

Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales

JAZMÍN MORA-RÍOS

GUILLERMINA NATERA-REY

NATALIA BAUTISTA-AGUILAR

MIRIAM ORTEGA-ORTEGA

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha cobrado cada vez más importancia la investigación sobre la estigmatización por la enfermedad mental a partir de los primeros estudios que se desarrollaron hace más de dos décadas. Actualmente los esfuerzos de orden internacional se encaminan a lograr avances multidisciplinarios en esta área e incidir en las políticas públicas orientadas a la inclusión de las personas afectadas por estos padecimientos (Pedersen, 2009).

Goffman (1963) es uno de los autores clásicos en el estudio del estigma. Este término proviene de la palabra griega *stig*, o marca que era colocada a los esclavos para alertar sobre su condición social. Asimismo, lo define como un atributo personal negativo y en extremo denigrante que hace a una persona diferente de otras y de una clase indeseable o de una categoría inferior, lo que conlleva sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación. En este sentido, el proceso de estigmatización se inicia a partir de una serie de señales o mar-

cas, por ejemplo el color de piel, la etnia, el género o la condición social, a partir de lo cual los sujetos generan estereotipos que suelen estar basados en prejuicios y que se derivan en prácticas de discriminación (Corrigan *et al.*, 2008).

Se ha propuesto una serie de conceptos para dar cuenta de la percepción que existe en la sociedad respecto a los significados que emplean distintos grupos sociales para hacer referencia a los padecimientos psiquiátricos y emocionales. Específicamente hablando de la estigmatización y la discriminación relacionadas con las enfermedades mentales, autores como Corrigan y colaboradores (2008), desde el campo de la psicología social, identifican dos tipos de estigma: *a.* el público, que se refiere al imaginario colectivo (creencias, prejuicios, estereotipos) con relación a la enfermedad mental, y *b.* el internalizado o autoestigma, que ocurre cuando las personas con padecimientos mentales asumen dichos prejuicios, estereotipos y creencias negativas por su enfermedad mental, y las enfocan en sí mismas.

El estigma público se manifiesta en diferentes sociedades y culturas, a través de prácticas de discriminación hacia las personas con algún padecimiento mental mediante un trato inequitativo, o cuando le son negados sus derechos, por ser consideradas de menor valía. Esto crea un círculo vicioso de alienación y constituye una barrera para la búsqueda de tratamiento, además favorece las recaídas y que las personas afectadas permanezcan en aislamiento, lo que conduce al desempleo y a un deterioro de las condiciones de vida de las familias.

Las creencias negativas sobre la enfermedad mental no sólo están arraigadas en la población general sino en el personal de salud (Sartorius, 1998). Paradójicamente estas actitudes de rechazo suelen presentarse incluso en especialistas de la salud mental, quienes asocian cierto fatalismo al padecimiento y a la posibilidad de recuperación, por lo que consideran que no tiene sentido invertir en la rehabilitación pues suponen que son pacientes que no tienen remedio (Tipper *et al.*, 2006). También se han mostrado evidencias de que para las personas que reciben tratamiento psiquiátrico el estigma es uno de los principales obstáculos para lograr su reinserción social (Angermeyer *et al.*, 2004; Redfield, 2006). Otros estudios sugieren que el estigma varía dependiendo del tipo de padecimiento de que se trate. Por ejemplo la depresión suele ser más socialmente aceptada en contraste con la esquizofrenia (Holzinger *et al.*, 1998; Rätty *et al.*, 2006). Otras aplicaciones tienen que ver con la representación de la población general del tratamiento psiquiátrico, lo cual suele ser objeto de críticas y estereotipos (Goerg *et al.*, 2004).

Autores como Link y Phelan (2001) proponen una crítica al respecto de los conceptos empleados en la investigación sobre estigma, pues consideran que existe cierto reduccionismo implícito al dejar al margen en el análisis los prejuicios y la discriminación que se producen a nivel macroinstitucional y reflejan el interjuego entre las fuerzas sociales, económicas, políticas e históricas. La discriminación estructural o institucional es un término que acuñaron los activistas de los derechos civiles en la década de los sesenta para incluir las políticas y las prácticas del sector gubernamental y privado que, deliberadamente o no, restringirían las oportunidades de las personas con trastornos mentales, como es el caso de las políticas institucionales que puestas en práctica obstruyen u obstaculizan sus oportunidades, así como las de otros grupos marginados, por mencionar un ejemplo.

Las personas afectadas por trastornos mentales graves son las que más sufren los efectos del estigma, lo que se refleja en una disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida autónoma e independiente y de calidad, sobre todo para establecer relaciones sociales y de pareja, así como dificultades para tener un empleo, vivienda y acceso a los servicios de salud.

El estigma en este sentido es un área prioritaria por atender en el campo de la salud mental pública. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, una de cada cuatro personas entre los 18 y 65 años presenta problemas como depresión, ansiedad o abuso de alcohol y drogas, pero sólo una de cada cinco recibe atención especializada (Medina-Mora *et al.*, 2003). Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud (2001), una de cada cuatro personas alrededor del mundo tiene un familiar cercano con un padecimiento mental. Sin embargo, las personas afectadas por esta problemática, así como sus familiares, han sido un sector olvidado por las políticas de atención en salud desde hace varios años.

Frente a un problema de enfermedad mental, la gente no recurre a estos servicios, pues prevalece un clima de desconfianza entre la población general hacia las instituciones de salud mental (Lara y Salgado, 1993), aunado a muchos otros factores como el desconocimiento de a dónde podría acudir, además de que se puede experimentar el temor al rechazo, pues a diferencia de otros padecimientos físicos, tener un trastorno mental representa cierta pérdida de estatus, miedo a perder el empleo o beneficios legales, dificultades para la contratación de gastos médicos, seguros de vida, etcétera.

Las consecuencias negativas del estigma no sólo afectan a las personas con estos padecimientos, sino a quienes los rodean, como sucede principalmen-

te con la familia, por las tensiones e incertidumbre que experimentan frente al padecimiento, pero además porque pueden verse afectados económica y laboralmente en periodos de crisis y recaídas. Una de las implicaciones más importantes es el empobrecimiento de su red social, como se ha visto en las familias con problemas de adicciones (Natera *et al.*, 1999), así como de familiares de personas con VIH (Flores-Palacios *et al.*, 2008; Joffé, 2002).

Respecto al estigma estructural, las marcadas desigualdades en salud que existen en nuestro país dan lugar a ciertas diferencias respecto a la discriminación de la que suelen ser objeto sectores vulnerables de la población que viven en condiciones de pobreza y que sufren algún trastorno mental grave. Los avances farmacológicos en el campo de la salud mental no llegan a estos sectores porque además de que no se cuenta con seguridad social, el costo de la atención médica es muy elevado, de manera que muchos de ellos son reclusos y abandonados en instituciones de salud o bien, los encierran las familias en sus viviendas sin que reciban ningún tipo de atención médica (Mora-Ríos *et al.*, 2008).

Al igual que el nivel socioeconómico y otras variables socioculturales, el género es otro de los factores más significativos que afectan negativamente el estado de salud y el acceso a los servicios de atención, lo que puede generar discriminaciones duales o múltiples, por ejemplo el ser mujer, el pertenecer a algún grupo étnico, ser inmigrante y padecer alguna malformación física (Flores-Palacios y Mora-Ríos, 2010). Los trabajos de Flores-Palacios (1997, 2000) Flores-Palacios y colaboradores (2008) y Arruda (2002) evidencian el alcance que tiene el emplear la perspectiva de género desde la teoría de las representaciones sociales (RS) para un abordaje más integral de la salud mental.

El objetivo de este trabajo consiste en explorar los significados del concepto de enfermedad mental en diferentes sectores de la población general de una localidad ubicada al sur de la Ciudad de México, así como indagar acerca de las experiencias de estigma por estos padecimientos y discriminación, a través del uso de estrategias multimétodo (como entrevistas grupales, asociación libre y cuestionario semiestructurado). Con el propósito de acceder al universo de significados y prácticas sociales con relación al proceso salud-enfermedad-atención de los padecimientos emocionales se eligió esta teoría, ya que constituye un sistema complejo, dinámico y flexible para el estudio de la subjetividad social que permite la integración entre lo individual y lo social (González-Rey, 2008). Por otra parte, experiencias previas de investigación en VIH han dado cuenta del alcance de la teoría para el estudio y deconstrucción de los signifi-

cados anclados al estigma y a la discriminación tanto en las personas afectadas por estos padecimientos, como de sus familiares cercanos (Flores-Palacios *et al.*, 2008), además de otros trabajos que abordan el estigma asociado con la epilepsia (Espinola-Nadurille y Delgado, 2009).

Las rs constituyen “una forma de conocimiento social que permite interpretar y pensar nuestra vida cotidiana” (Jodelet, 1984, p. 473). Para Ibáñez (2001), son productos socioculturales cuyos contenidos incorporan aspectos históricos, económicos y sociales, constituyendo de este modo, su memoria colectiva y su identidad propia. Existen diferentes enfoques sobre esta teoría, de los cuales destacan el de la escuela estructural, que se interesa más en los procesos cognitivo-conductuales, y el enfoque procesual, que se deriva de los trabajos iniciales de Moscovici (1961), y más cercanos a la línea de investigación de Jodelet (1986), que se interesan más en el significado del orden simbólico y en los contenidos de dichas representaciones (Banchs, 2000). En este trabajo, se adopta un enfoque procesual que se orienta más hacia la dimensión social de las representaciones. Uno de los supuestos básicos que plantea es que el comportamiento humano no puede ser entendido sin hacer referencia a los significados y al propósito vinculado por los actores sociales a sus actividades. Hay un carácter simbólico en la realidad social que permite su construcción subjetiva, en donde el lenguaje adquiere vital importancia. Como señala González-Rey: “la cuestión no es ver la representación asociada a determinado objeto, sino entender por qué ese objeto es vivido en esa forma en las relaciones sociales” (2008, p. 240).

