



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

URIBE RESTREPO, MIGUEL; MORA, OLGA LUCÍA; CORTÉS RODRÍGUEZ, ANA CRISTINA

Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental

Universitas Médica, vol. 48, núm. 3, 2007, pp. 207-220

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Voces del estigma

Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental

MIGUEL URIBE RESTREPO¹
 OLGA LUCÍA MORA²
 ANA CRISTINA CORTÉS RODRÍGUEZ³

Resumen

Introducción: El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global y preocupante. Implica para el paciente y su familia un sufrimiento adicional al de la enfermedad misma y se relaciona con mayor aislamiento, menor búsqueda de ayuda y menos cumplimiento terapéutico. El juicio moral y el temor a la peligrosidad del paciente son fuentes importantes de la discriminación.

Objetivo. Describir algunas de las características del estigma.

Método. Se realizó una entrevista estructurada a 16 pacientes, dos grupos focales de pacientes en consulta externa y un grupo focal de familia, y se buscaron los ejemplos y testimonios representativos sobre el estigma vivido.

Resultados. Este trabajo ofrece, además, testimonios y ejemplos del estigma sentido en pacientes y sus familiares que han acudido a la Clínica La Inmaculada en Bogotá.

Conclusión. El estigma respecto a los pacientes con enfermedad mental y sus familias es un tema de actualidad y requiere estudios en profundidad.

Palabras clave:

Estigma, enfermedad mental, familia, testimonios, discriminación, rechazo, juicio moral, prejuicios.

-
- 1 Médico psiquiatra, psicoanalista, psiquiatra de enlace; director científico, Clínica La Inmaculada; profesor asistente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.
 - 2 Psicóloga, coordinadora de Psicología, Clínica La Inmaculada, Bogotá, D. C., Colombia.
 - 3 Trabajadora social, Clínica La Inmaculada, Bogotá, D. C., Colombia.

Recibido: abril 9/2007. Revisado: mayo 7/2007. Aceptado: mayo 28/2007.

Abstract

The stigma surrounding mental illness is a global phenomenon, with important consequences for patients and families. It is associated with an additional suffering, and leads to ostracism, less help seeking, low adherence to treatment. Moral judgment and fear of dangerousness are important causes for this discrimination. In this paper we show some examples of the felt stigma in patients and their families, who have consulted the Clínica La Inmaculada in Bogotá.

Key words

stigma, mental illness, family, testimonies, discrimination, rejection, moral judgment, prejudice.

Este trabajo describe algunos ejemplos sobre el “estigma sentido”, es decir, la percepción de quienes han sufrido los efectos del estigma[1]. Si bien el estigma ha sido más estudiado en los últimos años, sigue siendo un tema poco explorado en nuestro medio. Este trabajo representa un acercamiento inicial al problema, identificando los elementos claves en las vivencias de pacientes y familias con enfermedad mental sobre el impacto del diagnóstico, la hospitalización y los cambios personales, familiares y sociales que conlleva.

Marco teórico

El estigma puede definirse como el efecto negativo que una marca o una etiqueta produce en un grupo, tal como una minoría étnica, religiosa o pacientes con ciertas enfermedades entre las

que se destacan el sida y la enfermedad mental[2]. El estigma incluye tres elementos: un problema de conocimiento (ignorancia), un problema de actitud (prejuicio) y una conducta (discriminación)[3].

El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes[1]. Las consecuencias negativas del estigma incluyen el ostracismo y el aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos. El estigma percibido predice, por ejemplo, el bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con depresión[4]. Incluye, también, los prejuicios -a veces soterrados- que pueden llevar a una injusta política de salud que impide la implementación de servicios adecuados y alcanzar la paridad. Por ello, la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Psiquiatría, al igual que varios países, han emprendido campañas que buscan disminuir el estigma de la enfermedad mental.

