

*Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López,
Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio*

La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible

RESUMEN: Revisión sobre el estigma y la discriminación que afecta hoy a la enfermedad mental, intentando elaborar un modelo general que pueda orientarnos.

PALABRAS CLAVE: Estigma, discriminación, atención comunitaria en salud mental.

SUMMARY: Reviews about stigma and discrimination in mental illness today, and tries to propose a general model for the development of interventions against that.

KEY WORDS: Stigma, discrimination, community mental health care.

El interés por las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales y la consiguiente preocupación por sus efectos sobre éstas es una constante en el marco de la atención comunitaria en salud mental (1; 4). Desde los años cincuenta y sesenta del siglo XX (4-5) y con la emergencia de movimientos alternativos a la reclusión institucional (1; 4), se empieza a considerar que esas actitudes son un factor negativo de repercusiones complejas, estrechamente relacionado con los sistemas tradicionales de atención (4; 6-7) y que constituyen, de hecho, una barrera poco permeable para el acceso de dichas personas a razonables condiciones de vida y atención en nuestras sociedades (8; 19). Aunque el efecto es sobre distintos problemas de salud mental (12), parece evidente que son las personas afectadas por trastornos graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida (2; 4; 8; 10-12; 20-21), encontrándose al final con dos tipos de problemas (4; 10-11; 17): los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente (2), y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención (17; 20). La consecuencia de ambos es una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con lo que, en lenguaje más técnico, denominamos «calidad de vida»: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc. (10; 12).

A ese respecto, el hecho de que el interés y la preocupación continúen y se acrecienten en las últimas décadas (16), como muestra la abundante bibliografía producida en este tiempo (22), además de reflejar el creciente consenso al menos profesional hacia políticas comunitarias, indica también que estamos ante un fenómeno o grupo de fenómenos considerablemente complejos y resistentes al cambio. Además, especialmente en los últimos quince o veinte años, se han ido acumulando

do y así lo refleja también la literatura científica (22), un conjunto de conocimientos que derivan de la creciente reflexión teórica e investigación multidisciplinar sobre el tema (desde la Psiquiatría, pero también desde la Psicología, la Psicología Social y la Sociología), tanto con respecto a los mecanismos básicos que pueden explicar este complejo fenómeno social, como a sus consecuencias sobre las personas afectadas, las familias y los sistemas de atención, así como sobre distintas intervenciones que con distinto grado de éxito vienen intentando cambiarlo.

Dado que cualquier intento de establecer una estructura comunitaria de atención en salud mental (1-4) y de mejorar la situación de las personas con trastornos mentales graves, desde una óptica de recuperación y ciudadanía activa (2), implica el esfuerzo continuado por mejorar las actitudes sociales negativas que englobamos bajo el término *estigma*, ésta es también un área de intervención de interés creciente. Y ahí, junto a iniciativas exitosas, hay experiencias de escasa o nula utilidad. Por ello, pensamos que podría ser útil considerar críticamente el conocimiento acumulado para intentar mejorar nuestras posibilidades de intervención, evitando malgastar esfuerzos y dinero en intervenciones poco útiles o contraproducentes. Así, hemos resumido la bibliografía que parece más relevante y articulado un marco razonable que nos ayude a organizar la actividad en este frente, uno más junto a los muchos otros en que, continuando con la metáfora bélica, se desarrollan hoy distintos «combates» por mejorar la atención a este sector bastante abandonado de nuestras poblaciones¹. En definitiva se trata de intentar que también esta área de la intervención social se beneficie de una base tecnológica (2; 26) y no solo de buenas (o no tan buenas)² intenciones.

I. *Estigma social y enfermedad mental. Intentamos entender*

Desde esa perspectiva tecnológica en la que pretendemos situar la atención comunitaria (2; 27-28), parece lógico pensar que los intentos de cambiar en sen-

¹ La revisión bibliográfica realizada incluye la búsqueda específica a través de MEDLINE y de la base de datos del CSIC, para publicaciones internacionales y nacionales, respectivamente, referidas a los últimos 10 años, así como una búsqueda manual sistemática de las referencias significativas, citadas en las publicaciones localizadas. El trabajo forma parte del proyecto de investigación «Salud Mental: imágenes y realidades» realizado en colaboración con el Centro Colaborador de la OMS de Lille (Francia), repitiendo en Andalucía un protocolo de investigación epidemiológica y antropológica desarrollado hasta ahora en distintas regiones francesas, incluyendo países de habla francesa de África, América y Asia (23; 25).

² Dado que éste es un área que parece haberse puesto de moda, con importantes esfuerzos públicos como la reciente campaña de la Asociación Mundial de Psiquiatría, más de uno puede verse tentado a hacer algo «visible» al respecto, aunque su efectividad sea escasa, dudosa, nula o puede que incluso contraproducente.

tido positivo las actitudes sociales que afectan en nuestras sociedades a las personas con enfermedades mentales graves, se beneficiarían de un conocimiento del proceso de creación y reproducción de estas actitudes, así como de los factores que se relacionan con dicho proceso, tanto en lo que tiene que ver con las personas estigmatizadas como con las que estigmatizan o estigmatizamos. Y para ello es necesario recurrir al cuerpo de conocimientos acumulados al respecto desde campos como la Psiquiatría, la Psicología y la Sociología, o esa disciplina resultado de la intersección entre las dos últimas, la Psicología Social (20; 29-30).

A este respecto nos encontramos en los últimos años con una abundante y, en general, rica y estimulante producción científica que recoge el trabajo de distintas disciplinas y grupos de investigación internacionales, aunque la presencia española es hasta el momento muy escasa. De hecho, como puede verse si se repasan las referencias bibliográficas al final del artículo, la mayoría de la producción actual (al menos la publicada en revistas de impacto) proviene básicamente de tres grupos: el liderado por Matthias Angermeyer en Alemania, vinculado a la Asociación Mundial de Psiquiatría, el organizado en torno a Patrick Corrigan y David Penn en EE.UU., relacionado con los programas de Rehabilitación Psicosocial y con una sólida base de Psicología Social, y, finalmente, también en EE.UU., el dirigido por Bruce Link y Jo Phelan, desde una perspectiva más sociológica. Grupos que trabajan cada vez más en cooperación y cuyos principales resultados vamos a utilizar profusamente en el texto que sigue.

I.1. *Algunos conceptos básicos sobre estigma y actitudes sociales*

Ese complejo fenómeno social que resumimos bajo el término estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas (12; 20; 30-37). En realidad con el término hacemos referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos.

En su clásico análisis del tema, Erving Goffman (33) utiliza así el término *estigma* para referirse a un «atributo profundamente desacreditador», es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

I.1.1. *Un fenómeno socialmente funcional pero con «efectos secundarios»*

Probablemente estamos aquí frente a un fenómeno universal (17) que guarda relación con los procesos de categorización social (29; 34-39), con bases tanto biológicas como psicológicas y sociales (37), y que simplifica y resume de manera básicamente eficiente (20) información muy diversa y compleja, con una función inicialmente defensiva para la sociedad y/o sus grupos sociales mayoritarios (19; 20; 31; 34-37); además de fomentar la cohesión de la mayoría social, ayuda por ejemplo a identificar «a primera vista» amigos y enemigos probables. Aunque sea a costa de simplificar en exceso la visión y generar por ello complicaciones añadidas, tanto a las personas afectadas, que ven menoscabados sus derechos y deteriorada su situación, como al conjunto de la sociedad, que se priva así de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida.

Se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspecto, conductas, etc.) que relaciona con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. El ya citado análisis de Goffman (33) diferenciaba en principio tres tipos de «marcas», según derivasen de defectos físicos, «defectos de carácter» o de factores étnicos o «tribales». Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma (40). Y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona, generando discriminaciones «duales» o múltiples (21): mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo, no tan extremo como parece.

I.1.2. *Un fenómeno complejo y multidimensional*

Aunque en una primera aproximación, resaltada por el uso de un término común, resulta fácil pensar en un fenómeno unitario, un análisis más detallado muestra como siempre una mayor complejidad, que hay que tener en cuenta para enfrentarse al tema y que se refleja también en la variada terminología utilizada: «estigma», «actitudes sociales», «estereotipo», «discriminación», etc. Merece la pena detenerse un poco más en lo que la Psicología Social y la Sociología pueden decirnos al respecto (8; 10; 20; 29-30; 32-39).

En primer lugar, y como sucede con los fenómenos sociales que intentamos conceptualizar bajo el término «actitudes» (29; 30; 32; 34; 38-39), encontramos aquí componentes cognitivos, afectivos y conductuales, diferenciados pero interrelacionados y que hacen referencia básicamente a cómo clasificamos o categori-

zamos personas o cosas en términos de «bueno/malo», «deseable/indeseable» y «aproximable/rechazable» (32). En concreto, en el caso de las actitudes vinculadas al estigma social (10; 17; 20), podemos distinguir a ese respecto entre: a) «*Estereotipos*», conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo. b) «*Prejuicios*», predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas. c) «*Discriminación*», o propensiones a desarrollar acciones positivas o negativas, habitualmente medidas en términos de distancia social deseada, hacia dichos miembros.

Los tres aspectos van unidos y se refuerzan mutuamente, sin que esté clara la línea de influencia de unos y otros. Parecería que los estereotipos se aceptan en la medida en que coinciden con los prejuicios emocionales y es entonces cuando generan discriminación en la conducta, pero las relaciones de causalidad son en gran medida circulares, con refuerzos múltiples (32; 34). Aunque, no obstante y para hacer más compleja la situación y mostrar, por otro lado, lo poco que sabemos todavía al respecto (32), la información disponible señala que no siempre resultan totalmente congruentes entre sí, ni siempre determinan de manera directa la conducta real (20; 32; 34; 37).

Pero, además, cuando hablamos de *discriminación*, hemos de diferenciar también lo que podemos entender como «propensión a la acción» o «distancia social deseada», de las acciones reales o conductas efectivamente discriminatorias hacia los miembros del otro grupo (21). Pero también y más allá de las dimensiones interpersonales, de lo que, desde la Sociología, denominamos «discriminación estructural» (8; 20; 41-42), que se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes prevalentes y que, de forma más o menos intencionada o explícita (41), juega un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general al proceso (20; 41-42).

En cualquier caso, la distinción entre esos diferentes aspectos es clave, ya que solemos dar más importancia a los componentes cognitivos de las actitudes y tendemos a pensar que pueden cambiarse básicamente con información, lo que resulta en la práctica excesivamente simplista cuando no claramente desenfocado (34; 37): tanto las tres dimensiones de las actitudes como las conductas derivadas y la discriminación estructural son importantes y requieren intervenciones específicas, como luego veremos.

I.1.3. *Los procesos de estigmatización y sus consecuencias*

Por otro lado, la asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado «proceso de estigmatización» (*stigma process*) (8; 17; 20; 31; 35; 43) que básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos: a) La distinción, etiquetado (*labeling*) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes. c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros». d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal (35; 43; 44). e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas. f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder (17; 20; 41), sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas.

En general este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, incluyendo, en la terminología de Goffman, tanto las ya «desacreditadas» como las potencialmente «desacreditables», es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición (33). En las primeras, promoviendo directamente lo que denominamos «distancia social» o rechazo (21; 31; 33) (no las aceptaríamos como amigos o amigas, vecinos o vecinas, empleados o empleadas, maridos, esposas, nueras o yernos, no nos gustaría que fueran a la escuela con nuestros hijos e hijas, etc.), lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran. En las segundas, generando conductas de evitación (10; 17; 33). En ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social, como veremos luego en el caso de las personas con enfermedad mental.

A este respecto, el cuadro 1 permite resumir, en el caso de estas personas, los tres componentes clásicos, tanto en los aspectos «públicos» (población general) como en los relativos a las personas estigmatizadas.

Cuadro 1

Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental (10; 17)

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
<i>Estereotipo</i>	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
<i>Prejuicio</i>	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
<i>Discriminación</i>	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Hay que señalar también que la investigación psicológica y sociológica identifica diferentes estrategias para manejar las dimensiones personales del estigma (su internalización o «auto-estigma») (10; 17), poniéndose últimamente el acento en las posibilidades de autoafirmación (*empowerment*), que permiten a una minoría de las mismas, en conexión con factores personales pero también grupales, hacer frente a las negativas consecuencias del proceso (10; 45).

1.1.4. *La evolución de las actitudes sociales*

Un problema igualmente complejo y no bien conocido, pero de evidente interés, es el del cambio de las actitudes sociales, proceso difícil dada su resistencia habitual (20; 34; 39), y en el que los componentes cognitivos pueden modificarse con información, pero sus repercusiones en la conducta suelen ser escasas y de poca duración, dado el peso de los componentes emocionales y conductuales, así como el de las disposiciones sociales («estigma estructural») (17; 20; 32; 34; 37; 41). En general son necesarios procesos complejos de información, interacción social y modificación estructural para que el cambio sea real y sostenido (37).

En lo que respecta a las estrategias generales de lucha contra el estigma, desde la Sociología se señalan tres entre las más habituales: la protesta, la educación y el contacto social (10; 17; 20; 31). La primera parece tener por sí misma una efectividad inicial, pero suele perder peso a largo plazo, además de incluir riesgos de inducir fenómenos de «rebote», siendo las otras dos y especialmente la última las más prometedoras (14; 20), en concordancia con investigaciones psico-

sociológicas más generales (37; 46), como veremos posteriormente, en referencia también a las personas con enfermedad mental.