Siguiendo a este mismo autor, hablar de subjetividad remite a la estructura de sentidos que adquieren los distintos fenómenos sociales en la comunicación y el sentido común. La subjetividad social se encuentra indisolublemente vinculada con contextos históricos, políticos y culturales. La intención es explorar la interconexión entre las experiencias emocionales, cognitivas y físicas logrando integrar la investigación sobre procesos subjetivos y trascender viejas divisiones. En ese sentido, el estudio de Banchs (1996) plantea el carácter dinámico de las emociones, representaciones y acciones como un todo que no puede ser separado del contexto social específico y global, además del histórico que hace referencia al trasfondo cultural en el que se producen, de ahí que proponga abordar estas categorías como una espiral cruzada y no como un proceso lineal basado en causa-efecto.

Los hallazgos de investigación acerca de la relación entre estigma y enfermedad mental plantean resultados controversiales. Por un lado, algunos autores encuentran que existe una representación muy estereotipada respecto a

estos padecimientos entre la población general, rasgos como la incertidumbre y la violencia han sido atribuidos al “enfermo mental”, a quien se representa como desviado social (Cabruja, 1988; Jodelet, 1986; Morant, 1995). En tanto que otros autores consideran que la población general, al tener mayor acceso a la información, vía el uso de la red y otros recursos, se encuentra más informada por lo cual muestra actitudes más favorables que en el pasado (Álvarez y Pernia, 2007). Sin embargo, cabe señalar que un mayor acceso a la información no necesariamente implica el que exista una mayor apertura hacia los padecimientos mentales. En este trabajo interesa conocer cómo se expresan estas representaciones de la enfermedad mental en un sector de la población del sur de la Ciudad de México, indagar acerca de la relevancia de estos temas en el contexto en el que se desenvuelven, así como el nivel de cercanía y las prácticas sociales ligadas con la discriminación hacia las personas que presentan estos padecimientos.

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia que surge a raíz de la conferencia internacional de la Organización Panamericana de la Salud que se llevó al cabo en México, con el objetivo de conocer la experiencia sobre los procesos de estigmatización de la enfermedad mental a partir de diversos actores sociales, como son las personas diagnosticadas con un trastorno mental grave, sus familiares, el personal de salud y la población general. La meta final fue desarrollar estrategias de intervención culturalmente relevantes sobre el estigma que incluyeran a todos los sectores involucrados (Pedersen, 2009).

En el estudio general participaron 637 informantes de diferentes hospitales psiquiátricos y centros especializados en salud mental de la Ciudad de México. De éstos, 11% era paciente de dichos centros por un diagnóstico psiquiátrico (como esquizofrenia, trastorno bipolar, adicciones y trastornos duales). Adicionalmente, 24% era familiar y 37% fue personal de salud, con y sin experiencia en salud mental (trabajo social, enfermería, psiquiatría, psicología). Finalmente 28% de la muestra fue obtenida en población general (Mora-Ríos *et al.*, 2007). La investigación fue apoyada financieramente por los Fondos Sectoriales en Salud y Seguridad Social (069261).

Para efectos de este trabajo, únicamente se incluyen los hallazgos relacionados con el estigma público considerando a la población general. A continua-

ción se describen las características de la población, así como el procedimiento metodológico.

Características de los participantes de la población general

A fin de acceder a la población, se solicitó el apoyo de la Subdirección de Servicios Comunitarios de una demarcación política ubicada al sur de la Ciudad de México, que convocó a los participantes; algunos de éstos eran usuarios de los servicios comunitarios de dicha demarcación, por lo que provenían de sectores muy diversos (padres de familia, maestros, familiares de personas con discapacidad, por mencionar algunos ejemplos), además de un grupo de trabajadores que laboraban en esta delegación política. Las autoridades de dicha subdirección facilitaron los espacios para realizar las entrevistas grupales. En el estudio participaron 175 personas, organizadas en 21 grupos, aunque el interés era que colaborara la población con diversas características sociodemográficas, la mayor parte de los informantes fueron mujeres (75%) y en menor medida hombres (25%). El rango de edades comprendido fue entre los 15 y 78 años, el promedio fue 36 años (DE=14.7). La mayoría era originaria de la Ciudad de México (73%) y el resto provenía de otros estados de la república. La mayor parte contaba con empleo remunerado (81%). Los estudios de nivel secundaria predominaron en este grupo (30%), mientras el nivel de bachillerato reflejó 23%, 20% contaba con estudios de licenciatura y posgrado y 22% con educación primaria, en este rubro hubo 4% de no respuesta. Finalmente, el ingreso mensual osciló entre los 200 y los 21,000 pesos, el promedio fue de 4,000 pesos.

Estrategias de recolección de información

Las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

Cuestionario semiestructurado que incluía: *a.* sección sociodemográfica; *b.* escala de percepciones de la población general hacia la devaluación y discriminación de las enfermedades mentales (Link *et al.*, 1989), instrumento que consta de 19 reactivos que se responden en función de lo que “la mayoría de la gente piensa” acerca de la enfermedad mental, a fin de disminuir la discapacidad social. El rango de respuesta comprende cinco puntos que van

de: 0=Total desacuerdo, a 5=Total acuerdo; *c.* asociaciones libres con relación al concepto de “enfermedad mental”. Asimismo, se incluyó una serie de preguntas abiertas para indagar el nivel de contacto con la enfermedad y algunas sugerencias para reducir el estigma sobre estos padecimientos.

Para llevar al cabo las entrevistas grupales, se diseñó una guía que exploraba las siguientes temáticas:

- significados de la enfermedad mental
- atribuciones a los padecimientos emocionales
- características de los padecimientos
- experiencias de estigma a nivel personal y en terceras personas
- sugerencias para reducir el estigma por la enfermedad mental

Procedimiento para llevar al cabo las entrevistas grupales

Una vez que los responsables de los servicios comunitarios convocaban a los participantes a la reunión, el equipo de investigación se presentaba y exponía el objetivo general. Posteriormente se explicaba brevemente la dinámica de trabajo y se invitaba a las personas a colaborar en el estudio. En seguida se organizaban grupos pequeños, de entre 6 y 12 integrantes, un miembro del equipo de investigación se desempeñaba como facilitador de la discusión.

A fin de sensibilizar a los participantes con los temas de estudio, al inicio se aplicaba el cuestionario semiestructurado, además esto permitía que se integraran las personas que llegaban con retraso a la reunión. Esta aplicación duraba en promedio 25 minutos. Después iniciaba la sección de reflexión grupal partiendo de los contenidos y aspectos que habían llamado su atención. Posteriormente, se exploraban los significados asociados con el concepto de “enfermedad mental”, así como las características y atributos de las personas con esta condición. Más adelante, se planteaba una reflexión conjunta sobre las razones por las cuales la sociedad tiende a rechazar a estas personas y se discutían sugerencias y propuestas para reducir la discriminación. La discusión grupal tenía una duración promedio de hora y media. Al final, un portavoz de cada grupo presentaba un resumen de las principales ideas generadas durante la reflexión. Al término de la actividad, se agradecía la participación de los integrantes, y se brindaba un espacio para resolver dudas e inquietudes particulares. Cabe señalar

que los investigadores llevaban consigo un directorio de instituciones y folletos informativos sobre temas de interés general relacionados con la salud mental.

El equipo estuvo conformado por seis psicólogos y una antropóloga, todos con experiencia previa en investigación en el campo de la salud mental. Respecto a las consideraciones éticas, el proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y durante todo el proceso se emplearon formatos de consentimiento informado en cada uno de los grupos, además se solicitó su autorización para registrar las entrevistas en audio, garantizando el anonimato y confidencialidad de la información. La etapa de recolección de información se realizó de 2009 hasta fines de 2010.

Análisis de la información

A partir de la triangulación metodológica, la información obtenida a través de las diferentes técnicas (asociaciones libres, preguntas abiertas) se sometió a un análisis de contenido, en tanto que para la información que se obtuvo con las entrevistas grupales se empleó un análisis temático. A continuación se describen los hallazgos en términos de los significados asociados con la enfermedad mental, las características atribuidas a las personas con estos padecimientos, así como las experiencias de estigmatización referidas por los participantes.

RESULTADOS

Dimensiones del concepto enfermedad mental a través de la técnica de libre asociación

Se identificaron once dimensiones alrededor de este concepto en la población de estudio.

- Imágenes asociadas. La enfermedad mental se vincula con un entorno manicomial que se expresa en términos de: “camisa de fuerza”, “internar”, “manicomio”, “batas”. Asimismo, se asocia con la idea de “ruptura” o “quiebre” en la vida del sujeto, y se puede distinguir a través de términos como: “discapacidad”, “crisis”, “fuera de la realidad”, “problemas”.

