital Vilardebó tiene aproximadamente 330 pacientes, le tengo que decir que una gran mayoría de ellos, más del 50%, están hoy internados no por una cuestión de agudeza, sino por otros factores, ya sea jurídicos, ya sea sociales, ya sea económicos, vinculares, etc.

Internación en hospital general. Esto tampoco es una cuestión sencilla e implica mucha capacitación y mucha educación, porque cada vez que quisimos abrir una sala de hospital general, lo que nos dicen es: "Pah, pero me vas a meter a los locos acá adentro, que son sucios, que en realidad son peligrosos, que no hacen caso". Y nosotros decimos que, cuando se interna a alguien por una razón orgánica en un hospital, la persona entra porque tiene un dolor, una afección y va para que lo ayuden, para que lo traten y cuando empieza a caminar se va. El paciente con alteraciones mentales, cuando ingresa, la mayor parte de ellos no quieren ni siquiera internarse, o vienen a internarse por razones que no solamente tienen que ver con la sensación de cura. Tampoco están en la cama porque no tienen impedimento físico, por lo tanto, son pacientes diferentes.

Cuando inauguramos una sala en un hospital, la gente a veces nos dice: "La sala quedó preciosa". Y después yo veo una sala que tiene en la pared la entrada de oxígeno, de los gases esenciales, que tiene un baño que se cierra por dentro, que tiene camas con baranda. Y yo digo, el paciente no necesita nada de eso. No necesita oxígeno, no necesita camas con baranda porque no se va a caer, no necesita baños que se cierran por dentro porque si se quiere hacer daño o quitarse la vida, le estoy dando todas las chances. El lugar donde se va a duchar no tiene que ser de tal magnitud que se pueda colgar de ahí, si se cuelga que se rompa, es otro el concepto. Que tenga visibilidad por parte de enfermería. Cambiar ese aspecto también implica todo un tema de difusión y comunicación interna y cultural. Este es el dispositivo de internación.

Hay dos situaciones de internación también, que son el hospital de día, que es un concepto bastante nuevo acá en Uruguay, que son personas que no están para estar todavía de alta, pero tampoco están para estar internados todo el día, que de repente sus familiares pueden hacerse cargo alguna parte del día. Esto implica desde el ingreso una rehabilitación, recuperar habilidades o generarlas. ¿Habilidades para qué? Para generar autonomía. Ese es el concepto básico de la rehabilitación. Y la cuarta

internación que nos quedaría sería la internación domiciliaria, que de esto sí hay experiencias en Uruguay, tanto públicas como privadas, que para determinado tipo de situaciones son muy efectivas. Esto tiene que ver con la internación.

Después hay otras alternativas comunitarias, que son las casas de medio camino. Hay personas que ya no tienen patología psiquiátrica aguda, pero necesitan períodos de recuperación más largos y cuidados. Entonces, las casas de medio camino cumplen esa función. Hoy por hoy hay unas cuantas, ASSE tiene 4, 2 en Montevideo y 2 en el interior, hay una privada que es Benito Menni, que es muy linda para ver que tiene todos los dispositivos, hay dos hogares también protegidos por el Patronato del Psicópata. Pero bueno, ese es el camino.

Pero yo dije que tenía dos buenas noticias, y dije una sola. La segunda es que en esta ley presupuestal, el viernes pasado incluyeron 50 millones para empezar a aplicar la ley, que hasta ahora estaba desfinanciada, no tenía un solo peso, y ahora empezó a tener esta cuestión.

P: ¿Cree que el sistema sanitario hoy está preparado para asumir estos cambios?

R: La transición de un modelo a otro implica muchas cosas. En una pasantía que hice por Italia hace unos años, viendo el cambio de modelo, los italianos decían una frase que también me parece muy trascendente que decía: la cuestión no está en cerrar, sino en abrir. Abrir alternativas que vayan direccionando a los usuarios hacia alternativas mucho más adecuadas, lo cual inexorablemente va a dejar a los otros sin mucho sentido. Esto genera enormes resistencias, desde todo punto de vista. Algunas que tienen que ver explícitamente, porque hay un montón de situaciones que aunque sean de alguna manera complejas generan beneficios, desde todo punto de vista. Estoy hablando de profesionales, los usuarios inclusive, que por lo general están acostumbrados a que van al hospital porque el hospital tiene medicamentos y esto no es tan así hoy por hoy. Pero está ese concepto.

Los recursos humanos, también. Trabajar en el hospital implica trabajar con muchos colegas, tener mucho más apoyo, tener algún tipo de facilidades en cuanto al manejo de los tiempos, los funcionarios cobraban más dentro del hospital. Afuera hay una demanda impresionante, que la gente no da abasto y en el hospital los equipos se acomodan un poco mejor. Romper toda esa estructura lleva mucho tiempo. Ahora la comunicación interna es fundamental y la capacitación. En ese sentido también tengo otra buena noticia. El ministro de Salud Pública, Jorge Basso, decidió para lo que es el curso de capacitación para los 70.000 funcionarios de la salud que en esta oportunidad los temas que se traten sean tres: el primer nivel de atención, calidad del primer nivel de atención y la salud mental. Y eso nos permitió también trabajar esos aspectos que tienen que ver con la comunicación, contra la discriminación, la detección de los intentos de autoeliminación de forma precoz, también la comunicación interna, el relacionamiento comunicacional entre las personas que trabajan en la salud.

P: ¿Considera que un cierre del Vilardebó y las colonias para el 2025 es viable hoy?

R: Este tema fue altamente discutido y había posturas muy radicales. Hay una declaración de la OMS que hablaba de cero hospitales psiquiátricos para el 2020 y mucha gente se planteaba esa posibilidad del 2020 como una alternativa posible. Se llegó a la alternativa del 2025 como una mediación en ese sentido. El haber puesto un plazo creo que en realidad tiene que ver con verlo como una acción obligatoria. Nos pone en el camino de que en el 2025 hay que cerrarlo y tenemos que pensar que en 2025 debe ser así. No es sencillo, sin duda que no es sencillo, pero hay que hacer los esfuerzos para que en 2025 estén cerrados. Después veremos, pero si hubiésemos puesto en forma indefinida, como nos pasó desde 1985, hubieran pasado 10 años sin que pasara nada. Hoy la gente exige que apuremos, que hagamos, y eso nos pone en la obligación de tener un objetivo y una meta y un mojón en el tiempo para lograr ese objetivo. Entonces, me parece muy bien, yo voy a hacer lo posible para que eso suceda, después veremos, pero hay una obligatoriedad y, como decíamos antes, la comunicación de esa fecha determina que la gente exija que en el 2025 se cierre. Algunos de una forma más impetuosa, otros de una forma más pasiva y otros con una resistencia feroz para que esto suceda. Pero en esa dialéctica iremos trabajando para lograr este objetivo.

P: Otro tema discutido sobre la ley es que se habla de que hay un sector de la población, los más pobres, a los que no se contempla completamente. ¿Se está pensando en implementar algún mecanismo para reducir esta brecha de asistencia?

R: Usted me lleva a otro tema que también está en la ley por suerte, que habla de la intersectorialidad. Pensar con acciones que cumplan con los objetivos de la ley desde el punto de vista de la salud solamente es imposible. Hace un ratito hablaba de que es imposible hablar de la salud mental sola, hay que incluir a la salud en general. Pero ahora estoy diciendo que ya no alcanza la salud, sino que tenemos que hablar de la intersectorialidad y ahí tenemos que hablar de toda la interinstitucionalidad, que implica un cambio cultural mucho más profundo. Porque nosotros hablamos de que los procesos de rehabilitación implican varios escalones para que la persona sea incluida en la sociedad. Desde los más profundos que tienen que ver con la reanimación, generar ánimo en la persona; el escalón segundo, que tiene que ver con la rehabilitación, la recuperación de habilidades o la generación de ellas; el escalón tercero que tiene que ver con la resocialización, encontrar un vínculo en la sociedad y la reinserción laboral. Vivienda, educación. MIDES, Ministerio del Interior, porque hemos tenido lamentablemente la experiencia de trabajar muchos años en sistema carcelario y allí hay para trabajar la recuperación y la inserción de esas personas en la sociedad y muchas de ellas tienen alteraciones que tienen que ver con la salud mental y el consumo de sustancias. Entonces, si no se trabaja ahí estamos en el horno. O sea, que pasa a ser la interinstitucionalidad una herramienta fundamental. Y ya hay un aspecto de la reglamentación que está en proceso de aprobación, que implica que el

gabinete social, en el cual está la interinstitucionalidad, también tenga un espacio para favorecer el tema de la ley.

Asociar salud mental con pobreza... no es así. En realidad, las afectaciones mentales afectan por igual a toda la población; se hacen mucho más evidentes cuando los recursos de esas personas son menores, y cuando el desconocimiento y la cultura es menor, y cuando los trastornos vinculados a lo que implican los procesos del aprendizaje están alterados por razones económicas o sociales. Si nosotros esperamos interactuar cuando el paciente ya está en la calle hace 5 años, revertir esa situación es muy complejo. Como cualquier enfermedad física, cuanto más pronto pueda intervenir, más chance tengo de revertir. Aunque sé, lo tengo claro, que hay un 5% aproximadamente que presenta patología mental severa y persistente que inexorablemente a lo largo del tiempo van a necesitar del Sistema de Cuidados. Y ahí también, desde el Sistema Nacional de Cuidados habría que buscar la forma de que también esta población pueda tener ese apoyo.

P: Dentro de los objetivos que tiene hoy el Ministerio de Salud Pública en salud mental, ¿cuáles son los mensajes prioritarios que comunicar?

R: Desde el Ministerio se ha pensado, primero, en la difusión de la ley. La gente sabe que hay una ley, pero todavía no sabe muy bien qué dice la ley, entonces hay puntos clave que tienen que ser difundidos. En el lanzamiento en Maldonado la semana pasada, la idea fue buscar la forma de difundir la ley a la población en general, involucrando diferentes tipos de actores. O sea que, si quiero difundir algo, tengo que difundir la ley. Pero difundir la ley es muy pesado. Entonces, buscamos difundir algunos aspectos que tienen que ver con derechos específicos: los 30 días ya es un derecho adquirido, otro derecho es que haya internaciones en los hospitales generales, y estimular eso porque tiene mucho que ver. Otra cuestión tiene que ver con difundir puntos clave de la ley. La ley implica que haya un Órgano de Contralor para la aplicación de la ley y ese órgano está integrado por diversos actores, que implican usuarios, familiares, sociedades científicas, el MSP, trabajadores...es un lugar que va a tener la obligatoriedad de difundir a la población los resultados del proceso de la ley. Ese es un aspecto de la difusión.

Otro aspecto de la comunicación, y que también está pronto de salir, es la autorización del espacio comunicacional que implica la Ley de Medios. Ahí, el ministro nos ha pedido que planteemos un tema y hemos pensado en el de consumo de sustancias, como factor promocional y preventivo, favoreciendo la comunicación intrafamiliar. No esa cuestión del hecho excepcional, del sermón de “juntémonos en la mesa a hablar”, porque no cambia nada, sino comunicarnos con nuestra familia para ver en qué andamos, qué hacemos. La comunicación es fundamental para tener elementos preventivos, sabiendo que todas las acciones disminuyen los efectos. Ninguna acción por sí sola modifica estructuralmente, pero la comunicación es fundamental.

Más comunicación, comunicándole a la sociedad lo que son los mitos, en los cuales la gente cree que las personas con alteraciones mentales tienen, mostrándole a la población que los que se enferman no son otros, sino que somos nosotros. Nosotros decimos con mucha frecuencia que 1 de cada 4 personas en este país va a sufrir a lo largo de la vida alguna alteración mental y si no soy yo va a ser un familiar mío. Entonces, ver que esto no es un problema de los locos, sino que es cercano. Y eso también lleva su tiempo, porque complica mucho ver que el problema es de uno. Y otro aspecto es el de romper los estigmas. Un estigma es que la gente siente que el que estuvo internado, y esta es otra de las frases que nosotros decimos con mucha frecuencia, que para la población hay tres o cuatro tipos de poblaciones que no tienen vuelta: los adictos son adictos para siempre, los locos son locos para toda la vida y las personas que están presas son presos para siempre. Entonces, muchas veces nosotros decimos que, cuando salgo del hospital, voy a salir con una etiqueta que dice "loco". Y entonces, cuando usted vaya a pedir trabajo, alguien va a decir en voz baja atrás: "No, no la tomen, que estuvo internada en el Vilardebó". Ese estigma hay que romperlo. Parece muy fácil en mi discurso, pero no lo es tanto.

A través de los años uno ha visto que los procesos de cambio se generan como por ciclos y que cuando las cosas tienen la repercusión pública es cuando se producen los movimientos. En el año 1985 lo de la dictadura, en el año 1995 las muertes en el Hospital Musto, ahora con todo esto de la ley, generan como la puesta en consideración de la gente, pero no hay ningún cambio que se sostenga si no hay un proceso de comunicación continuo. Si no, lo que tenemos son picos. Y a veces esos cambios se tienen que hacer de a poco, firmes, con buena base, sólidas, para sostenerlo con el tiempo y a veces con determinados tipos de temáticas: el intento de autoeliminación, en consumo de sustancias, los cuadros depresivos, el mundo funciona así.

Hace muchos años, cuando yo era director del Hospital Vilardebó, vivía permanentemente a lo largo de los días con la mala noticia. Porque la mala noticia sale fácilmente en los diarios: "Motín en el Vilardebó", "Ratas en el Vilardebó", "Falta de comida en el Vilardebó", "Incendio en el Vilardebó". Me acuerdo de que iba a un congreso en Cuba y había preparado una cosa preciosa contando todo lo bueno que veníamos haciendo en el hospital y justo se dio lo del motín que se escapan 17 pacientes de la sala jurídica, tuvo repercusión en la prensa y todo lo lindo que iba a contar se aguaba con eso, en el sentido de que la mala noticia fue más rápida. Y ahí unos dinamarqueses nos contaban que normalmente se produce en el área de la salud mental una mala noticia entre 3 y 6 meses. Y los dinamarqueses habían ideado un proyecto de difundir muy fuertemente las buenas noticias, no para evitar la mala noticia, sino para amortiguarla. Entonces, cada 2 meses había que largar una buena noticia, hacer algo que la población supiera que se estaban haciendo cosas.

Acá la mala noticia fueron los perros en las colonias, que me tocó vivirla en primer plano, lamentablemente. Y cuando se dio esa situación tan espantosa de la cual no voy a hablar mucho, le voy a decir que la prensa se hizo mucho eco en esto de los perros. Y la gente cuando se enteró de esto corrió a las colonias...a buscar los perros,

no las personas. No fue nadie a buscar una persona, y había caravanas de gente buscando los pobres perritos que no los fuéramos a matar. No matamos un solo perro, pero eso también me mostró que los que están abandonados realmente son las personas que están ahí. Después todos nos golpeamos el pecho hablando de los derechos humanos. Tienen razón, y hay que cambiarlo y por eso hay que cerrar ese tipo de instituciones. Pero la sociedad a veces es un tanto...somos un tanto hipócritas en ese sentido.

Anexo 3. Entrevista a Homero Peyrot | Miembro de la Federación Caminantes.

Fecha: 25 de febrero de 2018

P: ¿Cómo surge la Federación Caminantes?

R: Primero, hay una etapa en la cual nos formamos, pero no somos formalmente federación, sino que somos un plenario de asociaciones de familiares. Todo esto empieza en principio por las personas que se encuentran con la crisis de un familiar, de un hijo, generalmente la enfermedad se descubre o aparece en la adolescencia, hasta los 25 o 30 años más o menos, en promedio. Entonces, la persona se encuentra con un panorama, primero, de mucha angustia, con una serie de problemas que no conocía, que desconocía totalmente lo que era la enfermedad mental. Y algunos de nosotros tenemos la suerte, entre comillas, de que nos orienten hacia un grupo de rehabilitación.

Ahí es donde empezamos a trabajar, viendo que aparte de la rehabilitación y de las reuniones que tenemos con algunos familiares, empezamos a conocer los casos de las enfermedades o los trastornos más severos, como la esquizofrenia o los trastornos de la personalidad. Empezamos a ver: ¿qué va a pasar después de que nosotros, padres, faltemos? Y ahí empezamos a juntarnos y a formar una asociación. Entonces, como pasa en todos lados, la gente más inquieta comienza a buscar respuestas para los problemas que va encontrando a través de una organización. Y luego ve que, como los problemas son general, trata de juntar varias asociaciones. Así es como surge un plenario de asociaciones acá en Montevideo y después nos vamos juntando con otras asociaciones del interior y ahí es que se formó la federación. Es de asociaciones de familiares, no es una federación de personas individuales, sino de organizaciones de familiares en todo el país. La personalidad jurídica recién se registró en el año 2015, pero venimos trabajando desde 2004. Así es como surge, digamos.

P: ¿Cuál diría que es su principal objetivo como federación?

R: El principal objetivo de la federación es, en primer lugar, darle apoyo a las asociaciones de familiares de todo el país a que se organicen y darles apoyo en todo lo que necesiten, para que luego puedan ir caminando solos. De todas formas, al estar acá en Montevideo tenemos nosotros, en Consejo Federal, más facilidades para conectarnos con las autoridades y plantear los reclamos, ya sea ante ASSE o ante las mutualistas o ante el Ministerio o el Banco de Previsión Social, o incluso en el Parlamento, de los problemas que surgen y las propuestas que tenemos para resolver esos problemas o buscar por lo menos las soluciones.

P: En este momento, ¿de cuántos departamentos son las organizaciones que integran la federación?

R: Y, prácticamente de todo el país. Hay algunos departamentos que todavía no tienen, pero tenemos en Artigas, en Salto, en Paysandú, Colonia, Florida, Durazno, Treinta y Tres, Lavalleja, Rocha, Canelones, Maldonado, Tacuarembó, Cerro Largo y algunas que están organizándose, como en Rivera.

P: Ustedes como federación tuvieron gran influencia en la promulgación de la nueva ley de salud mental. ¿Cuándo y cómo comenzó esta iniciativa dentro de "Caminantes"?

R: La idea de la ley hace tiempo que está recorriendo las cabezas de toda la gente. La ley anterior era del año 1936 y con una filosofía totalmente distinta. Ya surge en los primeros artículos que es tratando de hacer valer los derechos humanos de todas las personas, especialmente de las que tienen trastornos mentales severos y persistentes. Nosotros en el año 2005, que ya estábamos funcionando como plenario de asociaciones acá en Montevideo, nos invitaron del Ministerio de Salud Pública a participar de una Comisión Asesora Técnica Permanente de Programa de Salud Mental. Y ahí empezamos a colaborar con una serie de trabajos en forma activa. Y yo fui nombrado presidente de esa comisión. O sea que venimos interviniendo en todos los temas de salud mental de ese momento.

Cuando hubo una iniciativa en el año 2009/2010 de hacer un proyecto de ley, que nosotros también intervinimos, quedó por el camino, en el Ministerio. Y en el año 2015 se volvió a retomar por parte del Ministerio la idea de redactar una nueva ley. Y tuvieron, para nosotros una muy buena idea, de convocar a hacer un borrador de la ley a todas las instituciones que tienen algo que ver con salud mental, aparte de los familiares, los usuarios, los psiquiatras, los psicólogos, asistentes sociales, enfermería, incluso los trabajadores de la salud, que no sé por qué, pero no participaron, pero en realidad de formaron seis grupos y cada uno fue tomando un tema. De ahí salió un borrador, después de discusiones y aprobaciones por mayoría, o sea que trabajando democráticamente. El borrador se le entregó al director del Programa de Salud Mental del Ministerio y luego el Ministerio elaboró el proyecto final que fue al Parlamento.

Nosotros ahí intervinimos también activamente en ese proceso y nos convocó mucho defender que saliera rápidamente, aunque sabíamos que había algunas discrepancias de algunos movimientos, pero teníamos temor de que en el Parlamento empezaran a hacer parches y otras cosas que desvirtuaran todo eso. Entonces participamos también en las comisiones de salud del Senado, de Diputados, tratando de que la ley saliera aprobada tal cual venía y no hubiera que demorar aún más, porque los trámites fueron muy lentos, de años, en definitiva. Entre que se elaboró el borrador, hasta que se promulgó la ley, empezamos en el 2015. Y, además, después de que se aprueba la ley se espera que se redacte una reglamentación de la ley para que pueda funcionar. Y después de eso viene el Plan de Acción del Ministerio, que todavía nosotros no lo conocemos, creo que se empezó a trabajar ahora, va lento.

P: Con respecto a esas discrepancias que se tienen con la ley, ¿qué puntos son los que consideran que se tienen que modificar?

R: Nunca una ley es completamente buena, es mejorable. Pero lo que nosotros pensamos es que, desde la partida de que la ley anterior es del año 36, hasta esta ley es un avance tremendo, especialmente por el tema de los Derechos Humanos. También el tema de las colonias de alienados, que se prevé el cierre, pero previamente va a haber que buscar una solución alternativa para poder hacerlo y todo eso lleva tiempo. Entonces, si eso se demora en discusiones que a veces acá demoran siglos, nosotros preferimos que se apruebe ahora la ley y después ir buscando todas las mejoras que sean posibles. Hay una cantidad de cosas que incluso están en la ley o están en los decretos y que no se están cumpliendo, desde ya y antes de la ley, eso lo vemos continuamente. Y a veces hay muy buena disposición de la gente, pero muchas veces hay cosas que no lo pueden resolver y a veces hay falta de medicamentos, otras veces hay colas que hay que ir de madrugada para sacar hora para determinados médicos. Y a veces hay cosas que llaman la atención por la falta de sensibilidad humana de la gente que interviene, entonces, hay muchas cosas que cambiar.

P: Y, precisamente, en lo que refiere a sensibilizar, su intervención desde la Federación también fue crucial para que se lanzara la campaña de salud mental. ¿Cómo fue el proceso de gestación de esta idea?

R: Nosotros siempre hemos tratado de que se lancaran campañas, principalmente desde el Ministerio de Salud Pública, por la parte de prevención. Hay mucha gente que no sabe que está afectada por un trastorno, como la depresión o el estrés o la angustia, o si lo saben no consultan. Y eso a la larga deviene en trastornos mayores, a veces en violencias en la familia o en el trabajo, y eso es posible prevenirlo por lo menos. Pero nunca hay recursos para eso.

La campaña del año pasado surgió por una iniciativa del Patronato del Psicópata -se llama así, por ley-, allí surgió esa idea, el Patronato financió toda la campaña, hicieron un llamado a unas agencias de publicidad y ahí nosotros intervinimos como familiares, porque también tenemos representación en la comisión del Patronato, pero también intervinieron otros, y ahí salió la idea de hacer una campaña contra el estigma.

P: ¿Entonces la financió el Patronato porque en el Ministerio no había recursos?

R: Pasa que el Patronato es un ente público no estatal, es privado, entonces tiene la posibilidad de hacerlo. El Ministerio aparentemente no tenía recursos. Yo he planteado muchas veces que ahora con el tema de Whatsapp o de las redes, hay cosas que pienso que se pueden hacer con pocos recursos y fáciles. Justamente lo que estamos tratando en nuestro plan de este año es hacer algo así. Nosotros no tenemos recursos, pero con ayuda de profesionales de la salud y de la comunicación nos gustaría hacer algo al respecto, no solo de los trastornos severos y persistentes, sino también de la

prevención de la calidad de vida. Conocemos a profesionales, psicólogos y psiquiatras que están en esos temas y que tienen mucho que decir.

Pero nosotros vemos, y por la experiencia propia nuestra anterior, que tenemos que conocer esta parte de la salud, no se conoce nada, lo que se ve en la televisión o en las películas es que hay un psicópata o una persona que es muy peligrosa, que mata a todo el mundo. En el caso nuestro no es así, pero está totalmente estigmatizado. Eso lleva, muchas veces, a que las familias que tienen un caso en su seno, no todos los integrantes entiendan cuál es el problema de su familiar y a veces niegan esa enfermedad. Otras veces pasa que no la entienden, entonces eso es contraproducente, es muy lamentable, es una lucha muy dura.

P: ¿Y cuál es la percepción que tienen en cuanto a los efectos de la campaña? ¿Creen que logró generar algún cambio en la concepción de las personas acerca de la salud mental?

R: Yo creo que fue un primer paso muy bueno, pero creo que se puede mejorar mucho. El estigma es una cuestión muy paralizante para la gente. Pero vos ves que vas a hablarle a alguien que tiene cierta autoridad en las empresas públicas o privadas, o en la legislación, los políticos, y te das cuenta de que no saben nada, no entienden nada. Es un trabajo muy grande, habría que hacer, más que una campaña sobre el estigma, algo mucho más grande y global.

Nosotros fuimos en alguna ocasión a hacer una especie de teatralización para los estudiantes de medicina del último año, que estaban cursando además el posgrado en psiquiatría, de cosas reales que les pasaron a algunos familiares y cómo las respuestas de los médicos o los psiquiatras no se daban cuenta o no entendían o tenían una respuesta fuera de lugar. Eso se filmó. Les gustó y nunca había sentido todo es y bueno, hace falta... hace falta mucha comunicación.

Son varios puntos. Hay que trabajar con la familia, hay que trabajar con los profesionales. Nosotros, por ejemplo, tenemos la posibilidad por ley de integrar como representantes de la comunidad las comisiones de Patronato del Psicópata, que, a su vez, el Patronato Nacional que está acá en Montevideo, tiene en todos los departamentos comisiones departamentales. Esas comisiones las preside el director del hospital departamental de cada lugar. Pero muchas veces ese director no cita a esa comisión y para nosotros es fundamental, porque es la única forma que tenemos, por ejemplo, en cada departamento, de que las agrupaciones de familiares vuelquen ahí sus problemas y traten de solucionarlos y que alguien los escuche, sino es muy difícil. Y bueno, empezamos por ahí.

Por suerte, hasta ahora, la voz nuestra tratamos de que se escuche y muchas veces la escuchan. Entonces, en el caso del Patronato, que tiene una comisión de difusión, nosotros intervenimos. No siempre nos dan bolilla, pero ahí podemos plantear algo, que sabemos que se puede financiar. Y sino, buscar financiación por algún otro lado

para hacer algún tipo de campaña. Estaría bueno tener ideas profesionales para llegar a eso.

P: ¿Qué peso cree que tiene el efecto del estigma en salud mental en la sociedad de hoy?