I.1.5. *La(s) medida(s) de las actitudes sociales relacionadas con el estigma*

Y, por último, un aspecto clave para hacer frente al estigma y sus consecuencias es el de su correcta identificación y medida, tanto para conocer las situaciones a las que hay que enfrentarse como para valorar la efectividad de nuestras intervenciones. Y aquí no podemos olvidar que, como muchos otros aspectos estudiados por la Psicología y la Sociología, estamos haciendo referencia a conceptos contruidos desde ellas para intentar conocer mejor fenómenos que resultan habitualmente observables de manera muy parcial e indirecta (a través de conductas individuales) y cuya comprobación empírica introduce un número considerable de mediaciones teóricas e instrumentales (29; 47), que hacen bastante discutibles las «medidas» obtenibles.

Éstas, por tanto y en lo referido al estigma, son indirectas y parciales (14; 35; 43), estableciéndose básicamente a partir de los distintos componentes del proceso de estigmatización anteriormente descrito: etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus, discriminación percibida, discriminación estructural y conductas de respuesta. De hecho las medidas concretas publicadas, como luego resumiremos al hablar específicamente de las enfermedades mentales, se agrupan según se basen en aspectos como la «distancia social» (predisposición para distintas formas de interacción personal), el empleo de «diferenciales semánticos» (tendencia a relacionar la etiqueta que define el grupo estigmatizado con determinados atributos negativos), los estudios directos de opinión (habitualmente susceptibles de ser analizados considerando determinados factores, como autoritarismo, restrictividad, benevolencia, etc.), o las medidas de atribución (relacionadas con las reacciones emocionales). Estudios que pueden realizarse en población general o en grupos o sectores específicos.

En lo que respecta a las personas afectadas, mediante metodología cuantitativa y/o cualitativa, se exploran las percepciones de desvalorización y rechazo, las experiencias de discriminación y las estrategias de manejo tanto de las personas directamente afectadas como de sus familiares, que suelen también sufrir los efectos del proceso. En general y como decíamos, las medidas son bastante diversas y circunscritas a aspectos parciales, además de tener poco desarrollo en aspectos clave como la discriminación estructural, las respuestas emocionales de las personas afectadas o la medida directa de conductas, especialmente en contextos sociales reales y con diseños experimentales (14; 35; 37; 43).

I.2. *Estigma y enfermedades mentales. Aspectos comunes y específicos*

En el caso específico de las personas con enfermedades mentales, es importante valorar de qué manera y en qué medida se ven afectadas por este proceso de defensa grupal, y, si es posible, entender las razones reales y los argumentos que intentan justificarlo (36-37; 48). En definitiva «cómo, cuánto y por qué» nuestras sociedades estigmatizan específicamente a las personas con este tipo de problemas.

Y a ese respecto, lo primero que hay que decir es que, aunque hablamos de un fenómeno unitario (estigma y enfermedad mental), nos encontramos también con una cierta diversidad. De hecho y como veremos con algo más de detalle a continuación, las actitudes, aunque sobre un fondo negativo común bastante generalizado (12; 16-17; 37), son variables con relación a las distintas enfermedades y problemas concretos, los contextos sociales y culturales en los que se desarrollan y algunas características individuales de las personas que las expresan y en las que se miden (11; 43).

I.2.1. *«Enfermedad mental» en general o enfermedades mentales concretas*

Así, antes de entrar a comentar los aspectos más relevantes de la información acumulada sobre distintos componentes del proceso de estigmatización de personas con enfermedades mentales, hay que señalar que una primera fuente de variabilidad tiene que ver con los distintos tipos de problemas que incluimos bajo esa denominación genérica (4; 14; 25; 43; 48-62), aunque esa diferenciación no siempre se tiene en cuenta al presentar los resultados de algunos estudios. Como era previsible, las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo (12), encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas citados de salud mental «que pueden afectarnos a todos» y podemos entender hasta problemas más cercanos a la imagen tradicional de la «locura» (esquizofrenia y similares) (36).

Las referidas a estos últimos tipos de problemas (trastornos mentales graves), que, pese a estas diferencias, parecen ser la referencia última que contamina las actitudes hacia todo lo que suene a «enfermedad mental», suelen ser también más negativas que las existentes con respecto a otros trastornos y enfermedades físicas, situándose en el imaginario social más cerca de las que afectan a algunas drogodependencias, la prostitución u otras conductas consideradas «antisociales» (10; 17; 20; 37; 40). En el caso de los trastornos más comunes, hay también una mejor imagen social de determinados procedimientos de intervención o psicoterapias (56) así como de determinadas profesiones (Psicología, Trabajo Social), que parecen irse aceptando de manera progresiva en nuestras sociedades (4; 17), presen-

tando una creciente diferencia con los trastornos más graves y los mecanismos de intervención y profesionales percibidos como más directamente asociados a ellos (tratamientos biológicos y psiquiatras, por ejemplo) y que, como veremos, se ven afectados también por el estigma (36; 57).

1.2.2. *Características generales de las actitudes hacia las personas con enfermedad mental grave*

Entrando ya en la exploración de las actitudes concretas, tal y como aparecen en los distintos estudios (8-12; 14; 17-21; 23-25; 31; 48-62) y a partir de los instrumentos de medida referidos anteriormente (43), los contenidos cognitivos («estereotipos») más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, al menos en las sociedades llamadas «occidentales»: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y «culpa» sobre lo que les sucede. Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos («prejuicios») de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre «manteniendo la distancia». Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales —«distancia social» (10; 16; 17; 31; 37; 48-50; 56; 62-66)— mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional (10; 59-60). Habitualmente los estudios reflejan también la consideración de las personas con enfermedades graves (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto («ellos» frente a «nosotros»), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona «es» esquizofrénica y no que «tiene» o «padece» esquizofrenia (8; 17; 25).

Elementos que concuerdan con las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (9; 10; 12; 17; 20; 41; 52-53; 67-72) (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades (67), y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente y la que suele destacarse por encima de todas (9; 52-53; 56; 59-60).

Pero hay que señalar también que esos contenidos no sólo se encuentran en los distintos sectores de la llamada «población general» sino que, aunque con evi-

dentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios (9; 13; 73) e incluso en quienes trabajamos específicamente en Salud Mental (9; 10; 12-13; 20; 73-78). Es llamativo, además de preocupante, que, aunque el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, nos encontremos en ellos con un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las «enfermedades» es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de «distancia social» hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas como estamos comentando.

Algunos estudios muestran además por ejemplo cómo, en el caso de psiquiatras, una historia previa de violencia en un paciente tiende a determinar más fácilmente que le diagnostiquen de esquizofrenia (78). En resumen que parecería que, en este caso, el papel positivo del contacto social —al que luego haremos referencia como factor que se asocia a menor grado de estigmatización y deseo de distancia social hacia las personas con enfermedad mental (12; 20; 66)— no funciona en el «contacto profesional». Y que hay dudas razonables sobre nuestra capacidad, como colectivo, para cumplir de manera general con algunas de nuestras funciones, incluyendo el esperable liderazgo de la información y educación de la población.

I.2.3. Violencia y enfermedad mental

La asociación enfermedad mental y violencia es un tema clave a este respecto, de ahí la relevancia que su análisis tiene para plantearse estrategias de cambio (9; 12; 14; 37; 48; 51; 56; 59-60; 63; 67; 78-96). Todos los estudios manifiestan que la consideración de que las personas con esquizofrenia y por extensión otros trastornos mentales graves, realizan actos violentos, ya sea como comportamiento habitual o probable, es una constante cuando se analizan, tanto las actitudes de distintas personas y sectores sociales, como los mensajes de los medios de comunicación. Es también conocido el hecho de que basta un acto violento especialmente grave o extraño, cometido por una persona etiquetada de enfermo mental, para que las ideas tradicionales vuelvan a emerger, incluso en situaciones en que parecían estar en retroceso (8; 9; 95).

Los estudios epidemiológicos van superando los problemas de metodología y la diversidad de criterios, fuentes de datos y medidas utilizadas (9; 79-81; 84; 89-90), para mostrar progresivamente un cuadro relativamente consistente. Así, por un lado, las personas con diagnóstico de esquizofrenia, y psicosis en general, parecen tener una frecuencia de actos violentos más elevada que la que presentan las personas sin esos diagnósticos, con cifras de «riesgo relativo» (y

odds ratio)³ entre 3 y 6 veces más elevadas que éstas (80; 81; 88). Cifras altas, aunque menores que las que presentan personas con otros problemas como el Trastorno de Personalidad Asocial o diversas drogodependencias (81; 87). Pero, además, cifras relativamente engañosas porque cuando se tienen en cuenta otras variables, que actúan como factores de confusión en muchos estudios (edad, género, consumo de alcohol y otras sustancias, entornos vecinales), éstas alcanzan valores iguales o superiores en dichos indicadores de asociación con la violencia (79; 88).

Por ello, si utilizamos medidas epidemiológicas más adecuadas para valorar la contribución causal del diagnóstico (80; 86), vemos cómo el «riesgo atribuible poblacional» (*population attributable risk*)⁴ es muy escaso (8-9; 63; 80; 83-84; 92), situándose habitualmente la contribución de las personas con esquizofrenia a la violencia global por debajo del 5% del total, y ello sin tener en cuenta que la cifra puede ser resultado de una sobreestimación, ya que el indicador exigiría una contribución causal directa entre la enfermedad y la violencia, lo cual no siempre está bien establecido en los estudios, por la probable existencia de factores de confusión no siempre controlables (79; 82; 86; 92).

Por otra parte, no hay que olvidar que si hablamos de violencia, la que se asocia más frecuentemente a personas con este tipo de problemas tiene más que ver con violencia recibida, tanto bajo la forma de autoagresión, incluyendo suicidio, como de asaltos de diverso tipo en la comunidad (83; 95; 98). Y, además, que, en los casos en que se producen realmente actos violentos, éstos provienen de solo una mínima parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia (84; 95-96)–, y hay además una serie de variables específicamente relacionadas con ellos: tipo de sintomatología, actos previos, consumo de sustancias, falta de tratamiento, situaciones de hostilidad, falta de contacto social, o entornos vecinales desorganizados (48; 79-84; 92-96). Lo que implica que es posible establecer grupos de riesgo objeto de una atención preventiva (48; 79; 95), en un área de especial trascendencia si queremos desarrollar una estrategia razonable frente al estigma.

³ *Riesgo relativo* y «*odds ratio*»: medidas de asociación que representan la relación entre las medidas de frecuencia de un problema (incidencia de actos violentos) en las personas que presentan un factor (diagnóstico de esquizofrenia) y en las que no lo presentan, en estudios longitudinales de «Cohorte» y de «Casos y Controles», respectivamente (97).

⁴ *Riesgo atribuible poblacional*: medida de impacto potencial que expresa la proporción de casos de un problema (comisión de actos violentos) que son atribuibles a un factor (diagnóstico de esquizofrenia) y que podrían ser eliminados si este factor desapareciera (97).

I.2.4. *Algunas diferencias culturales y personales*

Como indicábamos antes, la expresión de estos distintos aspectos tiene variaciones culturales importantes, aunque los estudios transculturales, al menos los publicados en las revistas profesionales accesibles en nuestro medio, no son todavía demasiado abundantes (19; 22; 25; 51; 99-107). A este respecto, aunque parece que el estigma tiene un largo recorrido histórico y una extensión casi universal (9; 12; 15; 19; 22; 30; 99; 108-109), parece haber sociedades más tolerantes (10; 52; 100-01), aunque tampoco está claro cuánto de esa aparente tolerancia es un fenómeno real, asociado a variables culturales (la menor diferenciación entre enfermedad física y mental, por ejemplo, en el caso de culturas islámicas (19; 101), las distintas exigencias funcionales de sociedades menos desarrolladas (100-101; 108-110), o atribuciones no médicas de las conductas psicóticas en distintas sociedades «no occidentales» (52; 99-100) o se debe, al menos parcialmente, a la escasez, diversidad y limitaciones metodológicas de los estudios (10; 99-100). A este respecto son interesantes las posibilidades abiertas por el estudio multinacional ya mencionado, «Salud Mental: imágenes y realidades» (23-25), hasta ahora realizado en países y regiones de habla francesa, pero que empieza a extenderse a regiones de Grecia, Italia y, en los próximos meses a Andalucía, por parte de nuestro grupo de investigación. El empleo de idéntica metodología e instrumentos puede facilitar de manera importante las comparaciones interculturales.

Pero el estigma se manifiesta también de manera diferenciada en función de algunas variables personales, aunque hay datos contradictorios con respecto al género (12; 50; 58; 111), las actitudes suelen ser menos negativas en personas con edades más jóvenes, mayor nivel cultural y, especialmente, mayor conocimiento directo y contacto personal con personas con enfermedad mental (10; 12; 31; 37; 50; 52-53; 61; 66; 111-119). Este último aspecto es especialmente relevante para la definición de una estrategia de intervención razonable, ya que en todos los estudios el contacto social aparece como una variable clave (66; 115-118), relacionada transversalmente con las actitudes más positivas y longitudinalmente (118) con el cambio de las mismas en idéntico sentido, aunque los estudios prospectivos en contextos reales son aún escasos (119). Es curiosa la asociación, encontrada en algunos estudios sobre medio residencial, entre actitudes negativas y presencia de menores en el hogar, lo que parece relacionarse con esa función inicialmente defensiva del estigma (61).

