

# ESTIGMA Y SALUD MENTAL UNA REFLEXIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

## STIGMA AND MENTAL HEALTH A REFLECTION FROM THE FIELD OF SOCIAL WORK

Juan Brea Iglesias y Héctor Gil Rodríguez  
Universidad Complutense de Madrid

**Resumen:** La salud mental se ha visto tradicionalmente adscrita a un modelo patogénico más propio del saber experto de la medicina que de lo social. Así, desde el trabajo social hemos considerado pertinente ampliar ese horizonte explicativo con anotaciones propias de la disciplina, mediante un compendio de reflexiones destinadas a repensar la práctica profesional. Ello tiene por objeto buscar un acoplamiento adecuado entre el concepto de salud mental y la propia praxis. Dicha reflexión ha de servirnos también para comprender la desigualdad incardinada en la problemática específica de los trastornos mentales. Igualmente, entendemos esencial el concepto de estigma según Goffman (1963), seguido de una serie de conclusiones abiertas a futuras líneas de investigación.

**Palabras clave:** Salud mental, Estigma, Trabajo social, Locura.

**Abstract:** Mental health has traditionally been attached to a pathogenic model that is more within the expertise of medical professionals than that of professionals in the social sphere. In the field of social work we believe it would be useful to broaden this explanatory level with notes specifically from this discipline. To do so we offer a compendium of reflections on professional practice in this sphere.

This will help establish a more suitable connection between mental health issues and social work. The reflections will also be useful in understanding the inequality which is an integral part of the specific problem of mental health disorders. We also address another issue we believe to be essential, the concept of stigma according to Goffman (1963). This is followed by a series of conclusions open to future lines of research.

**Key words:** Mental health, Stigma, Social work, Insanity.

| Recibido 17/02/2016 | Revisado 20/04/2016 | Aceptado 01/05/2016 | Publicado 31/05/2016 |

Correspondencia: Juan Brea Iglesias. Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.  
Email: jubrea@ucm.es.

*Referencia normalizada:* Brea, J., y Gil, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social *Trabajo Social Hoy*, 78, 95-112. doi 10.12960/TSH.2016.0012.

## 1. INTRODUCCIÓN

Parece lógico pensar que el estado de la salud está íntimamente relacionado con las condiciones socioeconómicas de las personas. Se puede confirmar fácilmente cómo, a pesar de los continuos avances de la tecnología biomédica y la constante aparición de nuevos fármacos, existe una gran brecha donde se puede observar que la salud no se encuentra equitativamente repartida.

Centrando el objeto del presente texto, es frecuente referirse al concepto de la locura desde un modelo puramente biomédico, en donde los aspectos sociales no existen o quedan relegados a un segundo plano. A pesar de ello, cada vez son más frecuentes las definiciones que incluyen lo social como factor determinante en la consecución de la salud mental.

Atendiendo al propio proceso de construcción de la locura, los aspectos sociales deberían ser un elemento clave en la interpretación de los problemas de salud mental. De este modo, cabe reconsiderar la importancia de las profesiones afines al campo social en su intervención en hospitales, centros de salud, o en cualquier otro dispositivo sanitario.

A lo largo de las siguientes páginas abordaremos los diferentes aspectos que aquí se están introduciendo de forma somera. Primero, realizaremos una aproximación conceptual al contexto de la locura. En un segundo apartado, destacaremos los factores sociales que son determinantes en el ámbito de la salud mental. Posteriormente, se abordará el tema del estigma social y del trabajo social en el contexto sanitario. Por último, se establecerá un conjunto de reflexiones que abren diferentes vías de investigación relevante.

## 2. EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

Definir la salud mental supone un reto debido a los diferentes paradigmas que rodean el término. En este apartado se pretende realizar una aproximación atendiendo a la historicidad y relatividad de los discursos que han conformado la construcción de la locura. Parece pertinente, en primer lugar, justificar la utilización de la palabra locura debido a su ambigüedad. Cabe destacar que la historia de la locura se remonta a la historia de la humanidad mientras que los conceptos derivados del ámbito sanitario (enfermedades, trastornos, salud mental, etc.) son conceptos relativamente modernos que surgen en el intento de la psiquiatría por tratar a los locos. Por tanto, se debe tener en cuenta que el concepto de salud mental es un concepto nuevo que se encuentra en constante debate por su alto contenido valorativo. Para comprender la relatividad de los discursos en torno a la locura cabe analizar el texto clásico de Shorter (1997)

o, atendiendo a las relaciones de poder, la particular narración de Foucault (2006) en torno a la historia de la locura. Es a través del análisis histórico cuando se visibiliza la relatividad de los discursos que, a su vez, nos permite evaluar los diferentes modelos y prácticas que se han desarrollado para entender la locura y los problemas mentales. A lo largo de la historia se ha interpretado la locura de múltiples formas, atendiendo a su complejidad. Es a partir del siglo XVIII, cuando la psiquiatría, en su afán por conformarse como un saber experto, secuestra el término y lo reduce a una dimensión exclusivamente patológica (Correa-Urquiza, 2015).