Origen del estigma

Hay varias razones para el estigma. Entre ellas, tal vez las dos más relevan-

tes son la tendencia a culpar al otro de lo que le sucede (el juicio moral) y ver al paciente como peligroso. Si las personas consideramos a alguien como responsable de lo que le pasa, la reacción ante sus problemas suele ser de rabia en vez de deseo de ayudar, o de compasión en un sentido más amplio. Visto desde la perspectiva del paciente, si éste considera que es responsable de su enfermedad esto predice menor búsqueda de ayuda[5]. En este caso, el estigma pasa a través del juicio moral propio de la persona.

Los estudios clásicos de Goffman[6] destacaron el rol del entorno social y del diagnóstico o etiqueta (*labelling theory*) en el origen del estigma. La siguiente cita ilustra la teoría de Goffman:

“A modo de conclusión, deseo repetir que el estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de su vida. El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas”[6].

Siguiendo esta concepción del estigma como un proceso que va más allá del individuo, los estudios socio-

lógicos lo han abordado como una interacción mutua entre el medio social y el paciente[7].

Los trabajos de Susan Sontag[8] también han sido muy importantes para aclarar el sentido y el significado de la enfermedad: la enfermedad es el lado nocturno de la vida, un ciudadano muy oneroso, en su famosa cita. Sontag señala que las enfermedades muchas veces se asocian a nuestros miedos más profundos y cómo muchas veces las sociedades parecen necesitar tener una enfermedad que se identifique con la maldad, y a la cual se pueda culpar (piénsese en la lepra, la sífilis, el sida). Y si esa enfermedad se considera misteriosa, no tardará en ser no sólo temida, sino también vista como contagiosa (moral o literalmente).

Hay otras teorías sobre el origen del estigma. Según Crisp[9], hay una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse. La persona que estigmatiza reacciona a señales del otro en la conducta, en su expresión afectiva o en su expresión corporal, como agitación, inquietud, inmovilidad o rigidez corporal. Siguiendo esa línea de ideas, Haghghat concluye que el estigma, ya sea por la raza, la

religión o por la enfermedad, es un instrumento o un arma en la competencia socioeconómica. Tendemos a categorizar, generalizar y ser defensivos: la peligrosidad de un solo individuo, por ejemplo, de un paciente con esquizofrenia, automáticamente se extiende a toda la clase, a todas las personas con enfermedad mental, o simplemente a quienes se comportan de una manera diferente. Los estereotipos están siempre convenientemente a la mano.

Sobre la identidad

Según el Diccionario de la Real Academia, la identidad se define como “el conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracteriza frente a los demás; la conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a los demás”.

La identidad es un concepto complejo y multidimensional que incluye aspectos sociales y culturales. En el campo del estigma hacia los pacientes con trastornos mentales, se trata de un cambio en la identidad de la persona, quien pasa de una historia previa a ser para los otros “el enfermo”, “el esquizofrénico” o “el loco”. Se puede estudiar esta nueva identidad desde el punto de vista del paciente, asumiendo que incluye su propia interiorización de la percepción del medio sobre él mismo.

Abordajes para reducir el estigma

La psiquiatría ha intentado atacar el estigma desde una perspectiva médica que busca dar información al público, educarlo sobre la realidad de los trastornos mentales y, así, deshacer los mitos que la rodean. Se trata de disminuir la brecha que existe entre el conocimiento sobre la enfermedad mental que poseen los profesionales de la salud mental y el conocimiento del público en general. Esto ha pasado, claro está, a través de la difusión del concepto de la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro, siguiendo el modelo biomédico. Si se deja de ver al paciente y a la familia como culpables o como merecedores de un castigo, se allanaría el camino para un acercamiento mejor y una mayor ayuda.