1.2.5. *El origen de la estigmatización de personas con enfermedad mental*

Es importante tener en cuenta que muchas de las creencias que aparecen habitualmente en los estudios tienen una cierta base de realidad. Es cierto que

algunas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, aunque no todas ni de manera permanente, tienen comportamientos violentos, o hacen cosas poco previsibles y difíciles de entender por las personas que los rodean o resulta difícil «contactar» o establecer sintonía afectiva con ellos. Es decir, que hay que tener en cuenta que los estereotipos exageran y distorsionan parcialmente, pero no inventan sin más todos estos aspectos, por lo que se utilizan para justificar reacciones sociales en parte defensivas, aunque su origen sea más complejo (48).

En relación con esto y en referencia al origen de las actitudes negativas, desde la Psicología Social y especialmente la Sociología (que encuentra aquí un área privilegiada de interacción con la Salud Mental (30; 120; 121)), se señalan los efectos defensivos del estigma y su papel de refuerzo a la identidad grupal (48). Y se consideran, también, parcialmente justificados como sobrevaloración y exageración de características reales. Pero también se señala, al igual que sucede con otros estereotipos, su papel de racionalización de situaciones sociales concretas, enraizadas en la cultura y la historia (41; 48; 108; 109), en general⁵. Lo que, en el caso de las enfermedades mentales, encaja con la evolución del imaginario social a lo largo de los siglos («loco» como persona peligrosa por los riesgos de agresión y contagio (9) y papel de la «sinrazón» como imagen negativa de la razón (6; 7)) y su entrelazamiento e interdependencia con las figuras institucionales del encierro (Asilos y Hospitales Psiquiátricos), tradicionalmente descritos por Foucault y otros historiadores de la Psiquiatría (4; 6; 7; 9; 30; 48; 56; 109; 123; 124). La organización de la atención sobre la base de instituciones monográficas, separadas tanto del sistema sanitario como del conjunto de la vida social, e identificadas como lugares de reclusión y no de tratamiento, se constituye así en un factor de refuerzo del estigma, confirmando la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población. Se cierra así un círculo vicioso que hay que romper de manera radical (4; 7; 8-10; 124; 125) si queremos modificar positivamente la situación.

I.2.6. *Etiquetado social, modelo de enfermedad y atribuciones causales*

También en relación con esto, merece la pena recordar lo que decíamos al hablar, en términos generales, del proceso de estigmatización, para enlazar con un interesante debate, el relativo a la identificación y etiquetado de las personas como enfermos o enfermas mentales (8; 10; 17; 31; 126-130), proceso previo a que se les adscriban estereotipos y prejuicios que reflejan opiniones y sentimientos prevalentes en el medio social. En efecto, hay un número considerable de estudios

⁵ Así, por ejemplo, el papel de los estereotipos habituales sobre las diferencias entre hombres y mujeres o personas de piel blanca y negra, como racionalización de la división sexual del trabajo y de la esclavitud, respectivamente (122).

que muestran que la simple etiqueta de «enfermo o enferma mental» dispara opiniones y sentimientos personales por sí sola, independientemente de las conductas de las personas que la llevan (17; 31; 126-130), etc. De hecho, lo que permite identificar a una persona como «enfermo o enferma mental» son tanto dichas conductas –derivadas de la sintomatología positiva y, especialmente, de la negativa (12; 128), pero también de los efectos secundarios de algunos fármacos y del contexto social habitual de muchas de las personas con trastorno mental grave, tras años de evolución de la enfermedad y de mala atención (12)–, como el conocimiento de la existencia de un diagnóstico y del uso de los servicios de salud mental.

Por ello, desde análisis sociológicos serios y rigurosos se pone énfasis en estos últimos aspectos como reforzadores del estigma, vía etiquetado (14; 17; 31; 63; 73; 126-128), superando algunas simplificaciones de las versiones iniciales del etiquetado social, que les atribuían un papel causal desproporcionado (30; 31). Sin negar el papel positivo del diagnóstico, la atención sanitaria y la adherencia al tratamiento, estas teorías alertan sobre los efectos contradictorios de ambos procesos y señalan que el terreno para valorar de manera precisa sus efectos es la investigación empírica (126-130). Y que, en cualquier caso y en función de los datos de que ya se dispone, éste debe ser un área que hay que manejar con cuidado y no de manera simplista (12; 14; 73), como a veces se hace desde algunos sectores profesionales y otras instancias sociales, excesivamente proclives a enfoques reduccionistas. Es cierto que el término o etiqueta diagnóstica facilita la comunicación, pero también puede reforzar la desvalorización y el rechazo, además de funcionar como elemento que caracteriza por sí mismo a toda la persona (8; 13). Y que el tratamiento, cuando está razonablemente basado, ayuda a las personas con este tipo de problemas, pero les genera también efectos secundarios y les señala «para siempre» ante los demás (60; 127).

De ahí la importancia, además, de que los servicios de salud mental no se organicen de modo monográfico y aislados de los restantes servicios sanitarios y sociales, sino que se integren en las redes generales de atención, tal y como se propone desde modelos comunitarios (2; 4; 18).

Un aspecto relacionado con éste es el de la repercusión que, sobre el estigma, pudieran tener dos aspectos derivados de los enfoques profesionales hacia las personas con enfermedad mental grave. Uno de ellos es el referido a la alternativa entre dos modelos de presentación general de dichas personas, que suelen denominarse respectivamente como «medicalización» y «normalización» (8; 17), enfatizando el primero de ellos su carácter de personas enfermas, a imagen y semejanza de las que padecen otras enfermedades, e insistiendo el segundo, por el contrario, en los problemas personales concretos y en las dificultades específicas que tienen para vivir de manera satisfactoria en su entorno habitual. Y, muy relacionado con este aspecto (132), el del papel que pueden tener atribuciones de cau-

salidad predominantemente biológicas, especialmente genéticas, o predominantemente psicosociales, debate inconcluso en lo relativo a las enfermedades o trastornos mentales graves (133-135). Por un lado, la identificación de algunas de ellas, especialmente la esquizofrenia, con otras enfermedades crónicas (en función de su probable origen multicausal, pero con una base genética evidente y alteraciones orgánicas cada vez más claras), parece que podría disminuir la especificidad de esta enfermedad y relacionarla con otras mejor toleradas en nuestras sociedades.

Pero la trascendencia que estas atribuciones y, más en general, el énfasis en la enfermedad, pueden tener sobre el estigma no está clara, ya que si bien es verdad que tienden a equiparar la situación de las personas con enfermedad mental con otro tipo de personas enfermas, también lo es que, por otro lado, parecen potenciar la visión de las personas afectadas como un grupo extraño y acentuar la distancia social hacia ellas (132). A diferencia del énfasis en dificultades personales y explicaciones más psicosociales, más próximas a la capacidad personal de entender conductas y problemas y más proclives a generar una mayor simpatía hacia las personas afectadas (9; 31; 50; 63; 134). Lo mismo puede suceder con explicaciones en términos de discapacidad (2; 41; 109; 118), a pesar de los cambios en la terminología (y en los planteamientos de base, evidentemente) que introduce la nueva clasificación internacional de la OMS (2; 136), más correctas e integradoras pero también con riesgos de generar etiquetas separadoras, si nos dejamos llevar por la inercia de los términos y no hacemos explícitas las limitaciones reales y concretas que pretenden designar, en términos de tipo, intensidad y duración de dichas discapacidades⁶.

El tema, que enlaza con discusiones internas al campo de la salud mental, tiene importantes repercusiones también sobre las personas afectadas y está lejos de estar resuelto, más allá del rechazo a los extremismos biológicos y psicosociales, y a la necesidad de combinar informaciones (14; 134) sobre lo que se conoce de las enfermedades y trastornos mentales con lo que puede llegar a preocupar realmente a las personas, que son los problemas, dificultades y sufrimientos, pero también las expectativas, posibilidades y logros de nuestros conciudadanos y conciudadanas concretas afectadas por este tipo de problemas.

1.2.7. *Algunas tendencias evolutivas*

En general evolucionan de manera muy lenta (64; 137-138), no está claro que siempre en sentido positivo (60), e incluso cuando esto es así, es posible que los

⁶ Basta con recordar el término «minusválido», todavía resistente al cambio en la terminología de los servicios sociales.

datos aportados al respecto por algunos estudios hagan referencia sobre todo a los aspectos cognitivos, cuando no simplemente a un mejor reconocimiento de las enfermedades (56; 137), pero estos aspectos no siempre son traducibles en conductas concretas, además de resultar en la práctica fácilmente reversibles. Y ello, teniendo en cuenta, además, que parecen funcionar también mecanismos de «corrección política», en determinadas respuestas a cuestionarios de actitudes (20; 137), como puede verse en el carácter contradictorio entre la valoración de la integración social de las personas con esquizofrenia y la negativa a que tal integración nos afecte directamente, por ejemplo mediante un alojamiento cercano al nuestro⁷. En cualquier caso, parece que esta evolución positiva, cuando se produce, obedece más a factores no demasiado conocidos y probablemente dependientes de dinámicas sociales generales, y que en todo caso, pueden volver atrás con rapidez ante acontecimientos impactantes, como anteriormente mencionábamos (9; 85).

I. 3. *Las consecuencias del estigma social*

El estigma social hacia las personas con trastorno mental grave tiene consecuencias a muchos niveles, en unos casos comunes a las de otros grupos estigmatizados y en otras lógicamente más específicos. Y también aquí, aunque el análisis debe diferenciar aspectos y factores, en la vida cotidiana, las interacciones, mayoritariamente negativas son habituales.

El primer grupo de repercusiones estudiado es el referido, lógicamente, a las propias personas estigmatizadas, aunque también se describen repercusiones sobre el entorno familiar e incluso sobre los propios servicios y profesionales de salud mental (20). Las personas más directamente afectadas (10; 12; 14; 17; 20; 139-145), es decir aquellas que padecen trastornos mentales graves, experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente como resultado de la discriminación personal y estructural que les afecta (115; 141; 145) y los derivados de su propia autoestigmatización (10; 17; 142; 145). En este último aspecto intervienen además varios tipos de factores, relacionados con la internalización de los estereotipos prevalentes y con las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también con sus propias estrategias de manejo del problema. Aunque, a la hora de medir los efectos prácticos sobre su vida, no siempre sea fácil diferenciar esas diversas causas.

⁷ Es verdad que también ahí las dosis de cinismo son importantes, como cuando algún grupo político de un ayuntamiento argumenta que una estructura residencial para personas con trastorno mental grave está mejor en las afueras («en medio del campo») que en el casco urbano, eso sí, «en beneficio de los pacientes» y respetando los principios de integración social, de los que ellos son los más firmes partidarios (el caso es real y repetido en más de una ocasión, aunque no mencionemos los lugares ni los grupos políticos concretos).

I.3.1. *Discriminación como consecuencia directa del estigma*

Si consideramos globalmente las consecuencias directas, hay evidencia abundante del efecto de barrera que el estigma juega en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, agravando considerablemente, como ya señalábamos en la introducción, los efectos de la enfermedad (síntomas y discapacidad) (4; 10-12; 17; 20-21; 42; 52; 144-145). Así, en distintas sociedades y aunque no siempre resulte fácil separar unos efectos de otros, se constata la discriminación directa en el acceso a la vivienda (12; 52; 56; 146-149), al empleo (12; 150-153), así como a distintos tipos de relaciones sociales significativas: pareja, redes sociales, etc. (12; 20; 52; 139; 145). Y también, aunque no siempre resultan tan evidentes, las discriminaciones de tipo legal (41; 42; 59; 154-155) o el efecto sobre el nivel de servicios sanitarios y sociales para estas personas que tiene el estigma (41; 67; 144), a la vez resultado y refuerzo (64), en el ámbito de las políticas públicas, de los estereotipos y prejuicios sociales así como de su reflejo en las imágenes de los medios de comunicación (67; 68).

A este respecto suelen olvidarse efectos derivados de legislaciones que restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio (21; 41; 42), incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc. Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios, juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no sólo de la familia o el entorno social. Y también que la atención sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales (18).

Pero además, hay dificultades de atención en servicios generales tanto sanitarios como sociales, educativos, de empleo, etc. (12). A ese respecto no se tienen en cuenta habitualmente aspectos como el uso indebido de los diagnósticos o el trato desigual y poco respetuoso, sin olvidar la discriminación pura y simple que se da en muchas ocasiones con y sin apoyo de la ley. Así, aunque las restricciones legales al uso de determinados servicios generales vayan disminuyendo sigue habiendo todavía, como todos sabemos, discriminaciones efectivas en la atención sanitaria no especializada en salud mental o en el acceso a servicios sociales generales, educativos, legales o de empleo, discriminaciones que hunden sus raíces en la visión tradicional del Hospital Psiquiátrico como espacio exclusivo y universal para la «atención» a las personas con este tipo de problemas.