- Personas identificadas como actores del proceso salud-enfermedad mental. Es interesante que aparecen dos sectores, el primero relacionado con personal de salud como “psiquiatras” y “psicólogos”, y el segundo, personas cercanas al informante como “hijo”, “hija”, “hermana”, “amigos” y “niños”. Como se observa, lejos de considerar que la población general es un sector que se concibe como ajeno a los padecimientos mentales, esta dimensión expresa la inserción de la problemática en la cotidianidad y entorno familiar de los sujetos.
- Padecimientos. Bajo la categoría de enfermedad mental, los más referidos fueron “esquizofrenia”, “depresión”, “anorexia”, “déficit de atención” y “padecimientos de carácter neurológico”.
- Causas atribuidas. Las principales fueron “accidentes”, “malas compañías”, “vivencias de la infancia”, “pérdida de un ser querido”, “estrés” y “que nació mal”, por mencionar algunos.
- Malestares atribuidos. Destacan el “insomnio”, el que “una persona no recuerda las cosas”, “nervios”, “aislamiento”, “delirio”, “migrañas”, por mencionar los más representativos.
- Atributos o características de la personalidad del sujeto. Expresados a través de términos como: “necio”, “desubicada”, “inquieto”, “estresado”, “mal humor” y “se le va el avión”.
- Etiquetas y estereotipos negativos. Esta dimensión generó mayor riqueza semántica, predominaron términos que hacen referencia a ciertas marcas o características desacreditantes en el individuo: “que es un monstruo”, “loco”, “desquiciado”, “zafado”, “idiota”, “demente”, “trastornado”, “dañado” y “lurias”.
- Aspectos emocionales o afectivos. Aluden a los sentimientos que genera el término enfermedad mental, como “miedo”, “enojo”, “vergüenza” y “temor”, emociones que suelen esperarse a partir del desconocimiento. Asimismo, fueron referidos otros conceptos como “preocupación”, “tristeza”, “amor”, “ira”, “impotencia”, “llanto” e “inquietud”, que en cierto modo podrían denotar un nivel de cercanía con estos padecimientos.
- Expresiones de rechazo. Se evidencian en los siguientes términos: “alguien menos”, “desigual”, “burlas”, “no me acerco, me agrede”, “marginación”, “maltrato”, “abandono familiar”, “no sentir que te importa alguien más” e “indiferencia”. De igual manera, se incluyen expresiones de carácter más compasivo y benevolente como “malito”, “enfermito”, “protección”, “compadecer”, “ternura” y “tristeza”.

- Visión fatalista del futuro. Esta dimensión remite a la mirada de carácter más negativo que suele asociarse con la enfermedad mental: “ese niño va a ser maltratado”, “desgracia”, “va a ser discriminado”, “nervioso”, “va a sufrir toda su vida”, “infortunio”, “que muy pronto serán abandonados” y “muy pronto serán olvidados”.
- Atención. Esta área, que alude en cierta medida a la intervención de carácter asistencial, fue una de las que menor riqueza semántica obtuvo entre los informantes. Por ejemplo, “ayudar a la persona”, “estar con ellos”, “darle sus medicamentos”, “atenderlo”, “cuidarlo”, “tratamiento con un psiquiatra” y “ayuda económica del gobierno”.

En resumen, son diversos los factores que se engloban bajo el término de “enfermedad mental”, entre los que se incluyen aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que se interrelacionan y dan cuenta de la complejidad del fenómeno. Las dimensiones identificadas remiten al predominio de una visión negativa y estereotipada de la enfermedad y de las personas con estos padecimientos, así como de las expectativas a futuro, lo cual se reflejó en una mayor riqueza semántica en estas áreas; en tanto que las respuestas que se orientan hacia aspectos más positivos fueron menos frecuentes y se mostraron más vinculadas a la atención. Otro aspecto que es interesante resaltar se relaciona con los padecimientos identificados por la población, lo cual tiene que ver con la manera como ciertos conceptos relacionados con la salud mental se transmiten a través de los medios masivos de comunicación y las redes sociales; las personas hacen uso de estos términos en su vida cotidiana y los resignifican. Por otra parte, distintas personas dentro del contexto de la vida diaria de los informantes fueron identificadas con algún padecimiento emocional, lo cual habla de la cercanía que tiene la población con estos temas.

Categorías identificadas con las entrevistas grupales

¿A quienes identifican?

Se pidió a los informantes su opinión acerca de quiénes eran las personas más afectadas por un padecimiento emocional o mental, la mayoría coincidió en que cualquiera podría verse afectado, sin embargo, en uno de los grupos (in-

tegrado en su mayoría por mujeres) coincidieron en que eran justamente las mujeres un grupo en riesgo, debido a la función que cultural y socialmente se les ha asignado como responsables del cuidado familiar. Este tema generó controversia en el grupo, como se observa en los siguientes relatos:

Las mujeres somos las más afectadas porque la mayoría, para empezar, estamos a cargo de nuestro hijos o maridos, nosotras debemos ver que ellos están bien. (Claudia)

Por ejemplo, en mi caso yo cuando tuve a mi hija y yo trabajaba yo tenía totalmente otro rol en la vida y al nacer mi hija yo me quedé en casa y todo, y caí en una depresión mucho muy fuerte y tuve la necesidad de buscar ayuda porque sí era una cosa muy fea, a lo mejor para otras personas era cualquier caso, pero yo en esos momentos me sentía muy mal, la otra gente sí me criticaba o se burlaba de mí, pero ya depende de uno si lo acepta o no. (Aracely)

Decía mi abuelita, que en paz descansa: “desde que eres mujer ya te fregaste porque traes todo: la menstruación, el hijo, la casa, el marido, la carga emocionalmente y psicológicamente tienes que estar bien porque tienes que hacerte cargo de todo”. Si tú estás bien como persona, puedes ayudar con todos. (Maricarmen)

Este último comentario generó discrepancias en el resto de las integrantes, quienes manifestaron no estar de acuerdo con estas ideas del pasado y consideraron que por el contrario, las mujeres tienen un papel activo en la sociedad y que es allí donde existen las posibilidades de cambio.

Como se decía que la mujer por ser mujer ya se fregaba por el solo hecho de haber sido mujer, yo pienso que no, el ser mujer es una gran virtud, porque sí, a lo mejor tenemos la carga, no tanto la carga, somos el pilar porque estamos con los hijos, las que no trabajamos, porque hasta ahora se ve que también la mujer sale a trabajar, entonces yo creo que es mediar entre los dos porque hay mucho machismo. Más bien debemos mediar con el hombre para sobrellevar la situación.

Yo también creo que las mujeres somos grandes y mientras no lo entendamos así, nos van a pisotear. (Enriqueta)

Nosotras somos las hacedoras y las grandes hacedoras de la sociedad, pero yo creo que dentro de lo que se pueda. (Ana)

Yo creo que hay que ayudarles a las mujeres con sus problemas emocionales. (Luisa)

Como se observa, más allá de estas controversias, lo cierto es que en este grupo se reconocieron las implicaciones que tienen las prácticas de crianza en el bienestar emocional de las mujeres, incluso en el caso de aquellas que tenían nietos que se encontraban bajo su cuidado, en este punto se debe tomar en cuenta que la polarización de las clases sociales y la dificultad de satisfacer necesidades básicas ha obligado a muchas familias a buscar distintas alternativas para conseguir el sustento.

¿Cómo identifican a las personas con una enfermedad mental?

Si bien la mayoría de los participantes coincidió en que de estos temas se habla poco en la vida diaria, existe una percepción generalizada de que hace falta información, a menos que se tenga la experiencia directa de un padecimiento mental en alguien cercano, como lo refiere una informante:

Es un tema tan olvidado que a nadie le preocupa hasta que no estamos dentro, hasta que te toca. (Ana)

La población suele emplear en su vida cotidiana diversos criterios para identificar la presencia de un padecimiento de este tipo. Uno de ellos es estableciendo inferencias a partir del aspecto físico de las personas o de su comportamiento, como se muestra en los siguientes relatos.

Es una persona que está inconsciente de lo que dice, se le olvidan las cosas también podría ser, no coordina bien las cosas, su cerebro no trabaja como es. (Luis)

Que no reacciona bien en muchas situaciones y que no está bien físicamente, de su cuerpo, de su mente... físicamente en todo su cuerpo ya no tiene la misma

reacción como una persona normal y ya trastorna a otra persona, a la familia. (Paulina)

Alguien que no está en la realidad. (Genaro)

Pues yo a veces, es cruel hablar con la verdad pero es a veces mejor, símbolo de tontera a veces, como símbolo de que son tontos y no lo son porque hay gente que es muy, muy inteligente sin embargo tiene el problema. (Mariana)

Como se observa, predomina una imagen estereotipada de las personas con estos padecimientos, cargada de atributos negativos como “inconciencia”, “disfunción”, “tontera”, “falta de coordinación” e incluso hay una cierta noción de contagio “trastorna a otra persona, a la familia”. En consecuencia, la respuesta social predominante es el temor pues se les percibe como “personas problemáticas”, que “no son conscientes de que tienen una enfermedad”, “son débiles mentales”, “inadaptadas”, “que tiene una menor capacidad que el promedio de las personas”, “que hay que internarlos”, “que están atrofiados de la mente”, como se observa en el siguiente testimonio:

Es que hay personas que son violentas con sus desequilibrios, son violentas o depresivas y nunca sabes cómo van a reaccionar y más o menos es ese el temor que nos da, la reacción que pueda tener esta persona. (Magda)

Otras respuestas se orientan más al estigma compasivo, en el cual la reacción sentir tristeza y pena por estas personas.