La evolución de la locura al trastorno mental responde a un desarrollo de civilizaciones, de modo que el concepto de locura se reconceptualiza en función de las formas de vida, el influjo de la razón expresada en la ciencia y la evolución de la estructura social (Scull, 2013). Por este motivo, siempre se ha alimentado el estigma, “el loco, sea en el sentido que sea, siempre ha existido, y siempre se le ha definido en función de su marginalidad al grupo social” (Badallo, 2012: 31).

Podemos afirmar que el “objeto de estudio varía considerablemente en función del pensamiento social dominante” (Badallo, 2012: 29). Hasta 1990, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluía la homosexualidad y la transexualidad en su listado de trastornos mentales.

La gestión de la locura siempre ha sido una necesidad social que se ha visto determinada por factores sociales, culturales, filosóficos o psicológicos (Scull, 2013). Atendiendo al factor historicista de la construcción del concepto de salud mental podemos inducir la influencia de las tendencias filosóficas y del pensamiento social dominante en el trato otorgado a la locura: aceptación, rechazo, ignominia, estigmatización o intento de comprensión (Scull, 2013). Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, “a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos, culpables; y a los encargados de su atención, inquisidores cuya misión era librar a la sociedad del mal” (Márquez Romero, 2010: 2)

En la actualidad, existe un modelo médico hegemónico, o modelo biomédico, que deriva del positivismo, en el que se utilizan, principalmente, dos tipos de diagnósticos categoriales. Desde los últimos sesenta años y, especialmente, desde los años ochenta, han predominado dos sistemas nosológicos, siguiendo la tradición de Kraepelin: el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002) y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (Ortiz Lobo, 2013). Existen serias dificultades al encajar los problemas mentales en un modelo médico en el que normalmente la expresión clínica, los síntomas, forman parte de un cuadro clínico reconocible y catalogable.

A diferencia de lo que sucede en las enfermedades médicas, carecemos de los conocimientos o pruebas técnicas que nos permitan filiar los trastornos mentales. “Descocemos casi todo sobre su etiología, patogenia, anatomía patológica y fisiopatología, lo que es un extraordinario impedimento para poder nombrarlos y ordenarlos” (Ortiz Lobo, 2013; 107).

Debido a la dificultad inherente a la idiosincrasia propia de la locura, es complicado definir de forma concisa los diferentes trastornos mentales. “El proceso de dibujar límites alrededor de la locura sigue siendo una actividad incierta y disputada” (Scull, 2013: 17). Por tanto, se ha recurrido a la conceptualización y organización de los trastornos mentales a través de técnicas estadísticas como el análisis de conglomerados. Todo ello resulta en unas definiciones y taxonomías poco consistentes en el tiempo y contradictorias entre sí (Ortiz Lobo, 2013).

Por todo ello, para Scull (2013: 18), los persistentes intentos del manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association por definir cientos de tipos y subtipos de trastornos mentales son tan solo un “sofisticado juego de ficción disimulada”.

Además, es posible afirmar la irrupción de un mayor número de categorías diagnósticas en las últimas ediciones de estos sistemas nosológicos. En muchos casos, debido a la influencia de diferentes lobbies:

*Así se ha logrado, por ejemplo, que desapareciera de la nosología la homosexualidad (en este caso, afortunadamente) gracias a las presiones de colectivos gais, o que se hayan incluido enfermedades como el trastorno por estrés post-traumático por la influencia de los veteranos de Vietnam o el trastorno de pánico debido a la presión de la industria farmacéutica que deseaba rentabilizar alguno de sus productos (Ortiz Lobo, 2013: 108).*

Si atendemos al concepto de salud mental, no podemos olvidarnos de comentar la influencia de la antipsiquiatría como un movimiento crítico que, en muchos casos, propulsó la reforma psiquiátrica al replantearse los propios cimientos de la psiquiatría. Este movimiento que tuvo una gran popularidad se desarrolló entre 1955 y 1975 en Estados Unidos. Sus principales representantes son, en Gran Bretaña, Ronald Laing y David Cooper (este último fue el que acuñó el término antipsiquiatría); en los Estados Unidos, las comunidades terapéuticas y los trabajos de Thomas Szasz (Vásquez Rocca, 2011).

“La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal” (Szasz, 1974: 177). La enfermedad mental para la antipsiquiatría es “un mecanismo social, regulado y determinado por la psiquiatría para patologizar la heterogeneidad humana, su carácter antinómico y su singularidad” (Vásquez Rocca, 2011: 325).