I.3.2. *La «autoestigmatización» y sus consecuencias*

Un aspecto diferente, más difícil aún de medir, aunque igualmente negativo en términos generales, a juzgar por las opiniones de los directamente afectados, es el ya referido del «autoestigma» (10; 14; 17) (ver cuadro 1). De hecho, los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. En primer lugar, porque, a este respecto, muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población general (12; 14; 156), asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad (20; 140-141), con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe así como la autoestigmatización conduce a una real desmoralización (12; 145), con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima (139-141), favoreciendo el aislamiento (12) y dificultando la petición de ayuda (conductas similares a las de otras personas tanto «desacreditadas» como potencialmente «desacreditables» utilizando la terminología de Goffman). Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que según los modelos de vulnerabilidad (2), aumenta el riesgo de recaídas (13) e incluso de suicidio.

Pero no en todos los casos las personas afectadas, al igual que en otros tipos de estigma (45), reaccionan interiorizando las actitudes prevalentes, según el modelo de la autoestigmatización (10; 17; 139-145). De hecho desde el análisis psicosociológico y sociológico se refieren también otros dos tipos de respuesta alternativos, uno caracterizado por la indiferencia y otro, que sustenta una interesante línea de investigación, mencionada anteriormente, basado en la autoafirmación o «empowerment» (8; 10; 45; 127; 157-158). Parecería que la respuesta depende del análisis que la persona afectada hace de la situación (10; 17), en función de variables personales, pero también del contexto social y especialmente del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuenta (158-160). De ahí el papel fundamental de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, así como la colaboración de las y los profesionales para potenciar este aspecto defensivo frente al estigma, que no solo representa una interesante concepción filosófica ligada a los movimientos de rehabilitación psicosocial (2), sino que tiene consistencia teórica y operativa (161) y sobre el que existe, además, evidencia creciente relativa a su utilidad en el proceso de recuperación (2; 162-163).

Un aspecto relacionado con estos, que enlaza indirectamente con el debate anteriormente resumido sobre el etiquetado y las estrategias de «medicalización– normalización», tiene que ver con el reconocimiento público de padecer una enfermedad mental y sus efectos contradictorios: la conciencia de enfermedad favorece la adherencia al tratamiento pero puede implicar un estigma más acentuado (14; 17; 127;

140; 157), asociado al inicio de un proceso específico de pérdida de oportunidades y marginación. Aspecto igualmente pendiente de valoración empírica rigurosa (257).

I.3.3. *Estigma por extensión o «asociación»* (33)

También se describen efectos sobre las familias de personas con trastornos mentales graves (12; 20; 164-166), en línea similar a los que sufren ellas mismas, dando lugar también a fenómenos de autoestigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descrédito añadido (12; 129; 165; 166). Con el consiguiente empobrecimiento de su red social e importantes limitaciones (y «autolimitaciones») en el acceso a servicios de ayuda.

Y, finalmente, también se mencionan aunque tampoco sean fácilmente medibles, efectos sobre los servicios de salud mental (167-170). Por una parte en relación con los conocimientos, habitualmente insuficientes y distorsionados, que suele haber con respecto a la eficacia de los tratamientos existentes (36; 57; 167) y por otra porque, más allá de la anecdótica desconfianza hacia «los psiquiatras», clásicamente incorporada al humor social, todo el sector, incluyendo sus profesionales, sufre distintas formas más o menos disimuladas de desvalorización desde otros sectores y profesionales de la Salud, así como desde sectores sociales más amplios. Además de los ya referidos efectos estructurales sobre inversiones en investigación, desarrollo de servicios y medidas específicas de apoyo (41-171).

II. *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental.* *Aprendiendo de la experiencia*

El desarrollo de actividades de efectividad razonable para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales debe tener en cuenta la información anterior, pero también y muy especialmente la referida a programas e intervenciones que han sido sometidas a algún tipo de comprobación empírica (26). En definitiva, se trata de aprender de la experiencia, no solo específicamente referida a personas con enfermedades mentales, sino también de la relacionada con las luchas a favor de otros grupos objeto de estigma y discriminación (157): mujeres, minorías étnicas, personas con orientaciones sexuales diversas, etc.

A ese respecto, en las últimas décadas, se ha ido acumulando alguna información de interés (8; 12; 14; 15; 37; 52; 110; 172-178), habitualmente concordante con los conocimientos psicológicos y sociales anteriormente resumidos (17; 20; 30; 33; 35), a pesar de que muchos de los datos de que se dispone son todavía parciales y hay una gran escasez de estudios sistemáticos, globales y especial-

mente orientados a medir consecuencias sobre la conducta real (y no solo sobre las actitudes), con diseños prospectivos y a largo plazo.

II.1. *La experiencia de programas y campañas antiestigma en salud mental: tres estrategias básicas de distinta utilidad*

En términos generales, desde la Psicología Social y la Sociología se han estudiado tres estrategias, ya mencionadas anteriormente y que han mostrado éxitos y fracasos diferenciados en otros sectores objeto de estigmatización: protesta, educación y contacto social (10; 17; 20; 157; 172; 175; 179-181). Estrategias que también pueden servirnos para repasar la experiencia acumulada en relación con las personas con enfermedades mentales graves (11; 17; 20; 172-183).

II.1.1. *Movilización y protesta social*

La protesta social, que ha resultado aparentemente útil en otros movimientos de lucha contra el estigma y la discriminación, parece tener claros efectos a corto plazo, disminuyendo, por ejemplo, la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas. Pero no garantiza por sí sola una utilidad a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos, habiendo incluso evidencia de «efectos rebote» de medidas basadas exclusivamente en la protesta (20; 175; 179-181).

En nuestro campo, a imagen de otros grupos minoritarios objeto de estigmatización, distintas asociaciones de personas afectadas (tanto usuarios y usuarias como familiares) y también de profesionales y personas interesadas por el problema y los derechos civiles en general, vienen realizando protestas públicas de mayor o menor envergadura y consecuencias con respecto a situaciones de discriminación, a distintos niveles y en distintos países. Aunque no parece haber estudios experimentales (al menos publicados) al respecto, los resultados, tanto del efecto de «lobby» (8; 180; 181) en general como de distintas protestas concretas, suelen suponer la disminución o supresión al menos temporal de alguna forma específica de discriminación, o algunos cambios temporales en los mensajes de los medios de comunicación, pero no una mejora sostenida y constatable en las actitudes reales ni, especialmente, en la conducta general hacia dichas personas (175; 179; 180). Pero sí parecen, por el contrario, contribuir a mejorar la auto percepción y capacidad de manejo de los usuarios y usuarias que participan en movimientos de reivindicación y protesta (141; 145), en línea con lo que venimos refiriendo sobre autoafirmación y *empowerment*.

II.1.2. *Información y educación de la población general y sus diversos sectores*

Más útiles resultan los programas educativos, especialmente de larga duración y si incluyen no sólo la transmisión pasiva de información sino la discusión, la presentación de casos reales y, especialmente, con presencia de personas afectadas (17; 20; 53; 172; 173; 175; 177; 179-182; 184-186). Aun así, la ya referida resistencia de los estereotipos tampoco garantiza que, por sí sola, la educación resuelva el problema, no existiendo demasiados datos de su capacidad para cambiar, no ya creencias o actitudes en sentido más general, sino especialmente conductas reales y, por tanto, discriminaciones efectivas. Hay que tener en cuenta también el riesgo de inutilidad de actividades que huelan a propaganda, que suelen convencer básicamente a los ya previamente convencidos (20).

En lo que respecta a las personas con trastornos mentales, en las últimas décadas se han desarrollado en distintos lugares algunos programas («campanías») específicamente dirigidos a cambiar las actitudes sociales hacia ellas, unas veces con carácter general y otras en relación con enfermedades específicas, especialmente esquizofrenia y depresión (11; 20; 50; 184-186). A pesar de las importantes diferencias en la extensión territorial, temporal y de tipo de intervenciones contempladas⁸ en una gran parte de los casos incluían como elemento importante, cuando no exclusivo, intervenciones de carácter pretendidamente educativo (a veces meramente informativo) a través de los medios de comunicación. En bastantes ocasiones, sin embargo, especialmente en las campañas focalizadas en trastornos depresivos, la información versaba más sobre el conocimiento de la enfermedad y de los tratamientos biológicos⁹, que sobre otro tipo de conocimientos y creencias poblacionales.

En general, los escasos datos de evaluación publicados muestran básicamente la escasa utilidad de intervenciones de corta duración y de carácter exclusivamente informativo, así como de mensajes muy generales (para todos los problemas y todos los grupos sociales). Por el contrario, en concordancia con los conocimientos generales de la Psicología Social y la Sociología, parece que es más útil desarrollar iniciativas complejas, que combinen distintos mecanismos y se prolonguen razonablemente en el tiempo (11; 15). Iniciativas que deben incluir intervenciones clara-

⁸ Las más destacadas, por su magnitud y duración son, probablemente, la de la Asociación Mundial de Psiquiatría, «Esquizofrenia: abre las Puertas» (19), en el ámbito internacional, y, en un ámbito territorial más reducido, en este caso el Reino Unido, la del Royal College of Psychiatrists, «Changing Minds: Every Family in the Land» (11).

⁹ Lo que bien pudiera provocar, al menos en mentes quizás un tanto «malévolas» o desconfiadas, la sospecha de un interés promocional de la industria farmacéutica, además de la innegable y genuina preocupación por la situación de los pacientes, como uno de los factores motivadores de algunas «campanías».

mente definidas (172; 184) para grupos específicos (especialmente profesionales de los medios de comunicación y personal docente (184-188)), así como para sectores poblacionales concretos (9; 51) (por ejemplo, empresarios y vecindario de estructuras residenciales (175; 189)). Y siempre con mensajes diferenciados para distintos problemas de salud mental (9; 11) y tipos de creencias a modificar (especialmente las de peligrosidad e imprevisibilidad en el caso de enfermedades o trastornos graves (172; 180-182; 190,191)). En definitiva, que hay que establecer intervenciones con objetivos claramente segmentados y definidos (172; 180), que se articulen entre sí durante un tiempo prolongado y que se integren en políticas y estrategias más generales.

Por último, parece que, si lo que se pretende es cambiar actitudes como vía para cambiar conductas, lo menos importante son las medidas predominantemente informativas, siendo necesario, como en todo proceso educativo, integrar información, discusión e interacción social con las personas que tienen los problemas (53). Buscando, además, contrarrestar el efecto general de las campañas educativas, que suelen ser más efectivas para cambiar actitudes hacia el problema «en general» que hacia las personas concretas directamente afectadas (175).

II.1.3. *El contacto y la interacción social*

Lo que nos lleva por último a la tercera estrategia, la que apuesta por el contacto directo como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas (17; 20; 157; 172; 175-176; 180; 183), en concordancia con los conocimientos psicológicos y sociológicos que indican que las actitudes se refuerzan y cambian en la interacción social. Así, hay información abundante sobre la utilidad de favorecer la interacción y su capacidad para poner en marcha en los participantes procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de ideas y actitudes nuevas, lo que se ve favorecido especialmente en situaciones de igualdad de estatus, de apoyo institucional y de contactos con personas con conductas y rasgos «intermedios». Es decir, de personas que no respondan básicamente al estereotipo ni se alejen demasiado de él, presentando «enfermos perfectos», que parecen irreales y excesivamente disonantes. Y, también, de que las interacciones se produzcan en el «mundo real» y no solo en el «laboratorio» (8; 17; 172; 176).

En el caso de las personas con enfermedad mental, la estrategia empieza a contar también con alguna evidencia experimental (17; 20; 115-119; 157; 174-176), incluso prospectiva (119). Así, la asociación entre contacto y actitudes más favorables está cada vez mejor establecida, aunque es necesaria más investigación para dilucidar claramente los mecanismos intervinientes, que pudieran basarse en una recategorización a partir de la experiencia, y/o actuar predominantemente sobre las atribuciones de responsabilidad-irresponsabilidad. Lo que, en este últi-

mo caso, parece que podría generar simpatía asociada al reconocimiento de la falta de culpabilidad de la persona (172; 175).

Por otro lado, en cualquiera de los casos, hay que mencionar de nuevo la utilidad de estrategias de autoafirmación y «empowerment», así como el papel de los apoyos institucionales y de los grupos de afectados (8; 35; 158-160; 174-176), que son protagonistas principales de intervenciones de protesta, pero también de las interacciones personales que favorecen procesos educativos y de contacto e interacción social en general.

II. 2. *Principales líneas de intervención sobre el estigma. Hacia un modelo basado en la información disponible*

La revisión de la información publicada en los últimos años debería permitirnos ahora establecer mejor las bases de un modelo orientador de las intervenciones sobre el estigma. Así, tras resumir una vez más los aspectos más significativos de la información recopilada, vamos a sintetizar nuestra interpretación, proponiendo finalmente las líneas básicas de lo que pensamos que puede ser un modelo razonable, esperando que el debate profesional y la experiencia investigadora y de intervención que a partir del mismo podamos desarrollar entre todos, nos ayude a irlo mejorando progresivamente.

II.2.1. *Recapitulando información*

El estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales graves se presenta, por lo que hemos podido ver, como un fenómeno fundamentalmente social aunque con importantes componentes individuales, en términos de causas y especialmente de repercusiones. Lo que implica que también sus posibles soluciones necesiten intervenciones a niveles sociales y personales, algunas de ellas, aunque no todas ni las más importantes, de carácter sanitario en general y, específicamente, clínico.