R: La discriminación desde el estigma está implícita en la personalidad de uno desde que es chico. Discrimina porque sos gordo, porque sos flaco, porque sos de cualquier forma. Y cuando sos grande también. Si sos inmigrante, acá cuando venían los gallegos o los italianos o los que fueren. Son discriminados los pobres, en fin, eso es difícil. Y en el tema de la salud mental, además de la discriminación, que además influye en las familias, muchas familias que no tienen absolutamente conocimiento de esta enfermedad, pero además con poca formación de repente, creen lo que está en el sentido común, se quedan con el estereotipo, el estigma: "Tenés este loco en tu casa, sacalo de acá". Y, para la persona que está sufriendo, es doblemente peor, porque aparte de sufrir la enfermedad ve que lo dejan solo. Lo peor que puede haber para una persona es sentirse solo e incomprendido. Hay que ponerse en la cabeza de los demás.

Y en las familias pasa. Todos tenemos alguna anécdota propia. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, que es lo más común entre los familiares que tenemos acá cerca, de repente el joven se siente sin ganas de hacer nada y se queda tirado en la cama. O no come o está desordenado. Y los hermanos de repente dicen: "No, vos estás de vivo, no querés ir a trabajar, no querés hacer esto, no querés hacer lo otro" y no entienden. Y a esa persona le causa mucho daño.

Dicen las estadísticas mundiales que $\frac{1}{4}$ de la población mundial a lo largo de su vida padece algún trastorno mental y últimamente creo que la que encabeza la lista es la depresión. Y la depresión se puede tratar, también tenemos que tener suerte de que la terapia sea la adecuada para esa persona, porque a veces también te encontrás con que te aplican un protocolo genérico y no es lo adecuado para esa persona, y los medicamentos hay que ir probándolos. Pero la depresión, si aumenta y no se trata, puede llegar a cosas peores y con eso las demás enfermedades. Una persona a la que le diagnostican esquizofrenia, hay gente que le han dicho: "Bueno, vos no tenés solución, es para toda la vida". Pero, sin embargo, nosotros vemos que si esa persona pierde la esperanza de mejorar... yo no digo que se cure, porque, por ejemplo, yo tengo hipertensión y ya sé que no me voy a curar, es para toda la vida, tengo que tomar remedios. Y una persona con esquizofrenia, puede, mediante la rehabilitación y con la medicación que ha surgido en las últimas décadas, vivir normalmente. Pero seguro, si te dicen que es esquizofrénico ya es: "Vos estás loco" o no lo saludan. Incluso dentro de la familia: "Ah, mirá, el rarito aquel". Hay que trabajar todo eso.

Es el imaginario colectivo y las creencias que tenemos en la cabeza, y funcionamos así, con esos filtros. Justamente, una persona que necesita tomar medicamentos, muchas veces, uno de los problemas que tienen los familiares es que no quieren tomar los medicamentos, porque te dicen: "Yo no estoy loco". En cambio, si vos le decís:

"Tenés gripe, tenés que tomar esto", lo toman. Y si no toman los medicamentos se puede retrasar malamente.

Generalmente, los síntomas surgen en la adolescencia, y muchas veces los padres o los familiares piensan que es un problema propio de la adolescencia, que no quiere comer o duerme o tiene reacciones raras. Esto, muchas veces, termina en una crisis. Entonces, para todo eso, hay que generar conciencia y tratar de combatir de a poco el estigma.

Anexo 4. Entrevista a Maris Pérez | Secretaria de la Federación Caminantes y representante en la Comisión de Difusión del CHPP

Fecha: 2 de julio de 2018

P: ¿Cómo fue el proceso dentro de la Federación Caminantes para comenzar a proponer este cambio de paradigma que plantea la nueva ley?

R: Esta ley de salud mental, si bien no es la perfecta, hacía 80 años que se trabajaba con un solo modelo. El modelo existente era diagnóstico y tratamiento. Cuando había casos muy crónicos o que la familia no podía respaldarlos iban a las colonias. Las colonias se llamaban así hace 80 años atrás porque la persona con una discapacidad psíquica había que ponerlos lo más lejos posible de la sociedad. Entonces se coloniza toda una zona entre San José, borde de Canelones, con un río de por medio, como que se separaba todo. Es decir, la funcionalidad que tenía la sociedad y la historia clínica del paciente dependía del diagnóstico del paciente. Si el tratamiento era no resolutivo, entonces había que aislarlos, dejarlos e intimidar a esa persona sufriente en una situación no solo de aislamiento social: cronificación de la enfermedad, institucionalización, aislamiento y soledad.

Desde hace unos 20 años aproximadamente, el primer grupo fue el Grupo de la Esperanza y el Centro Psicosocial Sur Palermo, que empezaron a trabajar como en esto de ¿por qué no vemos la persona? ¿Por qué no vemos el contexto? ¿Por qué cuando vamos al médico no le pedimos un chequeo integral? Estamos como fragmentados, y esa idea de fragmentación estaba impuesta en la sociedad, en la familia, en el usuario, en el colectivo médico, en todos, como ese arroyo Santa Lucía que divide de un lado la sociedad y del otro lado esta vulnerabilidad. Entonces, hace unos 14 años algunos familiares empezamos a reunirnos. Ahí surge Caminantes.

Entonces, ahí empezamos a trabajar. Y empezamos a trabajar con la familia desde el lado de la inclusión. Nosotros también queremos incluir. Como familia somos la primera célula social y representamos en gran parte la comunidad. Entonces, como representantes ciudadanos de la comunidad salimos en defensa de ellos. Porque ellos nunca van a levantar la voz ni cuando se vulneran sus derechos van a hacer una marcha. Por eso los familiares no somos su voz, somos la interpretación de su voz (cita el artículo de Hugo Achugar). Nosotros nos autodenominamos socios activos en salud. No confrontamos al médico en el diagnóstico, pero hablamos con el médico y nos hacemos escuchar.

Así que nuestra labor es desde lo ciudadano y desde lo humano. Ahí arrancó, en una concientización propia. Si yo en mi familia pude entrar a explicarle a la abuela, al tío, a los primos. A veces cuando no entendía les decía: ¿qué pasaría si tu en tu familia tuvieses un enfermo oncológico? ¿No estarías al lado de su cama cuidándolo, pendiente de su dieta, llevándolo y trayéndolo al médico? Es igual. Solo que no lo podés ver y que vivimos naturalizando una forma de comportamiento social,

naturalizamos el miedo, el terror, el no me gusta, no lo entiendo y este loco... ahora hay que revertir esa situación. Y nos va a llevar años, quizá yo no lo vea. Como la frase: "No pretendo cambiar el mundo, pero desde el pedacito que me toca sí quiero marcar la diferencia". Yo creo que ese es el sentir de Caminantes.

También pasa por esto de que todos estamos acostumbrados a que los síntomas son algo que se revela visiblemente, y en ellos no. Entonces, pensar que una persona tenga una patología psiquiátrica en otros tiempos era imposible. La negación era total, el ocultamiento era total. Justificábamos los familiares: "no, porque es la edad, no, porque son los amigos, es el trabajo, es la novia". O lo cuestionábamos: "no puede ser, está de vivo, cambia de actitud, va y viene". Entonces empezamos a ser observadores reales de lo que pasaba con nuestros hijos, parejas, madres.

Hoy nadie está exento de sufrir una patología mental. Nosotros, no padres, nosotros ciudadanos, tenemos que tener una mirada diferente a esta realidad. Y empezar a ser más proactivos. No tanto de la autocompasión de: "Que terrible lo que le pasa a mi hijo", sino de aceptarlo, sabiendo que sufre y no cuestionándolo y sabiendo que hay que darle una perspectiva inclusiva. Y la palabra inclusión, que se repite mucho en la ley, no solo implica verlo como una integridad bio-psico-social, sino verlo desde lo humano.

Porque esa ambivalencia de una pequeña parte de su cerebro que quedó afectada, que tampoco sabemos la causalidad. Te dicen que por lo general son temas emocionales, un divorcio, temas estresantes. Pero nunca sabés exactamente qué es, porque no lo podés visualizar. Por eso es que cualquier persona puede padecer en algún momento de una depresión. Sí hay una causalidad, perdió el trabajo, pero no todas las personas que lo pierden terminan en una depresión crónica.

Empezamos por un tema totalmente humano, de responsabilidad social y familiar. En una charla que estuve dando en el Palacio Legislativo dije que yo no venía como mamá, que venía a hablar como ciudadana y que entendía que lo que estaba haciendo era interpretar la voz no de una persona, sino de todos los que no alzan la voz. Y que no es justo que como ciudadanos se vieran vulnerados en sus derechos. Que el sufrimiento y el padecimiento invisible, invisibiliza a una parte de la sociedad. Y cuando una sociedad se ve fragmentada por algo que es doloroso, la sociedad no es sana y la sociedad no es justa.

Pero también en los años que van transcurriendo, que uno va adquiriendo un conocimiento vivencial, empezamos a notar que nuestros hijos o familiares evolucionaban favorablemente, pero no encontraban un lugar donde comunicar sus necesidades, donde decir: "Yo quiero trabajar", donde decir: "A mí me gustaría que los amigos de mi hermano me integraran" y no decir: "Mejor no vamos a tu casa porque capaz que molestamos". Yo cuando veía un chico hablando solo, sumamente deteriorado en su aspecto y haciendo cosas raras con las manos o gestualmente o como una mirada perdida, yo realmente cruzaba la vereda, porque no sabía cómo actuar. Entonces, empezamos a decir los familiares: tenemos que visibilizar que eso es una enfermedad, que puede dar incertidumbre, miedo, disgusto, intolerancia, pero

tenemos que aceptarlo porque es parte de nuestra sociedad, no podemos seguir aislando.

P: Y esta es la idea que se buscó seguir con la campaña impulsada por ustedes, "Salud Mental Sin Prejuicios, ¿no? ¿Cómo fue que llegaron a ella?

R: "Salud Mental sin prejuicios". Porque todos somos capaces en cualquier estrato social económico, cultural, de desarrollarla. Hay una vulnerabilidad en nosotros que todavía no sabemos, hay un detonante, que dice: esto lo provocó, pero tampoco es claro, es una probabilidad dentro de las estadísticas. Porque por ejemplo lo genético, ¿hay un gen? Bueno, tenemos casos de dos hermanas gemelas donde una desarrolló una esquizofrenia severa paranoica y a otra es una médica brillante, entonces eso nunca se puede saber con exactitud.

Esto también se convierte en una secuencia de acciones como en todo ser humano. Es decir, tenemos buenos y malos momentos, que ellos lo dicen en la campaña: "Hay días buenos y días malos". Ellos cargan con dos cosas: una patología invisible que es difícil de entender les es difícil ver y aceptar y, a su vez, el estigma. Contra la enfermedad nosotros qué podemos hacer: ayudarlos a que tomen la medicación, que logren conciencia de la enfermedad para que se automediquen, para que sean más autónomos en su vida o no tan dependientes. Pero lo otro que tenemos que hacer es sensibilizar y replicar esto hacia el afuera. Porque aquí adentro es una historia. Pero yo voy afuera a hablar con el vecino de enfrente y lo sentís, no querés verlo, pero sí lo sentís.

Nosotros empezamos a sentir con la Sociedad de Psiquiatría y desde Patronato también que el estigma les había llegado a los médicos, a los enfermeros, a las instituciones. Entonces ya era algo que desbordaba. El estigma implicaba una fragmentación social pero también un llamado de atención a cómo nos estábamos comportando frente al problema. Entonces los familiares empezamos con el tema del estigma. ¿Por qué no se muestran cosas más positivas? ¿Por qué todo tiene que ser en gris? Entonces la Cátedra de Psiquiatría, el Ministerio y la Sociedad de Psiquiatría empezó a ayudar a los familiares y a darnos un espacio.

Entonces dijimos, para hacer algo que se visibilice, esto primero tiene que tener un enfoque directo contra el estigma, pero además tiene que tener una presentación con jóvenes (cita el spot de la campaña Salud Mental Sin Prejuicios). Eso fue como la premisa. Pasó que se vio que esa campaña se podía hacer, entonces se armó una comisión de difusión y se contrató una agencia, Agencia Paz, que nos empezó a dar a la comisión pautas de cómo hacer esto a nivel publicitario, cómo romper con el estigma y cómo visualizarlo.

Se trabajó desde una participación colectiva, con la Agencia Paz como agencia de comunicación, que nos fue diciendo qué se podía hacer y qué no, si se podía pagar o no, que les gustaba más que fueran ellos los protagonistas y no tanto que se vieran los médicos, que se empiece a ver que esto no es solo desde el punto de vista sanitario. Tenemos que ver que también eso social, que supera el diagnóstico y

terminan siendo población vulnerable porque no solo la enfermedad los limita y los fragmenta, sino porque también la sociedad lo hace.

El primer año se hizo un abordaje, luego una evaluación, que dijimos que en general había sido positiva y para el siguiente año quisimos visualizarlo más todavía.

Entonces se hizo toda la presentación del Mentalizate en la explanada del Palacio Legislativo y las carpas en la Intendencia. Entonces, ahí podíamos abordar dos puntos estratégicos de la ciudad, pero además dijimos que tenía que ir al interior. Cada uno lo enfocó a su manera, algunos nos parecieron bien, algunos nos parecieron espantosos. Pero bueno, ellos salieron a la calle, los médicos... llevamos frasquitos con diferentes frases para que la gente sacara, repartimos camisetas, eso también mucha idea fue aportada por la agencia. Y encontramos que fue satisfactoria, pero este año queremos más protagonismo de ellos. Cada vez menos protagonismo del médico, de lo sanitario pasarlo más bien a lo social. Esa es la idea, porque sino no terminamos por des-estigmatizar nada, ni con ley ni sin ley. Porque los médicos ya tienen una ley que tienen que cumplir. Porque la Universidad de Enfermería ya sacó la especialización en salud mental, la Escuela Nacional del Uruguay de Enfermería también la sacó. Esto se va abriendo de a poquito, es muy lento, tedioso y complejo.

P: ¿Cómo fueron financiadas las campañas?

R: Las dos fueron financiadas por el CHPP. La agencia fue contratada por el CHPP. En esa sub-comisión lo que se trabajó llega a la Comisión General y ahí se aprueba o no se aprueba. Y ahí hay un representante del Ministerio, un representante de ASSE... entonces las cosas se fueron trabajando desde una sub-comisión hacia la comisión en general.

P: La nueva ley ha generado disconformidad en distintas organizaciones y gremios vinculados con salud mental. En su caso, ¿están conformes con ella?

R: La ley no es perfecta. Hay muchos gremios que tienen miedo de que fuentes de trabajo se pierdan al cerrar las colonias. Lo que no entienden es que las colonias nunca se van a cerrar porque van a quedar las personas con cronicidad severa, pero también en todo Santa Lucía se van a tener que abrir casas de medio camino, y ahí van a entrar a trabajar los enfermeros, los psicólogos, los trabajadores sociales, por ese lado hay muchas quejas que en realidad no son tan así.

Pero el gran problema con esta ley es que, como todo en este país, se implementó y se logró la ley, pero no se previeron los recursos. Entonces estamos teniendo en este momento una dicotomía total porque hay una brecha social que quedó en el medio, que no puede acceder a los servicios de rehabilitación, vivienda y recuperación, autonomía, mientras que estos otros no. Porque además ese caudal en el medio son mayormente los duales: los que tienen adicción con psicosis, trastorno de espectro autista con psicosis, retardo mental con psicosis. Son los más complejos.

Estamos dentro del Ministerio, dentro del Patronato, en Pronadis, ahora en ASSE, en el movimiento nacional de salud y ahora en los DDHH. Porque en esta brecha que quedó se están vulnerando sus derechos. Es mucha la gente que tenemos en

situación de calle, por el desborde de tolerancia que sufre la familia, ya no puede más, porque no tiene recursos económicos, porque se agotó y no tiene otra salida que el Estado le pueda brindar. Ni desde el MSP, ni de ASSE ni de MIDES.

Entonces, estamos empezando a trabajar con el Instituto de Derechos Humanos. Nosotros buscamos una inclusión no desde el discurso, no desde la igualdad de oportunidades cuando no se da nunca. Porque cuántas veces sabemos de chicos excelentes que han logrado con la medicación superarse muchísimo y van a una entrevista de trabajo y les dicen que no pasó. ¿Por qué no pasó? Si en casa archiva todo y hace todo, nosotros no pretendemos que le den un puesto de gerencia, pero que tenga la dignidad de ser un trabajador porque puede, y porque es un derecho trabajar.

Pero te dicen que es porque no pasó la ficha psicotécnica. A ver, ¿usted leyó que padece de tal o cual enfermedad? Obviamente, nunca va a pasar la ficha psicotécnica. Porque si yo voy a una entrevista laboral y me pongo nerviosa y me trabo y me quiero levantar y me quiero ir, me pasa a mí que me considero “normal”, imagínese a él o a ella cuántas cosas están entrecruzándose en esa situación.

P: Y también, desde la comunicación, algo que pesa son los términos utilizados. ¿Cómo lo percibís, por ejemplo, con el caso del Patronato del Psicópata?

R: La ley de Patronato del Psicópata acompaña tiempos de hace 80 años. Hace unos 8 años se intentó sacarle el tema de “psicópata”, porque realmente si estamos trabajando contra el estigma eso era muy estigmatizante. Hasta el día de hoy no hemos podido lograrlo. Así como las colonias lograron ser CEREMOS, nosotros no lo logramos. Entonces decimos simplemente la sigla, CHPP o sino decimos Patronato, nunca con la palabra “psicópata”. Porque hasta ellos, en algún momento, cuando podían acceder a alguno de los talleres de rehabilitación, decían: “¿del psicópata?”. Eso es absolutamente contraproducente.

Sin embargo, la terminología para definir discapacidad psíquica, trastorno mental, enfermedad mental, enfermedad psiquiátrica, a ellos no les afecta. A ellos les importan otras cosas. La terminología, en este encuadre, no importa. Lo que sí les choca, y te lo dicen, ¿por qué dicen que es enfermo mental ese que mató al padre? Se enojan cuando la terminología va asociada a un evento que sí es estigmatizante. La terminología a mí, personalmente, no me significa nada. No importa si es ciego o invidente o no vidente.

De hecho, la salud mental, si nosotros la visualizamos tal cual como la OMS lo dice es un estado de bienestar, la salud mental implica estar bien con uno mismo y con su entorno y socializar para que las sociedades se nutran de los diferentes. Sin embargo, cuando uno habla de salud mental, siempre proyecta hacia la patología.

Yo tengo mis raíces en Minas, me vine para Montevideo para que estudiaran mis hijas e hicieran facultad. Yo soy egresada del IPA en idioma inglés y el tiempo que estuve en Minas fui adscripta del Loco Abreu y con mi familia siempre decimos, que diferente es cuando oís “El Loco Abreu la picó”, como visualizás diferente la proyección de la terminología hacia la imagen. La alfabetización tiene que irse adecuando a la situación

y al contexto. Todo en el lenguaje tiene que ver con el contexto. Entonces, yo puedo decir Loco Abreu, y a nadie la va a molestar. Ahora, si es “el loco de la esquina” es otra historia. No es la palabra en sí sino cómo la contextualizás. La alfabetización pasa por eso, no por qué palabra es correcta o más correcta, es cómo la aplicamos. Y eso es algo que también tenemos que trabajar mucho y desde lo humano. Porque al Loco Abreu no le afecta en lo más mínimo, pero al chico de la esquina seguramente sí.

P: ¿Cuál sería tu modelo ideal en cuanto a la forma de entender las patologías mentales?

R: Uno dice: cambiamos el modelo, cambiamos el paradigma de la salud mental, pero qué implica para la sociedad eso. Visibilizémoslo, mostremos de lo que son capaces. Empezamos a re-educar a una sociedad y a desnaturalizar comportamientos que no son correctos. Yo creo que el día que el médico se siente junto al usuario y al familiar y los escuche de igual a igual, ahí hay un cambio de modelo. Cuando el joven o la joven vaya a un lugar y nadie se retire, cambió el modelo. Yo siempre pongo el ejemplo del Síndrome de Down. Recuerdo en Minas, cuando era chica, que había un chico que tenía Síndrome de Down y decían: “Ahí viene Marina con su hermano el mongólico” o “el enfermito”. Hoy, después de 40 años, lo vemos trabajando en las góndolas de Ta-Ta, los vemos de la mano, hay una realización, hay un proyecto de vida. Entonces, yo creo que si la sociedad toda visibiliza y naturaliza un comportamiento diferente, le vamos a dar una calidad y una dignificación a la persona. Pero sobre todo nosotros como sociedad vamos a decir: somos mucho más sanos y somos mucho más justos. Yo creo que ese es el mensaje. Si logramos eso, que va a tener que pasar mucho tiempo -la cátedra recién está trabajando los posgrados en psiquiatría desde la rehabilitación, porque ya sabemos que es posible-, vamos a haber avanzado.

Anexo 5. Entrevista a Ricardo Acuña | Psiquiatra y director de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata

Fecha: 27 de julio de 2018.

P: Hoy nos encontramos ante número abismales a nivel mundial en cuanto a suicidios, que han puesto sobre la mesa el tema de la salud mental en el mundo. ¿Qué factores cree que influyen para que hoy se llegue a estos números?

R: En todo lo que tiene que ver con políticas sanitarias de la salud en general, se habla de los determinantes sociales de la salud y eso es válido para todos los problemas de salud. Es decir, las condiciones ambientales inciden sobre la salud de las personas. Y en salud mental hay situaciones que predisponen, pero no pueden sobre-dimensionarse. Porque están los aspectos biológicos que a veces son muy fuertes. Por ejemplo, las personas en las mejores condiciones y sin ningún tipo de determinante social se enferman igual.

Entonces, yo creo que sí, definitivamente en el mundo de hoy existen condicionantes que hacen que una gran cantidad de personas se encuentren expuestas a diversos factores que puedan llevarlos a una depresión, que la mayor parte de las veces es la que está detrás de los casos de suicidio. Llámese el problema del individualismo del mundo de hoy, que hace que muchas personas se sientan solas, y esa es una característica común en todos los casos de suicidio. Pero, así como digo esto, digo que hay tantos casos como personas, entonces, si bien hay características comunes que nos pueden llevar a identificar condicionantes externas, también es cierto que no se puede generalizar. Porque hay personas en condiciones de vida pésimas y que no se suicidan, y hay otras que en las mejores condiciones sí lo hacen.

Además, por otro lado, hay un problema, que a veces se confunden problemas de enfermedad mental con el malestar de la vida. La vida implica sufrimiento e implica adaptación y hay situaciones que tienen que ver con las condiciones de vida y con las reacciones naturales frente a lo que a la gente le pasa. Entonces, ahí hay un límite a veces muy difuso. También tenemos que saber discriminar eso y no psiquiatrizar todo.

P: ¿Qué lugar cree que ocupa hoy la salud mental dentro del Sistema de Salud uruguayo?

R: Tanto en la organización de los dispositivos de la atención como el diseño de las políticas de salud mental en el ministerio, la salud mental tiene un lugar muy periférico. Si bien está tomando notoriedad a partir de todo el proceso que llevó a la discusión de la ley y con las campañas, que se está haciendo más visible, en lo que son los efectivos cambios en los niveles institucionales, de atención tanto pública como privada, en Montevideo y en el interior, y a nivel de quien tiene que fijar las políticas, todavía tiene un lugar muy periférico. Debería tener un lugar mucho más jerarquizado.

P: Y, orientado a eso, hoy finalmente nos encontramos con una ley que plantea un cambio de paradigma en la salud mental. Si nos fijamos en el Plan Nacional elaborado

por el MSP en 1986, ya se venía dibujando un cambio. Sin embargo, la transición hacia este modelo integral comienza a darse recién ahora. ¿Por qué considera que esto sucedió así?

R: Las razones por las cuales demoró en llegar, creo que todos los actores tenemos alguna responsabilidad en eso. Si bien la Sociedad de Psiquiatría en el año 86 lideró todo un movimiento para lo que fue luego el Plan Nacional de Salud Mental de ese año, todo ese movimiento que dio lugar a este plan como que se fue diluyendo y ese plan se aplicó muy parcialmente y solo a nivel público. Es el que dio lugar a los equipos descentralizados de salud mental, en los barrios y eso, pero quedó por ahí. Es decir, ese impulso que había tomado en aquel momento no continuó. Y las instituciones no se juntaron para trabajar en llevar adelante los cambios. Ahora sí, nos juntamos.

Y el gran disparador fue la muerte del paciente en las colonias mordido por los perros. Y las organizaciones ya se venían reuniendo y venían funcionando. Es como que coincidieron muchas cosas. Había algunas reuniones de las diferentes organizaciones, había un cambio en la dirección del Programa de Salud Mental del Ministerio, después aparece este paciente muerto por la jauría en las colonias, entonces todos esos elementos convergieron luego en lo que es el movimiento del proyecto de la ley de Salud Mental.

P: ¿Qué opinión le merece la nueva ley?

R: Esta ley permite hacer muchas de las cosas que queremos, no todo. Es un marco muy amplio para avanzar. Es decir, prácticamente está todo. Si nosotros vamos con la lupa siempre vamos a encontrar alguna cosa, pero es absurdo pensar en cambiar cuando no podemos llevar adelante las cosas más globales, más generales. Para la etapa en la que estamos es una ley excelente.

La ley del 36 hacía hincapié en las formas administrativas de internación, todo enfocado en el paciente mental grave. La nueva ley, sin abandonar el tema del enfermo mental grave, tiene en cuenta también la prevención y promoción en salud mental, abarca también una organización para la accesibilidad a los servicios. También el tema de la intersectorialidad, es decir, que no solo trata de lo sanitario sino del acceso a la vivienda, a la educación, al trabajo, que todo esto está muy ligado con el tema de los derechos. Es una ley con una perspectiva de derechos.

La nueva ley implica un proceso de transición, establece el cierre de las instituciones asilares y monovalentes, exclusivamente de internación psiquiátrica, porque eso estigmatiza. No hay razones hoy para apartar a los pacientes psiquiátricos de los hospitales generales, puede haber áreas especializadas de internación en hospitales y sanatorios generales. Lo que se busca es que se pueda incluir al paciente en la sociedad, en el trabajo, en la educación.

P: ¿Considera que es viable lo que plantea para el 2025, el cierre de las instituciones asilares como el Vilardebó?