Es posible afirmar que no existe noción de locura sin noción de sociedad. Uno de los principales ejes temáticos de Foucault (2006) es la noción de normalidad. Acercándonos al concepto de estigma de Goffman (1963), cabe resaltar la función de atribución que permite identificarse con la normalidad. El grupo social dominante se identifica diferenciándose del otro. Así, el estigma realiza una función legitimadora. Es necesario resaltar que lo considerado normal es una construcción socio-histórica relativa a los diferentes contextos y, por lo tanto, no puede ser pensado en términos absolutos (Correa-Urquiza, 2015).

A pesar de todo, cada vez existen más definiciones que atienden a la dimensión social de los problemas de salud mental. Actualmente existen varias definiciones oficiales. La OMS (citado en Comisión de las Comunidades Europeas, 2005: 4) describe la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad”. La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (por ejemplo, factores genéticos o en función del sexo); individual (experiencias personales); familiar y social (el hecho de contar con apoyo social) o económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida); (Comisión de las comunidades europeas, 2005).

Para Correa-Urquiza (2015: 26), la locura debe pensarse en sus sentidos sociales otorgados:

*En su dimensión como manifestación cultural, en tanto particularidad o desencaje social observado y señalado en su anomalía por los otros [...]. En sus aspectos de producto social sumergido entre cargas simbólicas y construcciones históricas que la determinan como comportamiento ajeno en relación a lo propio de una sociedad, definido como normalidad. La locura es también esa otredad que se manifiesta, no en las formas culturales en sí mismas, [...] sino en las articulaciones que los sujetos de esa locura generan en ocasiones sobre ellas.*

Se debe destacar que a mediados del siglo XX, coincidiendo con la reforma psiquiátrica, se comienza a sustituir el término, todavía comúnmente utilizado, de enfermedad mental por el de trastorno mental. Esta nueva forma de mirar el ámbito de la salud mental alude a una concepción no biopsicosocial del ser humano: “el componente biológico permite explicar una parte del trastorno mental, pero no la totalidad” (Badallo, 2012: 34).

Como señala Foucault (2002), el internamiento ha sido una de las vigas disciplinarias que apuntalaban la Europa del medievo, aunque este no acotara solamente a la locura. El análisis biomédico de la locura se inicia a partir del siglo XIX con el alienismo de Philip Pinel y las aportaciones que perfilarán el conocido como “paradigma de las enfermedades mentales” (Lantéri-Laura, 2001).

Entenderemos por reforma psiquiátrica el “proceso de desinstitucionalización o abandono por cierre o profunda transformación de los viejos hospitales psiquiátricos y la implantación sustitutiva de servicios comunitarios de tipo residencial no hospitalario, ambulatorio y de atención intermedia” (Carulla, 2002). Y es que el problema de la incapacitación y el encierro de la persona con enfermedad mental sigue sujeto a controversias al enfrentarse a la posible vulneración de los derechos humanos (Reich, 2001; Chodoff, 2001; Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2003; González Álvarez, 2006; Ferreirós, 2007). Mientras algunas personas con enfermedad mental requieren de su internamiento (Maestro y Jiménez, 2002) hay autores que han venido apostando por el cierre escalonado de los centros hospitalarios psiquiátricos, siendo después atendidos en unidades especializadas de corte comunitario.

El trastorno mental puede definirse como “una alteración emocional, cognitiva y comportamental que sitúa a la persona en los márgenes de la normalidad, dificultando en mayor medida su adaptación al medio” (Badallo, 2012: 35). Siendo la normalidad los patrones emocionales, cognitivos y comportamentales compartidos por la mayoría de la sociedad.

Podemos concluir, por tanto, que es indispensable una mirada social en el ámbito de la salud mental que tenga en cuenta las condiciones socio-históricas y los diferentes tipos de desigualdad social que interfieren en los diagnósticos. Se puede entender la salud mental, si se quiere, como la expresión de un conjunto de factores, que pueden ser de tipo biológico, psicológico o social, pero también como una realidad simbólica construida históricamente en la propia interacción social. A lo largo de la historia de la locura (Scull, 2013; Shorter, 1997; Foucault, 2006) es posible observar como el propio concepto de locura varía según las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes.

### **3. DESIGUALDAD SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL**

Tras destacar el evidente componente social que, en muchos casos, se desdibuja y subordina al modelo biomédico, cabe señalar el componente estructural previo a los problemas de salud mental, que normalmente toma forma de desigualdad social en su relación con variables socioeconómicas.

En primer lugar, cabe señalar la ubicuidad de las desigualdades sociales, puesto que estas se encuentran en todos los campos: continentes, países, regiones, ciudades, barrios, clases sociales, géneros o etnias (Benach, 2005). De la misma forma, se relaciona con diferentes indicadores de salud: “tasas de mortalidad más elevadas, mayor número de enfermedades, peores hábitos de vida relacionados con la salud, menor utilización de los servicios sanitarios a igual necesidad” (Benach, 2005: 58). La desigualdad en materia de salud se antoja algo indiscutible.