En concreto, los conocimientos actuales permiten afirmar razonablemente que:

1. Se trata de un fenómeno probablemente universal, que entronca con mecanismos habituales del conocimiento y la dinámica social y resulta por ello difícil de erradicar.
2. Tiene, como sucede en general con las actitudes sociales, componentes personales cognitivos, emocionales y conductuales, además de aspectos estructurales, que, aunque se dan unidos, tienen dinámicas, efectos causales y condiciones de «vulnerabilidad» propias.

3. Funciona sobre personas y grupos concretos (en nuestro caso preferentemente personas con trastornos mentales graves) a través de un proceso en varias fases, que van desde la identificación y etiquetado, la aplicación de estereotipos y la separación «ellos-nosotros», a distintas repercusiones emocionales en unos y otros; todo ello con resultados negativos en términos de discriminación y siempre sobre la base de situaciones de asimetría de poder.
4. En lo que respecta concretamente a personas con graves problemas de salud mental, hay una serie de factores que parecen contribuir a su desarrollo y/o refuerzo, como son: a) Las conductas extrañas, características de muchas personas con este tipo de problemas y que se relacionan con los síntomas de la enfermedad, pero también con el efecto de fármacos y las condiciones de vida habituales de una parte significativa de las mismas, en parte derivadas de una deficiente atención. b) El propio diagnóstico y uso de los servicios especializados de salud mental, que los identifican como «diferentes». c) Los episodios de violencia que cometen ocasionalmente una minoría de estas personas. d) Las imágenes difundidas desde los medios de comunicación que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas. e) Los servicios tradicionales de salud mental (Hospitales Psiquiátricos), basados en lógicas de exclusión y defensa sociales y separados del resto de los servicios. f) Y algunas conductas profesionales, tanto en sectores sanitarios como no sanitarios, incluidos los propios servicios de salud mental.
5. Hay distintas estrategias de utilidad diversa, como son la protesta, la educación y el contacto social, siendo esta última especialmente valorada como útil, junto con las intervenciones más estructurales.
6. Y, como siempre, hay muchos aspectos que necesitan ser explorados con metodología rigurosa para completar nuestro conocimiento del problema y nuestra valoración de estrategias y procedimientos de intervención.

II.2.2. *Una estrategia compleja para un problema complejo*

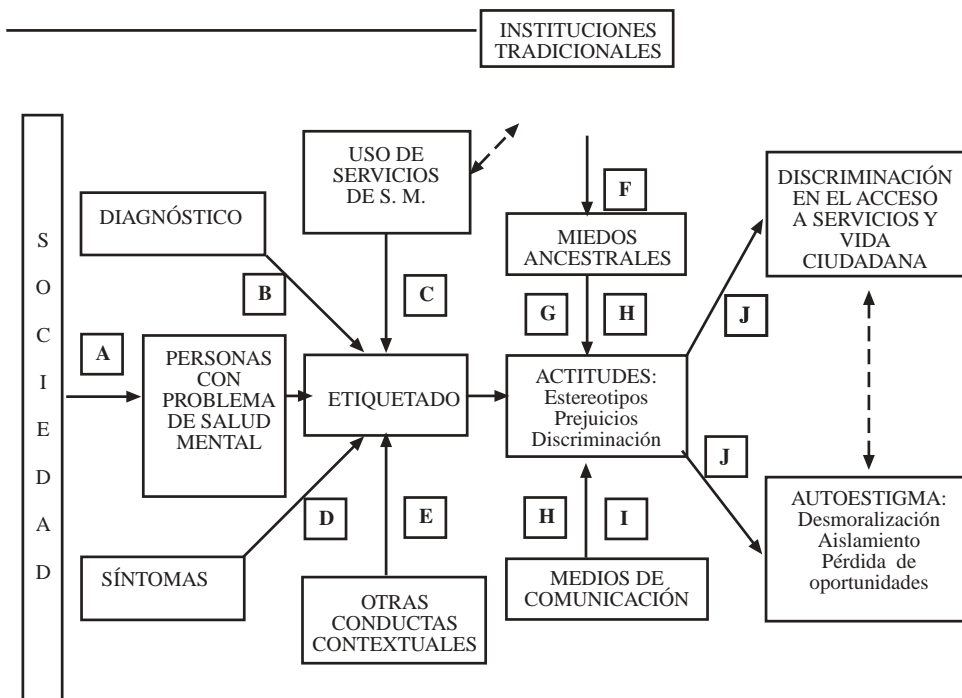
En conjunto, esos aspectos permiten establecer, con una cierta «razonabilidad» aunque sin grandes concesiones al optimismo, algunos elementos básicos para una estrategia de intervención. Estrategia que se plantea dos grandes objetivos: interrumpir los procesos de estigmatización, modificando las actitudes sociales prevalentes y eliminando factores de refuerzo, por un lado, y, paralelamente, disminuir el impacto que el estigma tiene sobre las personas afectadas y ayudarlas a desarrollar estrategias personales más adecuadas para el manejo del problema (11; 14; 15; 17; 36; 50; 171-178).

Para ello es necesario articular, en procesos sostenidos y de larga duración, una serie de intervenciones diferentes pero que deben planificarse y desarrollarse de manera conjunta e interrelacionada, además de someterse a evaluación empírica. El Cuadro 2 intenta sistematizar las más importantes, relacionándolas con los pasos o etapas más significativos del proceso de estigmatización, y el texto que sigue las expone de manera un poco más detallada y siguiendo un orden diferente, empezando por las que suelen ser más habituales.

1. Aunque la *información* por sí sola no garantiza cambios efectivos en las actitudes ni en las conductas, es necesario dar información correcta, segmentada (50; 52; 53; 115; 180; 181; 186) según objetivos, contenidos y sectores, preferentemente integrada en los sistemas habituales de formación e información, evitando que suene a propaganda, y utilizando mecanismos interactivos de probada eficacia en otros sectores. En definitiva, que la información debe integrarse en procesos educativos de dinámica interactiva o, como decía Allport, que lo que hace falta no es tanto «información sobre» cuanto «conocimiento de/con», es decir obtenido de forma compartida (53).

En lo que respecta a los ámbitos, además de intervenciones específicas con sectores poblacionales concretos, si queremos llegar a la población general es necesario intervenir sobre el sistema educativo (184; 185; 187; 188; 190), además de sobre los medios de comunicación (8; 20; 144) y, a ser posible, sobre lo que podemos denominar «Industria del ocio», cuya capacidad de integrar información útil y repercusiones emocionales positivas y negativas es clara (14; 20; 52; 186). En relación con los medios de comunicación no se trata de impedir que se dé información sobre acontecimientos negativos, sino que se traten correctamente, sin añadir ideas falsas o exageradas y que, además, se difundan también acontecimientos e iniciativas positivas, que suelen ser habitualmente menos noticiables (17; 67; 72; 192).

Cuadro 2
Etapas del proceso de estigmatización y posibilidades de intervención



TIPOS DE INTERVENCIONES

- A. Disminución de las asimetrías de poder.
- B. Uso razonable de los diagnósticos.
- C. Atención integrada en sistemas generales.
- D. Atención sanitaria efectiva.
- E. Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo.
- F. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos.
- G. Educación de distintos sectores de la población.
- H. Contacto e interacción social.
- I. Trabajo con los medios de comunicación.
- J. Medidas legales.
- K. Apoyo personal y familiar.

En relación con los contenidos y aunque parece más efectivo centrarse en objetivos concretos que en temas generales (9; 17; 20; 127; 189-190), parece conveniente, sobre la base de la información sobre conocimientos y actitudes concretas, actualizar información científica sobre las distintas enfermedades mentales (11; 57) y sus tratamientos, aunque con la prudencia necesaria, mientras no esté claro el papel de las atribuciones causales ni los modelos de enfermedad (14; 127; 134; 168; 172). Un tema importante, sobre el que hay que insistir con informaciones reales, es el del riesgo de violencia, sobre cuya importancia en la configuración de los estereotipos y temores públicos hemos insistido en su momento (78;

85; 182; 191). Pero especialmente parece útil hablar, más allá de «las enfermedades», sobre las personas que las padecen (190), es decir sobre los problemas concretos, las capacidades y las alternativas posibles en áreas como las relaciones sociales, el alojamiento, el empleo y los derechos humanos básicos (14; 51; 57; 127; 172-173; 187; 190). También es importante considerar el uso de términos que no tiendan a identificar de manera global y exclusiva a las personas con las etiquetas diagnósticas (las personas no *son* esquizofrénicas, *solo* esquizofrénicas y *siempre* esquizofrénicas). Aunque el uso de términos «políticamente correctos», como «usuarios» y «usuarias», «clientes», etc., no parece tener mucha incidencia en el cambio de actitudes ni mucho menos de conductas (193-194).

Y, en relación con los procedimientos, parece necesario evitar intervenciones muy puntuales («campana» esporádica en medios de comunicación), de efectos efímeros cuando no inexistentes, o las «lecciones magistrales» o el adoctrinamiento, que suelen convencer a los ya convencidos (20). Es preferible utilizar intervenciones más continuadas así como mecanismos interactivos, discutiendo las creencias y sentimientos concretos de las personas y favoreciendo la relación con los y las directamente afectadas (173; 187-188).

2. Pero, además, facilitar la *interacción y los contactos sociales* (115; 172) parece una estrategia útil en sí misma, la más indicada para cambiar no sólo las creencias sino los sentimientos y posiblemente las conductas. Para ello, además de distintos programas concretos y locales basados en promover formas de interacción y trabajo en común, es necesario favorecer la integración en la vida cotidiana de personas con problemas de salud mental. Y en todo ello es importante, aunque sea un tema sobre el que insistiremos luego, junto a distintas formas de apoyo estructural, impulsar la participación de los movimientos asociativos de familiares y personas afectadas.

Se trata en todo caso de ofrecer una visión de las personas ejerciendo roles normales (vecino o vecina, trabajador o trabajadora y ciudadano o ciudadana) que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones, mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo. Pero eso significa también que para ello hay que facilitarles oportunidades reales de vivir en la comunidad (2; 172), con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales normales, trabajar en empleos reconocidos y valorados, participar en condiciones de igualdad en tareas comunes y mantener relaciones sociales significativas.

3. Directamente en relación con los movimientos de personas afectadas se sitúan las intervenciones de *protesta*, sobre cuya función contradictoria hemos hablado ya, pero que son un componente inevitable en cualquier estrategia compleja contra el estigma. Aunque aquí es precisa además la intervención profesional y de los poderes públicos, para reforzar el papel y la legitimidad de la pro-

testa y eliminar factores estructurales de discriminación, aspecto este último de particular trascendencia por sus efectos directos, pero también por su refuerzo al cambio de actitudes (48). Y, también aquí, hay que resaltar la utilidad de estrategias que favorezcan la autoafirmación (141; 145) y el aumento de autonomía y capacidad de interlocución (en definitiva de poder) de las personas afectadas y sus asociaciones (194).

4. Un aspecto que no suele tenerse en cuenta pero que parece clave es *eliminar factores de refuerzo*, especialmente el relativo a los sistemas tradicionales de atención. Por ello la desaparición planificada y controlada de las instituciones psiquiátricas monográficas y separadas de la vida social y de los sistemas generales de atención, es decir el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y su sustitución por redes de servicios comunitarios, integrados en los sistemas sanitarios y sociales públicos (2; 4; 7-8; 18; 125; 195-198), aparece como un paso imprescindible en la lucha contra el estigma. En el mismo sentido hay que considerar el papel de las legislaciones específicas (195), los procedimientos coercitivos (59) y el uso inadecuado del diagnóstico (193; 199).

Pero también es necesaria, y ambos aspectos deben ir unidos, la prestación de una *atención sanitaria y social* de calidad técnica y humana, es decir efectiva a la vez que respetuosa y promotora de poder e igualdad en usuarios y usuarias (197; 199-200). Atención que debe ser precoz y continuada, priorizando a las personas con mayores dificultades y problemas (2; 195-196; 199) e intentando mejorar su situación y condiciones de vida en la comunidad, a la vez que prevenir la violencia en los pocos casos en que puede darse (9).

5. El *apoyo a las personas afectadas* directamente por el problema (pacientes y familiares) es, a ese respecto, igualmente necesario, enfatizando de nuevo el papel del movimiento asociativo, además del apoyo individualizado y el entrenamiento en estrategias de manejo del estigma, que deben incorporarse al tratamiento habitual (8; 144). Aspectos que afectan igualmente a los familiares (165-166). Y ambos, familiares y usuarios y usuarias, deben ser tenidos en cuenta individual y colectivamente en el diseño, desarrollo y evaluación de las intervenciones contra el estigma (18-19).

6. En todo ello y como hemos podido ver a lo largo del texto, hay una serie de «*agentes*» *sociales* que deben ser objeto de especial interés, por su papel clave en distintos momentos y etapas del proceso de estigmatización y, por tanto del de «desestigmatización» (8; 20; 185-186). Aquí hay que mencionar a profesionales de medios de comunicación (191-192), al personal docente (185; 188), pero también a empresarios (180), profesionales de Atención Primaria de Salud (13), de los

servicios sociales comunitarios y de otros servicios de ayuda a las personas, entre ellos la Policía (113; 201). Pero también y de manera específica a los y las profesionales de salud mental que, como hemos visto, no somos inmunes al estigma a la vez que tenemos muchas oportunidades de contribuir a mejorar la situación, tanto en términos generales actuando en funciones de «educadores sanitarios» de la población, cuanto en el «olvidado» terreno del día a día de nuestra actividad de atención directa (110; 199-200).