R: Depende de la voluntad política. No hay variables que uno pueda decir que sean insalvables para el cierre. Puede haber dificultades, pero que se pueden sortear con voluntad política. Es decir, tomar los recaudos, hacerlo de manera gradual y planificada y sobre todo con la implementación de los dispositivos alternativos, se pueden sortear las resistencias que pueda haber.

P: Y, con respecto a eso, ¿qué repercusión cree que tenga la implementación de estos cambios en el Sistema de Salud? Porque se habla de que con los recursos que hoy se destinan a la salud mental no alcanza...

R: Lo que venimos diciendo es que hoy la carga que genera la enfermedad mental en los sistemas de salud es muy alta. Los psiquiatras, junto con otros colectivos pensamos que al principio van a ser necesario invertir, por supuesto, pero en el largo plazo esto va a mejorar el sistema, y así también los costos. El tema es que también se va a estar dando a las personas el tipo de servicio que necesitan y que hoy no tienen. Entonces, creo que también es un tema de prioridades, si lo que está por encima es un tema de costos o brindar una mejor atención. Yo creo que si se realiza una buena redistribución de los recursos que hoy se destinan a la salud mental y se pone por encima la calidad del servicio que se quiere brindar, se puede lograr sin tener que sacrificar demasiado.

P: Teniendo en cuenta este cambio de paradigma que se propone, “Patronato del Psicópata” es un nombre que genera bastante desconcierto. ¿Por qué aún no se ha cambiado? ¿Se está considerando hacerlo?

R: El tema es que cambiar el nombre capaz que sería facilísimo, el tema es que tenemos que cambiar la institución. Lo que hay que cambiar es la institución, manteniendo los fines actuales que tiene de protección del enfermo mental y de su familia, pero darle otro diseño. Lo que pasa es que eso es lo que tenemos pendiente de discusión.

Personalmente, yo creo que tiene que ser la institución que haga efectivas las acciones interinstitucionales, la coordinación interinstitucional, el diseño de las políticas interinstitucionales y velas por el cumplimiento de esas políticas. Pero eso es una posición personal, que incluso puede estar superpuesta a lo que podrían ser los cometidos de la Comisión Honoraria de la Discapacidad. Es algo que tenemos que resolver justamente y que está en debate. Y este debate recién comienza, es decir, cuál es el futuro que le tenemos que dar al Patronato. Es decir, cambiar el nombre, sin duda, y cambiar la institución en todo, para que cumpla eventualmente estos mismos fines, no solo el nombre.

Anexo 6. Entrevista Cecilia Baroni | Psicóloga y co-coordinadora del proyecto Vilardevoz

Fecha: 20 de marzo de 2018.

P: ¿Cómo surgió el proyecto Vilardevoz?

R: Vilardevoz surge en 1997 como un proyecto de comunicación participativa, con el objetivo principal de contribuir a un cambio de imaginario en nuestra sociedad de lo que la gente conoce como “paciente psiquiátrico”, “loco” o “enfermo mental”, que esto generalmente se construye desde el desconocimiento, el miedo, la idea de peligrosidad.

Entonces se generó una modalidad de trabajo en la cual las personas que históricamente siempre han sido habladas por otras (técnicos, familias, entre otros) por considerar que su discurso no tiene valor, es delirante, etc. En el caso de Vilardevoz cuando se le pone nombre a la radio, los que estábamos en ese momento, una de las cosas que dijeron fue: “Bueno, este va a ser el espacio que le va a poner voz a las personas del Vilardebó”. Partimos de la base de que los medios de comunicación son formadores de opinión y por lo tanto productores y reproductores esas opiniones y creemos que esta voz, como muchas otras voces, no deben ser excluidas del circuito comunicacional.

En ese momento era 1997 y esto que pasa hoy era casi impensable, pero es una realidad. Los cambios culturales a veces son más lentos de lo que uno quiere y sobre todo si son temas tan tabú o tan dolorosos. O en el caso de Uruguay, como en muchos otros países, en general la locura y pobreza, porque hay locos en todas las clases sociales, lo que pasa es que en general el Estado se hace cargo de los que no tienen recursos y a los locos pobres se los trata de esta manera, y en general no se los muestra con orgullo. Entonces hay como un ocultamiento, una invisibilización de eso. Y ahí un poco cuando nosotros empezamos, una de las cosas que nos planteamos primero fue contribuir al cambio, que la gente pudiera comenzar a cambiar su idea de lo que era la locura, la noción del loco, en ese momento se lo llamaba mucho más que ahora, “paciente psiquiátrico”. Como venimos de Psicología, todos en general somos psicólogos sociales o psicólogos clínicos desde lo social. Una de las cosas que veíamos era eso: bueno, si no transformamos o ayudamos a transformar esa idea, en general lo que iba pasando es que la gente se queda con la idea o de las películas de Hollywood, que son todos asesinos, malditos y que se pudran en el infierno. O son todos delirantes, dicen pavadas, no aportan nada. Cuando empezamos a ir, nuestra realidad era otra: gente como nosotros, que puede ser diferente o no, pero que sus aportes eran importantísimos para generar ese cambio.

Entonces, de ahí empezó a nacer con mucha convicción, porque hasta ahora creo que eso es lo único que no ha cambiado mucho y es que los propios protagonistas tienen que poder tener un lugar, un espacio, una voz y no ser hablados por otros. Ya ser hablado por otro es violento. O sea, cuando un niño va con su padre y el padre

habla, ya es violencia. Con el loco pasa lo mismo. Entonces, en realidad, poder haber acompañado y acompañar la lucha por el derecho a la comunicación y a la expresión está desde el inicio hasta ahora. Es más, es uno de los pocos proyectos, en Uruguay sobre todo, en que los protagonistas en esto son ellos. Y críticos además.

P: Y en este tema de comunicación contra el estigma, ¿qué opinas acerca de la campaña Salud Mental Sin Prejuicios, y en concreto, la de Mentalizate, del año pasado?

R: A nosotros nos llamó mucho la atención la campaña del año pasado de Mentalizate, donde en realidad hablás de cambio de paradigma, pero el lugar es el mismo. Que no quiere decir que no exista ese lugar, pero quiere decir que también es el mismo lugar que estamos criticando. Veías pacientes sobremedicados, pacientes super disciplinados, entonces vos decías: pah, si esto es el Mentalizate, es para continuar la línea farmacológica, infantilizada totalmente, una persona que le hace caso al otro porque tiene miedo de que se descompense permanentemente. Y es cierto que para generar otros procesos tenés que generar otros dispositivos.

Entonces, Vilardevoz ha desarrollado varias cosas. Por un lado este frente, pero por otro lado un dispositivo de inclusión que hace que le otro pueda hacer un proceso independientemente del poder médico. Si no quiere tomar medicación, es tiene sus riesgos, pero tiene que ser acompañado para que haya otro proceso. Y si se lo sobredicata también, porque no vive, son vegetales. Entonces bueno, también eso implicó para nosotros desarrollar desde la psicología como otros dispositivos donde haya otros lugares. Y también dar lugar a otras terapéuticas.

A mí el año pasado me pasó de ir a un congreso con varios colegas y varios amigos y conocer a alguien que trabaja con los que se llaman “los escuchadores de voces”. Ahí, no hay delirio, no hay concepción de enfermedad o de síntomas, sino que vos la diferencia que tenés, en vez de ser rubio, es que escuchás voces. Y a partir de ahí armaron toda una metodología de laburo, de respeto a eso y de trabajo a eso. Porque en realidad, los que trabajamos con voces sabemos que las voces pueden aparecer más en algunos momentos, por ejemplo, en ansiedad. Así como a alguno le puede venir pánico, alguien empieza a escuchar voces. Pero capaz que la diferencia es cómo lidiar con esas voces, porque a veces las voces son buenas, a veces malas, entonces implica también convivir con esa parte de uno que no es la que nos obliga a veces la sociedad a decir: “Bueno, lo normal es no escuchar voces”. Si vamos a lo normal, en general, hay mucha gente que escucha voces. Pero quién define la normalidad termina también después diagramando quién está incluido y quién no.

P: ¿Qué es lo que dicen esas voces de Vilardevoz?

R: Y en realidad para mí tendrían que poder decir, primero lo que ellos quieran, pero por lo menos no diagramar que todos pasamos igual. El loco rico tiene muchos más recursos y la pasa mucho mejor que un loco pobre y eso entonces te diagrama

responsabilidades. Porque una cosa es que el Estado se haga cargo y otra cosa es que tu familia se haga cargo. Entonces, empieza la desigualdad social.

Nosotros armamos una campaña que se llamó Del Manicomio al Parlamento, que tiene 8 razones. Y las 8 razones desde la locura y la pobreza, generalmente tienen que ver con mejor trato, trato digno, mejores oportunidades. Que se los escuche. El otro día las mujeres decían: si yo voy a hacer una denuncia a la comisaría, primero ven que tengo un diagnóstico, entonces dicen: es la loca, por lo tanto, no me creen. Yo creo que lo que piden ellos es básico, que les crean, que los escuchen, que les den oportunidades más allá de cómo se visten o de cómo están. Que les den afecto también. Son cosas que creo que pediríamos todos, pero a veces dichas por ellos y en las condiciones me parece que tienen como otro valor.

Que no se los infantilice, que no se los castigue como con medicación, electroshock. En general la gente que pasa una crisis está muy vulnerable. Las crisis van y vienen, hay un mito que parece que enloquecés de por vida. Pero vos podés tener una crisis y volver a tu estado anterior, dependerá del tratamiento, porque a veces son malos, pero si es bueno se puede.

Pero, por ejemplo, está el caso de una mujer que la psiquiatra le dio la posibilidad de que la internación fuera domiciliaria y como era una compañera del movimiento antimanicomial, y estudiante de Ciencias Sociales y la conocíamos, nos ofrecimos a que cualquier cosa con la familia...y bueno, las experiencias en Vilardebó lo hacían. Nos dijo que sí, internación domiciliaria, acompañamiento Vilardevoz y luego sugerimos un acompañamiento terapéutico. La madre nos llama y nos dice: no, tuve que poner rejas y candado en el cuarto porque se quería ir. Entonces yo le digo: señora, le juro que prefiero que su hija esté en el Vilardebó. La mujer me dijo que no sabía qué hacer. Y le dije que poníamos un acompañante terapéutico si no sabía qué hacer, para la familia, para la persona y para ir acompañando esto, porque realmente si está en el Vilardebó por lo menos puede salir al patio. En su casa le puso rejas y candado, o sea, está haciendo un mini manicomio. Se pudo intervenir y la mujer dio vuelta todo eso, pero si eso me pasa con un caso que yo sé y que me llega a mí y que me pasa porque esa persona está preocupada, los miles de casos que a veces uno se entera por la prensa, que están en un chiquero en el fondo.

Entonces, creo que a veces también las voces estas, que hablan de maltrato y de cosas que la gente no quiere escuchar muchas veces, porque te cuestiona también a vos como ser humano. ¿A quién trato bien entonces? Solo al que es como yo. ¿Y al otro? ¿Al que no es como vos, al que tiene mal olor...? Ya empezamos con cosas básicas: mal olor. Me pasa a mí de ir en el ómnibus y ver gente que vos decís: ta, no se sientan con uno porque tienen mal olor. Si tiene una crisis, ¿qué hacemos? ¿Si se muere ahí? Si no es conocido, no.

Entonces me parece que también Vilardevoz termina cuestionando un poco eso. Bueno, a qué le llamamos humano y humanidad y cómo nos vamos construyendo humanos. Porque en esto también de la transformación, de pensar que las cosas son producción social, el ser humano también se construye. Entonces, cómo nosotros nos vinculamos, nos atendemos, nos tratamos, tiene que ver con la locura para nosotros

y obviamente con la salud mental. La gente no se da cuenta de lo que genera que no te levanten el tubo o de las inscripciones en facultad que, si son masivas y te quedás sin cupo, pira la gente. En Vilardevoz le dicen "locura transitoria", no será que se te instala, pero si tenés varias de esas agresiones todo el tiempo generás un trastorno. Entonces, en general esas voces son múltiples y dan lugar a muchas realidades: a la calle, a la internación, a la pobreza.

P: Y en cuanto a lo que propone la nueva ley de Salud Mental, por ejemplo, el cierre del Vilardebó, ¿lo considerás viable?

R: Como hoy decía, al igual que hay procesos lentos, hay proceso que uno puede apresurar. El año pasado asumió, creo que fue en República Dominicana una ministra de salud pública y lo primero que hizo fue cerrar el manicomio. O sea, eso es una cuestión política, es una cuestión de concepción, y además si vos cerrás un manicomio, toda esa plata puede ir para otro lado. Entonces, en realidad tiene que ver con intereses.

Yo participé activamente en todo lo que fue el debate, incluso en esa propuesta, fue toda una lucha que quedara plasmado un 2025 como cierre y en realidad, hay intereses desde las farmacéuticas, desde las distintas disciplinas -psiquiatría, psicología, asistentes sociales, todas las disciplinas que se pelean-, políticos... había un compañero en Vilardevoz que murió hace poco que decía: acá a nadie le interesa la locura porque los locos no votan, es como los presos. Yo creo que están todo eso como en una olla a presión.

En realidad, posible es posible todo, si no cambia es porque gana un interés más que el otro y gana el que tiene más poder o más intereses. O en realidad me parece que en este caso una de las cosas que si se generó es que esta ley es un híbrido de la correlación de fuerzas que se pudo generar. Entonces tenés increíblemente que haya una fecha de cierre, cuando nadie estaba de acuerdo, por ejemplo. Incluido a esto que haya salido la ley sin presupuesto. Los tipos se comprometieron, no solo porque hubo un movimiento que rompió las pelotas permanentemente y además, yo estoy segura de que tuvo que ver con que hubo medios de comunicación, para mí que haya un medio de comunicación y que sea de usuarios o, por decirlo de alguna manera, de locos, generó cosas. Y además que hayan tomado la voz, hayan ido al Parlamento, hayan hablado con todo el mundo, por lo menos para sacárselos de arriba dijeron: ta, van a tener la ley.

Pero por otro lado, es cierto que esas cosas que generó tocan intereses. Y que además todavía en este país no tenemos tantos intereses como hay en otros países, porque por ejemplo en Uruguay, el sistema nacional de salud pública, que incluye que la gente que no puede acceder tenga medicación, por ejemplo, no es lo mismo que en Estados Unidos, donde las farmacéuticas mandan.

Entonces, en realidad, nosotros siempre decimos que la salud mental es un tema complejo que tiene todas estas variables y que no lo quieras cambiar es una cuestión de cabeza. Yo mañana soy la ministra o estoy en ASSE, ningún problema y no tengo

problema con enfrentar a los funcionarios, que después te hacen un paro y no sé qué. También tiene que ver con la formación y a quién ponemos en los lugares.

Pero también son las contradicciones, porque vos ves todo lo que habría que hacer y me sacan la campaña Mentalizate que me están tomando el pelo y lo pagamos todos nosotros. O sea, ¿qué pasó? No entendiste nada. Pero, así como yo digo lamentable, en realidad a la gente le llegó. Entonces vos decís: o así está la gente y es la cabeza de la gente y por eso le llegó... ahora el problema es cómo hacer una campaña de que cierren los manicomios y convencer a la gente de que hay más locos afuera que adentro. O sea, no va a pasar nada, salvo que vas a pasar a ser un país sin manicomios, así como somos el primero con marihuana, bueno, seamos el primero en Latinoamérica sin manicomios. Tenés uno solo, lo podés cerrar. Podés pasar a hacer historia en Latinoamérica, así como lo hiciste con este tema y con lo otro y te estás comiendo los mocos.

Además, esto se dispara, esta preocupación y este compromiso por lo de la jauría. Entonces, si tenés una institución del Estado que muere una persona y que además sabés que están muriendo todos los eneros, porque fue una seguidilla de gente, porque además hay otras tragedias, ponete los pantalones. Ahora cómo vas a seguir.

Yo lo haría con gente crítica y más comprometida con eso, no con gente alienada al sistema y también otra cosa: bueno, cambiemos la cabeza y cambiemos también las formas de abordaje, una es el manicomio.

P: ¿Cómo fue que idearon el spot de la campaña Del Manicomio al Parlamento?

R: En ese video fueron y les dijeron: qué quieren comunicar. Justo un músico nos regaló una canción que es ese temita de un minuto que se llama así “Del manicomio al parlamento”, porque íbamos a ir por primera vez, entonces hicimos una jornada ese día, porque a todos les gustaba la música, lo que transmitía era: llegan los locos por primera vez al manicomio, vamos a escucharlos. Y en la canción dice: “Por favor, siéntense y hagan silencio. Llegaron las voces...”. Pero claro, lo que transmitía era eso: vamos a darle lugar por primera vez a esto, escuchemos y claro. A ellos les interesaba hacerse cargo de este mensaje, entonces salen todos, pero salen como cantando y modulando la canción, porque ellos decían que era un fiasco si salían ellos cantando, que decían: bueno, dejemos la canción del músico, ellos hacían que cantaban, después no le pusieron color en una parte porque así no había diferencia en la ropa y quedó ese minutito que quedó re bueno y después fue acompañando esto: las 8 razones para cambiar la ley de salud mental. Todo ese proceso de laburo y pienso. Si me preguntás cómo haría una campaña de salud mental, más o menos con un proceso así.

Anexo 7. Entrevista a Belén Sansone | 20 años. Expaciente en dos instituciones psiquiátricas privadas de Montevideo.

Fecha: 17 de diciembre de 2018.

P: Estando dentro de una institución psiquiátrica, ¿qué cosas de tu vida diaria valorás (o añorás) más?

R: Lo qué más añoré es el estar acompañada por mi familia, el cariño y que la gente tuviera en cuenta lo que yo decía, aunque yo hiciera cualquier cosa, aunque hiciera algo malo porque no estaba bien en ese momento, que pudieran acompañarme en ese momento y que no me trataran de una forma fría o con distancia.

P: En pocas palabras ¿cómo describirías la experiencia en los dos lugares donde estuviste internada?

R: Fue como estar en un lugar donde sabía que estaba acompañada, pero me sentía sola. Sentía que las únicas personas con las que podía hablar a veces, era como que no nos tenían en cuenta, no estábamos a su nivel, era como que ellos iban a trabajar, nos daban la medicación y ya está. Yo me había hecho como “la fama” de “la pesada”, eso era porque yo tenía que ponerme una crema en la cara para un tratamiento, tenía que ponérmela todos los días y no me dejaban tenerla donde estábamos nosotros. Hay distintos tipos de trastornos y a veces uno no se adapta al otro. Si yo no me podía adaptar con algo trataba de ir a pedir ayuda. Y eran muchas las veces que no podía pedir ayuda a nadie. Yo era la pesada, la que iba a pedir y terminaron hasta medicándome por eso.

P: ¿Cómo te trataban?

R: Como si lo que yo decía era mentira, que no fuera válido. Como que lo que yo decía no les importaba, no lo tenían en cuenta. En otro ámbito como el liceo, si yo manifiesto una preocupación o algo me tenían en cuenta. Lo que yo decía no era recibido como que importara, creían que yo estaba mintiendo o que yo los molestaba.

P: ¿Por qué diagnostico te internaron?

R: Por depresión, pero en los dos lugares fue porque yo fui a pedir ayuda, fui al médico que en algún caso decidió la internación y la última vez fui yo que la pedí. Esa vez yo fui a la emergencia porque me sentía muy mal, descontrolada, yo no podía distinguir si era el mejor momento o el mejor lugar para pedir ayuda. En ese momento me llevaron a Maldonado y me dejaron en un box de emergencia y me dijeron que debía esperar a la doctora. Esa espera fue de cinco horas. Cuando vino la Dra. Me dijo que yo debía arreglármelas por mí misma, que los siquiátricos no daban para más, que no había lugar, que por eso me tenía que arreglar. Yo le dije que yo quería asistencia. Me trató mal, como una pesada.

P: ¿La solución que te daba es que fueras para tu casa?

R: Sí, y yo supe que era lo mejor y no me arrepiento. Me trataron mal, no me trataron como debían, pero pude pensar mucho en ese momento, a raíz de que me trataron mal.

Ese día me fui de casa de mañana, llegué de noche a la institución. Cuando llegué me revisaron el bolso, buscaban algo para sacarme todo. Solo podía tener jabón y *shampoo*, nada más. Así realmente me sentía mal, yo sentía que algo mío tenía que tener. Yo adoro la música, no me dejaban tener nada para escuchar. Yo me sentía mal por eso. Porque esa era mi herramienta para estar mejor.

Cuando llegué me dijeron “desde ahora todo lo que digas no va a ser tenido en cuenta. Vas a ser una paciente”. Y a veces ni siquiera sabían mi nombre.

P: ¿Cómo te sentías con respecto a las otras personas que estaban allí? ¿Eran iguales a ti, o había más distancia con algunos?

R: Cuando estábamos solos, bueno, entre comillas, porque te sentías observado todo el tiempo, cámaras en todos lados. Si querías decir un secreto a alguien no podías, te estaban observando, y te sentían que estaban desconfiando de tí. Era entendible, en cierto modo, pero muy incómodo. Cuando estábamos solas, porque en el segundo lugar que estuve era solo para mujeres, yo me sentía como que éramos todas iguales, aunque cada una tuviera sus cosas. Yo sentía como que podías entender al otro porque se sentía mal como uno, y que lo podías ayudar.

El saber que podías ayudar te hacía sentir mejor. Era solo hablar, sabias que a uno le hacía bien y el otro se estaba sintiendo mejor.

Yo recuerdo que antes de irme, siempre había tenido afinidad con una chica que estaba por drogas, estaba muy mal ella, no sabía en donde estaba, ni donde estaban sus cosas. Yo no sabía que ella me necesitaba tanto hasta que me fui a despedir, que me abrazó y me dijo que me quería mucho.

Lo otro era como que estabas contando los días para salir, no estabas pasando bien. Era como una cárcel. Si preguntaba cuánto tiempo iba a estar, me decían que cuando me vieran que yo estaba bien. La desesperación de pensar que podías estar un año entero ahí, pasar las fiestas, tu cumpleaños, te desesperaba esa incertidumbre de no saber cuándo saldrías, era lo que te hacía poner peor, eso no ayudaba.

Me pasó en una oportunidad lo siguiente, que me marcó horrible. Supuestamente te sacaban toda cosa con lo que pudieras hacerte daño, cosas cortantes, cordones, auriculares. Eso tenía fallas porque como que “pasaban” cosas, pasaron un mp3 con auriculares y otro día había una mujer que tenía unos cordones y se intentó ahorcar, y yo estaba en frente a su cuarto y yo la vi. Y las cámaras para qué, entonces. Para mí hay que brindar más cuidados y tener más empatía con lo que siente el otro.

Anexo 8. Diccionario de código | Análisis de contenido

Spots publicitarios contra la estigmatización social | ¿Cuál es el tono que se utiliza en las campañas anti-estigma?

Información: el primer elemento a considerar es la información general sobre los spots. La información se desglosa en año, anunciante y agencia responsables de la campaña.

- Año: Las opciones corresponden a los últimos 5 años:

1. 2014
2. 2015
3. 2016
4. 2017
5. 2018

- Anunciante
- Agencia

Tema: se discriminan las campañas anti-estigma por el tema de salud que tratan.