Estas campañas se han llevado a cabo sobre todo en países desarrollados, y parecen haber tenido éxito en el primer objetivo: lograr que las personas tengan un mejor conocimiento del modelo biomédico. En efecto, hay evidencia de cambios en la percepción del público sobre la enfermedad mental: por ejemplo, un estudio en Estados Unidos en 1987 encontró que las causas de la esquizofrenia más citadas por el público eran “estrés ambiental” y “experiencias emocionales mayores desagradables”, mientras que en 1999, si bien el 91% mencionaba el estrés, ya el 85% ha-

blaba de “desequilibrio químico” y 67%, de factores genéticos o hereditarios (Read, Haslam, Sayce y Davies, 10). En Alemania se empleó la misma metodología para comparar las respuestas del público, en 1990 y 2001. El origen en una enfermedad cerebral aumentó de 51 a 70% y la herencia de 41 a 60%, mientras que un hogar deshecho bajó de 55 a 39% (en ambas encuestas la causa más citada fue un evento vital).

Sin embargo, no es claro que esta mejor información suponga un menor estigma. Infortunadamente, el estigma en general, de manera global, se ha incrementado en vez de atenuarse en las últimas décadas[10], lo que ha llevado a cuestionar este enfoque de “una enfermedad como cualquier otra.” Pensar que el paciente es víctima de una disfunción cerebral puede llevar a que se le vea con menos control sobre sí mismo y, por ende, impredecible y potencialmente peligroso, justo dos poderosas razones del estigma. Se ha visto que si se presenta una situación hipotética diciendo que se trata de una esquizofrenia, aumenta la probabilidad de que sea considerado una enfermedad de base biológica pero, al mismo tiempo, aumenta la idea de impredecibilidad y peligrosidad, y el deseo de mantener mayor distancia. En contraste, si se dice que la persona sufre una “crisis”, disminuyen las actitudes negativas hacia ella.

Otra posible desventaja del modelo biomédico es que puede aumentar la “diferencia” entre el sano y el enfermo; no se ven como parte de un continuo. Se ve al paciente como otro extraño, diferente. Además, se apela a explicaciones impersonales, con lo cual decrece la empatía. En conclusión, es conveniente evitar un modelo reduccionista y recordar que los factores biológicos forman parte de un modelo biopsicosocial.

El estigma sentido

En cuanto a la percepción del estigma, se ha destacado la sensación de impotencia o incapacidad (*powerlessness*) y pérdida en las narrativas de enfermedad en los pacientes. Otros factores que se han señalado derivan del tratamiento: por ejemplo, los síntomas extrapiramidales, la disquinesia tardía o el aumento de peso asociado con algunos medicamentos.

Struening *et al.*[11] estudiaron el impacto del estigma percibido en los cuidadores desde la perspectiva de los pacientes como consumidores de servicios. Encontraron que 70% de los cuidadores pensaban que el público general devaluaba a los pacientes y que 43% también pensaba que se devaluaba la familia.

El estigma sentido es importante para la clínica psiquiátrica. Estamos de

acuerdo con Lee[1] cuando señala que la depresión y la fatiga que experimentan los pacientes con esquizofrenia, además de ser síntomas negativos con una base cerebral, pueden ser la expresión de la desesperanza y de las pérdidas experimentadas por los pacientes. En tal caso, el estigma es un factor que incrementa las pérdidas y debe ser abordado, si no de una manera individual, al menos sí en una perspectiva social o de políticas de salud.

Metodología

A través de una entrevista estructurada a 16 pacientes, dos grupos focales de pacientes en consulta externa, y un grupo focal de familia, se buscaron los ejemplos y testimonios sobre el estigma vivido. Estos pacientes habían pasado, al menos, por una experiencia de hospitalización en psiquiatría en la Clínica La Inmaculada. Se aplicó, también, la matriz de impacto a 18 familias de un grupo de la Asociación Colombiana de Pacientes con Esquizofrenia y a 36 pacientes, el esquema de identidad.