A este respecto y como ya hemos comentado, hay dudas razonables con respecto a la pertinencia de que seamos las y los profesionales de salud mental y, específicamente las y los psiquiatras¹⁰, quienes asuman o asumamos el protagonismo directo en la lucha contra el estigma. Además de razones históricas, repetidamente señaladas desde los movimientos críticos que están en el origen de los modelos comunitarios, que permiten hablar del papel estigmatizante de la Psiquiatría tradicional (7; 202) (y de mucha de la no tan tradicional, podríamos añadir razonablemente hoy), hay debates importantes sobre el carácter social del estigma y el papel contradictorio del diagnóstico y el tratamiento, a algunos de los cuales hemos aludido anteriormente (126-128; 199).

Está claro que este combate exige medidas multisectoriales y es evidente que no hay razones «de principio» para excluir a profesionales de salud mental que mantengan orientaciones teóricas biopsicosociales y posiciones basadas en el paradigma tecnológico comunitario, pero no podemos olvidar que esta posición no es, hoy por hoy, la única ni la claramente dominante en muchos de los servicios públicos de salud mental del Estado.

7. Y, por último, como hemos podido comprobar en nuestra exposición, es evidente que sabemos algunas cosas sobre el estigma pero ignoramos todavía muchas otras.

Por ello la necesidad de desarrollar *investigaciones* coordinadas y multidisciplinarias, tanto de carácter básico como aplicado, es evidente. En un caso para mejorar nuestro conocimiento de las complejidades de los procesos de estigmatización y sus consecuencias individuales y colectivas, y en el otro para medir la efectividad de nuestras intervenciones (43; 99; 127).

¹⁰ Las dos campañas públicas de mayor envergadura, anteriormente mencionadas, son protagonizadas por organizaciones específicamente psiquiátricas: la Asociación Mundial de Psiquiatría y el Royal College of Psychiatrists. Y ambas han sido criticadas por poner en primer plano y sin demasiada valoración autocrítica la promoción de la Psiquiatría y de los tratamientos farmacológicos (203; 204), como si esta fuese la principal estrategia a desarrollar contra este complejo fenómeno social y sin tener en cuenta, además, el papel contradictorio que puede jugar, incluso si todos o la mayoría de sus profesionales tuvieran orientaciones y prácticas favorables al respecto.

ORIGINALES Y REVISIONES

A ese respecto, algunas de las áreas prioritarias son las relativas a la elaboración y comprobación empírica de modelos teóricos sobre distintos aspectos del proceso de estigmatización y las diferentes estrategias de cambio, el análisis del funcionamiento de los medios y su tratamiento de las noticias relacionadas con las personas con enfermedades mentales (71), al estudio de las estrategias de manejo personal, las evaluaciones de efectividad de las distintas intervenciones (127) y la búsqueda de medidas estandarizadas de repercusión en usuarios y familiares (165). Y, en todo ello, estableciendo comparaciones entre distintos sectores de nuestras sociedades y distintas sociedades y culturas.

Distintas intervenciones cuya combinación planificada y coordinada puede permitirnos avanzar en el difícil camino de mejorar las actitudes sociales y las discriminaciones efectivas hacia las personas con trastornos mentales graves, contribuyendo a un objetivo más general, relacionado con lo que Haghghat refiere como «desarrollo de culturas que promuevan la desestigmatización» (37) y eviten la consiguiente marginación, tanto de ésta como de otras minorías sociales. En definitiva, que aumenten la tolerancia social hacia las personas diferentes, lo que sin duda significa promover «salud mental» o, más en general, salud.

Siempre que eso sea lo que realmente queremos, porque, evidentemente, si de lo que se trata es de promocionar el consumo de fármacos o de hacer ver que hacemos algo, las estrategias pueden entonces ser considerablemente más simples.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LEFF, J. (ed.), *Care in the Community: Illusion or Reality?*, Londres, Wiley & Sons, 1997.
- (2) LÓPEZ, M.; LAVIANA, M., «Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2007, XXVII, 99, pp. 187-223.
- (3) THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G. (eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 2001.
- (4) U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, National Institute of Mental Health, 1999.
- (5) RUIZ, M.; SERRANO, V.; SÁNCHEZ, E., «Historia de las actitudes hacia la enfermedad mental», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.*, 1988, 16, 4, pp. 285-293.
- (6) FOUCAULT, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimard, 1972.
- (7) LÓPEZ, M.; LAVIANA, M.; GARCÍA-CUBILLANA, P., «Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria», en PÉREZ, F. (coord.), *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2006, pp. 237-273.
- (8) ANGERMEYER, M. C.; SCHULZE, B., «Reducing the Stigma of Schizophrenia: Understanding the Process and Options for Interventions», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2001, 10, 1, pp. 1-7.

- (9) ARBOLEDA-FLOREZ, J., «Considerations on the Stigma of Mental Illness», *Can J. Psychiatry*, 2003, 48, 10, pp. 645-650.
- (10) CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C., «Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 16-20.
- (11) CRISP, A. H., y otros, «Stigmatisation of People with Mental Illness», *Br. J. Psychiatry*, 2000, 177, pp. 4-7.
- (12) FARINA, A., «Stigma», en MUESSER, K. T.; TARRIER, N., *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston, Allyn and Bacon, 1998, pp. 247-279.
- (13) GRAY, A. J., «Stigma in Psychiatry», *J. R. Soc. Med.*, 2002, 95, pp. 72-76.
- (14) HAYWARD, P.; BRIGHT, J. A., «Stigma and Mental Illness: a Review and Critique», *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 4, pp. 345-354.
- (15) KADRI, N.; SARTORIUS, N., «The Global Fight Against the Stigma of Schizophrenia», *Plos Medicine*, 2005, 2, 7, pp. 597-599, en www.plosmedicine.org.
- (16) PENN, D. L.; WYKES, T., «Stigma, Discrimination and Mental illness», *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3, pp. 203-208.
- (17) RÜSCH, N.; ANGERMEYER, M. C.; CORRIGAN, P., «Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma», *Eur. Psychiatry*, 2005, 20, pp. 529-539.
- (18) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding*, Ginebra, New Hope, WHO, 2001.
- (19) WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Schizophrenia Open the Doors. Vol. II: Information about Schizophrenia Relevant to Programme Implementation* (versión en castellano disponible en: www.esquizofreniaabrelaspuertas.com).
- (20) CORRIGAN, P. W.; PENN, D. L., «Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma», *Am. Psychol.*, 1999, 54, 9, pp. 765-776.
- (21) CORRIGAN, P., y otros, «Perceptions of Discrimination Among Persons with Serious Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2003, 54, 8, pp. 1.105-1.110.
- (22) WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *The WPA Global Program to Reduce Stigma and Discrimination Because Schizophrenia. Bibliography 2005*. Disponible en www.openthedoors.com.
- (23) ANGUIS, M.; ROELANDT, J. L.; CARIA, A., «La perception des problèmes de santé mentale: les résultats d'une enquête sur neuf sites», *DREES, Études et Résultats*, 2001, p. 116.
- (24) BELLAMY, V.; ROELANDT, J. L.; CARIA, A., «Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en population générale», *DREES, Études et Résultats*, 2004, p. 347.
- (25) ROELANDT, J. L., y otros, «La santé mentale en population générale: résultats de la première phase d'enquête 1998-2000», *L'Information Psychiatrique*, 2003, 79, 10, pp. 867-878.
- (26) ANGERMEYER, M. C., «From Intuition to Evidence-based Anti-stigma Interventions», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 21-22.
- (27) LÓPEZ, M., «Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la «cronicidad» en salud mental», en VERDUGO, M. A.; LÓPEZ, D.; GÓMEZ, A.; RODRÍGUEZ, M. (eds.), *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas*, Salamanca, Amaru, 2002, pp. 75-105.
- (28) LÓPEZ, M.; LARA, L.; LAVIANA, M., «La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental», en ESPINO, A.; OLABARRÍA, B., *La formación de los profesionales de la Salud mental en España*, Madrid, AEN, 2003, pp. 269-301.
- (29) ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A., *Psicología social. Perspectivas psicológicas y sociológicas*, Madrid, McGraw Hill, 2003.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (30) PILGRIM, D.; ROGERS, A., *A Sociology of Mental Health and Illness*, Buckingham, Open University Press, 1999.
- (31) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «Labelling –Stereotype– Discrimination. An Investigation of the Stigma Process», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2005, 40, 5, pp. 391-395.
- (32) FAZIO, R. H.; OLSON, M. A., «Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences», en HOGG, M. A.; COOPER, J. (eds.), *The Sage Handbook of Social Psychology*, Londres, Sage, 2003, pp. 139-160.
- (33) GOFMAN, E., *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
- (34) JONES, M., *Social Psychology of Prejudice*, Nueva Jersey, Prentice Hall, 2001.
- (35) HEATHERTON, T. F., y otros, *The Social Psychology of Stigma*, Nueva York, Guilford Press, 2000.
- (36) CRISP, A., «The Tendency to Stigmatise», *Br. J. Psychiatry*, 2001, 178, pp. 197-199.
- (37) HAGHIGHAT, R., «A Unitary Theory of Stigmatisation. Pursuit of Self-interest and Routes to Destigmatisation», *Br. J. Psychiatry*, 2001, 178, pp. 207-215.
- (38) LEÓN, J. M., y otros, *Psicología Social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*, Madrid, McGraw Hill, 1998.
- (39) MORALES, J. F.; MOYA, M. C., *Tratado de Psicología Social. Volumen I: procesos básicos*, Madrid, Síntesis, 1996.
- (40) MARICHAL, F.; QUILLES, M. N., «La organización del estigma en categorías. Actualización de la taxonomía de Goffman», *Psicothema*, 2000, 12, 3, pp. 458-465.
- (41) CORRIGAN, P. W.; MARKOWITZ, F. E.; WATSON, A. C., «Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 481-491.
- (42) CORRIGAN, P. W., y otros, «Structural Stigma in State Legislation», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 557-565.
- (43) LINK, B. G.; YANG, L. H.; PHELAN, J.; COLLINS, P. Y., «Measuring Mental Illness Stigma», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 511-541.
- (44) MARICHAL, F.; QUILLES, M. N., «El estudio del estigma desde la atribución causal», *Revista de Psicología Social*, 1998, 13, 3, pp. 503-511.
- (45) SHIH, M., «Positive Stigma: Examining Resilience and Empowerment in Overcoming Stigma», *Annals of American Academy of Political and Social Science*, 2004, 591, pp. 175-185.
- (46) GAERTNER, S. L., y otros, «How Does Cooperation Reduce Intergroup Bias?», *J. of Pers. Soc. Psychol.*, 1990, 59, 4, pp. 692-704.
- (47) GÓMEZ, A., *Filosofía y metodología de las ciencias sociales*, Madrid, Alianza Editorial, 2003.
- (48) CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C.; OTTATI, V., «From Whence Comes Mental Illness Stigma?», *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2003, 49, 2, pp. 142-157.
- (49) BHUGRA, D., «Attitudes Towards Mental Illness: a Review of the Literature», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1989, 80, pp. 1-12.
- (50) ANGERMEYER, M. C.; DIETRICH, S., «Public Beliefs about and Attitudes Towards People with Mental Illness: a Review of Population Studies», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, 113, pp. 163-179.
- (51) THOMPSON, A. H., «Attitudes about Schizophrenia from the Pilot Site of the WPA Worldwide Campaign against the Stigma of Schizophrenia», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2002, 37, pp. 475-482.
- (52) WARNER, R., «Community Attitudes Towards Mental Disorders», en THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G. (eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 2001, pp. 453-464.

(53) WOLFF, G., «Attitudes of the Media and the Public», en LEFF, J. (ed.), *Care in the Community: Illusion or Reality?*, Londres, Wiley & Sons, 1997, pp. 145-163.

(54) HINSHAW, S. P.; CICHETTI, D., «Stigma and Mental Disorder: Conceptions of Illness, Public Attitudes, Personal Disclosure, and Social Policy», *Dev. Psychopathol.*, 2000, 12, 4, pp. 555-98.

(55) Instituto Andaluz de Salud Mental, *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*, Sevilla, Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1989.

(56) LINK, B. G., «Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance», *Am. J. Public Health*, 1999, 89, 9, pp. 1.328-1.333.

(57) MAGLIANO L., y otros, «Perception of Patient's Unpredictability and Beliefs on the Causes and Consequences of Schizophrenia», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2004, 39, pp. 410-416.

(58) MAN, C. E.; HIMELEIN, M. J., «Factors Associated with Stigmatization of Persons with Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 55, 2, pp. 185-187.

(59) PESCOLIDO, B. A., y otros, «The Public's Views of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons with Mental Health Problems», *Am. J. Public Health*, 1999, 89, 9, pp. 1339-1345.

(60) PHELAN, J. C.; LINK, B. G., «The Growing belief that People with Mental Illnesses Are Violent: the Role of the Dangerousness Criterion for Civil Commitment», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33, supl. 1, pp. 7-12.

(61) BROCKINGTON, I. F.; HALL, P.; LEVINGS, J.; MURPHY, C., «The Community's Tolerance of the Mentally Ill», *Br. J. Psychiatry*, 1993, 162, pp. 93-108.