Pienso entonces que es gente necesitada de mucho cariño por parte de todos, de todo lo que le rodea y yo creo que más que nada de personas (Estela)

Padecimientos referidos por los informantes

Durante la discusión grupal fueron mencionados padecimientos tales como esquizofrenia, depresión, epilepsia, alcoholismo, trastorno bipolar, síndrome de Down, fobia, autismo, anorexia y bulimia. A continuación se describen algunos ejemplos de los más representativos:

Esquizofrenia

Es miedo a algo, es una enfermedad progresiva. (Gustavo)

Yo he escuchado que es cuando oyen voces, sienten que los están persiguiendo, ven cosas. (Carmen)

Es cuando pues, está una persona muy tranquila y después le da el ataque. (Clara)

Es una fobia muy arraigada, retraída dentro del cuerpo. (Ángel)

Depresión

Cuando está triste alguien por algo que le pasa, dicen que provoca mucho sueño, pocas ganas de hacer cosas. (Leonor)

Es estar en profunda soledad y tristeza, y nomás están así metidos, no hacen nada, no se asean. (Mauricio)

Algunos informantes manifestaron que aunque todas las personas se pueden deprimir alguna vez, consideran que no es a un nivel patológico, para ellos “atentar contra sus vidas” ya sería una enfermedad mental.

Trastorno bipolar

Son cambios bruscos de carácter, cambios del estado de ánimo, como cuando una persona está bien y de repente se pone agresivo. (Manuel)

Si porque de repente están bien y de repente estallan sin hacerles nada; a veces hablan del estrés, del esmog, de la contaminación, del trabajo, pero también supuestamente estamos sanos y nosotros tenemos que ver de no cambiar de repente eso. (Lucía)

Atribuciones de la enfermedad mental

Esta información fue obtenida a partir de una pregunta abierta del cuestionario. Es interesante destacar que 86% de los informantes refirió que las causas que explican la enfermedad son diversas (genéticas, familiares, sociales, trau-

mas). Sólo una persona identificó como causa única la herencia. Respecto a las razones que conducen a estos se mencionaron: *a.* la herencia y el consumo de drogas; *b.* los “traumas psicológicos”; *c.* el estrés y las complicaciones en el parto; *d.* los golpes en la cabeza y las decepciones amorosas; *e.* el descuido de los padres.

Mientras tanto, durante la discusión grupal, los participantes identificaron causas semejantes: *a.* problemas durante el nacimiento y la genética; *b.* eventos ocurridos en la infancia como golpes en la cabeza, fiebre elevada, pérdida de un ser querido, abandono, abuso sexual; *c.* problemas familiares; *d.* ritmo acelerado de vida, como una consecuencia del estrés generado por la vida diaria; *e.* adicciones, en este último caso hubo tendencia a culpar a la persona por su padecimiento, como se observa en los siguientes testimonios:

... principalmente por el solvente, se vuelven locos porque se cocinan las neuronas. (Esteban)

En el caso del señor, llegó a una esquizofrenia por las adicciones y las adicciones conllevan ese problema y el alcoholismo lleva a ese problema, entonces se tiene un grado de dificultad y para llegar a eso, en el caso del alcoholismo y la adicción no nacen así, se hacen. (Luisa)

Cabe señalar que no se observaron atribuciones asociadas a eventos mágicos-religiosos o sobrenaturales ni a través de las preguntas abiertas ni en las entrevistas grupales. En suma, se podrían identificar dos amplias dimensiones, en una de las cuales el sujeto con el padecimiento pareciera ser víctima de las circunstancias de la vida (como herencia, golpes en la cabeza, descuido de padres, estrés) y otra, que responsabiliza directamente al sujeto, como en el caso de las adicciones, que el sentido común atribuye a la voluntad o decisión individual.

NIVEL DE CONTACTO O CERCANÍA CON LA ENFERMEDAD MENTAL

Para analizar esta categoría se trianguló la información obtenida a través de una pregunta abierta específica contenida en el cuestionario y de la reflexión grupal. A la pregunta expresa acerca de si conocían a alguna persona con un pa-

decimimiento mental, 37% respondió afirmativamente. Los principales fueron familiares directos (padre, madre, hermano, hijo), familia extensa (sobrino, pariente lejano, abuelo, suegro, yerno, cuñado), el resto fueron otras personas, por ejemplo, amigo, conocido, compañero de trabajo y vecinos, como se observa en el siguiente relato:

Sí, bueno, yo lo he padecido porque mi hijo padece la enfermedad del autismo y si muchas veces, este, la gente lo rechaza... mi hijo también así es, ve una puerta y la avienta; es muy cariñoso pero su cariño lo demuestra así; es muy pesado, muy agresivo es, este, ahora sí que se aísla también. Sí porque, este, ahí en mi casa convive con los primos y se alejan por lo mismo de que es impulsivo, sí, también con los vecinos, lo ven en la calle y así como que mejor como que “hazte a un lado” o “hazte para acá porque si no te vaya a pegar”. (Andrea)

Respecto al tipo de padecimiento, 61% sospechaba que una persona tenía una enfermedad, infiriéndolo a partir de su conducta (“golpea a la gente”, “tartamudea”, “no camina”, “inseguridad”, “grita”, “llora”, “delirio y agresión”, “andar nerviosa”). Al indagar acerca del contacto con esta persona, la mayoría destacó que en el momento de la entrevista no tenía ninguno (66.2%). Adicionalmente se incluyó una pregunta abierta para conocer si los propios informantes habían tenido un padecimiento de este tipo, sólo 2% respondió afirmativamente, los padecimientos mencionados fueron “neurosis”, “ansiedad” y “problemas psicológicos por falta de atención en la niñez”. No obstante, ante el ejercicio hipotético de qué pasaría si ellos tuvieran que estar en tratamiento psiquiátrico, la mayoría opinó que lo ocultaría pues si la gente se enterara, “les dejarían de hablar”, “hablarían mal a sus espaldas” y “se mostrarían a la defensiva frente a ellos”. Uno de los integrantes opinó que incluso “se cambiaría de ciudad”.

Yo digo que por miedo y pena, porque por ejemplo a mí también me mandaron a una terapia por problemas de conducta y verbales y me decían que tenía bipolaridad pero por lo mismo que en mi casa me decían que estaba loca o así, por pena y pues autoestima porque dices: “si voy, todos van a decir que estoy loca, nadie me va a aceptar” y, sí, yo jamás fui a esa terapia; también me mandaron a este centro pero nunca asistí. (Virginia)

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN POR LA ENFERMEDAD MENTAL

Al reflexionar sobre los padecimientos que son objeto de mayor rechazo y discriminación, los entrevistados mencionaron que la esquizofrenia provoca gran rechazo entre la población, por el temor que genera la creencia de que quienes la padecen “son personas agresivas”, “que tienen un pensamiento y discurso incoherente”, “que pueden hacer daño a otros e incluso lastimarse ellos mismos”, “pueden llegar a asesinar o al suicidio”. Otro de los padecimientos que producen mayor rechazo son las adicciones, porque la sociedad tiende a considerar que son hábitos adquiridos por el individuo y por lo tanto son en cierto aspecto “responsables” del padecimiento. En contraste, la depresión y el trastorno bipolar fueron más aceptados por la población.

El rechazo depende de las causas de la enfermedad, el alcoholismo y la drogadicción serían las más rechazadas porque se relacionan con la voluntad de ingerir en exceso sustancias tóxicas, mientras que en la esquizofrenia y la depresión las causas son ajenas a la voluntad de la persona. (Claudia)

Hay rechazo por parte de la sociedad y la familia a causa de la ignorancia y la vergüenza. (Angelina)

... pero muchas veces nos pasa eso por vergüenza, si lo vemos dentro del círculo familiar los van aislando por vergüenza... al qué dirá la gente. (Verónica)

Entre las razones que explican este rechazo hacia la enfermedad mental destacan la falta de información y el desconocimiento sobre cómo tratar a una persona que tiene estos padecimientos o cómo reaccionar ante ella. De hecho, en los grupos surgió la controversia de que a diferencia de los padecimientos físicos, los mentales “no se ven”, lo que hace difícil identificarlos oportunamente:

A veces no lo detectan a tiempo... y lo único que le podemos decir “te haces menso”, cositas que a uno así lo van encauzando más a que se encierre en su mismo círculo de enfermedad mental. (Isabel)

Esta dificultad se presenta no sólo en quienes rodean a las personas que presentan estos problemas, sino que es común entre los médicos generales,

quienes en su mayoría carecen de los conocimientos necesarios para lograr una identificación y canalización oportuna, y atribuyen la problemática a la voluntad de la persona afectada. Todo esto ocasiona que en lugar de ofrecerle al paciente atención especializada, lo vuelven objeto de críticas, burlas, amenazas y castigos durante todo el proceso.

Experiencias referidas en terceras personas

Los participantes manifestaron conocer a alguna persona con estos padecimientos y coincidieron en señalar que había sido objeto de discriminación, entre ellas identificaron a “compañeros de trabajo”, “conocidos”, “vecinos”, “personas que se encuentran sucias en la calle”, “jóvenes consumidores de drogas (solvente)” y “familiares lejanos”. A continuación se incluyen unos ejemplos

Además de la sociedad, los rechaza su propia familia. Tengo un conocido que su familia no sólo se encargó de quitarle el dinero al “enfermo” sino que además se las arreglaron para que les cediera su plaza en el sindicato en el que trabajaba, se aprovecharon dejándolo sin trabajo y sin dinero. (Arturo)

La mayoría no lo acepta ni le van a dar un trabajo a alguien con un problema psiquiátrico ni vas a querer que se relacione aunque ya esté en tratamiento y ya esté bien, no lo vas a permitir. (Sara)

¿Quién discrimina más en nuestra sociedad?