Existen estudios (Ortiz-Hernández, Lopez-Moreno y Borges, 2007) que muestran una relación inversa entre los diferentes trastornos mentales y las condiciones socioeconómicas. Una de las hipótesis establece que los sujetos pertenecientes a los estratos bajos de la población se enfrentan a más eventos estresantes y, además, poseen menos recursos para hacerles frente.

Ya en el siglo XIX, Durkheim (2004) señala el suicidio como un fenómeno social. A pesar de que el suicidio se presenta como un acto individual, la diferencia entre distintas comunidades indica que los diferentes factores sociales predisponen, o no, a los individuos a suicidarse.

Se conoce la existencia de un peor estado de salud mental en las mujeres. Esta situación coincide en casi todos los estudios, tanto los que tienen en cuenta a la población general como los que contemplan a la población ocupada (Cortés, Artazcoz, Rodríguez-Sanz y Borrell, 2004). Este fenómeno se ha intentado explicar a través de la diferencia de género en la forma en que se perciben los síntomas. Se entiende que, normalmente, las mujeres son más proclives a verbalizar sus problemas y a buscar ayuda por lo que se explicaría una mayor morbilidad en el caso de las mujeres (Cortés, Artazcoz, Rodríguez-Sanz y Borrell, 2004). A pesar de ello, los estudios existentes no apoyan esta hipótesis entendiendo que las diferencias de género en salud son reales y se explican por condiciones socioeconómicas y de vida más desfavorables para las mujeres.

Las mujeres, por lo general, sufren un mayor número de factores de riesgo. Además de poseer una inferior posición socioeconómica con respecto a los hombres y, por tanto, poseer menores ingresos. Las mujeres que tienen trabajos manuales son las más afectadas por problemas de salud mental, tienen mayores cargas sociales asociadas a su clase social mientras que, por ejemplo, las mujeres más privilegiadas podrían contratar a terceras personas para hacer frente al trabajo doméstico (Cortés, Artazcoz, Rodríguez-Sanz y Borrell, 2004).

Debemos tener en cuenta que lo masculino y sus valores siguen actuando en la cultura como paradigma de “normalidad, salud, madurez y autonomía” (Bonino, 2000: 1). Teniendo en cuenta la importancia del concepto de normalidad en la definición de salud mental, es preciso incluir una necesaria perspectiva de género. La injusta distribución para la mujer del espacio simbólico de la salud/enfermedad mental (Tavris, 1992) enlaza con lo masculino como paradigma de normalidad y autonomía.

En esa milenaria distribución, las mujeres (y la femineidad) son identificadas con la “anormalidad”, la patología o la locura humana. Representan lo irracional. Los varones (y la masculinidad) son los propietarios de la normalidad y la cordura (Bonino, 2000). Por lo que la construcción de la salud mental posee un enfoque masculino, siendo este el que produce las reglas que definen la normalidad, que funciona, como indicamos anteriormente, a través de la diferenciación con los no-normales.

Sin embargo, las altas tasas de suicidio masculino, el abusivo consumo de sustancias estupefacientes y los estresores asociados al ejercicio del rol masculino convencional han convertido a los varones en un grupo social especialmente vulnerable (Prior, 1999; Kuper, 1995).

#### **4. ESTIGMA ASOCIADO A LA SALUD MENTAL**

Tal y como señala Goffman (1963) la aplicación y elaboración del estigma no es más que “un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera existan normas de identidad”. El estigma degrada como un atributo profundamente segregador (Goffman, 1963; Manzo, 2004).

La sociedad determina el conjunto de atributos que se utilizan para categorizar a las personas. Estos atributos pueden ser entendidos como naturales en los miembros de cada una de esas categorías. De esta forma, somos capaces de prever la categoría en la que se enmarca el otro y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social virtual. Es entonces, atendiendo a estas anticipaciones, cuando las transformamos en expectativas normativas (Goffman, 1963).

Cuando el otro muestra un atributo que lo vuelve diferente de los demás individuos que forman parte de una misma categoría (en relación a nuestras expectativas) se convierte en indeseable llegando, en casos extremos, a convertirse en una persona “enteramente malvada, peligrosa o débil. [...] Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio” (Goffman, 1963: 12). Para Goffman (1963: 14) el término estigma “es una clase especial de relación entre atributo y estereotipo”.

Goffman (1963) distingue entre tres tipos diferentes de estigma: las abominaciones del cuerpo (deformidades físicas); los defectos del carácter del individuo; y, por último, los estigmas tribales. Estos tres tipos diferentes de estigma concuerdan, en cierta medida, con los que propone González Fernández y colaboradores (2008; citado en Badallo, 2012):

- Físicos: Debido a defectos físicos o corporales.
- Psicológicos: Consecuencia de alteraciones psicológicas como los trastornos mentales.
- Sociales: Se refiere a atributos dependientes de la etnia, la cultura o diversos factores como la pobreza.