(62) WOLFF, G.; PATHARE, S.; CRAIG, T.; LEFF, J., «Community Attitudes to Mental Illness», *Br. J. Psychiatry*, 1996, 168, pp. 183-190.

(63) ANGERMEYER, M. C.; BECK, M.; MATSCHINGER, H., «Determinants of the Public's Preference for Social Distance from People with Schizophrenia», *Can. J. Psychiatry*, 2003, 48, 10, pp. 663-668.

(64) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «Social Distance Towards the Mentally Ill: Results of Representative Surveys in the Federal Republic of Germany», *Psychol. Med.*, 1997, 27, pp. 131-141.

(65) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People with Schizophrenia: Results from a Representative Survey in Germany», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 4, pp. 1.049-1.061.

(66) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H.; CORRIGAN, P. W., «Familiarity with Mental Illness and Social Distance from People with Schizophrenia and Major Depression: Testing a Model Using Data from a Representative Population Survey», *Schizophr. Res.*, 2004, 69, pp. 175-182.

(67) EDNEY, D. R., *Mass Media and Mental Illness: a Literature Review*, Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004, en www.ontario.cmha.ca.

(68) STOUT, P. S.; VILLEGAS, J.; JENNINGS, N. A., «Images of Mental Illness in the Media: Identifying Gaps in the Research», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 543-561.

(69) CORRIGAN, P. W., y otros, «Newspaper Stories as Measures of Structural Stigma», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 551-556.

(70) INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL, *Salud mental y prensa*, Sevilla, Consejería de Salud, 1987.

(71) SIEFF, E. M., «Media Frames of Mental Illnesses: the Potential Impact of Negative Frames», *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3, pp. 259-269.

(72) STUART, H., «Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention», *Can. J. Psychiatry*, 2003, 48, 10, pp. 651-656.

ORIGINALES Y REVISIONES

(73) SARTORIUS, N., «Iatrogenic Stigma of Mental Illness. Begins with Behaviour and Attitudes of Medical Professionals, Especially Psychiatrists», *B. M. J.*, 2002, 324, pp. 1.470-1.471.

(74) LAUBER, C., y otros, «What about Psychiatrist's Attitude to Mentally Ill People?», *Eur. Psychiatry*, 2004, 19, pp. 423-427.

(75) LAUBER, C., y otros, «Do Mental Health Professionals Stigmatize their Patients?», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, 113, sup. 429, pp. 51-59.

(76) MAGLIANO, L., y otros, «Beliefs of Psychiatric Nurses about Schizophrenia: a Comparison with Patients' Relatives and Psychiatrists», *Int. J. Soc. Psychiatry*, 50, 4, pp. 319-330.

(77) MAGLIANO, L., y otros, «Beliefs about Schizophrenia in Italy: a Comparative Nationwide survey of the General Public, Mental Health Professionals and Patient's Relatives», *Can J. Psychiatry*, 2004, 49, 5, pp. 322-330.

(78) CLARK, T.; ROWE, R., «Violence, Stigma and Psychiatric Diagnosis: the Effects of a History of Violence on Psychiatric Diagnosis», *Psychiatr. Bull.*, 2006, 30, pp. 254-256.

(79) ANGERMEYER, M. C.; COOPER, B.; LINK, B. G., «Mental Disorder and Violence: Results of Epidemiological Studies in the Era of De-institutionalization», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33, supl. 1, pp. 1-6.

(80) ANGERMEYER, M. C., «Schizophrenia and Violence», *Acta Psychiatr. Scand.* (supl.), 2000, 407, pp. 63-67.

(81) ERONEN, M.; ANGERMEYER, M. C.; SCHULZE, B., «The Psychiatric Epidemiology of Violent Behaviour», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33, supl. 1, pp. 13-23.

(82) APPELBAUM, P. S., «Violence and Mental Disorders: Data and Public Policy», *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, 8, pp. 1.319-1.321.

(83) STUART, H., «Violence and Mental Illness: an Overview», *World Psychiatry*, 2003, 2, 2, pp. 121-124.

(84) WALSH, E.; BUCHANAN, A.; FAHY, T., «Violence and Schizophrenia: Examining the Evidence», *Br. J. Psychiatry*, 2002, 180, pp. 490-495.

(85) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «The Effect of Violent Attacks by Schizophrenic Persons on the Attitude of the Public towards the Mentally Ill», *Social Science and Medicine*, 1996, 43, 12, pp. 1.721-1.728.

(86) ARBOLEDA-FLÓREZ, J.; HOLLEY, H.; CRISANTI, A., «Understanding Causal Paths between Mental Illness and Violence», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33 supl. 1, pp. 38-46.

(87) COID, J., y otros, «Violence and Psychiatric Morbidity in the National Household Population of Britain: Public Health Implications», *Br. J. Psychiatry*, 2006, 189, pp. 12-19.

(88) CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C., «Findings from the National Comorbidity Survey on the Frequency of Violent Behaviour in Individuals with Psychiatric Disorders», *Psychiatr. Res.*, 2005, 136, pp. 153-162.

(89) DOUGLAS, K. S.; OGLOFF, J. R., «Violence by Psychiatric Patients: the Impact of Archival Measurement Source on Violence Base Rates and Risk Assessment Accuracy», *Can J. Psychiatry*, 2003, 48, 11, pp. 734-740.

(90) HODGINS, S., «Epidemiological Investigations of the Associations between Major Mental Disorders and Crime: Methodological Limitations and Validity of the Conclusions», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33, supl. 1, pp. 29-37.

(91) LINK, B. G.; SUEVE, A.; PHELAN, J., «Psychotic Symptoms and Violent Behaviours: Probing the Components of «Threat/control-override» Symptoms», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33 supl. 1, pp. 55-60.

(92) FAZEL, S.; GRANN, M., «The Population Impact of Severe Mental Illness on Violence», *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, pp. 1.397-1.403.

(93) LÖGDBERG, B., y otros, «Schizophrenia, Neighbourhood and Crime», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2004, 110, pp. 92-97.

(94) SWANSON, J. W., y otros, «Psychiatric Impairment, Social Contact, and Violent Behaviour: Evidence from a Study of Outpatient-committed Persons with Severe Mental Disorder», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33 supl. 1, pp. 86-S94.

(95) SWANSON, J. W., y otros, «The Social-environmental Context of Violent Behaviour in Persons Treated for Severe Mental Illness», *Am. J. Public Health*, 2002, 92, 9, pp. 1.523-1.531.

(96) SWANSON, J. W., y otros, «A National Study of Violent Behaviour in Persons with Schizophrenia», *Arch. Gen. Psychiatry*, 2006, 63, pp. 490-499.

(97) GARCÍA, F., «La medición en Epidemiología», en MARTÍNEZ, F., y otros, *Salud Pública*, Madrid, McGraw-Hill, 1997, pp. 149-164.

(98) BREKKE, J. S.; PRINDLE, C.; BAE, S.; LONG, J. D., «Risk for Individuals with Schizophrenia Who Are Living in the Community», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 52, 10, pp. 1.358-1.366.

(99) LEE, S., «The Stigma of Schizophrenia: a Transcultural Problem», *Curr. Opin. Psychiatry*, 2002, 15, pp. 37-41.

(100) LITTLEWOOD, R., «Cultural Variation in the Stigmatisation of Mental Illness», *Lancet*, 1998, 352, 26, pp. 1.056-1.057.

(101) FABREGA, H., «Psychiatric Stigma in Non-Western Societies», *Compr. Psychiatry*, 1991, 32, 6, pp. 534-551.

(102) LEE, S., y otros, «Experience of Social Stigma by People with Schizophrenia in Hong Kong», *Br. J. Psychiatry*, 2005, 186, pp. 153-157.

(103) BOTHA, U. A.; KOEN, L.; NIEHAUS, L., «Perceptions of a South African Schizophrenia Population with Regards to Community Attitudes toward their Illness», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2006, 41, pp. 619-623.

(104) SHIBRE T., y otros, «Perception of Stigma Among Family Members of Individuals with Schizophrenia and Major Affective Disorders in Rural Ethiopia», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2001, 36, 6, pp. 299-303.

(105) ADEWUYA, A. O.; MAKANJUOLA, R. O., «Social Distance towards People with Mental Illness Amongst Nigerian University Students», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2005, 40, 11, pp. 865-868.

(106) KADRI, N.; MANOUDI, F.; BERRADA, S.; MOUSSAOUL, D., «Stigma Impact on Moroccan Families of Patients with Schizophrenia», *Can J. Psychiatry*, 2004, 49, 9, pp. 625-629.

(107) GRIFFITHS, K., y otros, «Stigma in Response to Mental Disorders: a Comparison of Australia and Japan», *B.M.C Psychiatry*, 2006, 6, p. 21.

(108) FABREGA, H., «Psychiatric Stigma in the Classical and Medieval Period: a Review of the Literature», *Compr. Psychiatry*, 1990, 31, 4, pp. 289-306.

(109) FABREGA, H., «The Culture and History of Psychiatric Stigma in Early Modern and Modern Western Societies: a Review of Recent Literature», *Compr. Psychiatry*, 1991, 32, 2, pp. 97-119.

(110) ROSEN, A., «Destigmatizing Day-to-day Practices: what Developed Countries Can Learn from Developing Countries», *World Psychiatry*, 2006, 5, 1, pp. 21-24.

(111) WATSON, A. C.; MILLER, F. E.; LYONS, J. S., «Adolescent Attitudes toward Serious Mental Illness», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2005, 193, 11, pp. 769-772.

(112) CORRIGAN, P. W., y otros, «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.

ORIGINALES Y REVISIONES

(113) WATSON, A. C.; CORRIGAN, P. W.; OTTATI, V., «Police Officer's Attitudes toward and Decision about Persons with Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2004, 55, 1, pp. 49-53.

(114) ANGLIN, D. M.; LINK, B. G.; PHELAN, J. C., «Racial Differences in Stigmatizing Attitudes toward People with Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, 6, pp. 857-862.

(115) ALEXANDER, L. A.; LINK, B. G., «The Impact of Contact on Stigmatizing Attitudes toward People with Mental Illness», *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3, pp. 271-289.

(116) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «The Effect of Personal Experience with Mental Illness on the Attitude towards Individuals Suffering Mental Disorders», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1996, 31, pp. 321-326.

(117) CORRIGAN, P. W., y otros, «Familiarity and Social Distance from People who Have Serious Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 52, 7, pp. 953-958.

(118) COUTURE, S. M.; PENN, D. L., «Interpersonal Contact and the Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3, pp. 291-305.

(119) COUTURE, S. M.; PENN, D. L., «The Effects of Prospective Naturalistic Contact on the Stigma of Mental Illness», *J. Community Psychol.*, 2006, 34, 5, pp. 635-645.

(120) PILGRIM, D.; ROGERS, A. E., «The Troubled Relationship between Psychiatry and Sociology», *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2005, 51, 3, pp. 228-241.

(121) SÁNCHEZ, E., «Sociología y enfermedad mental. Reflexiones en torno a un desencuentro», *Revista Internacional de Sociología*, 2002, 31, pp. 35-58.

(122) HOFFMAN, C.; HURST, N., «Gender Stereotypes: Perception or Rationalization?», *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1990, 58, 2, pp. 197-208.

(123) DÖRNER, K., *Ciudadanos y locos. Historia social de la Psiquiatría*, Madrid, Taurus, 1974.

(124) SARACENO, B., *La fine dell'intrattenimento. Manuale de rehabilitazione psiquiatrica*, Milán, Etas Libri, 1995.

(125) LÓPEZ, M., «Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España)», *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 2004, 50, 2, pp. 99-109.

(126) LINK, B., y otros, «A Modified Labelling Theory Approach in the Area of Mental Disorders: an Empirical Assessment», *Am. Sociol. Rev.*, 1989, 54, pp. 400-423.

(127) LINK, B. G.; PHELAN, J. C., «The Labelling Theory of Mental Disorders (II): the Consequences of Labelling», en VAN WEEGHEL, J. (ed.), *Community care and Psychiatric Rehabilitation for Persons with Serious Mental Illness*, Utrech, Timbos Institute, 2002, p. 415.

(128) SOCALL, D. W.; HOLLGRAVES, T., «Attitudes toward the Mentally Ill: the Effects of Label and Beliefs», *Sociological Quarterly*, 1992, 33, pp. 435-445.

(129) PENN, D. L.; KOHLMAIER, J. R.; CORRIGAN, P. W., «Interpersonal Factor Contributing to the Stigma of Schizophrenia: Social Skills, Perceived Attractiveness, and Symptoms», *Schizophr. Res.*, 2000, 45, pp. 37-45.

(130) GAEBEL, W.; ZÄSKE, H.; BAUMANN, A. E., «The Relationship between Mental Illness Severity and Stigma», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, 113, supl. 429, pp. 41-45.

(131) SCHEFF, T., *El rol de enfermo mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973.

(132) PHELAN, J. C., «Genetization of Deviant Behavior and Consequences for Stigma: the Case of Mental Illness», *J. Health Soc. Behav.*, 2005, 46, pp. 307-322.

(133) PHELAN, J. C.; YANG, L. H.; CRUZ-ROJAS, R., «Effects of Attributing Serious Mental Illness to Genetic Causes on Orientations to Treatment», *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, 3, pp. 382-387.

(134) CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C., «Stop the Stigma: Call Mental Illness a Brain Disease», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 477-479.