Las opciones corresponden a la diversidad encontrada en la muestra:

1. Síndrome de Down
2. HIV
3. Autismo
4. Discapacidad física
5. Otro

Título/ ¿Menciona directamente el estigma?: en esta categoría se distinguen las campañas entre aquellas que mencionan directamente el estigma en su nombre y aquellas que no lo hacen (y utilizan nombres más figurativos, por ejemplo). Las opciones son:

1. Sí
2. No

Enfoque del tema/ ¿Cómo habla la campaña del tema?: se categoriza según el enfoque positivo o negativo del tema de la campaña (si se enfoca en la solución; en el efecto o problema; o si muestra las dos caras). Las opciones son:

1. Positivo/ la solución
2. Negativo / el problema o el efecto
3. Las dos caras

Aspectos técnicos: aquí se distinguen distintos elementos técnicos que componen el video, como la música y el uso del color. Esta categoría se desglosa en:

- Musicalización: se analiza si la música del spot tiende a ser positiva/inspiracional, dramática/oscura u otra. Las opciones son:
 1. No tiene música

- 2. Utiliza música inspiracional/ positiva
- 3. Utiliza música dramática/ oscura
- 4. Otro
- Código cromático: se analiza la paleta de colores predominante en la pieza.
Las opciones son:
 - 1- Blanco y negro
 - 2- Predominancia de tonos cálidos
 - 3- Predominancia de tonos fríos
 - 4- Otro
- Tiempo de duración. Se discrimina según la duración de los spots en:
 - 1. Uno a dos minutos
 - 2. Dos a cinco minutos
 - 3. Más de cinco minutos
- ¿Tiene subtítulos? Opciones:
 - 1. Sí
 - 2. No
- ¿Utiliza voz en off?
 - 1. Sí
 - 2. No

Relación con la realidad/ Formato narrativo: se analiza el formato utilizado para transmitir el mensaje, clasificado en:

- 1. Documental
- 2. Ficción
- 3. Ambos
- 4. Otro

Actores: se analiza la participación de distintos agentes en cada video. Los agentes que se toman en cuenta son personas estigmatizadas, familiares de personas estigmatizadas, amigos/compañeros de personas estigmatizadas y médicos/acompañantes. Se discrimina el grado de participación de cada agente según su rol en:

- 1. Rol protagónico
- 2. Rol secundario
- 3. Ausente

Personas estigmatizadas: se analiza el rol de las personas que sufren el estigma dentro del spot. De la categoría se desglosa:

- Cantidad: se mide la cantidad de actores de este tipo que aparecen en el spot.
 - 1. Uno
 - 2. Dos o tres
 - 3. Cuatro o cinco
 - 4. Más de cinco
 - 5. Ninguno
- Género

- 1. Mujeres
- 2. Hombres
- 3. Ambos
- 4. Otros
- Edad
 - 1. Niños
 - 2. Adolescentes/Jóvenes
 - 3. Adultos
 - 4. Ancianos
 - 5. Grupo variado: no se distingue una única franja etaria
- ¿Hablan?: se analiza si estos personajes aparecen hablando en el spot
 - 1. Sí
 - 2. No
- ¿Interactúan con otros personajes?: se mide si estos personajes aparecen interactuando con otros
 - 1. Sí
 - 2. No
- ¿Sonríen?: se analiza si los personajes aparecen sonriendo en algún momento en el video
 - 1. Sí
 - 2. No

Ambientes: se analiza la aparición de los escenarios en los que se desarrollan las acciones. Dentro de la categoría aparecen: lugar de estudio o trabajo; vía pública/espacios de recreación; hospital, casa, estudio de grabación. Se discrimina la aparición de cada uno de los lugares en las opciones:

- 1. Sí
- 2. No
- Cantidad de espacios: se mide la cantidad de locaciones que se muestra en cada spot. Las opciones son:
 - 1. Uno
 - 2. Dos o tres
 - 3. Cuatro o cinco
 - 4. Más de cinco

Nº	Información			
	Año	Spot	Anunciante	Agencia
1	5	https://www.youtube.com/watch?v=ilY3ZcPGpvc	National Down Syndrome Society (USA)	Saatchi & Saatchi
2	4	https://www.youtube.com/watch?v=EYhWKzM4eLQ	Canadian Down Syndrome Society	FCB Canada
3	2	https://www.youtube.com/watch?v=c9b6lTRnRqQ	Vanguardist Magazine	Saatchi & Saatchi
4	5	https://www.youtube.com/watch?v=Qyf3B3AyKHw	Andros	Serviceplan Groupe
5	1	https://www.youtube.com/watch?v=4PA3owLq7UM	Coordown	Saatchi & Saatchi
6	4	https://www.youtube.com/watch?v=locLkk3aYIk	Channel 4	4creative
7	3	https://es.adforum.com/award-organization/6650183/showcase/2016/ad/34526220	Autism Speaks	Lobo

Nº	Tema	Título	Enfoque del tema
		¿Menciona directamente el estigma?	¿Cómo habla la campaña del tema?
1	1	2	1
2	1	1	1

3	2	1	3
4	3	1	3
5	1	2	1
6	4	2	1
7	3	1	1

Nº	Aspectos técnicos				
	Musicalización	Código cromático	Tiempo de duración	¿Tiene subtítulos?	¿Utiliza voz en off?
1	2	2	1	2	1
2	2	2	1	2	2
3	3	3	2	1	2
4	2	3	2	2	1
5	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2
7	2	2	1	2	1

Nº	Relación con la realidad	Actores				
		Formato narrativo	Personas estigmatizadas	Familiares	Amigos/compañeros	Médicos/acompañantes
1	1	1	1	3	3	3
2	1	1	1	2	3	3

3	1	1	2	3	2
4	1	1	3	3	2
5	1	1	2	3	3
6	2	1	2	2	3
7	3	1	2	3	3

Nº	Personas estigmatizadas					
	Cantidad	Género	Edad	¿Hablan?	¿Interactúan con otros personajes?	¿Sonríen?
1	4	3	3	2	1	1
2	4	3	5	1	2	1
3	3	3	3	1	1	1
4	3	3	2	2	1	1
5	4	3	2	1	1	1
6	4	3	5	1	1	1
7	1	2	1	1	1	1

Nº	Ambientes					
	Cantidad de espacios	Lugar de estudio/trabajo	Vía pública/espacios de recreación	Hospital	Casa	Estudio de grabación
1	2	1	1	2	2	2
2	2	2	1	2	1	2

3	4	2	1	1	1	2
4	3	1	2	1	1	2
5	4	2	1	2	1	2
6	4	1	1	2	1	3
7	2	2	2	2	1	2

Anexo 9. Anotaciones Focus Group Adolescentes

1. Primer contacto: el logo de la campaña

Al observar el logo de Salud Mental sin Prejuicios, ninguno de los participantes reconoce que se trata de una campaña de publicidad sobre salud mental. Coinciden en que es un tema del que no han escuchado hablar recientemente.

Entonces, se plantea qué les sugiere el nombre “Salud Mental sin Prejuicios”. La mayoría permanece en silencio. Allí, surgen dos grandes respuestas. Uno de los participantes menciona la relevancia sobre el tema, a lo que luego otros adhieren:

“El tema de salud mental es algo re importante, que mucha gente en realidad no lo toma como tan importante, cuando para muchos es lo principal que les está pasando”.

“No hay mucha concientización de eso y no es un tema debatible por lo general. No es algo que se hable ni se incluya”.

Luego, cuando se les pregunta a qué aspecto de la salud mental piensan que refiere, los participantes tienden a vincularlo con un tema cercano a ellos:

“Yo me imagino algo como que todos necesitamos un poco de ayuda en la mente”.

“Si me decís salud mental, pienso en algo de depresión, porque es lo que la gente más tiene hoy”.

2. Segundo contacto: banner de Mentalizate

Cuando se les muestra el banner de la campaña, el rumbo de los razonamientos cambia drásticamente ante la aparición de un **personaje** como cara de la campaña. Se puede notar que se produce una lejanía con el tema, respecto de los planteos iniciales. Entonces, se encuentran las siguientes respuestas:

“Para mí es tipo para personas con Síndrome de Down y esas cosas”.

En cuanto a la edad, se observan dos posturas. *“Yo pensé en adolescentes, no en una persona tan adulta”*. Sin embargo, otros se colocan en el siguiente punto de vista:

“Yo no, porque dicen que cuanta más edad, se suicidan más y esas cosas”.

En cuanto a la última cita, llama especialmente la atención que la única instancia en la que el tema del suicidio es mencionado en el grupo es aquí (ligado con personas adultas), cuando la realidad es que es uno de los principales problemas en el rango de los participantes. Esto podría explicarse por el hecho de que a medida que se va planteando la campaña, el tema salud mental se vincula cada vez más con algo ajeno a los participantes, en lugar de hacerlos pensar en los temas más próximos a ellos.

Se pueden percibir claramente dos grandes posturas: los que colocan a la salud mental como un tema cercano, que contrasta con lo que tienen enfrente; y aquellos que la colocan como un tema lejano y consideran que lo que tienen delante es consecuente con esa idea.

En cuanto al eslogan, los participantes coinciden en que les cuesta relacionarlo directamente con el tema de la campaña:

“Dice “Mentalizate”, pero no sé bien qué tengo que mentalizar”. (risas de todos).

“Entiendo el juego de palabras, pero si lo veo solo no lo relaciono con eso”.

3. Tercer contacto: spot de Mentalizate

Durante la visualización del spot, se perciben expresiones de desconcierto por parte de algunos participantes; otros parecen conmovidos. En primer lugar, surge una discusión sobre el mensaje del spot:

“Yo como que no entendí muy bien a qué tipo de salud mental se refiere, porque cuando hablaron así, pienso como lo que dijo él, por ejemplo, de Síndrome de Down y síndromes más bien o enfermedades de las que se ven, por las cosas que dijeron. Pero en realidad, si me decís salud mental...en lo que dijeron no encuentro tanto cosas como de depresión, no lo encajo con lo que dijeron, porque hablaron de la inclusión y esos son temas más que se tratan con todo lo que son síndromes y esas cosas”.

En esta cita ilustrativa se puede ver que luego del estímulo recibido por el banner, que hizo surgir el nexo erróneo entre salud mental y Síndrome de Down, con el spot esta idea, en lugar de desaparecer, se refuerza. Se puede ver cómo la palabra **inclusión** genera un alejamiento con el tema, ya que lo relacionan con síndromes que consideran lejanos. Por lo tanto, se podrían colocar en un bloque los conceptos inclusión/síndrome y en otro bloque el concepto depresión, como una idea más próxima a los adolescentes.

Duración

Las opiniones en cuanto a duración se reparten entre los que consideran que el spot es muy largo y aquellos que creen que es el tiempo necesario para poder entender bien el tema.

Personajes

La primera idea que surge en cuanto a los personajes del spot es una valoración positiva, que corresponde al hecho de que sean los propios usuarios quienes hablan:

“Está buena la idea de que sean las personas con las enfermedades o problemas las que estén dando el comunicado, que no es alguien externo, un médico o lo que sea, es la persona misma”.

A continuación, la discusión se dirige hacia el tipo de enfermedades de las que habla el spot:

“Me parece que es un poco verdad. Yo, por ejemplo, tengo un compañero que es autista y en los pasillos lo ves que, por ejemplo, se acerca a alguien y lo miran raro. No sé, como que se siente la diferencia que hacen”.

En estos planteos, vuelve a surgir la idea de síndrome, ligado a algo lejano, y a la ausencia que notan de enfermedades como la depresión, que perciben como cercanas:

“Cuando pensás en salud mental pensás que te abarca todo, pero en realidad cuando veo esto me da más la idea de que está hablando de enfermedades, de síndromes”.

*“Para mí no es tan lejano, porque, por ejemplo, yo también tengo en mi liceo como 3 chiquilines que son autistas y hay uno al que lo he acompañado varias veces en la clase para que preste atención, entonces capaz que tengo más cercanía con esas cosas. Pero en sí, si no fuera por esos chicos que tienen autismo, después no solés conocer mucha gente **con cosas así**. Sí **con depresión** y esas cosas, pero no apareció nada, no se notó nada de que hablara de eso tampoco”.*

También, vuelve a destacarse el tema de la edad:

*“Capaz estaría bueno mostrar **gente más joven** también, acá son todos adultos”.*

“Igual, aunque no tengas alguien cercano también te llega, pero capaz que teniendo a alguien igual que vos, de tu edad o lo que sea, capaz es un poco distinto”.

En este punto se puede notar que los adolescentes se sienten sensibilizados, pero el tema no llega a generarles gran empatía, precisan a “alguien igual que ellos”.

Otro tema interesante que surge al ahondar en las características de los testimonios es que aparece la interrogante de si todos los que aparecen tienen alguna enfermedad mental (el spot fue elaborado con testimonios de usuarios en su mayoría, de algún familiar y algún profesional de la salud, que no son distinguidos en el spot).

“¿Todos los que aparecieron tenían una enfermedad mental o había gente que no?”

En este punto, se habló de que los participantes notaron diferencias entre algunos de los testimonios. Los que consideraron como más “normales” les generaron la duda de si tenían alguna enfermedad mental o no. Las opciones que manejaban eran:

“...capaz que tenían cosas más leves como depresión, o esas cosas que a simple vista no las podés ver, o capaz que eran personas que trabajaban ahí”.

Aquí se puede ver que se coloca nuevamente a la **depresión** como la enfermedad más próxima a lo que ellos consideran normal. No distinguen la diferencia entre una persona con depresión y un profesional de la salud, pero sí con varias de las personas que aparecen en el spot.

Ambientes y guión

Cuando se plantea el tema del contexto en el que se encuentran los personajes (un estudio de grabación) los participantes coinciden en que no es el más adecuado.

“Si hubiesen aparecido gurises, capaz que podrían haber salido como en un aula, donde vos los puedes ver como en tu realidad, porque también ahí no”.

“Claro, lugares que compartimos”.

Los participantes, con esto, plantean nuevamente la necesidad de sentir mayor cercanía con los personajes del spot. Lo mismo sucede en cuanto al guión:

“Eso es todo mecánico, es todo un guión estudiado y dicho ahí. Si hubiese sido algo más natural, más en la vida cotidiana de la persona te habría llegado mucho más. Porque, yo que sé, te dicen: “dejanos hacer las cosas que

“nosotros sabemos hacer”, pero no sé qué cosas sabés hacer si no me las estás mostrando”.

“O sea, al estar en un estudio como que no te imaginás a esa persona en otra situación”.

Aquí aparecen conceptos clave que se repiten en lo que sigue de la discusión: natural / vida cotidiana / personajes en acción. Luego, surge otro comentario que, aunque forma parte de una broma, es destacable, ya que se vincula con el valor de lo testimonial:

“Capaz que eran actores” (risas)... *Encima estaba ese que tenía tremenda voz de locutor”...*

A partir de este comentario, en la discusión se plantea brevemente la posibilidad de lo ficticio. Esto es relevante ya que la idea de que el video esté basado en testimonios de los propios usuarios es ser fieles a la verdad; sin embargo, esto no sucede. Siguiendo la línea de la discusión, se podría establecer la siguiente relación realizada por los participantes:

Estudio de grabación + guión = ficticio

Luego, la discusión comienza a centrarse en otro concepto repetido varias veces: “**lo normal**”.

“Yo creo que lo que hay que hacer es tratarlo como una persona normal, y no creo que quiera saber más que eso”.

“Es que son personas normales”.

“A ver, son diferentes, todos somos distintos.. aunque les cueste hablar o moverse o lo que sea”...

En esta síntesis de la discusión se puede ver, una vez más, cómo los testimonios mostrados en el video llevan a los personajes a establecer vínculos con otro tipo de condiciones que les resultan más lejanas y que no necesariamente se vinculan con la salud mental (en este caso, refieren a casos de **discapacidad física**).

“Además muestran una parte que no es la más común, porque en todo un liceo uno no conoce a la mitad del liceo con una enfermedad que le cueste para hablar y esas cosas y, sin embargo, con otro tipo de enfermedades podés conocer muchos más”.

¿Qué hubiese pasado si este spot se mostrara en sus liceos?

La primera respuesta ante esta pregunta es que varios de sus compañeros se hubiesen reído y que otros no lo hubiesen entendido o no le hubiesen dado importancia. En este sentido, mencionan que el tema tratado no les resulta de tanta utilidad para aplicarlo en su vida cotidiana:

“Es medio difícil que a todos les llame la atención. En una clase no suele pasar que haya personas con enfermedades mentales de esas que se notan, entonces, si me muestran eso, puedo aprender un montón por si algún día me cruzo con alguien, pero en sí para mi ámbito de ahora no me sirve, no tengo trato con nadie así. Sin embargo, si tratara de las otras enfermedades, puedo encontrar a alguien en mi clase y poder ayudarlo”.

¿Cómo sería su campaña ideal? (si pudieran modificar esta) ¿Qué cambiarían y qué dejarían?

Aquí, los participantes generan una síntesis de los planteos anteriores, en la que destacan la importancia de referir a temas más cercanos (y mostrar a los personajes en situaciones “normales”), pero sin dejar de lado esa otra cara dentro de las enfermedades mentales que no les resulta tan próxima:

“Yo tratando de pensar no en el video me imagino eso que hablamos de verlos en la vida cotidiana, porque dice cosas que te llevan a la vida cotidiana, pero en el video no te muestran. Si lo escucho sin conocer el video pienso en la persona hablando con otro, no sé”...

“Claro, como si fuera algo normal, dos personas hablando, como están hablando de tratarlos igual de como tratás al resto, sería una conversación entre dos personas normales”.

“Igualmente lo que intentan creo que es visibilizarlo un poco más capaz, pero lo que no está en tu vida cotidiana o no lo ves todos los días es como un poco más complicado”.

“Igual siento que también está bien que muestren este tipo de enfermedades, porque a lo que hay menos... todos hablamos de depresión y todo eso porque lo tenemos más cerca y es lo que tenemos presente, pero a esa gente que le pasa lo que le pasa, le gustaría también que la gente sea un poco más consciente de lo que ellos tienen”.

“Claro, sería eso y lo otro... todo”.

Anexo 10. Anotaciones Focus Group Adultos

1. Primer contacto: el logo de la campaña

Al observar el logo de Salud Mental sin Prejuicios, los participantes reconocen que se trata de una campaña de salud mental, aunque ninguno escuchó hablar de ella.

Cuando se les pregunta qué les sugiere, las primeras opiniones refieren a una visión positiva.

*“De la imagen, lo veo como **con un enfoque positivo**, que generalmente la salud mental está asociada a imágenes oscuras, tétricas, vos decís ‘Depresión: una persona toda cabizbaja llorando’... y esto es como algo lindo, agradable de ver”.*

Luego, la discusión se dirige directamente al tema salud mental:

“Uno piensa siempre en la salud física y poco en la salud mental y me suena que es como para preocuparse más. Como que tenés que cuidar la salud mental también, que muchas veces es olvidada”.

*“Y que está vista con mucha prejuicio. Cualquier cosa que decís de salud mental es como que: no voy a decir que soy **depresiva** porque es horrible”.*

“Se ve como algo imposibilitante o como que capaz que la persona que tiene un problema de salud mental está loca o está internada o no puede trabajar y capaz que no, nada que ver. Creo que va por ese lado”.

Luego, cuando se les pregunta a qué aspecto de la salud mental piensan que refiere, las opiniones de los participantes se dividen en dos grandes posturas. Por un lado, se encuentran aquellos que lo asocian con enfermedades como la depresión y la ansiedad:

*“Yo lo que pensé primero es en depresión porque es como lo más normal”. “Sí, la mayoría de la gente tiene depresión o ansiedad. Como que **no lo veo tan: ¿sos psicópata? o ¿sos esquizofrénico?**”.*

Por otro lado, se encuentra otro bloque de participantes que entienden que podría tratarse de normalizar aquellas enfermedades que son vistas como más “anormales”:

“Salud mental está asociado a muchísimas enfermedades. Yo tampoco lo veo como un: ¿sos esquizofrénico?, pero capaz sí mostrarte a una persona con esquizofrenia que no es un psicópata, que puede hacer cosas normales”.

Por lo tanto, las opiniones acerca de lo que podría plantear esta campaña podrían resumirse en: mostrar lo más normal dentro de la salud mental // mostrar lo más anormal de la salud mental como normal.

2. Segundo contacto: banner de Mentalizate

Luego de visualizar el *banner*, algunas de las percepciones acerca de lo que comunica la campaña se ven alteradas:

“Si lo veo así de una... Teletón... me da a otra cosa. Una vez, obviamente, que leés lo que dice...pero capaz que si lo viera en un ómnibus pasando diría: ‘Ah, Teletón’”.

“A mí me suena a que es un juego de palabras: mentalizate, salud mental. Tiene eso que engancha, pero a la vez... o sea, si dijeras solo “Mentalizate” y no estuviera abajo lo otro... no lo relacionaría con salud mental”

“Yo Mentalizate si lo veo suelto lo relaciono más con alguna actividad de deporte o alguna cosa de concentración que de salud mental”.

En este punto, resulta curioso los vínculos que sugieren tanto el personaje del banner como el slogan de la campaña. Por un lado, el personaje lleva a establecer un vínculo con Teletón (salud+prejuicios+color rojo), que en realidad se vincula con discapacidad motriz, no mental. Sin embargo, la idea de Teletón también trae aparejados los conceptos de inclusión/discriminación.

Por otra parte, el slogan por sí solo es relacionado con actividades que no tienen relación directa con el tema de la campaña.

3. Tercer contacto: spot de Mentalizate

Luego de la visualización del spot, una de las participantes comenta que la guía de consejos que se muestra en el spot sí la vio, pero que se la dieron en la Intendencia, sin saber que formaba parte de una campaña de salud mental. En este punto, es importante destacar que la participante se llevó el folleto para verlo con algunas amigas (dentro del grupo, algunas tienen depresión, otras, trastornos alimenticios), pero que al leerlos muy pocos les resultaron cercanos:

“Cuando vi que decía lo de los acompañantes, me di cuenta de que estaba enfocado en otro tipo de enfermedades”.

El resto de los participantes muestran sorpresa por no haber visto antes el spot:

“Nunca la había visto, o sea, creo que está re bueno y no tenía idea de que había algo de eso. Mi madre tiene un problema de salud mental bastante complicado y yo he investigado sobre el tema y nunca encontré nada sobre esto....no tenía idea de que había una cosa de estas”.

Personajes

La primera opinión con relación a los personajes del spot corresponde a una valoración positiva:

*“Yo creo que está muy bueno que los protagonistas hablen. Y que no se siente un psicólogo o un psiquiatra. Ya ves que son **personas iguales que nosotros**. Con las mismas emociones y pidiendo ayuda”.*

Luego, surgen enseguida las primeras percepciones sobre las características de estos personajes:

*“A mí lo que me pasó fue que iba por ese lado capaz de lo que dijimos de **depresión, ansiedad** y demás y te das cuenta de que son personas que tal vez necesitan un acompañante o alguien que esté más pendiente, que van por **otro tipo de enfermedades mentales** y que me sorprendió por eso”.*

*“A mí me resultó sumamente emotivo, ves gente que está hablando de lo que le pasa y ves su rostro, qué sé yo, es **bien creíble lo que estás viendo**”.*

En este punto, se pueden ver dos perspectivas diferentes. Por un lado, aquellos que esperaban encontrarse con otro tipo de enfermedades (depresión, ansiedad) y sienten que no se corresponde con lo que muestra el spot. En segundo lugar, aparecen aquellos participantes que sí lograron empatizar con estos personajes.

Más adelante, se agrega el hecho de que algunos de los participantes esperaban una campaña más enfocada en la prevención que en la sensibilización:

*“Como que fue más por el lado de **inclusión** que de **prevenir** o lo que sea. Es tipo: tenemos esto, pero queremos estar más metidos en la sociedad”.*

Ambiente y guión

Cuando se discute el tema del ambiente en el que se muestra a los testimonios (estudio de grabación), aparecen dos grandes posturas:

*“A mí me gusta el hecho de que sea en un lugar fijo y que **la atención se centre en la persona que habla** y no en el entorno, porque le das importancia a lo que está diciendo. Capaz que sí, queda un poco monótono que sea todo*

en el mismo lugar, pero me parece que no está bueno que sea algo hiperdinámico, para que esté el foco en la persona”.

“Capaz que en vez de que sean todos en la misma sillita y eso, capaz que en el lugar de trabajo de la persona, o si van a un taller, tipo: estoy acá haciendo lo mío, puedo hacerlo. Mostrar eso”.

“Lo haría como en su lugar de trabajo, de estudio, lo que sea, pero que no haya tipo un quilombo alrededor, tipo una persona hablando en un salón de clase, como diciendo: “yo voy a clase igual, yo trabajo también”.

La segunda perspectiva (la más apoyada dentro del grupo) plantea el hecho de mostrar a los personajes haciendo actividades de la vida cotidiana, para mostrar que sí pueden.

En cuanto al tema del guión, se perciben dos posturas distintas. Aquellos a quienes les agradó que se mostrara así:

“Por más que esté guionado no es que estén leyendo un cartel, fue bastante fluido, me pareció que estaba bien”.

Y aquellos que se inclinan por incluir experiencias más personales:

“Capaz que si alguno quisiera agregar algo, estaría bueno que dijera, no sé: ‘Yo quiero contar algo de mi historia’ o lo que sea, capaz que más personal, queda bueno mechado entre todo el mensaje que alguno cuente algo”.

Además, otro gran tema que se plantea es el de **mostrar a los personajes acompañados**.

“Me pasa que te hablan de incluir, pero aparecen solos. Capaz que si los ves con un amigo, haciendo cosas de amigos, te da como una idea más positiva de inclusión”.

Por último, se plantea la conveniencia de incluir testimonios de niños y adolescentes.

“En la adolescencia es donde empiezan los prejuicios. Creo que desde ahí es donde se tiene que educar. Yo creo que en la niñez y en la adolescencia tenemos mucha importancia de los amigos. Y capaz que está bueno aparte de incluir a niños o adolescentes, contar la experiencia de los amigos por ejemplo en la clase, en el club o lo que sea que vayan y que cuenten. Que haya una idea de la inclusión, que tienen amigos como cualquier adolescente”.

“Yo creo que cualquier niño o cualquier adolescente le da mucha importancia a sus amigos... quiere salir de la escuela y juntarse a jugar a la pelota o charlar

o salir a bailar y demostrar que eso pasa aunque tengas una enfermedad mental. Me parece que eso llegaría pila”

¿En qué se enfocarían si tuvieran que hacer la próxima campaña?

En este punto, los participantes hablan de que incluirían enfermedades mentales que resultan más próximas a la mayoría de la población, pero no descartarían las más severas, pero con algunos cambios en el modo de contar.

“Para mí la depresión es lo que todos tenemos a alguien conocido o pasamos o lo que sea y aparte en Uruguay hay un grave problema con el tema de los suicidios y demás, haría algo sobre depresión”.

“Yo mostraría los dos, acá los vemos que son personas normales, pero algunos te das cuenta de que tienen algún temita en el habla y eso y está bueno verlo. Vos podés hablar con alguien que está deprimido nomás y no sabés que le está pasando algo. Está bueno mostrar las dos cosas. Mostrar una persona que de repente de todas formas se ve normal y alguna persona que de repente te das cuenta de que alguna cosita tiene, el tema del habla”.

“Yo también, sin dudas, haría de las dos caras. Pero las dos caras en su lado normal, que la cara de lo más severo no sea lo que choque”.

DE CÁBEZA



PROYECTO FINAL
FACULTAD DE COMUNICACIÓN



DE CABEZA

A large, stylized purple graphic of a human figure is integrated into the letter "A" of the word "CABEZA". The figure is walking forward with arms outstretched, wearing a simple t-shirt and shorts. The figure's legs form the vertical stroke of the letter "A".

CAMPAÑA PUBLICITARIA
para un cambio de mirada
en salud mental

Una propuesta para la
Federación “Caminantes”

Índice de contenido

1. Brief	1
1.1 Definición de público objetivo	1
1.2 Justificación de la campaña.....	9
1.3 Objetivos de comunicación.....	11
2. Estrategia creativa	12
3. Propuesta de ideas y ejecuciones.....	14
3.1 Key visual.....	14
3.2 Propuesta de acciones y contenidos	16
3.3 Guion de piezas audiovisuales	32
4. Plan de medios	35
5. Presupuesto	48
6. Plan de implementación	51
7. Plan de evaluación.....	57
8. Anexos.....	61

1. Brief

1.1 Definición de público objetivo

La investigación realizada como primera fase de este proyecto se orientó a encontrar el mejor modo de generar un cambio de mirada en salud mental en Uruguay, de la mano de la lucha contra el estigma que recae sobre las personas con alguna enfermedad mental. En este sentido, un hallazgo relevante fue la constatación de un grupo heterogéneo, en varios sentidos, dentro del gran público objetivo que se pretende abarcar en última instancia (que es la población uruguaya en su conjunto).

Con la realización de los grupos de discusión¹ se detectó una diferencia en la sensibilidad en los diferentes grupos con respecto al tema de salud mental. Esto se pudo relacionar, en muchos casos, con qué tan próximo resultaba para los participantes (a mayor cercanía con el tema, mayor sensibilidad). Sin embargo, dentro del grupo de quienes poseían mayor cercanía, se pudieron constatar también matices en cuanto a sensibilidad, dependiendo del problema de salud mental del que se hablara (por ejemplo, para algunos la depresión despertaba sensibilidad, pero la esquizofrenia no).