El estigma gravita en torno a las características y distintivos negativos de un grupo social cualquiera (Huici, 1996). La codificación del estigma, “utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” (Goffman, 1963; Huici, 1996), perfila únicamente los elementos diferenciales negativos del grupo social señalado (Muñoz,

Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009; Crocker, Major y Steele, 1998). Es entonces cuando aflora la categorización “Yo-Nosotros-Ellos” (Morin, 1996). Las dimensiones del estigma parecen dilatarse momentáneamente mientras quienes las padecen van internalizándolas gradualmente (Arnaiz y Uriarte 2006; Rigol 2006; López y Laviana 2007; Mateu y Cuadra 2007). El estigma cristaliza en tres niveles comportamentales: estereotipos, prejuicios y discriminación (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2004).

En ese caso, los estereotipos más frecuentes asociados a la trastorno mental son la impredecibilidad de la conducta, frecuentemente asociada a la peligrosidad o la incompetencia en la asunción de tareas cotidianas como el autocuidado (Crespo, Muñoz, Pérez-Santos y Guillén, 2008). Por tanto, todos ellos pueden acabar minando la posible y relativa independencia económica e individual de estas personas (Corrigan, 2005; Thornicroft, 2006).

Una forma de diferenciar tipos de estigma es en relación a su aparición. No es lo mismo un atributo de nacimiento como la etnia que un atributo adquirido en el desarrollo vital de la persona, como por ejemplo un trastorno mental (Badallo, 2012).

Entendiendo que el estigma se refiere a grupos marginales, podemos realizar otra diferenciación en relación al tipo de colectivo que permite identificar (Badallo, 2012):

- Colectivos que tratan de aprovecharse del grupo.
- Colectivos que no pueden contribuir de forma adecuada al mantenimiento del grupo.
- Colectivos que realizan conductas contranormativas.

Desde este punto de vista podemos comenzar a vislumbrar las funciones del estigma que se pueden concretar en las siguientes:

- Mantenimiento de la autoestima del grupo dominante.
- Mantenimiento de la identidad social del grupo dominante.
- Reducir la ansiedad e intensificar el control de las situaciones sociales (lo que se ha venido a denominar teoría del terror).
- Justificar el status quo y así mantener los privilegios del grupo dominante sobre los grupos marginados (Badallo, 2012).

Además, hay un amplio porcentaje de personas afectadas por problemas de salud mental que se anticipa a la aparición de actitudes estigmatizadoras y piensa que serán desvalorizadas y discriminadas por el hecho de padecer un trastorno mental. (Markowitz, 1998; Ritsher y Phelan, 2004; Muñoz et al., 2009). Ese estigma, denominado estigma percibido, de algún modo anticipado, resulta especialmente pernicioso en términos emocionales, habiendo establecido una correlación negativa con los es-

tándares convencionales de bienestar y calidad de vida (Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997) y los niveles adecuados de autoestima (Markowitz, 1998) relacionándose de manera positiva con la sintomatología propia de la depresión y la ansiedad (Ertugrul y Ulug, 2004; Markowitz, 1998).

El estigma percibido está asociado con la vivencia del estigma experimentado presente en aquellas personas que refieren haber vivido en primera persona experiencias estigmatizadoras (Muñoz et al., 2009).

El estigma percibido y el estigma experimentado tienden a originar en la persona diagnosticada el estigma internalizado o auto-estigma. Estudios como el de Ritsher y Phelan (2004) han señalado el estigma internalizado como uno de los principales obstáculos en el correcto desarrollo e integración de estas personas.

El estigma asociado a la enfermedad mental ha de ser analizado en toda su complejidad con especial atención a los diferentes niveles analíticos que le son propios (Prior, Wood, Lewis y Pill, 2003; Manzo, 2004; Corrigan, 2004; Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009; Thornicroft, 2006). Los tres niveles perfectamente diferenciados son: estructural, social e internalizado (Corrigan, 2000; Corrigan y Watson, 2004; Link, 1987; Livingston y Boyd, 2010; Ritsher y Phelan, 2004). El estigma de corte estructural hace referencia a aquel que tiene lugar en el plano legal, institucional o partidista (Corrigan, Roe y Tsang, 2011). El estigma público o social enlaza con la actitud de las mayorías sociales hacia diferentes colectivos, habiéndose estudiado sus efectos desde la perspectiva de la unidad familiar, de los profesionales de la salud mental (Marwaha y Johnson, 2004; Gray, 2002; Page, 1980; Sartorius, 1998), de los mass media (Angermeyer y Matschinger, 2003; Dietrich, Matschinger, y Angermeyer, 2006) o de la población en su conjunto (Link, Phelan y Bresnahan, 1999; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer y Rowlands, 2000; Crespo, Muñoz, Pérez-Santos y Guillén, 2007). Por su parte, el estigma internalizado es definido como “un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (hacia sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental” (Livingston y Boyd, 2010). Para hacer referencia al estigma advertido se han empleado términos tales como, estigma percibido (Ertugrul y Ulug, 2004; Link, 1987; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997; Markowitz, 1998, 2001; Ritsher y Phelan, 2004; Rosenfield, 1997; Wright, Gronfein, y Owens, 2000) y estigma experimentado, basado en el padecimiento de experiencias directamente discriminatorias (Depla, De Graaf, Van Weeghel, y Heeren, 2005; Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, y Parente, 2002; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen y Phelan, 2001; Markowitz, 1998, 2001; Wahl, 1999). Así, algunas de las estrategias resilientes orientadas al afrontamiento del estigma se fundamentan en la búsqueda de apoyo social y la incorporación en organizaciones e intervenciones públicas puntuales destinadas a engrosar el conocimiento público