(135) READ, J.; HARRE, N., «The Role of Biological and Genetic Causal Beliefs in the Stigmatisation of «Mental Patients», *Journal of Mental Health*, 2001, 10, 2, pp. 223-235.

(136) O. M. S., *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, Madrid, IMSERSO, 2001.

(137) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «The Stigma of Mental Illness in Germany: a Trend Analysis», *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2005, 51, 3, pp. 276-284.

(138) ANGERMEYER, M. C.; MATSCHINGER, H., «Causal Beliefs and Attitudes to People with Schizophrenia. Trend Analysis on Data from Two Population Surveys in Germany», *Br. J. Psychiatry*, 2005, 186, pp. 331-334.

(139) ANGERMEYER, M. C., y otros, «The Stigma of Mental Illness: Patients' Anticipations and experiences», *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2004, 50, 2, pp. 153-162.

(140) DINOS, S., y otros, «Stigma: the Feelings and Experiences of 46 People with Mental Illness. Qualitative Study», *Br. J. Psychiatry*, 2004, 184, pp. 176-181.

(141) GREEN, G., y otros, «A Mental Health Service User's Perspective to Stigmatisation», *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3, pp. 223-234.

(142) LINK, B. G., y otros, «The Consequences of Stigma for the Self-esteem of People with Mental Illnesses», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 52, 12, pp. 1621-1626.

(143) RUNTE, A., *Estigma y esquizofrenia: qué piensan las personas afectadas y sus cuidadores*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada, 2005.

(144) SCHULZE, B.; ANGERMEYER, M. C., Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, their Relatives and Mental Health Professionals», *Soc. Sci. Med.*, 2003, 56, pp. 299-312.

(145) WAHL, O. F., «Mental Health Consumer's Experience of Stigma», *Schizophr. Bull.*, 1999, 25, 3, pp. 467-478.

(146) LÓPEZ M., y otros, «Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas», *Archivos de Psiquiatría*, 2004, 67, 2, pp. 101-128.

(147) REDA, S., «Attitudes toward Community Mental Health care of Residents in North London», *Psychiatr. Bull.*, 1995, 19, pp. 731-733.

(148) COWAN, S., «Public Arguments for and Against the Establishment of Community Mental Health Facilities: Implications for Mental Health Practice», *Journal of Mental Health*, 2002, 11, 1 pp. 5-15.

(149) PIAT, M., «Becoming the Victim: a Study on Community Reactions Towards Group Homes», *Psychiatr. Rehabil. J.*, 2000, 24, 2, pp. 108-116.

(150) LÓPEZ, M., y otros, «Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.

(151) MARWAHA, S.; JOHNSON, S., «Schizophrenia and Employment», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2004, 39, pp. 337-349.

(152) ROSENHECK, R., y otros, «Barriers to Employment for People with Schizophrenia», *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163, 3, pp. 411-417.

(153) STUART, H., «Mental Illness and Employment Discrimination», *Curr. Opin. Psychiatry*, 2006, 19, 5, pp. 522-526.

(154) BERKOVIZ, R., *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus, 1976.

ORIGINALES Y REVISIONES

(155) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Manual de recursos de la OMS sobre legislación y recursos humanos en salud mental*, Ginebra, OMS, 2006.

(156) SEGAL, S. P.; KOTLER, P. L.; HOLSCHUH, J., «Attitudes of Sheltered care Residents toward others with Mental Illness», *Hosp. Community Psychiatry*, 1991, 42, 11, pp. 1.138-1.143.

(157) CORRIGAN, P. W.; MATTHEWS, A. K., «Stigma and Disclosure: Implications for Coming out the Closet», *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3, pp. 235-248.

(158) CORRIGAN, P. W., «Empowerment and Serious Mental Illness: Treatment Partnerships and Community Opportunities», *Psychiatric Q.*, 2002, 73, 3, pp. 217-228.

(159) MUELLER, B., y otros, «Social Support Modifies Perceived Stigmatization in the First Years of Mental Illness: a Longitudinal Approach», *Social Science and Medicine*, 2006, 62, pp. 39-49.

(160) DAVIDSON, L., y otros, «Peer Support among Adults with Serious Mental Illness: a Report from the Field», *Schizophr. Bull.*, 2006, 32, 3, pp. 443-450.

(161) CORRIGAN, P. W., y otros, «The Construct Validity of Empowerment among Consumers of Mental Health Services», *Schizophr. Res.*, 1999, 38, pp. 77-84.

(162) MCLEAN, A., «Empowerment and the Psychiatric Consumer/ex-patient Movement in the United States: Contradictions, Crisis and Change», *Social Science and Medicine*, 1995, 40, 8, pp. 1.053-1.071.

(163) BELLACK, A. S., «Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts, and Implications», *Schizophr. Bull.*, 2006, 32, 3, pp. 432-442.

(164) PHELAN, J. C.; BROMET, E. J.; LINK, B. G., «Psychiatric Illness and Family Stigma», *Schizophr. Bull.*, 1998, 24, 1, pp. 115-126.

(165) SRUENING, E. L., y otros, «The Extents to which Caregivers believe most People Devalue Consumers and their Families», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 52, 12, pp. 1.633-1.638.

(166) ÖSTMAN, M.; KJELLIN, L., «Stigma by Association. Psychological Factors in Relatives of People with Mental Illness», *Br. J. Psychiatry*, 2002, 181, pp. 494-498.

(167) ANGERMEYER, M. C., y otros, «Public Attitudes toward Psychiatric Treatment. An International Comparison», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2005, 40, pp. 855-864.

(168) LAUBER, C.; NORDT, C.; RÖSSLER, W., «Lay Beliefs about Treatments for People with Mental Illness and their Implications for Antistigma Strategies», *Can J. Psychiatry*, 2005, 50, 20, pp. 745-752.

(169) SCOTT, A. J., «Predicting Medication Adherence in Severe Mental Disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2002, 101, pp. 119-124.

(170) BUCHANAN, A.; BRUGRA, D., «Attitude of the Medical Profession to Psychiatry», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1992, 85, pp. 1-5.

(171) CORRIGAN, P. W., y otros, «Stigmatizing Attitudes about Mental Illness and Allocation of Resources to Mental Health Services», *Community Mental Health Journal*, 2004, 40, 4, pp. 297-307.

(172) ESTROFF, S. E.; PENN, D. L.; TOPOREK, J. R., «From Stigma to Discrimination: an Analysis of Community Efforts to Reduce the Negative Consequences of Having a Psychiatric Disorder and Label», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 493-509.

(173) HOLMES, E. P., y otros, «Changing Attitudes about Schizophrenia», *Schizophr. Bull.*, 1999, 25, 3, pp. 447-456.

(174) LINK, B. G., «Stigma: many Mechanisms Require Multifaceted Responses», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2001,10, 1, pp. 8-11.

(175) PENN, D. L.; COUTURE, S. M., «Strategies for Reducing Stigma Towards Persons with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 20-21.

- (176) PENN, D. L.; MARTÍN, J., «The Stigma of Severe Mental Illness: some Potential Solutions for a Recalcitrant Problem», *Psychiatric Q.*, 1998, 69, 3, pp. 235-247.
- (177) PINFOLD, V.; THORNICROFT, G.; HUXLEY, P.; FARMER, P., «Active Ingredients in Anti-Stigma Programmes in Mental Health», *Int. Rev. Psychiatry*, 2005, 17, 2, pp. 123-131.
- (178) WARNER, R., «Combating the Stigma of Schizophrenia», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2001, 10, 1, pp. 12-17.
- (179) CORRIGAN, P. W., «Three Strategies for Changing Attributions», *Schizophr. Bull.*, 2001, 27, pp. 187-195.
- (180) CORRIGAN, P. W., «Target-specific Stigma Change: a Strategy for Impacting Mental Illness Stigma», *Psychiatr. Rehabil. J.*, 2004, 28, pp. 113-121.
- (181) CORRIGAN, P. W.; GELB, B., «Three Programs that Use Mass Approaches to Challenge the Stigma of Mental Illness», *Psychiatr. Serv.*, 2006, 57, 3, pp. 393-398.
- (182) CORRIGAN, P. W., y otros, «Implications of Educating the Public on Mental Illness, Violence and Stigma», *Psychiatr. Serv.*, 2004, 55, 5, pp. 577-580.
- (183) KOLODZIEJ, M. E.; JOHNSON, B. T., «Interpersonal Contact and Acceptance of Persons with Psychiatric Disorders: a Research Synthesis», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1996, 64, pp. 387-396.
- (184) CRISP, A., y otros, «Stigmatization of People with Mental Illnesses: a Follow-up Study Within the Changing Minds Campaign of the Royal College of Psychiatrists», *World Psychiatry*, 2005, 4, 2, pp. 106-113.
- (185) GAEBEL, W.; BAUMANN, A. E.; PHIL, M. A., «Interventions to Reduce the Stigma Associated with Severe Mental Illness: Experiences from the Open the Doors Program in Germany», *Can J. Psychiatry*, 2003, 48, 10, pp. 657-662.
- (186) WARNER, R., «Local Projects of the World Psychiatric Association Programme to Reduce Stigma and Discrimination», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 570-575.
- (187) PINFOLD, V., y otros, «Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination: Evaluation of Educational Interventions in UK Secondary Schools», *Br. J. Psychiatry*, 2003, 182, pp. 342-346.
- (188) WATSON, A. C., y otros, «Changing Middle Scholar's Attitudes about Mental Illness through Education», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 563-572.
- (189) WOLFF, G., y otros, «Public Education for Community Care. A New Approach», *Br. J. Psychiatry*, 1996, 168, 4, pp. 441-447.
- (190) PENN, D. L., y otros, «Dispelling the Stigma of Schizophrenia: what Sort of Information is Best?», *Schizophr. Bull.*, 1994, 20, 3, pp. 567-574.
- (191) PENN, D. L., y otros, «Dispelling the Stigma of Schizophrenia: the Impact of Information on Dangerousness», *Schizophr. Bull.*, 1999, 25, 3, pp. 437-446.
- (192) SALTER, M.; BYRNE, P., «The Stigma of Mental Illness: How You Can Use the Media to Reduce it», *Psychiatr. Bull.*, 2000, 24, pp. 281-283.
- (193) PENN, D. L.; NOWLIN-DRUMMOND, A., «Politically Correct Labels and Schizophrenia: a Rose by any other Name?», *Schizophr. Bull.*, 27, 2, pp. 197-203.
- (194) PINFOLD, V.; BYRNE, P.; TOULMIN, H., «Challenging Stigma and Discrimination in Communities: a Focus Group Study Identifying UK Mental Health Service User's Main Campaign Priorities», *The Int. J. Soc. Psychiatry*, 2005, 51, 2, pp. 128-138.
- (195) HEGINBOTHAM, C., «UK Mental Health Policy Can alter the Stigma of Mental Illness», *Lancet*, 1998, 352, pp. 1.052-1.053.
- (196) LAMB, H. R., «Combating Stigma Providing Treatment», *Psychiatr. Serv.*, 1999, 50, 6, p. 729.

ORIGINALES Y REVISIONES

(197) LAVIANA, M., «La atención a las personas con Esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario», *Apuntes de Psicología*, 2006, 24, 1-3, pp. 345-373.

(198) INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL, *La Reforma Psiquiátrica en Andalucía. 1984-1990*, Sevilla, IASAM, 1988.

(199) SARTORIUS, N., «Stigma: what Can Psychiatrists Do about It?», *Lancet*, 1998, 352, pp. 1.058-1.059.

(200) SCAMBLER, G., «Stigma and Disease: Changing Paradigms», *Lancet*, 1998, 352, pp. 1.054-1.055.

(201) PINFOLD, V., y otros, «Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination. Evaluating an Educational Intervention with the Police Force in England», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2003, 38, pp. 337-344.

(202) BASAGLIA, F., «La malattia e il suo doppio. Proposte critiche sul problema delle devianze», en BASAGLIA, F., *Scritti II.1968-1980*, Turín, Einaudi, 1982, pp. 126-146.

(203) PILGRIM, D.; ROGERS, A. E., «Psychiatrist as Social Engineers: a Study of an Anti-Stigma Campaign», *Soc. Sci. Med.*, 2005, 61, pp. 2.546-2.556.

(204) SAYCE, L., «Stigma, Discrimination and Social Exclusion: What Is in a Word», *Journal of Mental Health*, 1998, 7, 4, pp. 331-343.

* Marcelino López. Psiquiatra. Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. FAISEM; Margarita Laviana. Psicóloga Clínica. Coordinadora de Comunidad Terapéutica. Área de Salud Mental Hospital «Virgen del Rocío». SAS; Luis Fernández. Psiquiatra. Técnico del Departamento de programas, evaluación e investigación. FAISEM; Andrés López. Psiquiatra. Técnico del Departamento de programas, evaluación e investigación. FAISEM; Ana María Rodríguez. Auxiliar de Enfermería. Comunidad Terapéutica. Área de Salud Mental Hospital «Virgen del Rocío». SAS; Almudena Aparicio. Socióloga. FAISEM. Ambas instituciones son de Sevilla.

Correspondencia: Marcelino López. FAISEM. Avda. de las Ciencias, 27. Acceso A. 41020 Sevilla. marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

** Fecha de recepción: 9-V-2006 (aceptado el 13-IX-2007).