En síntesis, se constató que la clave en cuanto a sensibilidad se encuentra, en gran medida, en el modo y el grado de conexión que cada persona logra establecer entre el tema y su propia experiencia de vida. Así, al observar al gran grupo de la población uruguaya, subyace un conjunto heterogéneo de personas, cada una con su propio nivel de sensibilidad con respecto al tema (y, por lo tanto, con distintos grados de predisposición a conectar con este).

Pero, a pesar de esta subjetividad, la investigación permitió distinguir ciertos grupos que, más allá de que no pueden observarse como realidades absolutas, permiten identificar conjuntos de personas con ciertas características comunes en cuanto a su acercamiento al tema de la salud mental. Trasladado a un plano gráfico, se podría hablar de distintos “núcleos de sensibilidad”, que juntos configuran a ese gran público que son los uruguayos (Figura 1).

A partir de los hallazgos de la investigación, se podría hablar de un primer público muy cercano y comprometido con el tema (dentro de él, se encuentran, por ejemplo, todas aquellas instituciones y organizaciones que luchan por los derechos en salud mental, así como los familiares de personas con enfermedades mentales y los propios usuarios, que se sienten llamados a trabajar por la causa por la sensibilidad despertada a partir de su experiencia personal). Luego, aparece un segundo núcleo no tan comprometido como el anterior, pero con algún punto cercanía con el tema;

¹ Ver en Proyecto Preliminar, p. 65.

allí se podrían identificar, por ejemplo, personas con algún caso cercano dentro del círculo social en el que se mueve, así como profesionales de la salud y estudiantes de carreras afines, cuya aproximación al tema es impulsada desde lo académico)².

Finalmente, aparece un tercer núcleo más distante, con personas que no acaban de identificar el tema de salud mental como relevante y, por lo tanto, no llegan a conectar con él. Uno de los grandes hallazgos de la investigación realizada fue que dentro de este grupo es posible que se halle un gran número de la población adolescente. En su caso, la distancia con el tema respondería, principalmente, a una necesidad de información (que, a largo plazo, se transformaría en educación) sobre el tema de salud y enfermedad mental. A ella, se suma la necesidad detectada en los más jóvenes de saber que es posible hacer algo para cambiar la situación de enfermedad mental (es decir, que existe una solución), y que ellos pueden colaborar con esa causa³.



Figura 1. Núcleos de sensibilidad con respecto al tema salud mental dentro de la población uruguaya.

Ante esta realidad, al momento de pensar en el público objetivo de esta campaña se ha llegado a la conclusión de que el modo más efectivo para obtener los resultados deseados es dirigirse, poco a poco, a los distintos grupos por etapas (siguiendo la

²Dentro de cada uno de los grupos delimitados pueden encontrarse muchos más actores; los actores que se señalan fueron seleccionados como ejemplos significativos para ilustrar cada realidad. La posición de estos actores puede moverse de un grupo a otro, dependiendo de las particularidades de cada persona. Esta exemplificación no pretende ilustrar una realidad absoluta, sino que ha sido realizada con el objetivo para arrojar claridad dentro del heterogéneo grupo que conforma al gran público objetivo de esta campaña.

³ Ver Proyecto Preliminar, p. 65.

estrategia que resulte más eficaz en cada caso). Así, se configura una campaña dividida en fases, que a largo plazo buscarán cumplir con el objetivo de generar ese buscado cambio de mirada en salud mental en la población uruguaya. La campaña que se presenta a continuación corresponde a la primera de esas etapas (que abarcará los meses de agosto a octubre)⁴. La intención es que el momento marcado como culminación de esta primera instancia no represente el final de la campaña, sino que dé paso a nuevas etapas, que a distintos públicos relevantes.

Entonces, ¿por quién empezar? Como ya se indicó, uno de los principales hallazgos de la investigación gira en torno al rol actual y potencial de los más jóvenes con respecto al tema de la salud mental. A pesar de la distancia constatada dentro de este grupo, los resultados del grupo de discusión evidenciaron que, incluso con la falta de información que les impedía llegar a conectarse con el tema, la apertura y empatía aumentaba a medida que se comenzaba a profundizar en él. Es decir, se pudo descubrir un grupo actualmente distante, pero con grandes potencialidades para apropiarse de la causa, si se logra captarlo del modo adecuado.

Al observar el panorama social actual, se puede ver cómo el rol de adolescentes y jóvenes ha tenido un gran peso para la visibilización y el posicionamiento de otras causas sociales, como la referida a la igualdad o la violencia de género. Esta tendencia al compromiso juvenil con causas sociales aparece como una oportunidad para ser aprovechada en la campaña, en el sentido de lograr que la lucha contra el estigma en salud mental se convierta en otra de las realidades por las que este público joven estaría dispuesto a pelear.

Al mismo tiempo, las estadísticas recogidas dentro de la investigación dejan ver que este sector de la población hoy es uno de los más vulnerables en cuanto a consecuencias generadas por las enfermedades mentales, como es el suicidio. En los últimos años, uno de los principales grupos de riesgo ha sido la franja de los jóvenes de entre 15 y 24 años. Las cifras muestran que los suicidios se mantienen estables hasta los 14 años y luego parece haber una tendencia en aumento a partir de esa edad hasta los 19 años⁵.

Así, sale a la luz un público en el que se unen necesidad y oportunidad (Figura 2); una población de riesgo que, paradójicamente, no es consciente de ello, debido a que existe una falta de información. Un público con potencialidades no explotadas para hacerse de la causa, ya que no ha logrado conectar con el tema (porque no siente cercanía con él y porque, además, no sabe qué puede hacer para colaborar). Ante estas evidencias, hacer que la campaña llegue a ellos de un modo efectivo

⁴ Para ver en detalle, ir a 4. Plan de Medios, p. 35.

⁵ Para conocer las estadísticas con mayor detalle, ver Proyecto Preliminar, 1.3. Salud Mental en Uruguay, p. 15.

parece ser un acertado primer paso para comenzar a trabajar en un cambio de mirada en salud mental que, paulatinamente, llegue al total de la población.



Figura 2. Oportunidad + necesidad del público adolescente con respecto al tema de salud mental.

Dentro de este *target* joven, se vuelve necesario identificar públicos más específicos, que funcionen como “embajadores” de la causa; actores clave que ayuden a que el mensaje de la campaña se distribuya entre sus pares y, luego, llegue a otros públicos. Con este objetivo, se han definido, en concreto, dos grupos que configurarán al *target* de esta primera etapa de la campaña:

a) **Estudiantes de secundaria**

- Entre 12 y 18 años
- Instituciones públicas y privadas
- Montevideo e interior
- NSE: B-, B+, M-, M, M+, A, A+.

b) **Estudiantes de Psicología**

- Entre 18 y 26 años.
- Instituciones públicas y privadas (UDELAR y UCU)
- Montevideo e interior
- NSE: M-, M, M+, A, A+.

¿Por qué estudiantes?

- Porque el ámbito académico será aprovechado dentro de la campaña como medio para llegar a este público de un modo que genere cercanía.

- Porque sus motivaciones, en tanto estudiantes, prometen una apertura y receptividad que será fundamental para que se conviertan en difusores del mensaje entre sus pares y demás personas de su entorno.

¿Por qué incluir, en concreto, a los estudiantes de Psicología?

- Los estudiantes terciarios de la carrera de Psicología fueron seleccionados como actores clave, ya que su interés vocacional facilita una posible mayor conexión (en relación con la de otros jóvenes) con el tema de salud mental. Esta podrá ser aprovechada para que la transmitan “en su propio idioma” a otros pares que no sientan tanta proximidad. El hecho de tener un contacto directo con situaciones de enfermedad mental, por ejemplo, a través de las prácticas que deben realizar dentro de la carrera, los lleva a establecer un contacto con el tema que los apunta como buenos “embajadores” de la causa para despertar sensibilidad en otros.

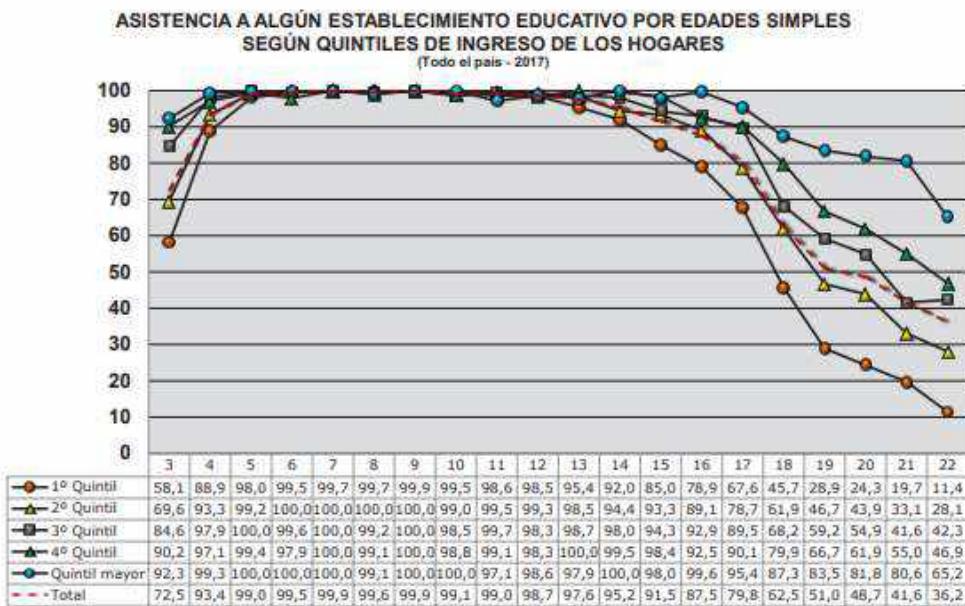
Es importante señalar que dentro de la segmentación del público objetivo no se han realizado distinciones en cuanto a otras variables más específicas, como la herencia genética (es decir, aquellos adolescentes y jóvenes que tengan algún antecedente familiar de enfermedad mental), dado que la información recogida en la investigación preliminar dio cuenta de que, actualmente, no es posible hablar sobre causas específicas de las enfermedades mentales. Incluso el peso del factor genético resulta relativo según el caso⁶. En cuanto a la variable de sexo, más allá de que en enfermedades puntuales sí existen tendencias que se inclinan hacia uno u otro, en general tampoco existe un género claramente predominante en cuanto a personas con enfermedades mentales.

Nivel socioeconómico (NSE)

Con respecto a los niveles socioeconómicos tenidos en cuenta, estos varían en respuesta a la realidad constatada por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), que muestra una alta concurrencia a centros educativos para todos los niveles socioeconómicos desde los 12 a los 16 años, que luego desciende abruptamente en los niveles más bajos, desde los 17 años en adelante (lo que comprende las edades que corresponderían a la etapa de educación terciaria) (Gráfico 1)⁷.

⁶ Sobre este tema se profundiza en la entrevista realizada a Maris Pérez, secretaria de la Federación Caminantes. Ver en Proyecto Preliminar, Anexo 4, p. 124.

⁷ Encuesta continua de hogares (2017). Ministerio de Educación y Cultura. Recuperado de <https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/11078/1/logro-y-nivel-educativo-alcanzado-por-la-poblacion-2017.pdf>



Fuente: Encuesta Continua de Hogares 2017.

Gráfico 1. Asistencia a algún establecimiento educativo por edades simples según quintiles de ingreso de los hogares. Ministerio de Educación y Cultura (2017).

Como se verá en el desarrollo de la estrategia de campaña, el peso de los objetivos de comunicación variará en algún caso dentro de los públicos definidos. Por ejemplo, en los estudiantes de secundaria aparece una necesidad de información que, sin embargo, no es prioridad en el caso de los estudiantes de Psicología (en los que, por ejemplo, se apuntará más a los objetivos relacionados con la sensibilización y difusión del tema).

¿Cuántas personas forman parte del público objetivo?

Según el Consejo de Educación Secundaria (CES), en el año 2017, la cantidad de estudiantes en secundaria ascendió a un total de **282.551**, de los cuales 41.092 corresponden a institutos privados y 241.459 a liceos públicos.

En cuanto a la cantidad de estudiantes por departamento, se puede ver que en la educación pública Montevideo es el departamento que concentra más jóvenes (33,2%), seguido por Canelones (16,3%). Sin embargo, en suma, el interior concentra el mayor porcentaje de estudiantes que la capital (66,7%). En lo que refiere a las instituciones privadas, sucede lo contrario, donde el 73,5% de los estudiantes se encuentran en Montevideo⁸.

A continuación, se puede ver el número de instituciones públicas y privadas por departamento (Tabla 1 y 2).

⁸ Anuario Estadístico 2017, Instituto Nacional de Estadística (INE).

Liceos públicos

Departamento	Liceos
Artigas	12
Canelones	52
Cerro Largo	8
Colonia	14
Durazno	8
Flores	3
Florida	12
Lavalleja	8
Maldonado	12
Montevideo	75
Paysandú	14
Río Negro	8
Rivera	13
Rocha	11
Salto	12
San José	9
Soriano	10
Tacuarembó	13
Treinta y Tres	8
Total	302

Tabla 1. Número de liceos públicos por departamento. Consejo de Educación Secundaria (2018).

Liceos privados

Departamento	Liceos
Artigas	2
Canelones	21
Cerro Largo	3
Colonia	2
Durazno	2
Flores	2
Florida	2
Lavalleja	1
Maldonado	12
Montevideo	96
Paysandú	2
Río Negro	2
Rivera	3
Rocha	2
Salto	5
San José	3
Soriano	1
Tacuarembó	3
Treinta y Tres	2
Total	166

Tabla 1. Número de liceos privados habilitados por departamento. Anuario Estadístico 2017, INE (2017).

Con respecto los estudiantes de Psicología), según datos difundidos por la Universidad de la República (UdelaR,) la Licenciatura en Psicología es la carrera más requerida (Gráfico 2). Como señala el diario El País, el crecimiento en Psicología (2.303 ingresos en 2016) responde a una mayor demanda en las carreras vinculadas a la salud (Medicina estuvo en su punto más alto de la última década con 1.768 ingresos, y el Instituto Superior de Educación Física (ISEF), llegó

en 2016 a 827 nuevos anotados, cuadriplicando las inscripciones de 2009)⁹. Esta preferencia por carreras vinculadas con el área de la salud anticipa un contexto favorable para introducir el tema de la salud mental dentro del público joven.



Gráfico 2. *Ingreso de estudiantes en Uruguay a Carreras de Grado según servicio. Udelar (2018).*

Además de la Udelar, la Universidad Católica del Uruguay (UCU) también ofrece la carrera de grado de Psicología, que solo se dicta en la sede de Montevideo. En cuanto a la carrera en Udelar, esta se dicta, además de en la capital, en los departamentos de Salto, Paysandú y Maldonado. Según la Síntesis Estadística por Servicio Universitario (2016) realizada por Udelar, de los estudiantes que ingresaron en 2015, un 95,6% (1.954 estudiantes) lo hizo en Montevideo, un 3,3% (68 estudiantes) en Salto y un 1,1% (23 estudiantes) en Paysandú¹⁰.

1.2 Justificación de la campaña

¿Por qué una campaña para un cambio de mirada en salud mental? La investigación preliminar dejó en evidencia la impostergable necesidad de generar un cambio en este tema. Allí se pudo ver el enorme peso que el estigma agrega a la enfermedad mental, al tiempo que se constató la necesidad de dejar en evidencia esta realidad como un problema no individual (del que tiene la enfermedad), sino

⁹ "Las carreras más demandadas en un país destinado al diván" (2018). En *El País, (Uruguay)*. Recuperado de <https://www.elpais.com.uy/informacion/carreras-demandadas-pais-destinado-divan.html>

¹⁰ Síntesis Estadística por Servicio Universitario, Udelar (2016). Recuperado de http://gestion.udelar.edu.uy/planeamiento/wp-content/uploads/sites/27/2016/12/19.PSICO_.pdf

social (de todos). Pero no solo basta con evidenciar la naturaleza colectiva del problema, sino que es necesario dar un paso más: mostrar que alcanzar una solución a este problema generará un beneficio mutuo. Si se lucha contra el estigma, se está dando lugar a la inclusión, lo que genera un contexto social que favorece el tratamiento de las personas con alguna enfermedad mental (y, por tanto, aumenta las posibilidades de alcanzar una vida plena). Pero es un error pensar que esto solo beneficia a la persona que es incluida. Cuando se comprende que la inclusión lleva a la autonomía, entonces se comienza a percibir su valor como bien común. Finalmente, se puede ver que erradicar el estigma en salud mental apunta a un beneficio colectivo.

En sociedades en las que por generaciones se mantuvo la idea de “la locura lejos”, como un problema que se debía esconder en lugar de enfrentar, ese cambio de mirada, que permite entender el beneficio mutuo, aparece como un gran desafío. En este sentido, una campaña que logre comunicar esta idea de un modo acertado se convierte en una herramienta poderosa y a la vez necesaria para favorecer este cambio. Se trata, en definitiva, de una campaña enmarcada en el Marketing Social, en la que los recursos propios del marketing y la publicidad serán utilizados no para vender un producto o servicio, sino para buscar un cambio social profundo, orientado al bienestar colectivo.

¿Por qué realizarla en este momento en concreto? Porque a través de la reciente aprobación de la nueva Ley de Salud Mental se plantea un gran cambio de paradigma, que hace de este un buen momento para colocar el tema en la agenda pública. Pero, al mismo tiempo, supone un gran desafío: los cambios previstos en la ley, que apuntan a eliminar el aislamiento como forma de tratar la enfermedad mental y de incluir a estas personas dentro de la sociedad, dejan en evidencia la necesidad de generar un cambio de mirada que favorezca su integración, en lugar del rechazo que aún se deja ver en el imaginario colectivo¹¹. Desde el punto de vista de la comunicación, promover ese cambio aparece como una necesidad impostergable.

¿Qué sentido tiene empezar por los adolescentes y jóvenes? Como ya se vio en la definición del *target*, este público conjuga necesidades y oportunidades que lo convierten en un adecuado punto de partida. Desde la perspectiva de la necesidad, esta realidad ya fue detectada en la última campaña de salud mental realizada en el marco de Salud Mental Sin Prejuicios, que en 2018 se orientó a la infancia y la adolescencia. Ahora, con esta campaña aparece la oportunidad de seguir trabajando sobre este público, apuntando en este caso a una búsqueda de mayor conexión, que lleve además a convertirlo en “aliado” en la causa. Un público dispuesto a luchar por causas sociales, si se les demuestra que tienen sentido. Un

¹¹ Para profundizar en este tema, ver Proyecto Preliminar, 2.1. Salud mental en el imaginario colectivo: el problema del estigma, p.38.

público predispuesto a los cambios de mirada, de paradigma, ante temas que por generaciones han perpetuado estigmas en distintos sectores de la población (como está sucediendo en los temas de género). En definitiva, un público que, si se logra llegar a él, puede ser el mejor promotor del gran cambio de mirada que se busca.

1.3 Objetivos de comunicación

Como ya se dijo, la estrategia presentada aquí constituye la primera etapa de una campaña que, a largo plazo, apunta a contribuir a un cambio de mirada hacia la salud mental. Pero para que ese cambio de mirada se produzca, es necesario empezar por mirar hacia allí, ya que se trata de un tema que por generaciones se ha tratado de ocultar. En este sentido, el gran objetivo que se propone la campaña es el de visibilizar la salud mental como tema de interés para el *target*. La idea es que esta meta permanezca como eje a lo largo de las distintas etapas de la campaña.

Luego, como objetivos específicos, se plantean tres puntos, que responden directamente a las necesidades detectadas en parte del público objetivo a partir de la investigación preliminar. Como se pudo ver dentro de la descripción del público, en de los adolescentes se encontraron tres motivos principales que les impedían conectar con el tema: necesidad de información, de sensibilización (lograr que sientan empatía), y de demostrarles que hay algo por hacer (para lograr que se comprometan). Así, los objetivos de esta etapa de la campaña son:

- **Visibilizar la salud mental como tema de interés para el público objetivo¹²**
 - **Sensibilizar** al público objetivo acerca del problema
 - **Informar** sobre salud y enfermedad mental¹³
 - Generar **interacción** con el público objetivo¹⁴

Así, estos objetivos pueden ser leídos en una lógica “en cadena”, en donde primero será necesario sensibilizar para generar la apertura necesaria que dé paso a un interés por informarse. Luego, se busca que este público no se mantenga en un rol pasivo, como simple receptor de información, sino que se genere una interacción, una respuesta por parte de él, que acabe por llevarlo a comprometerse con el tema. Finalmente, se busca que pueda convertirse en ese público embanderado con la causa, que la difunda a otros.

¹² Esto equivaldría al concepto de *branding* si se tratase de una campaña que busca posicionar una marca. En este caso, el protagonista no es el cliente: lo que se busca poner en relevancia es el tema de la salud mental.

¹³ Este objetivo, a largo plazo, se convertiría en educar.

¹⁴ Este objetivo, a largo plazo, apunta a aumentar el compromiso.

2. Estrategia creativa

Al momento de pensar en la estrategia creativa, se contemplaron todos los hallazgos relevantes de la investigación (puntualmente, los que referían al público más joven). Al observarlos en conjunto, fue posible identificar un factor común entre lo que manifestaron las personas con diferentes enfermedades mentales, consultadas en el marco de la investigación, y lo que los adolescentes dijeron necesitar para lograr conectar con el tema: que se naturalice la enfermedad mental.

Los adolescentes del grupo de discusión expresaron su necesidad de sentir que las personas con enfermedades mentales realmente son iguales al resto (idea que no llegaba a quedarles clara con la campaña anterior). Se pudo ver que una de esas formas de naturalizar el tema, para favorecer así la empatía del público más joven, es demostrando que se trata de situaciones reversibles o mejorables; es decir, para las que existe una solución (y que esa solución, en gran parte, necesita de su participación). Este punto, a su vez, aparece también como la clave para conseguir el compromiso de este público con la causa: haciéndoles saber que hay algo por hacer para cambiar esa realidad.

INSIGHT

Los más jóvenes necesitan saber que la enfermedad mental no es una realidad inalterable. Que HAY ALGO POR HACER para cambiarla.

A partir de este descubrimiento, quedó de manifiesto la necesidad de llegar a un concepto planteado en una lógica de problema + solución. Es decir, problematizar el tema, para generar conciencia de que existe (sensibilizar), pero apuntando, desde un inicio, a la solución (para despertar el compromiso).

Concepto creativo: *De Cabeza*

El concepto *De Cabeza*, que juega con su parecido al término “de la cabeza”, propone, de hecho, una idea opuesta al segundo. La expresión coloquial “de la cabeza” suele utilizarse para hacer referencia, en un tono despectivo, a una persona que está loca (alineado a la visión de la enfermedad mental desde el estigma). *De Cabeza* busca generar un quiebre en esta forma de mirar la enfermedad mental, presentándola como un estado “fuera del eje” que puede y necesita volver a acomodarse. La persona que tiene una enfermedad mental no está “de la cabeza”, sino “de cabeza”: su vida, circunstancialmente, se encuentra de cabeza (o “patas para arriba”) por una enfermedad. Se trata de una persona como cualquier otra; lo

que la diferencia del resto es, únicamente, esa posición fuera de equilibrio que debe modificar.

Estar *De Cabeza*, de por sí, expresa una solución: volver a estar al derecho. De este modo, a través de este concepto queda planteada la lógica problema + solución que se buscaba. ¿Y cómo se llega a esa solución? Con la ayuda de todos. Porque para que quienes están “de cabeza” dejen de estarlo, hay que modificar la forma en la que se los ha mirado durante siglos. Porque, en un juego de palabras, para que las vidas que están “de cabeza” dejen de estarlo, es necesario un “cambio de cabeza” por parte de todos¹⁵.

Porque la única forma de que esas personas dejen de estar “de cabeza” es que asuman su problema y logren tratarlo. Para eso, como ya se pudo ver en la investigación, se vuelve crucial un entorno que favorezca la aceptación de la enfermedad mental (en lugar de la necesidad de ocultamiento por parte de quien la padece, como respuesta al miedo al rechazo social). En este sentido, el público joven tiene mucho por hacer: desde su lugar de estudio, aprendiendo a ver a esos compañeros que quizá están “de cabeza” y necesitan ayuda para dejar de estarlo; lo mismo con sus amigos o dentro de su familia. Así, su causa será aprender qué hacer para ayudar a que las vidas que tienen alrededor no pasen a estar de cabeza (y a que las que ya lo están puedan volver a su posición original).

En el caso de los estudiantes de Psicología, ya próximos a convertirse en profesionales, también es relevante hacer llegar esta perspectiva de la enfermedad mental “naturalizada”. Porque, como se pudo ver en la investigación, muchas veces el estigma parte desde los propios profesionales que atienden a las personas con algún problema de salud mental. De este modo, difundir la perspectiva de *De Cabeza*, que luego llegue a todos los profesionales, resultará fundamental para lograr el objetivo último de cambiar la mirada en salud mental en Uruguay. Así, *De Cabeza* trasciende esta primera etapa y se convierte en un concepto que podrá atravesar a todos los públicos, aplicado a acciones concretas que se adapten a cada uno de ellos.

¹⁵ Esta idea será retomada dentro de piezas específicas de la campaña.

3. Propuesta de ideas y ejecuciones

3.1 Key visual

En lo que refiere a la identidad visual de la campaña, ha sido creada teniendo en cuenta al *target* de esta primera etapa (adolescentes y jóvenes), pero contemplando, al mismo tiempo, que en el futuro pueda adaptarse a otros públicos. Así, se creó un logo para la campaña que traduce visualmente el concepto de *De Cabeza*.



De la mano con este concepto, se crearon dos personajes de campaña que serán los protagonistas de las piezas: se buscó que fueran jóvenes, como requisito fundamental para lograr la identificación del público objetivo (una de las necesidades identificadas en la investigación), y se optó porque fueran ilustraciones, con una estética que resulte atractiva para este *target*. Las líneas a los costados de cada pieza ayudan a dar unidad a todas ellas al ser aplicadas a los distintos formatos.

El objetivo es que, con estos elementos, las piezas llamen la atención visualmente desde lo creativo, de manera que logren acaparar la atención del público objetivo, sometido constantemente a enormes cantidades de estímulos publicitarios. Es por esto que uno de los recursos que se utilizará en diferentes piezas es el de colocar a los personajes de cabeza, como forma de llamar la atención ante un elemento que se encuentra fuera de lugar, al tiempo que se refuerza el concepto de campaña.