acerca de la enfermedad mental (Corrigan y Watson, 2005; Wahl, 1999). Sin embargo, algunas de esas estrategias presentan un carácter desadaptativo como, por ejemplo, el mantenimiento en secreto de la enfermedad o aislamiento en aras de la evitación del rechazo (Vauth, 2007). Bien es cierto, que un amplio tejido socio-familiar, con altos niveles de apoyo, contribuye a incrementar las expectativas de recuperación individual (Corrigan Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999; Smith, 2000). Además, el estigma percibido enlaza con una cierta tendencia al aislamiento y aparece como una traba importante en la recuperación (Landeem, 2007).

De igual manera, el empoderamiento ha sido analizado como una de las variables que correlaciona negativamente con el estigma internalizado (Corrigan y Garman, 1997; Rogers, Chamberlin, Ellison y Crean 1997). Así, la identificación con el grupo estigmatizado se perfila como el principal vector de la internalización del estigma (Corrigan y Watson, 2002, 2007; Jetten, Spears y Manstead, 1996) lo que, en ocasiones, puede incluso frenar la búsqueda de tratamiento profesional (Agerbo, Byrne, Eaton, y Mortensen, 2004). Según Vauth (2007) el afrontamiento del estigma a través del aislamiento puede ser la puerta de entrada a la aparición de altos niveles de ansiedad anticipatoria.

## 5. TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL

Coincidiendo con el período de tecnificación y profesionalización de la disciplina, el trabajo social en salud mental aparece como una suerte de especialización (Fernández, 1997). La parcial sustitución del término psiquiatría enlaza con la insistente labor de prevención implementada desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde tanto la participación auxiliar de otros profesionales –además de los propios psiquiatras– como de otros actores sociales comienza a ser tomada en cuenta (Guimon, 2008). En esa vertiente interdisciplinar de la intervención, el trabajador social traslada otros componentes como el contextual, el relacional, el cultural o el económico, a la interpretación psicologista y biomédica, a fin de ofrecer un análisis global de la situación del paciente (García, 2004). Ello evitará la innecesaria proliferación de intervenciones profesionales, logrando una actuación terapéutica exitosa (Tizón, 1992). Dicho enfoque se caracteriza por la presencia de espacios compartidos orientados a la previa deliberación en común a la hora de definir cuáles han de ser las líneas estratégicas de intervención (Ramírez, 1992).

La función tradicionalmente asignada al profesional de lo social suele ser la correspondiente a los servicios de rehabilitación y de atención comunitaria (Guimon, 2002). La intervención profesional se articulará entonces a través del perfeccionamiento y el desarrollo de distintas habilidades del propio individuo y de la psicoeducación familiar o la creación de servicios de apoyo destinados a incrementar la autonomía psicosocial de la persona enferma mental crónica (Rodríguez, 1997).

Se trata de implementar un modelo de actividad interdisciplinaria basada en la relación y la alianza terapéutica (Guimón, 2002), sostenido en los valores de cada profesional (Zuazu y De Potestad, 2002) donde la persona enferma pueda ir elaborando adecuadamente sus experiencias (González Duro, 2000). Frente a ello, gana terreno el enfoque biomédico (González Duro, 2000; Márkez, 2001; Espino, 2002; Varo, 2007) al tiempo que el síndrome burnout profesional aumenta (Desviat 1999; Márkez 2001; De la Sota y Guimón 2002), pues se ha de ofrecer respuesta a un compendio de necesidades asistenciales asociadas a la cronicidad, la excesiva dependencia del sistema sociosanitario y la permanente injerencia de algunas familias en la intervención en ausencia de los recursos suficientes (Salvador-Carulla, 2002).