Al indagar sobre las razones atribuidas a la discriminación, la mayoría hizo referencia a las reacciones emocionales que produce en los demás una persona con estos padecimientos. Nuevamente la distancia social se explica por el miedo y la vergüenza, por el temor a que su forma de comportarse los ponga en ridículo ante los otros, como expresa el siguiente testimonio:

... en la calle no se puede hacer nada raro porque luego, luego voltean a verlo a uno, yo digo que eso es una discriminación. (Juventina)

Los lugares mencionados donde han observado experiencias de estigmatización es en la calle con personas desconocidas y los incidentes más frecuentemente referidos fueron en personas con epilepsia, por ejemplo, cuando llegan a convulsionar, la gente no sabe cómo responder, algunas intentan ayudar, otras se alejan o actúan con indiferencia. Esta última es considerada por algunos informantes como una expresión de rechazo en diferentes ámbitos (familiar, laboral y comunitario), por la falta de respuesta o resistencia a involucrarse cuando se sabe que alguna persona requiere atención especializada. Por ejemplo, es común que quienes la rodean al no saber cómo reaccionar actúen “como si nada sucediera”, “tú qué puedes hacer” y esta falta de compromiso se vive como rechazo o desinterés por parte de la persona afectada. Otras fuentes de discriminación provienen incluso de los mismos padres, que reaccionan inadecuadamente con sus hijos que tienen un padecimiento mental, por ejemplo, si se cae en el camión, les pegan “por ser tontos y no fijarse bien”.

Las personas que más discriminan desde la perspectiva de los participantes fueron: *a.* los maestros; *b.* los padres; *c.* el personal de salud; *d.* los medios de comunicación; *e.* la sociedad en general, e incluso *f.* las personas afectadas por estos padecimientos. En el caso de las escuelas, es cada vez más común que se identifiquen “casos de niños problema”, para los padres es difícil aceptar esta situación y responden culpando a los maestros “él o ella ha de ser el loco”, o bien manifiestan que “sus hijos no están locos”.

Por otra parte, respecto al personal de salud los informantes dieron múltiples referencias acerca de la discriminación y trato inadecuado del que suelen ser objeto no sólo las personas que han tenido un padecimiento mental, sino también sus familiares, como es el caso de los padres de niños con problemas de aprendizaje durante el proceso de búsqueda de atención. Las experiencias comúnmente referidas fueron: negar la atención, dificultades para identificar la problemática de sus hijos, la falta de información y pronósticos fatalistas. A continuación se incluyen unos breves ejemplos:

El médico me dijo desde el principio que mi hijo se iba a morir. (Zoyla)

... me dijo que hiciera lo que hiciera mi hijo ya nunca iba poder caminar y ahora ya va en cuarto año. (Rebeca)

Con relación a los medios de comunicación, el acuerdo fue considerarlos como los principales promotores de que la población general estigmatice por la enfermedad mental y discrimine, ya que sus contenidos (de las películas, programas televisivos, telenovelas) difunden mitos y visiones estereotipadas y muestran casos que no se apegan a la realidad, transmiten información errónea que promueven el miedo y el rechazo.

Hubo informantes que se refirieron a los padres de familia como promotores de la discriminación desde la infancia temprana, al enseñarles a sus hijos que deben alejarse de las personas que son diferentes, lo que conduce en muchos casos a evitar o a maltratar a estas personas:

... desde la mirada es que los padres transmiten este rechazo a sus hijos, cuando ven a niños así con sus papás, les dicen: “no te acerques a sus hijos”, o a los papás “no acerque a su hijo”, “agarre a su hijo”. (Gloria)

La gente normal no existe, es un prototipo que nos han metido desde niños; desgraciadamente nosotros estamos educados así por el padre y la abuela, y crecemos diciendo ¡normal, normal! Pero no es normal, ¡porque nadie es normal! (Marcos)

En esta misma línea hubo referencias a las experiencias de discriminación provenientes de las mismas personas afectadas por estos padecimientos, lo cual habla del impacto que tiene la interacción social en el proceso de estigmatización y cómo se expresa en el sujeto a través de un mayor aislamiento o retraimiento social como una forma de anticiparse al rechazo de los demás. Esto puede obstaculizar un manejo más adecuado del padecimiento e incide en la búsqueda de atención, como se muestra en los siguientes ejemplos:

Ellos mismos se aíslan porque tienen su propio mundo en el que piensan y muchas veces no se sienten cómodos entre otras personas por el mismo trastorno que sufren, no se halla o se siente encerrada o se sale o se va. (Ericka)

Es difícil ¿no? porque como ella dice “a veces son agresivos”, “no cooperan”, o sea, son personas como que se aíslan, ¿no? Incluso del mundo, ellas mismas tienen temor a enfrentarse a una realidad que tienen ¿no?, que es una enfermedad men-

tal, entonces si la familia, los vecinos, todo mundo te rechaza, pues difícilmente tú también vas a tomar la iniciativa para atenderte. (Estela)

Finalmente y como resultado de la reflexión grupal se planteó que es la sociedad en su totalidad quien discrimina a las personas con estos padecimientos y que esto se explica en gran medida por la falta de información útil para entender la problemática. En consecuencia la tendencia es a culpar al individuo y su familia, lo que conduce a un círculo vicioso en el cual la persona afectada al ser consciente de este rechazo se aísla y se muestra escéptico o desconfiado frente a cualquier posibilidad de atención.

En primera por la sociedad que somos ignorantes, ¿no?, porque a veces llega una persona y no está con sus facultades mentales, nos orillamos o nos hacemos a un lado, lo corremos o lo agredimos verbalmente. (Enrique)

Es la ignorancia de nosotros como seres humanos porque no nos podemos entender ni a nosotros mismos como estamos, pero sí tenemos la capacidad de rechazar a la otra persona que no sabemos exactamente qué enfermedad tiene. (Luis)

... porque lo más fácil es juzgar pero digo, yo la verdad que tengo mucho desconocimiento al respecto pero siempre me he buscado maneras de integrarme por necesidad social. Por la razón que quieras pero, has de cuenta, si sabes que en algunas ocasiones el hecho de que tú como vecino lo discrimines, lo estás dañando más que a lo mejor la misma enfermedad, porque de alguna manera él se siente aislado, ya no sale, ya no quiere ni que lo vean y si tú te abres... Entonces yo creo que sí es un poquito de abrirse y antes de juzgar meditar un poquito la situación pues para ver en qué puedes apoyar. (Pablo)

En algunos grupos se planteó un ejercicio hipotético para indagar si estarían de acuerdo con que una maestra de preescolar con un padecimiento mental les diera clases a sus hijos; como resultado, una participante manifestó que la sociedad maneja un doble discurso, ya que si bien todo mundo es consciente de que no debe discriminar, en la vida cotidiana todas las personas incurrir en algún modo u otro en estas prácticas:

Mire, este, pues yo pienso que sí discriminamos aunque creamos que no, porque yo no dejaría a mi hijo con una persona que estuvo enferma, porque si uno no se controla, a veces que es mucho nuestro enojo, no se lo voy a dejar a una persona que no sé si estuvo grave, o no sé cuánto fue su gravedad, ¡no puedo dejárselo así, si fuera mi hijo!, porque si fuera otro, diría: “pues denle un chance u otra oportunidad, todos merecemos eso”; pero en realidad no lo hacemos, como personas no lo hacemos. (Lola)

En ese sentido, pareciera que la relación afectiva que se tiene con la persona afectada podría ser clave para la aceptación o el rechazo hacia las personas con padecimientos mentales, como se observa en el siguiente relato:

El rechazo para mí cambia mucho conforme si es un círculo amistoso o un círculo social, porque si es una persona que realmente no conozco, siento que yo la rechazaría cualquiera que fuera su enfermedad; pero si fuera parte de mi círculo familiar o amistades, creo que no, ¡la apoyaría!, los afectos influyen mucho. (Juana)

El estigma asociado con el tratamiento psiquiátrico y psicológico

El acudir con un psiquiatra sigue siendo un evento muy estigmatizado por la población, en el caso del psicólogo, si bien no escapa del todo al rechazo que se asocia con la enfermedad mental, se le atribuyen menos rasgos negativos, entre los cuales destacan prácticas inadecuadas, por ejemplo, que privilegia su interés económico más que el bienestar de quienes lo consultan, esto genera desconfianza; además de que en muchos casos tiende a responsabilizar a las personas afectadas o a sus familias por la enfermedad, como se muestra en el siguiente ejemplo:

... dicen que hay psicólogos que es como el doctor, que hay especialidades, entonces en la psicología también hay especialidades: psicólogos industriales, que se dedican a la familia en sí y hay una que creo es la psicología medicinal, así me dijeron, que es la que tiene que ver con las enfermedades mentales porque muchos ponen su consultorio y no son psicólogos medicinales y nosotros nos vamos con la finta y acude a ellos y ellos lo único que tratan es de sacarle a uno el dinero

y le dicen ahí con cualquier cosita, es más no le recetan a uno ni el medicamento correcto, en cambio un psiquiatra trata la enfermedad mental del niño, del joven, del adulto y de los adultos mayores. (Enriqueta)