Paleta cromática

En cuanto a la paleta de colores, el tono principal de la campaña es el violeta. ¿Por qué? Si en toda estrategia de marketing es importante atender a la psicología de los colores, en una campaña que, precisamente, refiere a la salud mental, el significado del color no puede ser desatendido. Además de sus amplios usos como un tono que se encuentra en un punto medio entre la estabilidad del azul y la energía del rojo, los colores de la gama del violeta son utilizados por los psiquiatras como ayuda, para calmar y tranquilizar a los pacientes que sufren problemas mentales y nerviosos, ya que se trata de tonos que ayudan a equilibrar la mente. En este sentido, el violeta es seleccionado en consonancia con la idea principal de la campaña: un desequilibrio que necesita volver al estado de equilibrio; se trata de un juego entre lo que está fuera de su lugar y lo que está en armonía.



La paleta cromática para las piezas que se realizarán en la campaña está compuesta de colores de la gama del violeta, sumados a tonos complementarios que permitirán mayor variedad de posibilidades de diseño, al momento de adaptar las piezas a los diferentes formatos.

Tipografía

Para realizar los contenidos gráficos de la campaña se utilizará, principalmente, la tipografía League Spartan, que ofrece un estilo juvenil y moderno, pero con terminaciones geométricas que, al mismo tiempo, aportan seriedad y consistencia al mensaje comunicado.

League Spartan

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
1234567890
!@#\$%^&*()_+-=[{}];:' \"\|/.,,

3.2 Propuesta de acciones y contenidos

Para cumplir con cada uno de los objetivos planteados para esta primera etapa de la campaña, se ha elaborado una estrategia con acciones y contenidos determinados. En la Figura 3 se puede ver cómo cada uno de ellos fue definido en respuesta a los diferentes objetivos (aunque, finalmente, hay algunos que apuntan a más de uno). Dentro de las ideas propuestas se distinguirá entre aquellas que son esenciales y otras que se plantean como acciones extra (se considera que funcionarían como muy buenos insumos, pero dependerán del presupuesto del que se disponga al momento de llevar a cabo la campaña).



Figura 3. Acciones y contenidos de la campaña, según objetivos.

1) Redes sociales

La estrategia que se presenta estará enfocada en lo digital. ¿Por qué? Porque es donde existen mayores posibilidades de conectar con los adolescentes y jóvenes. Según el informe El Perfil del Internauta Uruguayo 2017, de Grupo Radar, los usuarios de entre 12 y 19 años son quienes permanecen durante más horas en internet (7,2 horas), seguidos de la franja de 20 a 29 años (6,9 horas) (Gráfico 2).

Y, dentro del mundo digital, ¿en qué redes se puede encontrar al público objetivo? A nivel general, el informe de Grupo Radar muestra que, en Uruguay, Facebook sigue

siendo la “red universal”, aunque decrece en su número de usuarios (el informe aclara que, sobre todo, entre los más jóvenes), mientras que Instagram continúa creciendo (Gráfico 4).

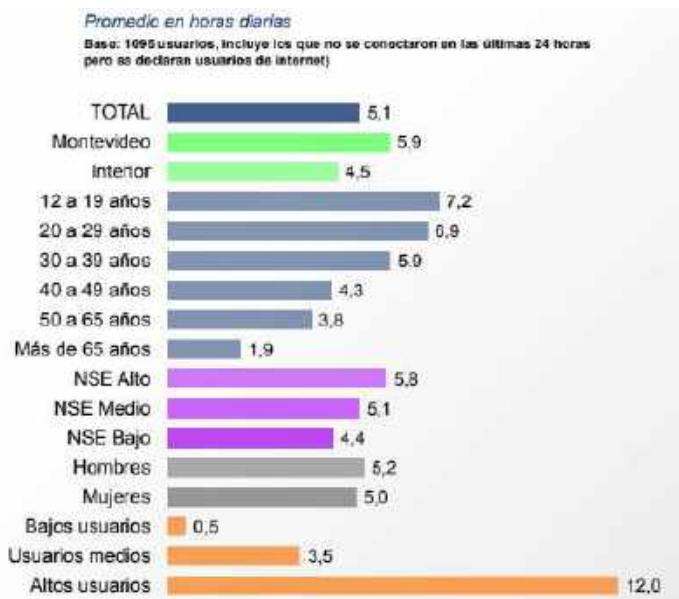


Gráfico 3. Promedio de exposición a internet en horas diarias. Grupo Radar (2017).

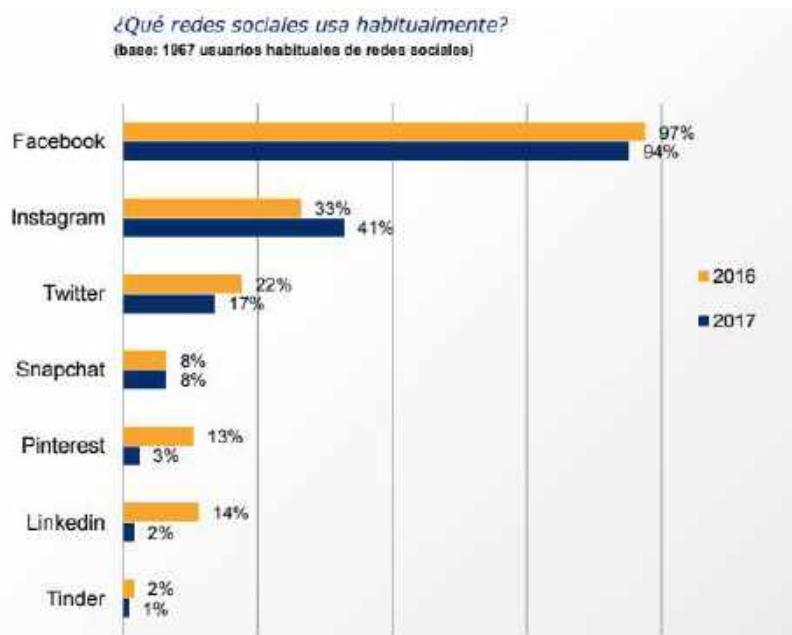


Gráfico 4. Uso comparativo de redes sociales 2016-2017. Grupo Radar (2017).

Esta creciente presencia de Instagram entre el público más joven también queda en evidencia en el informe realizado a nivel global por Hootsuite, Digital in 2018. Allí se puede ver que el mayor número de usuarios de esta red social se registra entre los 18 y los 34 años, decreciendo luego a medida que aumenta la edad (Gráfico 5).

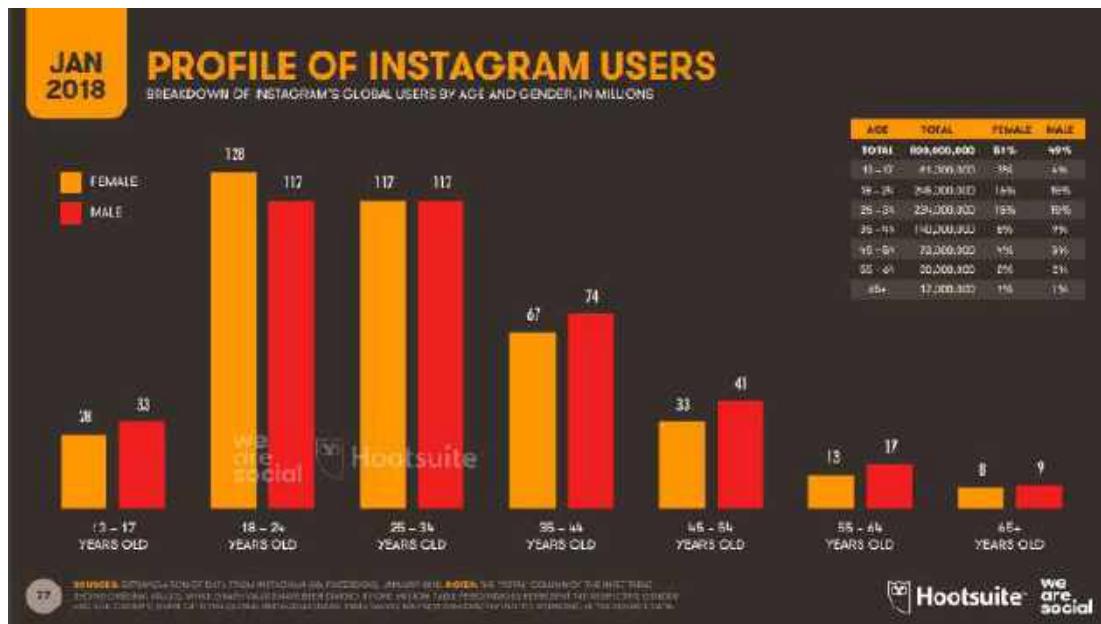


Gráfico 5. Usuarios con perfil de Instagram en el mundo. Hootsuite (2018).

¿Y qué sucede con los adolescentes menores de 18 años? ¿Cuáles son las redes más utilizadas por ellos? A pesar de que en el informe de Hootsuite se puede ver que, a nivel global, Instagram aún no tiene la mayor de las presencias dentro del público menor de 18 años, otros estudios muestran una tendencia creciente en su uso también para estas edades. El Centro de Investigación Pew Research, de Estados Unidos realizó un estudio a principios de 2018 que indica que la red más utilizada por los adolescentes de entre 13 y 17 años en ese país es YouTube, seguida en segundo lugar por Instagram¹⁶.

Dada esta información, se plantea una estrategia digital con énfasis en la red social Instagram (cuyo creciente uso es compartido tanto por adolescentes como por jóvenes); una red que facilita la comunicación entre todos los usuarios de manera visual (comunica a través de imágenes), lo que la hace muy atractiva y favorece el desarrollo de una estrategia creativa. Además, se utilizará Facebook como red complementaria (que ofrece, por ejemplo, la posibilidad de interactuar compartiendo el contenido, lo que no es posible en Instagram) y se creará un canal de YouTube. Cada una de estas redes tendrá funciones diferentes a los efectos de la estrategia de comunicación.

Instagram será utilizada como la principal red social a través de la que se buscará llegar al mayor porcentaje del público objetivo y captarlo con contenidos que llamen su atención, le permitan interactuar, y le den ganas de saber más sobre el tema (entrar al sitio a informarse).

¹⁶ Las 3 redes sociales favoritas de los adolescentes de Estados Unidos (y ninguna es Facebook) (2018). En BBC. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44338587>

En el caso de Facebook, además de incitar a compartir contenidos, se utilizará estratégicamente para favorecer la visualización y difusión de las piezas audiovisuales de la campaña. ¿Por qué? Porque, más allá de que el uso en general de Facebook va en descenso, existe una utilidad en concreto que ha aumentado en esta red: ver videos. Como se puede notar en el Gráfico 6, las dos principales redes a través de las que los uruguayos reproducen contenido audiovisual actualmente son YouTube y Facebook. Así, el canal de YouTube también se utilizará como vía para incentivar el tráfico de los contenidos audiovisuales de la campaña.

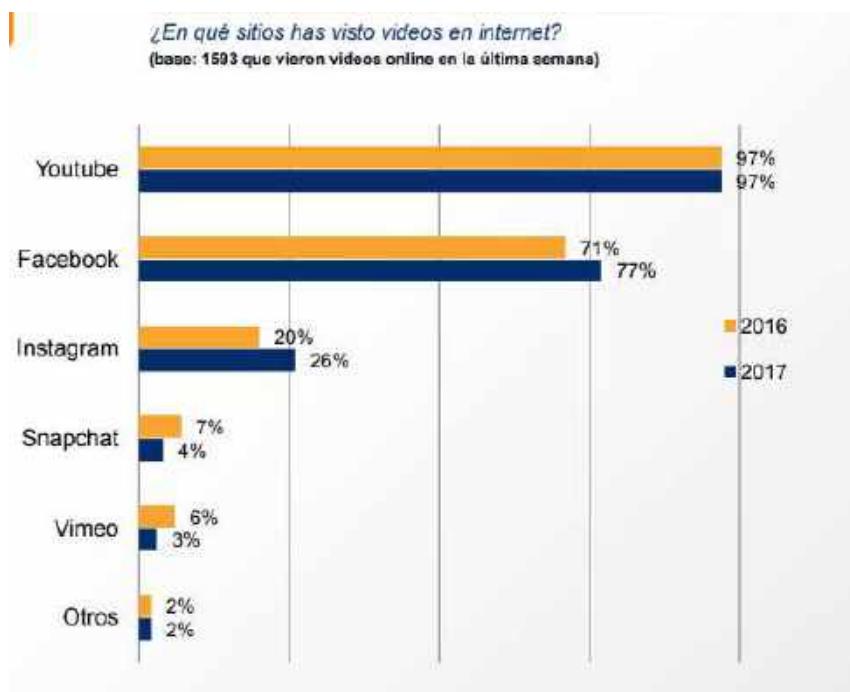


Gráfico 6. *Sitios utilizados para la visualización de videos en internet. Grupo Radar (2017).*

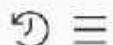
De este modo, se propone dentro de la estrategia digital la creación de cuentas en las siguientes redes sociales:

- **Instagram (@decabeza_saludmental):** para generar alcance, interacción con los usuarios y dirigir al sitio web.
- **Facebook (facebook.com/decabeza-saludmental):** para lograr interacción a través de la opción de “compartir” y favorecer la reproducción y difusión de las piezas audiovisuales.
- **YouTube (De Cabeza - Salud Mental):** para aumentar la reproducción y difusión de contenidos audiovisuales.

Para la creación de las cuentas en las diferentes redes se utiliza el nombre de la campaña, acompañado de “Salud Mental”, para favorecer la identificación del tema de la campaña. En la descripción dentro del perfil de cada cuenta, deberán figurar las instituciones encargadas de llevar a cabo la campaña (Federación Caminantes y

la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, que, como se verá, es quien financia las campañas), lo que es fundamental para generar credibilidad. En este sentido, también se prevé la creación de un sitio web básico de la Federación Caminantes, que contenga una breve descripción, para que el público, al buscar a quien firma esta campaña, se dirija a él.

decabeza_saludmental



2 6618 60

publicaci... Seguidores Seguidos

Editar perfil

DeCabeza

Una iniciativa de la Federación Caminantes y la CHPP, para dar visibilidad a esta realidad De Cabeza que necesita de todos.

www.decabeza/saludmental.com.uy/

Deabajo, se pueden ver dos ejemplos del contenido que se generará en Instagram, para favorecer la interacción de los usuarios:¹⁷



Fotos de perfil de cabeza por la Semana de la Salud Mental

Dentro de la estrategia para Instagram y Facebook, se propone una acción en concreto en el mes de octubre, enmarcada en la Semana de la Salud Mental (segunda semana, ya que el Día de la Salud Mental es el 10 de octubre). Esta

¹⁷ Para ver el cronograma con los contenidos para redes sociales, ir a Plan de Medios, p. 36.

apunta a aumentar la repercusión en redes, de modo que el concepto de la campaña y, por consecuencia, su contenido, acaben llegando a más personas. Esta acción consistirá en invitar al público a poner su foto de perfil en redes de cabeza durante la semana de la salud mental, compartida, en el caso de Facebook, con el *hashtag* #DeCabeza. La idea es que acción simple funcione como un *plus* que genere curiosidad entre las personas que se encuentren con ella y las lleve a acercarse al contenido de la campaña.

2) Creación de sitio web de la campaña (www.decabeza/saludmental.com.uy)

La estrategia digital será completada con la creación de un sitio web de la campaña, que funcionará como un espacio clave, ya que será donde el público se encontrará con la mayor parte del contenido informativo. La idea es que los posteos en redes funcionen como medio para captar el interés de público, que será conducido a través de ellos al sitio web. De este modo, el objetivo de informar planteado en la campaña estará cubierto principalmente por el contenido de este sitio. En este sentido, aparece el desafío en redes sociales de captar al público con los posteos, para hacer que quieran dirigirse al sitio web para saber más.

Más allá de que los contenidos de este sitio, que se detallarán a continuación, apuntarán principalmente al objetivo de informar, también se prevén dos en concreto que se relacionan con los otros objetivos de la campaña. Por un lado, se plantea una sección con historias de vida, que apunta a sensibilizar al público a través de tres piezas audiovisuales especialmente creadas para cumplir con ese objetivo¹⁸. Por otro lado, se propone un contenido interactivo que funcionará como insumo dentro del sitio, y permitirá aumentar el tráfico a la web (lo que dará posibilidades de que, una vez dentro, el público se dirija al resto de las secciones).

¿En qué consiste este segundo contenido? Se trata de una experiencia interactiva, inspirada en la realizada para la campaña catalana contra el estigma en salud mental, Parla Obertament (Habla Abiertamente), de la organización Obertament¹⁹. En ella, se plantean situaciones en diferentes escenarios de la vida cotidiana (con los amigos, en el trabajo, con la familia) donde se genera un momento incómodo cuando ingresa el tema de la salud mental. Luego, se dan opciones al usuario para que responda cómo reaccionaría. La idea es que este pruebe las distintas opciones hasta llegar a la que se le indica como la más adecuada. El objetivo de este juego es concientizar acerca del peso del estigma en la vida cotidiana, de la mano de la idea de que cambiar esa realidad depende de todos.

¹⁸ Ver en detalle en Guion de piezas audiovisuales, p. 32.

¹⁹ Sitio oficial: <https://obertament.org/es>

Así, la experiencia interactiva creada dentro del sitio de *De Cabeza* estará enfocada en poner en relevancia lo fundamental que resulta la actitud del entorno para las personas con alguna enfermedad mental. Al mismo tiempo, ofrecerá pautas para reflexionar acerca de cuál sería el modo más adecuado de actuar ante estas situaciones. La idea es que, en principio, se presenten situaciones de los siguientes escenarios: a) en el lugar de estudio; b) con los amigos; c) con la familia. Luego, se podrían seguir sumando secciones, a medida que se desarrollen distintas etapas de la campaña que apunten a otros públicos objetivos (por ejemplo: en el trabajo). También sería útil desarrollar esta experiencia apuntando a los profesionales de la salud, ya que, como se pudo ver en la investigación, el estigma promovido por los propios trabajadores de la salud (en la mayoría de los casos, inconscientemente) es otro gran problema. A continuación, se ofrece un ejemplo visual de referencia para esta primera etapa de la campaña:

The screenshot shows a web browser displaying the *De Cabeza* website. The header includes the logo, navigation links for INICIO, CABEZAS ABIERTAS, CAMBIO DE CABEZA, "DE LA CABEZA", CABEZAS EN ALTO, and HISTORIAS DE CABEZA, and a search bar. Below the header, there are three yellow panels representing different scenarios: "En el lugar de estudio", "Con los amigos", and "Con la familia". The "En el lugar de estudio" panel is expanded, showing a speech bubble with text and a cursor icon.

En el lugar de estudio

Te tomás el ómnibus para ir a clase. Subís y ves que está lleno, pero para tu sorpresa... ¡hay un lugar libre!

Te sentás y ves que quien está a tu lado es una compañera de clase, con la que nunca hablaste.

Para sacar conversación, le preguntás de qué trata el libro que tiene sobre su falda.



La idea es que cuando se selecciona cada una de las opciones, aparezca una respuesta que lleve al usuario a seguir intentando hasta llegar a la más acertada. En este caso, la respuesta B sería la más correcta. En el caso A se está ignorando el tema, lo que no sería la mejor solución; en el caso C, exponer a la persona de un modo directo, haciéndola hablar de si está en un tratamiento, puede resultar invasivo (en lugar de eso, sería mejor dejar que ella misma lo cuente si lo desea).

En concreto, las secciones que tendrá la web en esta primera etapa de la campaña son las que se detallan a continuación²⁰:

²⁰ La idea es que a medida que se desarrollen distintas etapas de la campaña el contenido del sitio crezca.



- CABEZAS ABIERTAS
 - Estadísticas sobre salud mental en Uruguay (aún no existen muchos datos, lo que es un dato en sí mismo) y el mundo.
 - Definiciones de salud y enfermedad mental.
 - Tipos de enfermedades mentales y tratamiento.
 - Formas de prevención en adolescentes y jóvenes.
- CAMBIO DE CABEZA
 - Nueva Ley de Salud Mental
 - ¿Qué cambia con esta ley? (Video/explainer)²¹
 - Novedades sobre cómo se está poniendo en práctica
- "DE LA CABEZA"
 - Mitos y verdades sobre las enfermedades mentales (adaptadas al público objetivo)
- CABEZAS EN ALTO ¿Cómo ayudar a que las personas cercanas con enfermedades mentales se animen a hablar de lo que les pasa?
 - Experiencia interactiva
 - En el lugar de estudio
 - Con los amigos
 - Con la familia

²¹ Ver en detalle en Guion de piezas audiovisuales, p. 32.

- HISTORIAS DE CABEZA (...y cómo volvieron a su lugar)
 - Videos testimoniales
- Servicios y redes de atención

Dentro de las secciones del sitio se puede ver que, a excepción de las dos últimas, que se especificaron más arriba, los contenidos apuntan al objetivo de información de esta campaña. Además de las secciones propuestas, se buscará reproducir la sección creada en el sitio de las campañas anteriores que muestra los servicios y redes de atención, donde se indica la dirección y teléfono de cada lugar. Esto permitirá completar el objetivo informativo, dando no solo información conceptual, sino también práctica: a dónde acudir para pedir ayuda.

3) Afiches en liceos y facultades de Psicología

Además de la estrategia *on-line*, se proponen contenidos puntuales *off-line*, que ayudarán a reforzar el cumplimiento de los diferentes objetivos. Uno de ellos es la creación de afiches de la campaña, que serán distribuidos en los liceos y facultades de psicología. El alcance de esta acción dependerá del presupuesto disponible. En principio, se recomienda su implementación en Montevideo (que, como se vio anteriormente, es el departamento que concentra más estudiantes de secundaria y de Psicología). La idea es que, de ser posible, también se implemente en la mayor cantidad de departamentos. Para esto, se sugiere aprovechar la red que posee la Federación Caminantes en todo el país, para hacer llegar los materiales a los distintos departamentos, donde los miembros de la organización se encarguen de distribuirlos en las instituciones.

Estos afiches permitirán cumplir con el objetivo de sensibilización, ya que se busca que, con la ayuda de recursos creativos, sumados a una bajada de texto que lleve a la reflexión, estos llamen la atención de los adolescentes y jóvenes dentro de sus centros de estudio. Los afiches contarán con un Código QR, que, al ser escaneado por los celulares, conducirá a la cuenta de Instagram de la campaña.

Con esto, se busca dirigir al público desde lo *off-line* al plano *on-line*, para que luego se involucre con la campaña a través del contenido en redes y, finalmente, sienta curiosidad por informarse en el sitio web. Así, aunque la pieza apunta al objetivo de sensibilización, también acaba generando interacción, ya que invita al usuario a realizar la acción de escanear el código. Si se tiene en cuenta al público objetivo, el recurso del código QR, además, constituye un atractivo de por sí, ya que es posible que a los más jóvenes les resulte más novedoso acceder al contenido digital escaneando el código que teniendo que buscar ellos mismos una cuenta de Instagram indicada en el afiche.



4) Vía Pública / Publibus

Para incrementar el alcance de la campaña y fortalecer el objetivo de sensibilización, también se prevé la pauta en Vía Pública a través de la colocación de publicidad de la campaña en Publibus en las primeras semanas de la campaña. El contenido de la pieza, similar al aplicado en los afiches, buscará generar impacto en el público objetivo, para que luego se dirija a las cuentas en redes sociales de la campaña. Al tratarse de un medio masivo, ayudará a que se alcance a una mayor cantidad de personas que, aún sin ser el público objetivo de la campaña, también se acercarán a ella.²²

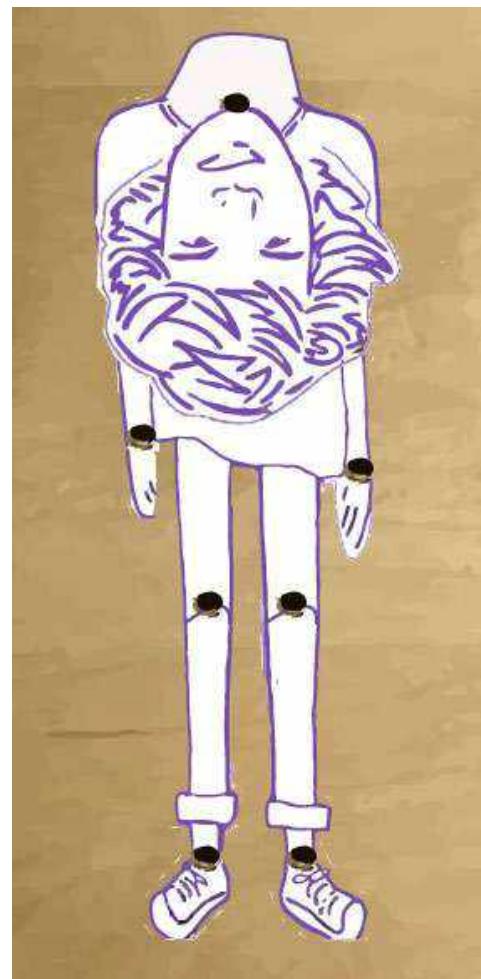
²² Ver detalles de implementación en Plan de Implementación, p. 51.



5) Acción en prensa: Muñecos De Cabeza

Otra de las acciones *off-line* que se plantean, prevista para el mes de octubre, en el marco del Mes de la Salud Mental, es una acción destinada a los medios de prensa. Esta acción tiene el objetivo de sensibilizar y comprometer a estos medios con la causa, para conseguir la publicación de gacetillas de prensa y menciones para difundir el mensaje de la campaña.

Se trata de la elaboración de muñecos articulados hechos en cartón, en los que se aplicará el concepto de *De Cabeza*: la cabeza de los muñecos estará colocada hacia abajo; cuando la persona que lo recibe la gira para ponerla al derecho, en ese espacio aparece la frase: “Para que más vidas dejen de estar DE CABEZA, necesitamos generar un CAMBIO DE CABEZA”. Así, se busca llamar la atención de los medios, que luego recibirán un mail explicando la campaña. La idea es que el sentido de ese mensaje se complete al recibir ese mail. De este modo, se busca despertar la sensibilidad y conciencia social de los medios, con el objetivo último de lograr que destinen un espacio para comunicar el mensaje de la campaña²³.