## 6. CONCLUSIONES

Tras haber realizado una breve exposición teórica en la que abarcamos diferentes aspectos relacionados con la salud mental, se nos plantean una serie de inquietudes que, inevitablemente, nos abren el camino hacia diferentes líneas de investigación que consideramos relevantes en este ámbito. A continuación, pasamos a exponer dos reflexiones que pueden servir a modo de preguntas de investigación para futuros proyectos.

El modelo biomédico, derivado de una visión positivista, ha hegemonizado, mediante sus dos tipos de diagnósticos categoriales (DSM, CIE) la práctica profesional, marginando aspectos socioestructurales relevantes en el abordaje de este tipo de cuestiones, lo que nos lleva a cuestionarnos, por un lado, acerca de si dicho modelo no resulta, efectivamente, estigmatizante y si, incluso, los propios profesionales desarrollan una actividad estigmatizante en el ejercicio de sus labores.

Por otro lado, siguiendo con la apuesta de determinadas instituciones internacionales, entendemos esencial la participación auxiliar tanto de otros/as profesionales como del resto de actores sociales implicados, más allá de los/as propios/as psiquiatras. Ello nos mueve a pensar si la problemática de la salud mental se contempla desde una perspectiva capaz de integrar diferentes saberes complementarios.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W., y Mortensen, P. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 28-33.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Angermeyer, M., y Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309.

- Arnaiz, A., y Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Badallo, A. (2012). *Estigma y salud mental*. Madrid: Grupo 5.
- Benach, J. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: El viejo topo.
- Bonino, L. (2000). Varones, Género y Salud Mental: deconstruyendo la "normalidad" masculina. En M. Segarra Montaner y A. Carabí, (Ed.), *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria.
- Chodoff, P. (2001). Mal uso y abuso de la psiquiatría. En: S. Bloch, P. Chodoff y S. Green, (eds.), *La ética en psiquiatría (57-73)*. Madrid: Triacastela.
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas. Recuperado de: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf).
- Correa-Urquiza, M. (2015). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos*. Madrid: Grupo 5.
- Corrigan, P. (2004). *On the Stigma of Mental Illness*. Nueva York: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2005). Findings from the National Comorbidity Survey on the Frequency of Violent Behaviour in Individuals with Psychiatric Disorders. *Psychiatric Research*, 136, 153-162.
- Corrigan, P. W., & Garman, A. (1997). Some considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services*, 48, 347-352.
- Corrigan, P. W., & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A.C. (2004). At issue. Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 477-479.
- Corrigan, P. W., & Watson, A.C. (2007). The Stigma of Psychiatric Disorders and the Gender, Ethnicity, and Education of the Perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 7, 48-67.
- Corrigan, P. W. Roe, D. & Tsang, H. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 53, 231-239.
- Cortés, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., y Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 18 (5), 351-359.
- Crespo, M., Muñoz, M., Pérez Santos, E., & Guillén, A. I. (2008) Stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain): descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403.

- Crespo, M., Muñoz, M., Pérez-Santos, E., & Guillén, A. (2007). Stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain): descriptive study. *Community Mental Health Journal*, 44, 393-403.
- Crisp, A., Gelder, M., Rix, S., Meltzer, H., & Rowlands, O. (2000). Stigmatization of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crocker, J., Major, B. & Steele, C. (1998). Social Stigma. En Gilbert, D. T. (Ed.), *The Handbook of Social Psychology* (115-122). Boston: McGraw-Hill.
- De la Sota, E., y Guimón, J. (2002). *La Gestión de las intervenciones psiquiátricas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- De Potestad, F., y Zuazu, A. I. (2002). La salud mental en el siglo XXI. *Norte de Salud Mental*, 5 (18), 44-52.
- Depla, M., De Graaf, R., Van Weeghel, J., & Heeren, T. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 146-153.
- Desviat, M. (1999). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Ediciones Dor.
- Dickerson, F., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143-156.
- Dietrich, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2006). The relationship between biogenetic casual explanations and social distance toward people with mental disorders: results from a population survey in Germany. *International Journal Social Psychiatry*, 52, 166-174.
- Durkheim, E. (2004). *El suicidio*. Madrid: Losada.
- Ertugrul, A., & Ulug, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 73-77.
- Espino, A. (2003). *La formación de los profesionales de salud mental en España*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Fernández, X. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *Revista de Trabajo Social*, 145, 48-58.
- Ferreirós, C. (2007). *Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. Madrid: CERMI.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- García, R. (2004). Salud mental comunitaria, ¿una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Prentice-Hall.
- González Álvarez, O. (2006). ¿Tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales? *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(98), 407- 415.
- González Duro, E. (2000). De la psiquiatría a la salud mental. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(74), 249-260.
- Gray, A. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.