Se observó que en los informantes que han tenido una experiencia previa con algún padecimiento emocional, ya sea personalmente o en personas cercanas, hubo la tendencia a diferenciar, la atención psicológica de la psiquiátrica, en contraste con quienes no la habían tenido. Al respecto mencionaron lo siguiente:

... la idea común es que quien va al psiquiatra es porque ya está muy mal, muy loco, mientras que quien va al psicólogo es algo muy leve, casi de juego. (Marcos)
Quien va al psiquiatra es porque tiene una enfermedad, o tienen algo raro, en algún grado pero tienen algo raro. (Jesús)

El psiquiatra toca puntos más severos, mientras que el psicólogo te da una ayuda pues como “¡no creo que sea tan grave tu problema!” (Gaudencio)

Bueno en mí había una confusión muy grande porque yo pensaba que psiquiatra y psicólogo eran lo mismo y para nada porque un psicólogo estudia la mente y el psiquiatra estudia el cuerpo, la mente, y es el que receta medicamentos, y un psicólogo no receta medicamentos. (Manuel)

Desafortunadamente hay mucha falta de información y creen que si van con el doctor van a decir que estás loco, la gente dice “¿a dónde vas?”, “pues voy al psicólogo”, la gente luego, de hecho a mí me pasó con mi marido y mi hija, le dije a él: “vamos con el psicólogo a unas pláticas”, él contestó: “ve tú, yo no estoy loco” porque esto es lo que desafortunadamente cree, que ir al psicólogo es que está loco. (Leticia)

Por último, es interesante reflexionar acerca del significado que tiene para la población el estar hospitalizado en un psiquiátrico. Como se observó durante las dimensiones asociadas con la enfermedad mental obtenidas a través de la libre asociación, nuevamente surge la visión fatalista del futuro de las personas afectadas por estos padecimientos. Predominó la percepción de que quienes han estado internados en un psiquiátrico ya no pueden reintegrarse a su vida

diaria, a diferencia de quienes acuden a tratamiento ambulatorio o bien que han pasado por la experiencia de ser hospitalizados en el primer nivel de atención. De hecho, se propuso un caso hipotético acerca de cómo tomarían sus familiares si ellos mismos acudieran a un hospital psiquiátrico, al respecto la mayoría consideró que no lo aceptarían pues podrían ser objeto de burla o de crítica:

Yo creo que ahorita es un tabú, el decir, el uno comentar que lleva uno a sus hijos a las terapias, o uno mismo que “voy a una terapia”, lo ven a uno: “¿pues qué es lo que tendrá?” Lo ven a uno mal, no es algo normal, resulta como algo malo, nadie te ve mal cuando dices: “voy al dentista”. (Josué)

REFLEXIONES DE LOS PARTICIPANTES CON RELACIÓN A LA DINÁMICA GRUPAL

Uno de los alcances que tiene el emplear estrategias grupales al abordar temas relacionados con la salud mental es la posibilidad de incorporar a los participantes como actores sociales activos dentro de la investigación, lo que permite identificar temas de interés común. Por otra parte hace posible capturar procesos de resignificación como resultado de la reflexión grupal, esto se evidenció claramente a través de la actitud inicial que mostraron los informantes al ser convocados para hablar sobre estos temas. La respuesta inicial fue de desconcierto “¿por qué tendría que acudir si yo no estoy loco?”, en otros casos de incertidumbre, “yo pensé que nos iban a dar una plática”. No obstante, el propiciar los espacios para el intercambio de opiniones y experiencias fue muy enriquecedor, al permitir dar un sentido diferente a ideas o creencias previamente establecidas y tomar conciencia de la relevancia que tiene el abordaje sobre temas de salud mental. A partir de los relatos descritos por algunos integrantes de los grupos, se planteó la reflexión respecto al nivel de cercanía que la sociedad en su conjunto tiene con los padecimientos emocionales. Al respecto un informante expresó lo siguiente:

... todas las personas somos vulnerables ante la enfermedad, ninguna persona está exenta de padecer en sí misma o en su familia, amigo o ser querido de un padecimiento de este tipo, si esto sucediera de cualquier forma no sabríamos cómo reaccionar, actuar o a dónde acudir. (Juan)

En ese sentido, en contraste con la actitud inicial, al término de la dinámica mostraron mayor interés por contar con información adecuada para poder conocer más sobre el tema y otros relacionados con la salud, mediante dinámicas similares en las que pudieran tener oportunidad de escuchar las diferentes experiencias de otras personas, de interactuar con ellas y sobre todo de expresar su punto de vista. Sin embargo, la mayoría coincidió en que eran pocos o casi nulos los espacios para discutir sobre estos temas.

No obstante, hubo grupos en los cuales se observó un total desinterés en el tema, por ejemplo en el caso de un grupo integrado por trabajadores de mayor edad, se señaló que estos temas debieran orientarse a la población joven, no a ellos porque no tenían ningún contacto con este tipo de padecimientos. Incluso, uno de los integrantes, quien había estado “internado en una granja” por su forma de beber, opinó que las personas con padecimientos mentales eran agresivas a partir de su propia experiencia, con lo cual se observa que el contacto con estos padecimientos no necesariamente se vincula con actitudes más favorables hacia la enfermedad mental.

DISCUSIÓN

En este trabajo, se explora el estigma público por la enfermedad mental en un sector de la población general, a fin de identificar los significados que se atribuyen a estos padecimientos y las experiencias referidas de estigmatización y discriminación, desde el punto de vista de los informantes tanto a nivel personal como en el medio que les rodea. Se utilizaron estrategias de análisis cualitativo, como entrevistas grupales, la técnica de libre asociación y algunas preguntas abiertas de un cuestionario semiestructurado. A partir de la triangulación de la información, se encontró una representación diferenciada de la enfermedad mental entre la población general, tendencia que coincide con los hallazgos reportados por Morant (1995) y Foster (2001) en el sentido de que en las sociedades contemporáneas existe una representación diferenciada dependiendo, entre otras razones, del tipo de padecimiento y del nivel de contacto o cercanía que la población tiene con el mismo. Por ejemplo, el ciudadano común tiende a rechazar más los padecimientos relacionados con la esquizofrenia y las adicciones, sobre los cuales incluso llega a responsabilizar a las personas con estos padecimientos, en comparación con la depresión, más

aceptado socialmente, como se ha mostrado en algunos estudios (Corrigan *et al.*, 2009).

Por otra parte, con respecto al nivel de contacto, se encontró cierta ambigüedad, pues si bien, se observó que las personas que han referido una experiencia cercana con un padecimiento mental de orden personal o en terceras personas, parecieran contar con mayor nivel de información y tener una actitud más favorable hacia la enfermedad mental, hubo casos en los cuales éstas mismas fueron quienes atribuyeron rasgos de peligrosidad e imprevisibilidad a otras personas con padecimientos similares. En esa línea, se identificó el estigma por asociación, que surge cuando el rechazo alcanza a los familiares de estas personas por la tendencia a culpabilizarlos, como se ha encontrado en estudios previos sobre VIH (Flores-Palacios *et al.*, 2008). Estos hallazgos coinciden con la revisión planteada por Couture y Penn (2003), en la cual plantean que el tener mayor contacto con la enfermedad mental no necesariamente contribuye a la reducción del estigma, de manera que actualmente el impacto de esta variable sigue siendo controversial en la literatura por lo que futuras investigaciones debieran arrojar más evidencias sobre esta relación.

Como se pudo apreciar en los resultados, predominó entre el grueso de la población una visión estereotipada de la enfermedad mental, ligada al contagio y a la distancia social que se expresa a través de una serie de apodos, atributos y sobrenombres hacia las personas con estos padecimientos. La sociedad atribuye una serie de rasgos negativos a las personas que padecen trastornos mentales como la esquizofrenia y adicciones, a quienes se califican como impredecibles o peligrosas, que no tienen control sobre su vida, además de que se les responsabiliza de su enfermedad, al igual que sus familias. La enfermedad mental genera miedo, rechazo, compasión y desconfianza. Todos estos atributos son parte del imaginario social que se promueve en la familia, los medios de comunicación, los políticos y los líderes de opinión.

Es interesante destacar que los informantes de un solo grupo identificaron a las mujeres como sector particularmente afectado o en riesgo de presentar un padecimiento mental o emocional, ya que hubo un acuerdo entre los participantes de que las condiciones de precariedad económica, laboral, la inequidad en la relación con sus parejas, la responsabilidad en la crianza de los hijos, así como las dificultades para acceder a los servicios de atención tienen un impacto significativo en su bienestar emocional. Aunado al hecho de que la mayoría de las participantes fueron mujeres, lo cual evidencia el importante

papel que tienen en el cuidado de sus familias, como se ha referido en estudios previos (Flores-Palacios y Mora-Ríos, 2010). Al respecto, Espinoza y colaboradores (2010) plantean un ejercicio interdisciplinario desde un enfoque antropológico, histórico y desde la psicología social, en el cual adoptan como marco de referencia la teoría de las RS en tres comunidades vulneradas en México, dos urbanas y una rural y encuentran que las mujeres refieren experiencias de malestar emocional con relación al papel que desempeñan en sus familias en las prácticas de crianza y cuidado de los integrantes. En ese sentido una perspectiva de género es una herramienta teórica útil para visualizar las condiciones sociales, económicas y culturales que determinan el lugar que ocupa una mujer en la sociedad (Flores-Palacios, 2000).