²³ Ver detalles de implementación en Plan de Implementación, p. 51.



Acciones extra

Talleres en liceos

Una propuesta que se considera relevante dentro del marco de la campaña, pero que exige una planificación a largo plazo, que excede los tres meses de esta primera etapa, es la realización de talleres para concientizar e informar sobre salud mental en los diferentes liceos del país. Esta acción se plantea como extra dentro del plan de campaña, ya que exige una planificación en cuanto al contenido de los talleres y su implementación, que dependerá de los recursos con los que finalmente

se cuente. De este modo, lo que se pretende es plantear líneas de acción por si esta propuesta pudiera llevarse a cabo.

Como antecedente de esta idea, es importante considerar la experiencia lograda en la campaña de 2018 de Salud Mental Sin Prejuicios, en la que se logró llevar a cabo un taller puntual en el Colegio San Pablo, de Montevideo. El taller, que consistió en un espacio de diálogo con los adolescentes, combinado con estrategias lúdicas, contó con la participación de diferentes profesionales de la Salud Mental: por Facultad de Psicología, la Prof Adj. Mag Silvana Contino; del Programa Residentes y Practicantes Convenio Facultad de Psicología/ASSE, los Lic Rs Juan Pablo Di Bono y Aline Sabiani; y por el Centro de Rehabilitación Martínez Vizca, la Lic Rossina Machiniana. La buena recepción por parte de los adolescentes de este taller, es un indicio favorable para pensar en continuar trabajando en esta idea, para expandirla, poco a poco, a más instituciones²⁴.

A la hora de pensar en implementar estos talleres en más instituciones educativas, surge la necesidad de buscar una alianza estratégica con alguna organización o institución que ayude a facilitar los talleres. Aunque, de momento, no existe dentro del Ministerio de Salud Pública un plan destinado a llevar a cabo este tipo de proyectos, es una idea que ya se está considerando, apoyada en la nueva Ley de Salud Mental, que prevé acciones de prevención y promoción. Asimismo, también se está pensando en utilizar al Ministerio de Educación y Cultura como aliado para llevar a cabo este tipo de tareas.²⁵



Además de estas consideraciones, se plantea aquí otra alianza estratégica, que podría ser una buena opción para llevar a cabo esta idea. Se trata del grupo Jóvenes Fuertes, una asociación civil, laica, sin fines de lucro fundada en 2014, que promueve la formación integral de niños y jóvenes, a través del desarrollo de virtudes, fortalezas de personalidad y habilidades, basados en la Psicología Positiva. Busca desarrollar un carácter fuerte y sano en los jóvenes, con valores sólidos para que puedan hacer un uso adecuado de su libertad y responsabilidad, logrando una mayor autonomía y plenitud²⁶.

En la actualidad, llevan a cabo talleres en las siguientes instituciones, llegando a un total de 1500 alumnos por año: Liceo Jubilar, Politécnico CADI, Los Pinos, Young Day School, Madres de la Cruz, Centro Unidos, Colegio Fray Bentos, Escuela Agraria Fray Bentos, Liceo Palmitas, Centro Juvenil y Deportivo Quebracho, Colegio

²⁴ Información aportada por Maris Pérez, secretaria de la Federación Caminantes.

²⁵ Ídem

²⁶Sitio oficial de Jóvenes Fuertes. Recuperado de <http://www.jovenesfuertes.org/quienes-somos/>

Sagrado Corazón de Jesús – Liceo Vedruna, Liceo N.1, Paso de los Toros, Liceo N.2, Paso de los Toros, Liceo Santa Isabel, Paso de los Toros y UTU Paso de los Toros.

La idea es que, dada su experiencia en la facilitación de talleres con adolescentes, Jóvenes Fuertes pueda encargarse de dictarlos. Inés Ruiz, Coordinadora de Instituciones de la asociación, consultada para la elaboración de este plan, confirmó que Jóvenes Fuertes estaría dispuesto a funcionar como aliado estratégico de la campaña²⁷. En caso de implementarse, se debería contemplar dentro del presupuesto un monto extra para destinar a los honorarios de los talleristas y costos de materiales.

Además, se propone para esta acción tener en cuenta la red de organizaciones que posee la Federación Caminantes en todo el país, como medio para facilitar su implementación los distintos departamentos. Del mismo modo, también se plantea la posibilidad de considerar a los propios estudiantes de Psicología (público objetivo de esta campaña) como aliados para llevar a cabo estos talleres. De este modo, se estaría cumpliendo con los objetivos de la campaña para los dos públicos desde roles distintos (los estudiantes de Psicología recibirían la influencia de la campaña a partir de su tarea como talleristas y los estudiantes de secundaria serían los receptores de ese mensaje).

[App/juego](#)

La otra acción extra que se plantea dentro de las propuestas de la campaña, dado que implica un aumento en el presupuesto, es la creación de una aplicación con un juego de *De Cabeza*. El objetivo de esta app es favorecer la interacción del público objetivo, captarlos con un contenido entretenido y, finalmente, llevarlos a querer saber más acerca de la campaña.

¿En qué consiste el juego? En línea con el concepto creativo de la campaña, se tratará de poner la cabeza de los personajes de la campaña en su lugar. El usuario deberá inclinar su celular hasta lograr el punto de equilibrio que le permita colocar la cabeza en su sitio. Una vez que lo logre, aparecerá un mensaje referido a la salud mental, que captará su atención y lo dirigirá al sitio web de la campaña:

²⁷ Dentro del Plan de Implementación, p. 51, pueden encontrarse los datos de contacto.



Como se puede ver en la Figura 4, la estrategia de la campaña está diseñada de tal modo que los distintos medios y vehículos interactúen, generando una conexión entre medios *on-line* y *off-line*, y entre los distintos canales dentro del plano digital. Se puede ver, además, cómo el sitio web es, finalmente, a donde se acaba llevando al público objetivo. Así, al tiempo que se produce esta sinergia de medios, se puede leer una sinergia de objetivos: interacción y sensibilización funcionan en conjunto para acabar llevando al objetivo de informar (que se concentra en la web).

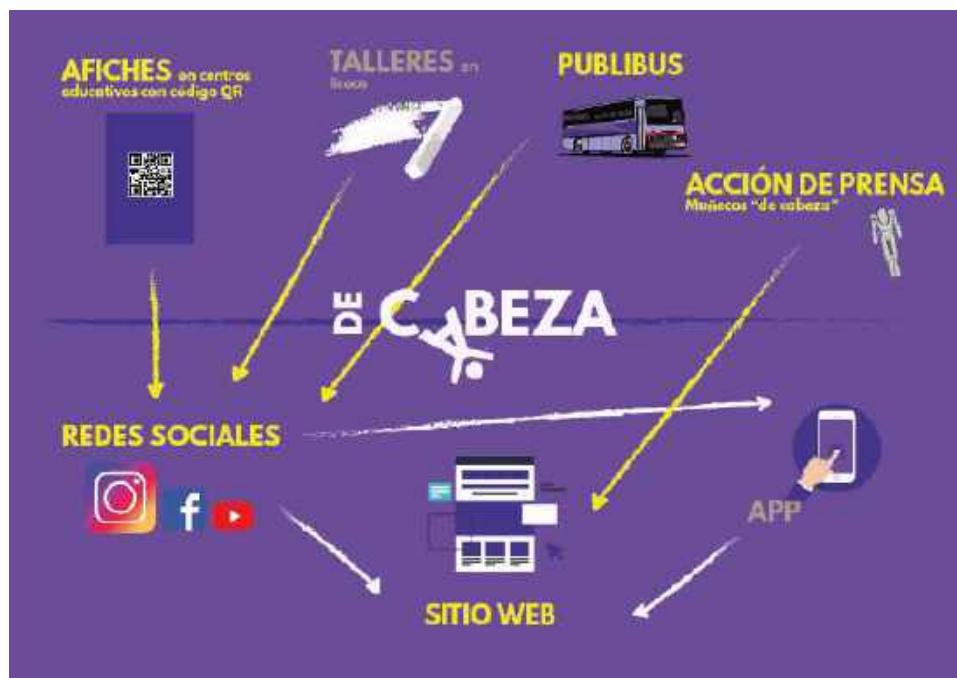


Figura 4. Sinergia de medios

3.3 Guion de piezas audiovisuales

Videos testimoniales

Como ya se mencionó, la creación de piezas audiovisuales que tengan a personas con problemas de salud mental como protagonistas es un punto fundamental dentro de la campaña. Este será el espacio que les dé voz (otra de las necesidades fundamentales detectadas en la fase de investigación). Es esencial que los testimonios en esta primera etapa sean:

- De jóvenes. Uno de los principales factores por los que los adolescentes del grupo de discusión no lograban conectar con la campaña de Mentalizate era porque no conseguían sentir empatía con los testimonios (en gran parte porque ninguno era joven).
- Con una perspectiva positiva. Si bien la idea de esta campaña es dejar en evidencia que existe un problema, no hay que perder el foco de la solución,

ya que la intención de problematizar es, precisamente, llevar a la búsqueda de revertir ese problema en conjunto como sociedad.

- Esponáneos. Otro de los factores que generó distancia entre los adolescentes y el contenido de la campaña que se les mostró en el grupo de discusión fue el hecho de que los personajes se encontraran en un contexto “artificial” (estudio de grabación) y que su voz estuviese guionada. Reconocieron que les era imposible ver a esas personas como iguales a ellos, ya que precisaban verlas en contextos más cotidianos y hablando de un modo más natural.
- En acción: otra de las dificultades para lograr empatía con los protagonistas de la campaña de Mentalizate fue el hecho de que estos afirmaban poder hacer las mismas actividades que cualquier otra persona, pero no se los mostraba haciendo ninguna de ellas. Los adolescentes reconocieron que el hecho de ver a estas personas en acción, realizando actividades cotidianas, los hubiese hecho conectar más con ellas y “creerse” el discurso de que realmente “son como cualquier otra persona”.

En concreto, se prevé la elaboración de tres piezas audiovisuales, cada una con la historia de un joven. Con estas piezas se apuntará al objetivo de sensibilización, ya que es uno de los puntos más fuertes de la campaña para lograr que el público objetivo conecte con ella. Dada la relevancia en el cuidado de estos videos testimoniales, se sugiere que su realización sea tercerizada, con una productora audiovisual que posea características que coincidan con los objetivos buscados en estas piezas. En concreto, se propone a la productora Ikusi²⁸ como una buena opción, dada su perspectiva positiva en la presentación de los protagonistas de las historias que cuenta.

El objetivo de estos videos será mostrar historias de adolescentes que atravesaron o atravesan un problema de salud mental y cómo han hecho para que esto no les impida salir adelante ni concretar sus proyectos personales. Es decir, historias “de cabeza” y de cómo volvieron a estar en su sitio.

Explainer: Ley de Salud Mental

Por otro lado, se propone la creación de un video corto en formato de *explainer* (videos de entre uno y dos minutos, que permiten explicar temas complejos de un modo sencillo, como los del estilo: “5 cosas que debes saber acerca del conflicto en Siria”). Este formato de videos es ideal para el público objetivo al que se dirige la campaña, ya que su corta duración los hace especialmente atractivos para los

²⁸ Sitio oficial: <http://ikusi.org/es>

jóvenes. Este tipo de videos son esencialmente visuales, ya que la idea es que puedan ser visualizados en cualquier sitio, sin necesidad de reproducirlos con audio, por lo que los textos deben ser sencillos y fácilmente legibles.

En este caso, se busca que esta modalidad de video sea utilizada para difundir puntos clave de la ley de salud mental, para que resulten interesantes para el público y sean comprendidos con facilidad.

Guion de explainer

GRÁFICOS
<p><i>Hasta hace muy poco, la salud mental en Uruguay estaba regulada por la llamada Ley del Psicópata, de 1936.</i></p>
<p><i>Esta ley entendía que la cura de los pacientes, llamados “psicópatas” era el aislamiento.</i></p>
<p><i>Pero en agosto de 2017, se creó una nueva Ley de Salud Mental.</i></p>
<p><i>¿El objetivo? Reconocer a quienes tienen cualquier enfermedad mental, ante todo, como personas con derechos.</i></p>
<p><i>A... Salud // Educación // Trabajo // Vivienda.</i></p>
<p>¿Qué cambia con la nueva ley?</p>
<p>1. El tratamiento de la enfermedad mental ya no será en aislamiento.</p>
<p><i>Para el año 2025, el Hospital Vilardebó y las Colonias Psiquiátricas deberán cerrar sus puertas.</i></p>
<p><i>Los pacientes serán atendidos en unidades creadas dentro de los hospitales generales, sin perder el contacto social.</i></p>
<p>2. Cualquier médico estará capacitado para tratar casos leves, sin necesidad de derivar al paciente a un psiquiatra.</p>
<p><i>Existen momentos de desequilibrio emocional, como la depresión ante una pérdida reciente, que son situaciones naturales de la vida, y deberían poder ser atendidas por cualquier médico.</i></p>
<p>3. Se elimina el límite de 30 días de internación</p>
<p><i>Hasta entonces, los usuarios no podían superar el mes de internación, aunque este no les alcanzara para recuperarse.</i></p>
<p><i>Hoy, podrán permanecer internados el tiempo que necesiten... (como pasa cualquier otra internación).</i></p>
<p>Para saber más sobre la nueva ley, ingresa en www.decabeza.com.uy</p>

4. Plan de medios

Encuadre

- Regionalidad: Uruguay
- Timing: 1 de agosto a 31 de octubre.²⁹ La idea es que la campaña comience dos meses antes del Mes de la Salud Mental (octubre), ya que en los primeros dos meses se buscará preparar al público para que, en el último mes, se pueda dar pie para expandir el mensaje a más personas, generando las condiciones para que la campaña luego continúe, a través de la planificación de nuevas etapas.
- Target: **291.000 personas**³⁰

Estudiantes de secundaria

- Entre 12 y 18 años
- Instituciones públicas y privadas
- Montevideo e interior
- NSE: B-, B+, M-, M, M+, A, A+.

Estudiantes de Psicología

- Entre 18 y 26 años.
- Instituciones públicas y privadas (UDELAR y UCU)
- Montevideo e interior

Estrategia

La estrategia de comunicación seleccionada para el plan de medios, a fin de cumplir con los objetivos señalados para la campaña, buscará, en primer lugar, alinearse a la estrategia creativa de *De Cabeza*. Las piezas pautadas en los distintos soportes buscarán adaptar la creatividad conceptual a una creatividad aplicada a los medios: como ya se mencionó, el concepto *De Cabeza* permite jugar desde lo visual con el recurso de colocar los elementos de las piezas en una posición invertida. Esto, aplicado a los distintos soportes, da lugar a la posibilidad de generar impacto en el público en un inicio, que sentirá curiosidad por el hecho de ver algo que está fuera de su sitio. Esta estrategia será aplicada, principalmente, a las piezas pensadas

²⁹ El *timing* de esta etapa de la campaña se ha establecido estratégicamente para que su fecha de culminación se produzca en el Mes de la Salud Mental (octubre). En caso de implementarse en el año 2019, se deberá tener en cuenta que se trata de un año electoral, lo que afectará a la publicidad en general.

³⁰ Cifra estimada a partir de datos del INE, CES y UdelarR.

para el inicio de la campaña (como forma de captar al público) ya que, luego de un tiempo, el impacto que este recurso genera se agota.

En cuanto a los medios elegidos, la pauta estará enfocada en lo digital (siguiendo los fundamentos desarrollados en los capítulos anteriores): puntualmente, se pautarán contenidos en las redes sociales Instagram y Facebook. A través de esta pauta se buscará, por un lado, alcanzar al mayor número de personas del público objetivo. Luego, en concreto, esta pauta conjugará el alcance con el objetivo de interacción (una de las metas de la campaña) y de generación de tráfico hacia la web. Así, los contenidos pautados en las redes sociales cumplirán con la triple función de: a) lograr un primer contacto con el mayor número de personas; b) favorecer la interacción de los usuarios con la campaña; c) dirigir a los usuarios al sitio web. De este modo, se combinarán estratégicamente contenidos en los que se pautará para generar alcance, otros para lograr interacción, y otros para conseguir tráfico hacia el sitio web de *De Cabeza*.

La pauta en digital estará acompañada por una pauta en Vía Pública, que será aplicada en Publibus. El objetivo de la publicidad colocada en estos ómnibus será combinar la estrategia de creatividad/impacto (con el recurso de mostrar a los personajes de cabeza, para captar la atención), con la estrategia de alcance: al tratarse de un medio masivo, permitirá llegar a un gran número de personas del público objetivo y, además, a la población en general. Se busca que la publicidad aplicada aquí cumpla una función similar a la de los afiches en las instituciones, en el sentido de presentar recursos estéticos que llamen la atención, unidos a una bajada de texto que sensibilice y haga que quieran saber más. Este medio será utilizado en las primeras semanas de la campaña, para cumplir con esa función de alcanzar al público y despertar su interés, para que luego siga el recorrido estratégico por del resto de los medios.

Táctica

Digital: Redes sociales

A continuación, se presenta el calendario con los contenidos detallados de los posteos en redes sociales:

AGOSTO. Tema: depresión/suicidio en adolescentes y jóvenes			
	SEMANA 1	Tipo de pieza	Tipo de pauta
1	Instagram	Story	Alcance
2	Instagram	Story	Tráfico
3	Instagram	Post	Alcance

4	Facebook	Post	Alcance
	SEMANA 2	Tipo de pieza	Tipo de pauta
5	Instagram	Story	Alcance
6	Instagram	Story	Tráfico
7	Instagram	Post	Interacción
8	Facebook	Post	Interacción
	SEMANA 3	Tipo de pieza	Tipo de pauta
9	Instagram	Story	Tráfico
10	Instagram	Story	Tráfico
	SEMANA 4	Tipo de pieza	Tipo de pauta
11	Instagram	Story	Alcance
12	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
13	Instagram	Post VIDEO	Interacción
14	Facebook	Post VIDEO	Interacción
	SEMANA 5	Tipo de pieza	Tipo de pauta
15	Instagram	Story	Tráfico

	Contenido	Redirección a sitio web
1	Hoy en Uruguay, muchos adolescentes y jóvenes tienen su vida de cabeza por una enfermedad mental."Ver más".	Estadísticas / suicidio y depresión
2	Instagram ¿Sabías que una de las franjas más vulnerables es la de los jóvenes de entre 15 y 24 años? VER MÁS	Estadísticas / suicidio y depresión
3	Muchos adolescentes y jóvenes hoy tienen su vida de cabeza por una enfermedad mental. Para que esta realidad cambie, tenemos que empezar por mirarla.	Estadísticas / suicidio y depresión
4	Muchos adolescentes y jóvenes hoy tienen su vida de cabeza por una enfermedad mental. Para que esta realidad cambie, tenemos que empezar por mirarla.	Estadísticas / suicidio y depresión
	Contenido	Redirección a sitio web
5	La depresión es una de las principales responsables de poner vidas de cabeza. "Ver más"	Prevención
6	ENCUESTA: ¿Sabés cómo se puede ayudar a prevenir la depresión? Deslizá el botón de "Ver más" y descubrilo	Prevención

7	Dejar de estar de cabeza sí se puede. ¿Sabías que existe tratamiento para la mayoría de las enfermedades mentales? Etiquetá a 3 amigos para difundir este mensaje y que juntos ayudemos a que haya menos vidas De Cabeza.	Tratamiento
8	Dejar de estar de cabeza sí se puede. ¿Sabías que existe tratamiento para la mayoría de las enfermedades mentales? Compartí esta imagen para difundir este mensaje y que juntos ayudemos a que haya menos vidas De Cabeza	Tratamiento
	Contenido	Redirección a sitio web
9	ENCUESTA (sí/no) ¿Tenés algún amigo/compañero/familiar con depresión? Vos podés ayudarlo. Descubrí cómo con este juego interactivo. "VER MÁS"	Experiencia interactiva
10	ENCUESTA Un amigo te cuenta que va a ir a una consulta con un psiquiatra por un problema de salud mental. ¿Qué hacés?: Cambiás de tema / Le preguntás sobre eso. En este juego interactivo te ayudamos a que vos mismo encuentres la mejor respuesta. VER MÁS.	Experiencia interactiva
	Contenido	Redirección a sitio web
11	El cambio DE CABEZA está empezando... ENCUESTA: (Sí/Para nada) ¿Te suena la Ley de Salud Mental?. "Mirá el video"	Ley de Salud Mental
12	En este video te contamos lo que hay que saber sobre la nueva Ley de Salud Mental. "Ver más"	Ley de Salud Mental
13	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Etiquetá a tus amigos para que más personas conozcan este cambio de cabeza que está empezando.	Ley de Salud Mental
14	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Compartilo con tus amigos para hacerlo llegar a más personas.	Ley de Salud Mental
	Contenido	Redirección a sitio web
15	ENCUESTA: (sí/no) ¿Sabías que para 2025 ya no van a existir los hospitales psiquiátricos tal como existen hoy en Uruguay? Conocé todos los cambios de la Ley de Salud Mental en el video en "Ver más"	Ley de Salud Mental

SETIEMBRE. Tema: enfermedades mentales en adolescentes y jóvenes			
	SEMANA 1	Tipo de pieza	Tipo de pauta
16	Instagram	Story	Tráfico
17	Instagram	Post	Alcance
18	Facebook	Post	Alcance
	SEMANA 2 (Lanzamiento app)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
19	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
20	Instagram	Post	Tráfico
21	Facebook	Post	Tráfico
	SEMANA 3 (Ansiedad)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
22	Instagram	Story	Alcance
23	Instagram	Story	Tráfico
24	Instagram	Post	Interacción
25	Facebook	Post	Interacción
	SEMANA 4 (Esquizofrenia)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
26	Instagram	Story	Alcance
27	Instagram	Story	Tráfico
28	Instagram	Post	Interacción
29	Facebook	Post	Interacción

	Contenido	Redirección a sitio web
16	¿Sabías que la adolescencia es la etapa en la que salen a la luz la mayoría de las enfermedades mentales? Deslizá el botón y descubrí cómo detectarlas a tiempo.	Prevención
17	Porque estar de cabeza se puede evitar... Conocé las formas de detectar las enfermedades mentales a tiempo	Prevención
18	Porque estar de cabeza se puede evitar... Conocé las formas de detectar las enfermedades mentales a tiempo	Prevención
	Contenido	Redirección a sitio web
19	Presentación de app (simulación juego)	A la app

20	Para que las cabezas vuelvan a su lugar, necesitamos de tu ayuda. Lográ que la cabeza vuelva a su sitio y descubrí qué pasa. ¿Ya la probaste? Etiquetá a tus amigos para que también puedan probarla.	<i>A la app</i>
21	Para que las cabezas vuelvan a su lugar, necesitamos de tu ayuda. Lográ que la cabeza vuelva a su sitio y descubrí qué pasa. ¿Ya la probaste? Compartí este posteo para que más amigos también puedan probarla.	<i>A la app</i>
Contenido		Redirección a sitio web
22	ENCUESTA: (Sí/no) ¿Te considerás una persona ansiosa? "Ver más"	Enfermedades mentales/ansiedad
23	¿Sabés qué es la ansiedad? Conocelo en "Ver más"	Enfermedades mentales/ansiedad
24	¿Sabías que muchos jóvenes tienen su vida de cabeza por la ansiedad? Etiquetá a tus amigos para que se enteren y juntos evitemos más vidas de cabeza	Enfermedades mentales/ansiedad
25	¿Sabías que muchos jóvenes tienen su vida de cabeza por la ansiedad? Compartilo para con tus amigos para que se enteren y juntos evitemos más vidas de cabeza	Enfermedades mentales/ansiedad
Contenido		Redirección a sitio web
26	El cambio DE CABEZA está empezando... ENCUESTA: (Sí/Para nada) ¿Te suena la Ley de Salud Mental?. "Mirá el video"	Ley de Salud Mental
27	En este video te contamos lo que hay que saber sobre la nueva Ley de Salud Mental. "Ver más"	Ley de Salud Mental
28	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Etiquetá a tus amigos para que más personas conozcan este cambio de cabeza que está empezando.	Ley de Salud Mental
29	Y el cambio DE CABEZA está empezando... En 2017 se creó una nueva ley que cambia la mirada a la salud mental en el país. ¿Qué cambios prevé? Conocelos en el siguiente video. Compartilo con tus amigos para hacerlo llegar a más personas.	Ley de Salud Mental

OCTUBRE. Tema: Mes de la Salud Mental			
	SEMANA 1	Tipo de pieza	Tipo de pauta
30	Instagram	Story	Alcance
31	Instagram	Post	Interacción

32	Facebook	Post	Interacción
	SEMANA 2 (Semana de la Salud Mental)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
33	Instagram	Story	Alcance
34	Instagram	Story	Tráfico
35	Instagram	Story	Alcance
36	Instagram	Post	Tráfico
37	Facebook	Post	Tráfico
	SEMANA 3 (Testimonial 1)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
38	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
39	Instagram	Post VIDEO	Tráfico
40	Facebook	Post VIDEO	Interacción
	SEMANA 4 (Testimonial 2)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
41	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
42	Instagram	Post VIDEO	Tráfico
43	Facebook	Post VIDEO	Interacción
	SEMANA 5 (Testimonial 3)	Tipo de pieza	Tipo de pauta
44	Instagram	Story VIDEO	Tráfico
45	Instagram	Post VIDEO	Tráfico
46	Facebook	Post VIDEO	Interacción

	Contenido	Redirección a sitio web
30	Empieza el mes de la salud mental. Necesitamos de vos... (Convocatoria a cambio de foto de perfil)	Inicio
31	OCTUBRE, Mes de la Salud Mental. Convocatoria a cambio de foto de perfil. Etiquetá a tus amigos para que también formen parte de esto.	Inicio
32	OCTUBRE, Mes de la Salud Mental. Convocatoria a cambio de foto de perfil. Compartilo con tus amigos para difundirlo a todos.	Inicio

	Contenido	Redirección a sitio web
33	Convocatoria a cambio de foto de perfil.	Inicio
34	Convocatoria a cambio de foto de perfil.	Inicio
35	¡Hoy es el Día de la Salud Mental! Es el momento para hacer llegar a todos lo necesario que es este cambio DE CABEZA	Inicio
36	¡Hoy es el Día de la Salud Mental! Es el momento para hacer llegar a todos la importancia de este cambio DE CABEZA	Inicio
37	¡Hoy es el Día de la Salud Mental! Es el momento para hacer llegar a todos la importancia de este cambio DE CABEZA	Inicio
	Contenido	Redirección a sitio web
38	Estas vidas de cabeza TIENEN VOZ. Conocé la primera de ellas. (Ver completo en "Ver más")	Historias de cabeza
39	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la primera de ellas (Video completo en link)	Historias de cabeza
40	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la primera de ellas	Historias de cabeza
	Contenido	Redirección a sitio web
41	Estas vidas de cabeza TIENEN VOZ. Conocé la segunda de ellas. (Ver completo en "Ver más")llas. (Ver completo en "Ver más")	Historias de cabeza
42	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la primera de ellas (Video completo en link)	Historias de cabeza
43	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la segunda de ellas	Historias de cabeza
	Contenido	Redirección a sitio web
44	Estas vidas de cabeza TIENEN VOZ. Conocé la tercera de ellas. (Ver completo en "Ver más")	Historias de cabeza
45	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la tercera de ellas (Video completo en link).	Historias de cabeza
46	Las historias de cabeza tienen voz. Conocé la tercera de ellas.	Historias de cabeza

Como se puede ver, a cada mes le fue asignado un tema. Estos pretenden partir desde los que resultan más próximos al *target*, para introducir luego otros temas relevantes y prepararlos para que en el mes de octubre estén lo suficientemente sensibilizados para querer difundir el mensaje de la campaña. El primer posteo, que será publicado en posición invertida (de cabeza) busca seguir la línea de la estrategia de impacto aplicada a los medios, para llamar la atención del público que se encuentre mirando sus historias de Instagram.