- Guimon, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Madrid: Core Academia.
- Guimon, J. (2008). *Salud mental basada en las pruebas*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Huici, C. (1996). Estereotipos. En F. Morales, y C. Huici. (Eds.), *Psicología social y trabajo social* (312-314). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Jetten, J., Spears, R., & Manstead, A. (1996). Intergroup norms and intergroup discrimination: Distinctive self-categorization and social identity effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1222-1233.
- Kuper, T. (1995). The politics of psychiatry. *Masculinities*, 3 (2), 67-78.
- Landeen, J. L. (2007). Schizophrenia: effects of perceived stigma on two dimension of recovery. *Clinical Schizophrenia*, 1, 64-69.
- Lantéri-Laura, G. (2001). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela.
- Link B., Phelan J., & Bresnahan, M. (2000). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal Public Health*, 89, 1328-1333.
- Link, B. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621-1626.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 177-190.
- Livingston, J., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science y Medicine*, 71, 2150-2161.
- Livingston, J., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science y Medicine*, 71, 2150-2161.
- López, M., y Laviana, M. (1998). Empresas sociales y rehabilitación. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(68), 735-747.
- Maestro, J. C., y Jiménez, J.F (2002). Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 4 (2), 175- 194.
- Manzo, J. F. (2004). On the sociology and social organization of stigma: some ethno-methodological insights. *Human Studies*, 27 (4), 401-416.
- Marquéz-Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Revista de recerca i formació en antropología*, 12, 1-25.

- Márquez, I. (2001). *Atención Comunitaria de la enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Vizcaya: Ararteko/Defensor del Pueblo Vasco.
- Markowitz, F. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, F. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Markowitz, F. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Markowitz, F. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (5), 337-349.
- Mateu, M.P., & Cuadra, A.R. (2007). The stigma mental health bears. A challenge for the 21st century. *Revista de Enfermería*, 30 (11), 21-28.
- Morin, M. (1996). Representaciones sociales y prevención del sida. En Basabe, N., D. Páez, R. Usieto, y H. Paicheler. (coords.), *El desafío social del sida* (115-122). Madrid: Fundamentos.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A.I. (2009). *El estigma de la enfermedad mental*. Madrid: Ed. Complutense.
- Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S., y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6), 1255-1272.
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V. & Newman, L. S. (2004). Social psychological models of mental illness stigma. En P. W. Corrigan (Ed.), *On Stigma of Mental Illness* (99-128). Washington D. C.: American Psychological Association.
- Page, S. (1980). Social responsiveness toward mental patients: The general public and others. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 242-246.
- Prior, L., Wood, F., Lewis, G., & Pill, R. (2003). Stigma revisited disclosure of emotional problems in primary care consultations in wales. *Social Science Medicine*, 56 (10), 2191-2200.
- Prior, P. (1999). *Gender and mental health*. Londres: Macmillan Press.
- Ramírez, I. (1992). *El trabajo social en los servicios sociales de la salud mental*. Madrid: Eudema.

- Reich, W. (2001). El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. En S. Bloch, P. Chodoff, y S. Green (eds.), *La ética en psiquiatría* (189-216). Madrid: Triacastela.
- Rigol, A. (2006). ¿Qué hacer contra el estigma asociado a trastorno mental? *Revista Presencia*, 2 (4), 54-60.
- Ritsher, J., & Phelan, J. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257-265.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rogers E. S., Chamberlin, J., Ellison M., & Crean T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660-672.
- Salvador-Carulla, L. (2002). La salud mental en España: El Informe SESPAS 2002. En: De la Sota, E., Guimón, J. (coords.), *La gestión de las intervenciones psiquiátricas* (179-203). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sánchez-Caro, J., y Sánchez-Caro, J. (2003). *El consentimiento informado en psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sartorius, N. (1998). Stigma: what psychiatrists can do about it? *Lancet*, 325, 1058-1059.
- Scull, A. (2013). *La locura: Una breve introducción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: from the era of the asylum to the age Prozac*. New York: John Wiley and Sons.
- Smith, M. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 149-158.
- Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós.
- Tavris, C. (1992). *The mismeasure of woman*. Nueva York: Touchstone.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Londres: Oxford University Press.
- Tizón, J. L. (1992). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Varo, J. R. (2007). La reforma psiquiátrica en Navarra: 20 años después. *Anales del Sistema Sanitario*, 30 (1), 75- 87.
- Vásquez Rocca, A. (2011) Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/31/adolfovasquezrocca.pdf>.
- Vauth, R. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 58, 875-884.
- Wahl, O. (1999). Mental health consumer's experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.

- Wright, E., Gronfein, W., & Owens, T. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behaviour*, 41, 68-90.
- Wright, E., Gronfein, W., & Owens, T. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 68-90.
- Yzerbyt, V., y Shadron, G. (1996). Estereotipos y juicio social. En R. Bourhis (ed.), *Estereotipos, discriminación y relaciones entre grupo* (212-215). Madrid: Mc Graw-Hill.