Al igual que se ha reportado en estudios previos (Angermeyer y Matschinger, 2005; Muñoz *et al.*, 2009) se observó cierto desinterés en los grupos de mayor edad en temas relacionados con la enfermedad mental, aún cuando estos mismos hubieran tenido un padecimiento de este tipo, pues consideraban que eran los jóvenes a quienes debiera dirigirse la atención, debido a que ellos ya “iban de salida”. Sin embargo, nuevamente se encontraron puntos de vista distintos en el caso de las abuelas, quienes plantearon que suelen ser ellas quienes apoyan a sus hijos que trabajan en la crianza de sus nietos, y justamente se mostraron interesadas en tener más información sobre temas de salud mental para poder orientarlos mejor, con lo cual resulta en cierta medida limitado el hablar de las representaciones consensuadas de la enfermedad mental entre la población general, como era en el pasado. Al respecto Moscovici (1984) plantea que las sociedades contemporáneas se vuelven cada vez más diversas y más fragmentadas, de manera que las representaciones tienden a ser cada vez menos estables y uniformes.

Asimismo, otro aspecto que se quiere destacar se relaciona con la teoría de las RS y el proceso a través del cual el ciudadano común se apropia del conocimiento científico alrededor de temas relacionados con la salud mental y lo resignifica. Al considerar las atribuciones a estos padecimientos, no se encontraron representaciones vinculadas con aspectos sobrenaturales ni demoniacos, los participantes se refirieron a la multiplicidad de causas, predominantemente aquellas que incorporan factores genéticos y psicosociales, como se reportó en el estudio de Dixit (2005) con estudiantes universitarios. En esa misma línea, la población establece una diferenciación entre el tratamiento psicológico y psiquiátrico en la atención. Al igual que se ha encontrado en anteriores investi-

gaciones, el tratamiento psiquiátrico sigue siendo más estigmatizado por la población, específicamente hablando de la esquizofrenia y las adicciones (Goerg *et al.*, 2004), en tanto que el psicológico lo es en menor medida, aunque se asocia con prácticas éticas inadecuadas y con la desconfianza.

Otra dimensión que conforma las RS se orientó a normalizar los padecimientos mentales entre la población, que los informantes expresaron en términos de “todas las personas somos vulnerables a tener una enfermedad mental”, como se reportó en el estudio de Farr (1995). Esta idea en torno a los padecimientos mentales se vincula al nivel de estrés al que se está sujeto en las grandes ciudades, lo que quizás podría ser de utilidad para ser incorporado en intervenciones dirigidas a reducir el estigma asociado con la enfermedad mental, en contraste con la idea de castigo o contagio que son algunos de los mitos más comunes que la población asocia con el inicio de la enfermedad. No obstante, habría que tomar con cierta precaución el considerar que todas las personas padecen una enfermedad mental, pues podría obstaculizar la atención oportuna, al reforzar mitos que atribuyen el padecimiento al individuo (por falta de fuerza de voluntad, debilidad de carácter e incapacidad para afrontar problemas). En esa misma línea, otro riesgo identificado en la literatura (Martínez-Hernández, 2006) es la mercantilización de los estados de ánimo por parte de la industria farmacéutica pues suele ser una práctica común que se ofrezca al consumidor a través de páginas de internet la posibilidad de que él mismo se diagnostique y administre el fármaco para controlar la depresión y otros estados de ánimo. En México es sabido que la primera búsqueda de ayuda a la que acude la población general frente a los padecimientos emocionales es la automedicación (Berenzon y Juárez, 2005), lo que podría agudizar aún más esta problemática.

Para finalizar, respecto a los alcances de la teoría de las RS para el abordaje de la estigmatización por la enfermedad mental, aquí se comparte el punto de vista de autoras como Joffé (2002), quien destaca el carácter psicosocial de la teoría, que surge en contraposición con enfoques más orientados al individuo, como es el caso de la teoría de las actitudes y la percepción social. La teoría de las RS da cuenta del proceso a través del cual las personas interpretan sus experiencias y les otorgan sentido y significado, conocimiento basado en saberes ancestrales e información científica sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Por otra parte, se considera que constituye un sistema dinámico y flexible para analizar los múltiples significados que se asocian con los padecimientos

mentales en las sociedades contemporáneas, más que la intención de llegar a representaciones consensuadas de la enfermedad, como al inicio del surgimiento de la teoría. En el caso específico de esta investigación las representaciones alrededor del proceso salud-enfermedad-atención se conjugan aspectos históricos, simbólicos, emocionales y culturales que se traducen en prácticas sociales orientadas hacia la discriminación o aceptación de las personas que tienen un padecimiento mental. Este conocimiento proviene tanto de las atribuciones que hace el sujeto respecto de sí mismo, que incluye la manera como se percibe, así como del conocimiento adquirido a través de la comunicación social, de la observación y de la experiencia vivida alrededor del proceso salud-enfermedad.

Si bien actualmente la teoría de las rs ha sido objeto de una serie de críticas, entre las que destacan la ambigüedad en la propia definición del concepto, el determinismo social, el reduccionismo cognitivo y la carencia de una acción crítica (Voelklein y Howarth, 2005). Al respecto es importante destacar que las representaciones no sólo son un producto histórico y cultural que determina mecánicamente a los miembros de una sociedad, sino que se entrelazan en una relación dialéctica entre diversos factores psicosociales, de manera que hoy cobra mayor sentido hablar de la versatilidad de las rs con respecto a los objetos de estudio. Igualmente es importante mencionar la diversidad de corrientes teóricas que existen en este campo, desde aquellas que se orientan más a los aspectos cognitivos que han cobrado auge en Europa, hasta las corrientes procesuales que en Latinoamérica cobran mayor relevancia, como es el caso de la Escuela de São Paulo, en Brasil, donde la teoría se ha vinculado más a movimientos sociales y se ha enriquecido con las aportaciones al estudio de la subjetividad social desde la propuesta de González-Rey (2008).

De este modo, a través de las narraciones de los informantes fue posible explorar un universo de significados, recuperando las prácticas sociales y el contexto socioeconómico y cultural más amplio. Hubo múltiples experiencias de discriminación por parte de las instituciones de atención, aspecto que es importante para hacer referencia al estigma estructural. El hecho de que los informantes consideren a la salud mental como un tema olvidado habla de un desinterés del Estado en invertir más en la salud de la población y particularmente en programas de nivel preventivo en salud mental en diferentes ámbitos, como familiar, escolar e institucional, que son fundamentales para implementar cambios en los procesos de desestigmatización por la enfermedad mental. En

ese sentido se coincide con la propuesta de Jovchelovitch (1997), quien plantea que uno de los aspectos centrales de los estudios sobre RS debiera contextualizar los significados y prácticas en estructuras de poder más amplias en el ámbito de la sociedad.

La intervención grupal ofrece la posibilidad de acceder al universo simbólico de las RS, al mundo de las conversaciones sociales, donde se crean y recrean los significados respecto al proceso salud-enfermedad-atención. Por otra parte, favorece la posibilidad de resignificar experiencias por el alcance que tiene la interacción social, como un proceso dialógico de construcción de saberes basado en la reciprocidad, en el cual, tanto los informantes como el propio investigador reformulan los supuestos teóricos y preguntas de investigación planteados inicialmente con la intención de alcanzar una perspectiva más integral del fenómeno de estudio. Al respecto fue muy interesante identificar diferentes momentos del proceso de reflexión grupal; por ejemplo cuando los integrantes expresaron actitudes favorables sobre la enfermedad mental, llegando a cuestionar incluso la idea de “normalidad” que se maneja en la sociedad, planteando, a nivel de autocritica, que todas las personas en algún momento llevan al cabo prácticas de exclusión o discriminación hacia diferentes grupos y no sólo hacia quienes sufren este tipo de padecimientos.

Empleando diversas estrategias de recolección en todo el proceso de investigación el acercamiento permitió profundizar en los significados de los padecimientos emocionales desde la perspectiva de los principales actores involucrados. En suma, la aproximación procesual desde las RS fue crucial para acceder a los aspectos subjetivos relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención, incorporando no sólo el discurso, sino las prácticas sociales en las que se expresa la discriminación hacia las personas que padecen un trastorno psiquiátrico severo como esquizofrenia, trastorno bipolar y adicciones, así como de otros padecimientos neuropsiquiátricos, particularmente en el caso de la epilepsia. Como resultado de esta experiencia, se desarrolló un material dirigido al público en general, en el cual se incluyeron las principales inquietudes generadas por los participantes y a las cuales se intentó dar respuesta empleando estrategias grupales en las que participaron otros actores sociales como usuarios de servicios psiquiátricos y personal de salud (Mora-Ríos *et al.*, 2012). Esto permitió indagar acerca de los procesos de estigmatización considerando la participación activa de los informantes, y conjugar distintas miradas sobre una problemática social que atañe a distintos sectores de la población.