Luego, se puede ver cómo se han distribuido los tipos de pauta dependiendo del contenido de los posteos, para conseguir que las redes cumplan con sus tres objetivos: lograr alcance, favorecer la interacción de los usuarios y dirigir al sitio web. Así, los contenidos que apelan a la sensibilización y otros más informativos serán pautados para lograr alcance; otros, estarán destinados a que los usuarios comenten o comparten el contenido (como es el caso de las piezas audiovisuales), y serán pautados para generar interacción. Por último, a pesar de que todos redireccionarán a las distintas secciones del sitio web, algunos estarán pautados especialmente para aumentar el tráfico hacia ese sitio.

Para realizar la pauta de estos posteos en redes sociales se definió un presupuesto de base, determinado a partir de simulaciones de pauta realizadas en la plataforma de Facebook para los distintos tipos de pautado (por alcance, por tráfico y por interacción). Dado que la estrategia combinará esas tres modalidades de pauta, se crearán tres conjuntos de anuncios en la plataforma (alcance, tráfico e interacción). Para lograr la inversión más eficaz, se destinará un presupuesto total por campaña, que luego la misma plataforma de Facebook distribuirá entre los posteos, dependiendo de su contenido, para obtener los mejores resultados posibles.

La posibilidad que ofrece el pautado en redes de realizar una evaluación a medida que se implementa la estrategia, permitirá probar en el primer mes (agosto) si se está llegando a los resultados buscados y, en caso de que no sea así, ajustar la estrategia de pauta para los siguientes meses. Especialmente, se deberá monitorear si a los contenidos más relevantes de la campaña (como los videos testimoniales), se les es asignado el presupuesto necesario a través de la plataforma. En caso contrario, se deberá aumentar la pauta en esos posteos en concreto.

Las simulaciones de pauta permitieron obtener un número estimado de inversión necesaria para llegar a un porcentaje considerable del público objetivo, lo que ayudó a establecer un presupuesto de base. Con estos valores como referencia, se asignó un presupuesto general para el pautado en redes, que luego se distribuirá entre los distintos conjuntos de anuncios.

Pauta por tráfico

Target (según FB)	Alcance	Porcentaje del público objetivo	Presupuest o (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
310.000	267.907	86%	1.405	0,60	8,81

Target (según INE y MEC)	Alcance	Porcentaje del público objetivo	Presupuest o (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
291.000	267.907	92%	1.405	0,60	8,81

Pauta por interacción

Target (según FB)	Alcance	Porcentaje del público objetivo	Presupuest o (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
310.000	270.876	87%	1.962	0,82	8,88

Target (según INE y MEC)	Alcance	Porcentaje del público objetivo	Presupuest o (USD)	CPM (USD)	Frecuencia
291.000	270.876	93%	1.962	0,82	8,88

En las tablas se muestran los datos aportados por la plataforma de Facebook, y luego adaptados al número del público objetivo estimado a partir de los datos extraídos de INE y MEC³¹. Según estos datos, con una inversión en el rango de los 1.700 a 2.000 USD se estaría alcanzando en la campaña a un porcentaje próximo al 90% del público objetivo. Debe tenerse en cuenta que estos números no son exactos, y que es probable que se acabe alcanzando a un porcentaje mucho menor del target (ya que la cantidad de impresiones, interacciones o clicks, no equivalen a cantidad de personas alcanzadas). Sin embargo, esta simulación permite determinar una referencia de presupuesto como punto de partida.

³¹ Para el CPM (Costo por mil impresiones) se tomó como referencia el valor utilizado en la agencia Mindshare: 0,5 USD.

En total, se destinarán 2.500 USD (\$ 81.250) a la pauta en redes (se han asignado, como margen, 500 dólares más de lo indicado en la simulación de la plataforma de Facebook).

Presupuesto total (\$)	Total posteos	Presupuesto por posteo (\$)
81.250	46	1.766

Presupuesto por conjunto de anuncios y por red social

	Posteos por alcance	Posteos por tráfico	Posteos por interacción	Posteos por red social
Facebook	2	2	8	12
Instagram	10	19	5	34
Total	12	21	13	46

	Presupuesto para alcance (\$)	Presupuesto para tráfico (\$)	Presupuesto para interacción (\$)	Presupuesto por red social (\$)
Facebook	3.532	3.532	14.128	21.192
Instagram	17.660	33.554	8.830	60.044
Total	21.192	37.086	22.958	81.250

En la tabla se puede ver el costo aproximado de inversión por red social y por conjunto de posteos, según la cantidad. Hay que tener en cuenta que el presupuesto asignado por conjunto variará dependiendo, por ejemplo, de la diferencia de costos (el costo por interacción y por tráfico es más alto que el costo por impresiones). Además, el porcentaje de presupuesto destinado a cada posteo dependerá de la distribución que haga la plataforma, según el contenido de los posteos. Como ya se dijo, deberá monitorearse si esta distribución automática resulta efectiva para los objetivos de la campaña.

Vía Pública: Publibus

La publicidad en ómnibus será aplicada en los laterales de 20 unidades de la empresa Cutcsa, ya que los recorridos de sus líneas abarcan gran parte de la ciudad. La pauta en este medio se aplicará a las 3 primeras semanas de la campaña, con el objetivo de reforzar las vías de impacto para el *target* e incrementar el alcance³².

Servicio	Costo (\$)
Laterales xxl (movimagen) - arrendamiento	1.250 IVA inc. p/ semana p/ unidad
Producción	4638 + IVA

Costo total arrendamiento

Semanas de pauta	Costo por Publibus (\$)	Unidades Publibus	Costo total (\$)
3	3.750	20	75.000

Costo total producción

Unidades Publibus	Costo (\$)
20	113.167

Costo total arrendamiento (\$)	Costo total producción (\$)	Total (\$)
75.000	113.167	188.167

³² Costos tomados de la agencia Mindshare.

Flow de medios

Medio	Vehículo	SEMANAS									
		Ago.				Set.			Oct.		
Instagram	Posteo 1										
	Posteo 2										
	Posteo 3										
	Posteo 4										
Facebook	Posteo 1										
Vía Pública	Publibus										

Además de la pauta publicitaria en estos medios, el resto del presupuesto de la campaña estará destinado a las demás acciones y contenidos propuestos dentro de la estrategia, cuyo costo y plan de implementación se detallarán en los capítulos que siguen.

5. Presupuesto

Dado que al momento de elaborar la estrategia de campaña no se contó con una referencia de presupuesto establecida por el cliente, se elaboró contemplando los antecedentes de las campañas anteriores, como una referencia aproximada del *budget* que podría destinarse a esta primera etapa de *De Cabeza*.

Ya que, luego de ser solicitado, no fue posible acceder al presupuesto total de campañas anteriores, sino solo a la inversión en algunos medios en concreto, se tomó ese monto como referencia, contemplando la posibilidad de sobrepasarlo hasta en un 60 a 80%, ya que no se cuenta con la gran mayoría de la inversión (entre otros, el costo de la pauta en Vía Pública).

MEDIO	MONTO
Tv + prensa escrita + radio	\$U 342.000
Total	\$U 342.000

*Inversión de campaña Mentalizate (2017)*³³

A pesar de que el cliente de esta campaña (Federación Caminantes) es una asociación sin fines de lucro, el presupuesto que se presenta a continuación ha sido realizado considerando que quien ha financiado todas las campañas de salud mental impulsadas por la Federación es la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP).

El presupuesto para las acciones *on-line* fue realizado teniendo en cuenta un alcance a nivel de todo el país; las acciones *off-line* se consideraron, en principio, para Montevideo. En caso de que, al momento de llevar a cabo la campaña, se contara con un margen mayor de presupuesto, se recomienda destinarlo a implementar estas acciones también en otros departamentos del país, con los lineamientos que se aportaron para cada acción dentro de este documento.

³³ Información aportada por Daniela Romano, Secretaria de Difusión de la CHPP.

Producción

PRODUCTO / SERVICIO	MONTO
3 videos testimoniales (Ikusi)	\$U 146.250 + IVA
Explainer Ley de Salud Mental	\$U 13.000 IVA inc.
Paquete Diseño (estética de base + diseños de posteos + pantallas de la app + afiche)	\$U 40.000 IVA inc.
Diseño y mantenimiento de sitio web	\$U 57.600 + IVA
Muñecos, Acción de Prensa (materiales + armado), 25 unidades	\$U 1.500 + IVA
Impresión de afiches (49x33,5 cm), 525 unidades	\$U 6.300 + IVA
Total	\$U 258.213

Difusión

PRODUCTO / SERVICIO	MONTO
Pauta en redes sociales	\$U 81.250
Pauta en Vía Pública, Publibus (50 unidades)	\$U 188.167
Costo envío muñecos, Acción de prensa (servicio cadetería)	\$U 1.200
Costo distribución afiches (servicio cadetería)	\$U 4.375
Gestión de redes sociales (\$U 10.000 p/mes)	\$U 30.000
Total	\$U 304.992

Presupuesto final

CONCEPTO	MONTO
Costos de producción	\$U 258.213
Costos de difusión	\$U 304.992
	\$U 563.205

TC = \$ 32,5

Costos opcionales³⁴

PRODUCTO / SERVICIO	MONTO
Desarrollo de app para Android y Iphone; 4 pantallas	\$U 65.000 + IVA
Costo final	\$U 79.300

³⁴ Se trata de propuestas extra, cuya implementación dependerá del presupuesto disponible para llevar a cabo la campaña. Dentro de ellas, también se deberán considerar los gastos de los talleres (materiales y honorarios), en caso de decidir llevarlos a cabo.

6. Plan de implementación

En este capítulo se presentan los detalles de implementación de cada una de las acciones de la campaña, junto con un calendario que indica el momento en que cada una de ellas deberá llevarse a cabo.

Tareas previas al inicio de la campaña

En primer lugar, se detalla el listado de tareas que se llevarán a cabo antes del comienzo de la campaña. Estas deberán comenzar a planificarse entre el mes de marzo y abril.

1	Diseño de sitio web	Tercerizado
2	Producción de videos testimoniales	Tercerizado
3	Producción de explainer	
4	Diseño de estética de base + diseños de posteos + pantallas de la app + afiche	
5	Creación de perfiles en redes sociales (Instagram, Facebook, canal de YouTube)	
6	Armado de muñecos para acción de prensa	Tercerizado
7	Impresión de afiches	Tercerizado
8	Planificación de talleres	Tercerizado
9	Desarrollo de app	Tercerizado

	PROVEEDOR³⁵	CONTACTO
1	Siniestro, diseño y comunicación digital	2 628 09 45 contacto@siniestro.net
2	Ikusi (Valentina Quagliotti, productora ejecutiva)	099 396 763 valentina@ikusi.org

³⁵ A excepción de la productora Ikusi, que es sugerida estratégicamente para la elaboración de las piezas audiovisuales, los proveedores pueden variar (estos han sido tomados a modo de referencia, considerados como buenas opciones en relación precio-calidad dentro de las opciones consultadas).

6	Industrias Gráficas Omega	2 200 34 40 ventas@omega.com.uy
7	Industrias Gráficas Omega	2 200 34 40 ventas@omega.com.uy
8	Jóvenes Fuertes (Inés Ruiz, coordinadora de instituciones)	098 287 287

*Para la pauta en medios, se debe tener en cuenta la reserva anticipada de los Publibus, para asegurar la disponibilidad de las unidades requeridas para la fecha pautada.

Afiches en liceos y facultades de Psicología

Los afiches en liceos y facultades deberán distribuirse durante las primeras dos semanas de agosto (inicio de la campaña). Previamente, se deberá llamar a las instituciones (últimas semanas de julio), para avisar acerca del envío de los afiches, en el marco de la campaña. Para ello, se adjunta al final de este documento el listado de las instituciones a las que serán enviados los afiches.

Número de instituciones:

Liceos: 171 (3 afiches por institución)

Facultades: 2 (6 afiches por institución)

Cantidad de afiches:

Liceos: 513

Facultades: 12

Total: 525

Muñecos (Acción de prensa)

Los muñecos de la acción de prensa, que funcionarán para llamar la atención de los medios, serán enviados durante la primera semana de octubre (Mes de la Salud Mental), a fin de invitarlos a unirse a la causa, destinando un espacio para difundir el mensaje de la campaña *De Cabeza*. El envío de los muñecos será complementado por un mail (al estilo de gacetilla de prensa) en donde se explique el sentido del obsequio que acaban de recibir. Es importante cuidar especialmente la coordinación de las tareas en esta acción, dado que los medios deberán haber recibido los muñecos al momento de leer el mail. Luego, se deberá realizar una llamada para

confirmar que se haya recibido tanto el muñeco como el mail (esperar al menos un día).

A continuación, se presenta la lista de medios a los que se enviarán los muñecos, con el contacto de cada uno de ellos:

Prensa escrita

	MEDIO	REFERENTE	E-MAIL	TELÉFONO
1	Diario El País	Marcela Dobal (suplemento El Empresario)	mdobal@elpais.com.uy	2902 0115 /2900 4141
2	Diario El Observador	Carina Novarese (editora digital)	cnovarese@obse rvador.com.uy	29247000
3	Diario La República	Gustavo Carabajal (editor en jefe)	carabajalgustavo @gmail.com	2 487 3565
4	Galería	Andrés Danza	galeria@galeria.c om.uy	29021300
5	Semanario Búsqueda	Victoria Fernández (Editora de Información Nacional y Desarrollo)	busquedaonline @busqueda.com. uy vfernandez@bus queda.com.uy	2902 1300
6	La Diaria	-	contacto@ladiaria .com.uy	2900 0808
7	Semanario Crónicas	Magdalena Raffo	cronicas@cronica s.com.uy mraffo@cronicas. com.uy	-

Tv

	MEDIO	PROGRAMA	E-MAIL	TELÉFONO
8	La Tele	Desayunos Informales	desayunos@teled oce.com	2208 3555
9	Canal 10	Arriba Gente	arribagente@can al10.com.uy	2410 21 20
10	Montecarlo	Buen Día Uruguay / Andrea Pozzolo (prod. de contenidos)	apozzolo@monte carlotv.com.uy	095 798 191

11	TNU	Buscadores	correo@buscadores.com.uy	19595
12	VTV	VTV Noticias / Claudio Romanoff	cromanoff@vtv.com.uy	2924 2025

Radio

	MEDIO	PROGRAMA	E-MAIL	TELÉFONO
13	Del Sol	No toquen nada (José Benítez, Nadia Piedra Cueva)	notoquen@delsol.uy	2900 0995
14	Radiomundo	En Perspectiva (Emiliano Cotelo)	enperspectiva@enperspectiva.net	2902 5252
15	Océano	Abrepalabra (Gustavo Rey)	abrepalabra@oceno.uy / creascom@gmail.com	2 628 92 40 / 93600054
16	El Espectador	El Espectador	lamanana@espectador.com.uy	2 902 3531
17	Radiocero	Nunca es tarde	radiocero@radiocero.com.uy / leosarro@gmail.com	2901 4433
18	Universal	Fuentes confiables	web@970universal.com	2902 6022
19	Radio Sarandí	Las cosas en su sitio	lascosas@sarandi690.com.uy ignacio@sarandi690.com.uy	22000690
20	Radio Carve	Informativo Carve	contacto@sadrep.com.uy	2902 6162

Digital

	MEDIO	E-MAIL	TELÉFONO
21	Montevideo Portal / María Noel Domínguez	"prensa@montevideo.com.uy marianoel@montevideo.com.uy"	2402 2516
22	180.com.uy / Mauricio Erramuspe	mauricio@180.com.uy 180@180com.uy	2903 2225

23	Ecos	info@ecos.la	2900 0000 int. 302
24	Infonegocios / Leonardo Destefano (editor)	leodestefano@gmail.com	-
25	Espectador.com	info@espectador.com.uy	2 902 3531

Posteos en redes sociales

Dentro del Plan de Medios se detalló la estrategia y el contenido para los posteos en redes sociales. A continuación, se presenta el detalle de día y hora de publicación según cada red social³⁶:

AGOSTO		
Red Social	Día	Hora
Instagram	Jueves (1,8,5,22,29)	11.00
Facebook	Jueves (1,8,22)	14.00
YouTube	Jueves (22) / Explainer Ley Salud Mental	10.00

SETIEMBRE		
Red Social	Día	Hora
Instagram	Jueves (5,12,19,26)	11.00
Facebook	Jueves (5,12,19,26)	14.00

OCTUBRE		
Red Social	Día	Hora
Instagram	Jueves (3,10,17,24,31)	11.00
Facebook	Jueves (3,10,17,24,31)	14.00
YouTube	Jueves (17,24,31) / Videos testimoniales	10.00

³⁶ Planificado a partir de referencias sobre mejores horarios de publicación en cada red social. Recuperado de <https://marketingdecontenidos.com/horarios-de-publicacion/>

Cronograma de acciones

Acción/contenido	Tarea	SEMANAS											
		Jul.			Ago.			Set.			Oct.		
Posteos en Ig. y Fb.	Publicación de anuncios												
Videos de YouTube	Publicación												
Acción de prensa (muñecos)	Entrega, envío de mail y llamada para confirmar												
Afiches en liceos y facultades	Llamada de aviso												
	Distribución												
Pauta en Vía Pública (Publibus)	Reserva												
	Pauta												

7. Plan de evaluación

Para finalizar, en este capítulo se presentan las métricas a través de las cuales será evaluado el cumplimiento de los objetivos planteados para esta primera etapa de la campaña *De Cabeza*.

Objetivo específico 1: SENSIBILIZAR

Para este objetivo se propusieron, por un lado, piezas que pusieran a la vista la existencia del problema que se ha de resolver. Por un lado, los afiches en las instituciones educativas y, por otro, los Publibus recorriendo la ciudad de Montevideo. En lo que refiere a las acciones en vía pública, resulta difícil medir su impacto por la carencia de métricas para evaluarlo. Pero en el caso de los afiches, con los que hubiese sucedido algo similar, es posible medir su eficacia gracias a la colocación de los Códigos QR, que permitirán medir número de accesos al perfil en redes de *De Cabeza* realizados a través del Código QR.

Además de estas acciones, la apuesta más fuerte en cuanto a contenidos, que apunta al objetivo de sensibilización, son las tres piezas audiovisuales de testimonios (la voz de los jóvenes con enfermedades mentales, que pudieron dejar de estar de cabeza). En este caso, es posible medir su efectividad para el cumplimiento del objetivo a través de los KPI (Key Performance Indicators, o Indicadores Clave de Rendimiento) que ofrecen las plataformas de Facebook y YouTube:

- **CTR (Click-Through Rate) o porcentaje de visualizaciones:** es el porcentaje de reproducciones del video (clics) alcanzado sobre el número de veces que se muestra (impresiones). Esto permitirá medir cuántas de las personas que llegaron a las piezas, efectivamente comenzaron a verlas.
- **Tiempo promedio de reproducción del video:** esto ayudará a medir qué tan atractivo resulta el contenido para el público (si ha logrado sensibilizar), ya que permitirá determinar (una vez reproducido el video) cuánto tiempo en promedio permanece viéndolo.

Finalmente, la otra acción que apunta al objetivo de sensibilizar es la acción de prensa, que busca despertar la sensibilidad de los medios, para lograr luego que estos transmitan el mensaje de la campaña, que funcione como medio de sensibilización para el público objetivo y el público en general. La efectividad de esta acción podrá medirse a partir del porcentaje de los medios sobre los que se realiza la acción que finalmente destinan un espacio para comunicar el mensaje de *De Cabeza*.

Objetivo: SENSIBILIZAR	
Acción/pieza	KPI
Afiches en centros educativos	Escaneos de Código QR
Videos testimoniales	CTR, tiempo promedio de reproducción
Acción de prensa	Porcentaje de publicaciones/menciones en medios sobre los que se realizó la acción

Objetivo específico 2: INFORMAR

Como se pudo ver a lo largo del desarrollo del plan de la campaña, el cumplimiento del objetivo informativo estará, sobre todo, enfocado en los contenidos del sitio web. Por lo tanto, las métricas para evaluarlo deberán atender, en primer lugar, al rendimiento de la web de *De Cabeza*: tráfico del sitio (número de visitantes que recibe la web); tiempo de permanencia en el sitio (esta métrica será especialmente útil para medir el cumplimiento del objetivo informativo, ya que el tiempo que se mantienen los usuarios dentro del sitio ayudará a determinar si efectivamente lo está utilizando para informarse); tasa de rebote (refleja el número de usuarios que abandonan el sitio inmediatamente después de que acceden a él).

En relación con el tráfico al sitio, también aparecen los KPI relacionados con las redes sociales (ya que uno de los objetivos de la estrategia en Instagram era generar tráfico a la web). En este sentido, medir el nivel de fuentes de tráfico del sitio (porcentaje de accesos al sitio web que se realizan desde cada fuente, esperada o inesperada) permitirá determinar si la estrategia en redes sociales resulta efectiva como generadora de tráfico.

Además, otro contenido que apunta específicamente a cubrir el objetivo informativo del sitio es el *explainer* sobre la Ley de Salud Mental. En este caso, se utilizarán los mismos KPI's que para las piezas audiovisuales testimoniales: el porcentaje de visualizaciones permitirá determinar si el formato del contenido que llega hasta los usuarios resulta lo suficientemente atractivo para que lo reproduzcan; el tiempo de visualización ayudará a saber si los usuarios alcanzaron un tiempo de reproducción suficiente como para haberse informado.

En caso de implementar los talleres en liceos, este sería otro canal para el cumplimiento del objetivo informativo. En este caso, la evaluación debería llevarse a cabo con una perspectiva a largo plazo.

Para determinar más certeramente el rendimiento de la estrategia para cumplir con este objetivo, sería recomendable llevar a cabo otras técnicas de apoyo, como la realización de grupos de discusión o encuestas, como mecanismos para testear el efecto informativo de la campaña.

Objetivo: INFORMAR	
Acción/pieza	KPI
Contenidos informativos del sitio web	Visitas al sitio, tiempo de permanencia, abandonos, fuentes de tráfico y niveles
Explainer	CTR, tiempo promedio de reproducción

Objetivo 3: GENERAR INTERACCIÓN

El objetivo de generar interacción se concentró en las redes sociales de Instagram y Facebook. En cuanto a evaluación, una ventaja de los medios digitales es que es posible realizar una evaluación en simultáneo a la implementación de la estrategia. Esto permite realizar ajustes mientras el plan se lleva a cabo, para mejorarlo, lo que no es posible en otros medios, en los que todas las formas de evaluación son a posteriori. En concreto, el principal KPI que permitirá medir el cumplimiento del objetivo de interacción a través de los contenidos en redes sociales es el número de interacciones primarias (comentarios y me gusta en ambas redes; reacciones y compartidos en Facebook) y otras interacciones (clicks to view, clicks en links). Existen, además, otros mecanismos para favorecer la interacción implementados en la estrategia, como son las encuestas o preguntas en las historias de Instagram, pero para estos casos no existen métricas en la plataforma que permitan establecer su rendimiento.

También, otros KPI's de las redes sociales que se han de tener en cuenta son las impresiones (número de veces que se muestra una publicación) y el *reach* o alcance (número de usuarios que recibieron impresiones de una publicación), ya que otro de los objetivos de la estrategia en redes era generar alcance, dado que este es el medio por el que se buscó captar a la mayor cantidad de público objetivo, para luego dirigirlo hacia el sitio web.

En el caso de implementar la idea de la app, su rendimiento como medio para favorecer la interacción de los usuarios podrá medirse a través de las métricas que ofrece Play Store, como el número de descargas, las reviews, el puntaje y la cantidad de usuarios semanales (que permite establecer el número de usuarios que, tras haberla descargado, efectivamente la usan).

Además, la experiencia interactiva dentro del sitio web de *De Cabeza* fue otro mecanismo para generar interacción por parte de los usuarios. Su efectividad para cumplir con este objetivo podrá medirse a través del número de clics para comenzar el juego. A largo plazo, también sería útil monitorear la evolución de las respuestas elegidas por los usuarios, lo que podría funcionar como un indicio de la efectividad de la campaña para favorecer la sensibilización y reflexión sobre el tema de salud mental en la vida cotidiana.

Objetivo: GENERAR INTERACCIÓN	
Acción/pieza	KPI
Posteos en redes sociales	Interacciones primarias (me gusta, reacciones, compartidos, comentarios), otras interacciones (clicks to view, clicks en links)
App	Número de descargas, reviews, puntaje, usuarios semanales
Experiencia interactiva en sitio web	Número de clics

Objetivo general: Visibilizar la salud mental como tema de interés para el público objetivo.

Finalmente, la evaluación permitirá determinar en qué medida se ha logrado cumplir con el objetivo principal de visibilizar el tema de la salud mental para el *target*. La idea es que, a medida que se vayan desarrollando más etapas de la campaña, este objetivo se cumpla con mayor intensidad y para un número cada vez mayor de personas dentro de la población uruguaya.