AGRADECIMIENTOS

Un reconocimiento especial a los informantes que compartieron su experiencia y sus diferentes puntos de vista durante el estudio, así como el interés mostrado y su disposición para mejorar la atención a la salud mental. A los Fondos Sectoriales en Salud (Fosis-Conacyt) por apoyar financieramente el proyecto. A las instituciones participantes por el apoyo brindado para llevar al cabo la investigación y al equipo de entrevistadores por su compromiso e interés en el proceso de recolección de información: psicóloga Alva Lilia Licea, antropóloga Natalia Bautista, psicóloga Miriam Ortega y psicólogo Diego Falcón.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Ramírez, Leonardo y Lizbeth Pernia Carvajal (2007), "Actitudes hacia el trastorno mental y hacia la búsqueda de ayuda psicológica profesional. Una revisión sistemática de estudios en Europa, Estados Unidos, Latinoamérica y el Caribe", *MedUnab*, vol. 10, núm. 1, pp. 50-56.
- Angermeyer, Matthias y Herbert Matschinger (2005), "The Stigma of Mental Illness in Germany: a Trend Analysis", *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 51, núm. 3, pp. 276-284.
- , Michael Beck, Sandra Dietrich *et al.* (2004), "The Stigma of Mental Illness: Patients, Anticipations and Experiences", *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 50, núm. 2, junio, pp. 153-162.
- Arruda, Ángela (2002), "Teoria das representações sociais e teorias de gênero", *Cadernos de Pesquisa*, núm. 117, pp. 127-147.
- Banchs, María Auxiliadora (2000), "Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales", *Papers on Social Representations*, vol. 9, pp. 3.1-3.15
- (1996), "El papel de la emoción en la construcción de representaciones sociales. Invitación para una reflexión crítica", *Papers on Social Representations*, vol. 5, núm. 2, pp. 113-125.
- Berenzon, Shoshana y Francisco Juárez (2005), "Atención de pacientes pobres con trastornos afectivos en la ciudad de México", *Revista de Saúde Pública*, vol. 39, núm. 4, agosto, pp. 619-626.

- Cabruja, Teresa (1988), "Representaciones populares de la locura", en Ibáñez, T. (ed.), *Ideologías de la vida cotidiana*, Barcelona, Sendai.
- Corrigan, Patrick, Sachiko Kuwabara y John O'Shaughnessy (2009), "The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: Findings from Stratified Random Sample", *Journal of Social Work*, vol. 9, núm. 2, abril, pp. 139-147.
- , Kim Mueser, Gary Bond *et al.* (2008), *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Nueva York-Londres, The Guilford Press.
- Couture, Shannon y David Penn (2003), "Interpersonal Contact and Stigma of Mental Illness. A Review of the Literature", *Journal of Mental Health*, vol. 12, núm. 3, junio, pp. 291-305.
- De Rosa, Annamaria (1990), "Per un approccio multi-metodo allo studio delle rappresentazioni sociali", *Rassegna di Psicologia*, vol. 7, núm. 3, pp. 101-193.
- Dixit, Shikha (2005), "Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach", *Psychology and Developing Societies*, vol. 17, núm. 1, pp. 1-18.
- Espinola-Nadurille, Mariana y Guadalupe Delgado (2009), "Mental Disability and Discriminatory Practices: Effects of Social Representations of the Mexican Population", *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 55, núm. 3, mayo, pp. 238-246.
- Espinoza-Cortés, Luz María, Jazmín Mora-Ríos y Monserrat Salas (s. f.), "Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulneradas en México: un abordaje interdisciplinario" (en prensa en *Revista Saúd e Sociedade*).
- Farr, Robert (1995), Representation of Health, Illness and Handicap in the Mass Media of Communication: A Theoretical Overview", en Marcová, I. y R. Farr (eds.), *Representation of Health, Illness and Handicap*, Suiza, Harwood Academic Publishers.
- Flores-Palacios, Fátima (2000), "El género en el marco de la Psicología Social", en Jodelet, D. y A. Guerrero, (eds.), *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*, México, UNAM.
- (1997), "Representación social de la feminidad y masculinidad en un grupo de profesionales de la salud mental. Discusión en torno a la categoría de género", *Papers on Social Representations*, vol. 6, núm. 2, pp. 95-107.
- y Jazmín Mora-Ríos (2010), "Pobres, enfermas y locas. Una historia de vulnerabilidades acumuladas en mujeres que viven en comunidades

- pobres de México”, en Montero, M. y G. Evans (eds.), *Ecología social de la pobreza: impactos psicosociales, desafíos multidisciplinares*, México, UNAM.
- , Manuel Almanza y Anel Gómez San Luis (2008), “Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la familia. Una aproximación a su representación social”, *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 2, julio-diciembre, pp. 6-13.
- Foster, Juliet (2001), “Unification and Differentiation: A Study of the Social Representation of Mental Illness”, *Papers on Social Representations*, vol. 10, pp. 3.1-3.18.
- Goerg, Danielle, Werner Fisher, Eric Zbinden *et al.* (2004), “Diferenciación de las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos”, *European Journal of Psychiatry*, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre, pp. 225-234.
- Goffman, Erving (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall.
- González-Rey, Fernando (2008), “Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales”, *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre, pp. 225-243.
- Holzinger, Anita, Matthias Angermeyer y Herbert Matschinger (1998), “What do You Associate with the Word Schizophrenia?”, *Psychiatrie Praxis*, vol. 25, núm. 1, enero, pp. 9-13.
- Ibáñez, Tomás (2001), “Representaciones sociales: teoría y método”, en Ibáñez, Tomás (ed.), *Psicología Social Construcionista*, 2ª ed., México, Universidad de Guadalajara.
- Jodelet, Denise (1986), “Loco y locura en un medio rural francés: Una aproximación monográfica”, en Doise, W. y A. Palmonari (eds.), *L'étude des représentations sociales*, París, Delachaux et Niestlé.
- (1984), “La representación social, fenómenos, concepto y teoría”, en Moscovici, Serge (ed.), *La psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Barcelona, Paidós.
- Joffé, Helene (2002), “Social Representations and Health Psychology”, *Social Science and Information*, vol. 41, núm. 4, pp. 559-580.
- Jovchelovitch, Sandra (1997), “Peripheral Groups and the Transformation of Social Representations: Queries on Power and Recognition”, *Social Psychological Review*, vol. 1, núm. 1, pp. 16-26.

- Lara, María Asunción y Nelly Salgado de Snyder (1993), "Mujer, pobreza y salud mental", en Grupo Interdisciplinario sobre Mujer Trabajo y Pobreza, *Las mujeres en la pobreza*, México, El Colegio de México.
- Link, Bruce y Jo C. Phelan (2001), "Conceptualizing Stigma", *Annual Review of Sociology*, vol. 27, pp. 363-385.
- , Francis Cullen, Elmer Struening *et al.* (1989), "A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: an Empirical Assessment", *American Sociological Review*, vol. 54, núm. 3, pp. 400-423.
- Martínez-Hernández, Ángel (2006), "La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aficciones", *Política y Sociedad*, vol. 43, núm. 3, marzo, pp. 43-56.
- Medina-Mora, María Elena, Guikherme Borges, Carmen Lara Muñoz *et al.* (2003), "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México", *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, pp. 1-16.
- Mora-Ríos, Jazmín, Guillermina Natera, N. Bautista-Aguilar *et al.* (2012), *¿Pero si no estoy loco? Nuevas miradas para entender nuestra salud mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- , María Elena Medina-Mora, Emily Ito *et al.* (2008), "The Meanings of Emotional Ailments in a Marginalized Community in Mexico City", *Qualitative Health Research*, vol. 18, núm. 6, junio, pp. 830-842.
- , María Elena Medina-Mora y Guillermina Natera (2007), "Estigma y enfermedad mental: desarrollo de un programa de intervención para su aplicación en población general y clínica", proyecto de investigación, México, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales/INPRE.
- Morant, Nicola (1995), "What Is Mental Illness? Social Representations of Mental Illness among British and French Mental Health Professionals", *Papers on Social Representations*, vol. 4, núm. 1, pp. 1-12.
- Moscovici, Serge (1984), "The Phenomenon of Social Representations", en Farr, R. M. y Serge Moscovici (eds.), *Social Representations*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (1961), *La psicoanalyse, son image et son public*, París, Presses Universitaires de France [trad. al esp., 1976, *El psicoanálisis, su imagen y su público*, 2a ed., Buenos Aires, Huemul].

- Muñoz, Manuel, Eloísa Pérez Santos, María Crespo *et al.* (2009), *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*, Madrid, Complutense.
- Natera, Guillermina, Jazmín Mora-Ríos y Marcela Tiburcio (1999), “Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones”, *Salud Mental*, vol. 22, número especial, pp. 114-120.
- Organización Mundial de la Salud (2001), *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, OMS, http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Pedersen, Duncan (2009), “Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis y diseños de intervenciones”, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, vol. 55, núm. 1, pp. 39-50.
- Räty, Hannu, Seija Ikonen y Kirsi Honkalampi (2006), “Common-Sense Descriptions of Depression as Social Representations”, *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 52, núm. 3, mayo, pp. 243-255.
- Redfield, Kay (2006), “The Many Stigmas of Mental Illness”, *The Lancet*, vol. 367, núm. 9509, febrero, pp. 533-534.
- Sartorius, Norman (1998), “Stigma: What can Psychiatrists Do about it?”, *The Lancet*, vol. 352, núm. 9133, pp. 1058-1059.
- (1997), “Fighting Schizophrenia and its Stigma a New World Psychiatric Association Educational Programme”, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 170, enero, pp. 297.
- Tipper, Rebeca, Deborah Mountain, Stuart Lorimer *et al.* (2006), “Support Workers, Attitudes to Mental Illness: Implications for Reducing Stigma”, *Psychiatry Bulletin*, vol. 30, pp. 179-181.
- Voelklein, Corina y Caroline Howarth (2005), “A Review of Controversies about Social Representations Theory: A British Debate”, *Culture and Psychology*, vol. 11, núm. 4, diciembre, pp. 431-453.