La entrevista estructurada fue diseñada por el grupo de investigadores y las preguntas principales fueron: 1) el significado de haber presentado una enfermedad mental; 2) cuáles son las conversaciones que se dan a nivel social sobre la enfermedad mental; 3)

cuáles son las experiencias y vivencias dentro de la institución psiquiátrica, y 4) entre las dimensiones social, familiar y laboral, cuál fue el marco de ajuste más difícil.

Matriz para familiares. Se utiliza una matriz que identifica los principales conceptos e ideas sobre el impacto de la enfermedad en áreas básicas de funcionamiento, visto desde la perspectiva de la familia.

Pirámide de identidad. Se aplicó a 36 pacientes externos de un grupo psicoeducativo, todos ellos con experiencia de hospitalización previa y con tratamiento en el momento del estudio. Se les pedía que señalaran las palabras que los identificaban como personas antes de la experiencia de la hospitalización y después de la misma.

Se pidió consentimiento informado y autorización para la grabación de entrevistas.

Ejemplos

Los investigadores analizaron todas las encuestas, entrevistas y los otros instrumentos para detectar los conceptos y palabras clave que mejor describen la experiencia en torno al impacto de la enfermedad mental y sus vivencias de haber sido marcados o no por el trastorno mental.

Experiencia de los pacientes. Las palabras clave que describen la experiencia de los pacientes son: rechazo, desconocimiento, lenguaje peyorativo, no hay apoyo, hay que estar distantes, los medios de información no anuncian correctamente, dependencia, cambia la vida, bajo nivel de autoestima, falta de autonomía y libertad.

Como era de esperar, la experiencia de la hospitalización suele modificar de manera radical el proyecto de vida del paciente, genera cambios en la percepción de sí mismo, deterioro de la calidad de la interacción social y reduce el tamaño y accesibilidad a la red social. Se generan conductas de evitación, se reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla, se reduce su iniciativa para generar interacciones y su capacidad de generar comportamientos de reciprocidad.

Los pacientes referían un sentimiento de exclusión social y de ser diferentes, en gran parte relacionado con la pérdida laboral o educativa. Tal como lo expresó un paciente, “se nos mira desde las carencias y no desde el logro”.

Sobre la identidad. El primer impacto de la experiencia de una hospitalización o de un episodio serio que lleva al diagnóstico de una enfermedad mental, es el temor a una ruptura en la identidad propia, y no poder se-

guir siendo “la misma persona” y continuar con sus proyectos personales y roles sociales. Por ejemplo, un paciente contestaba siempre “Yo fui...buen estudiante, yo fui... solidario, yo fui... un buen ejemplo”, con lo cual expresa su sensación de pérdida y duelo por atributos que ya no siente propios.

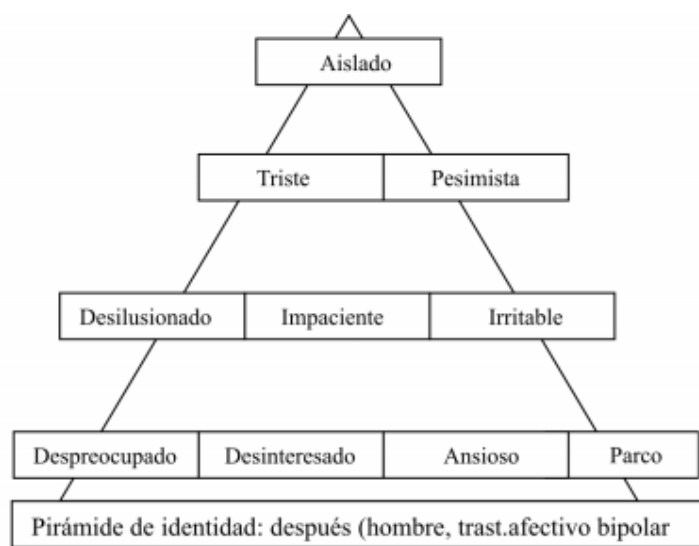
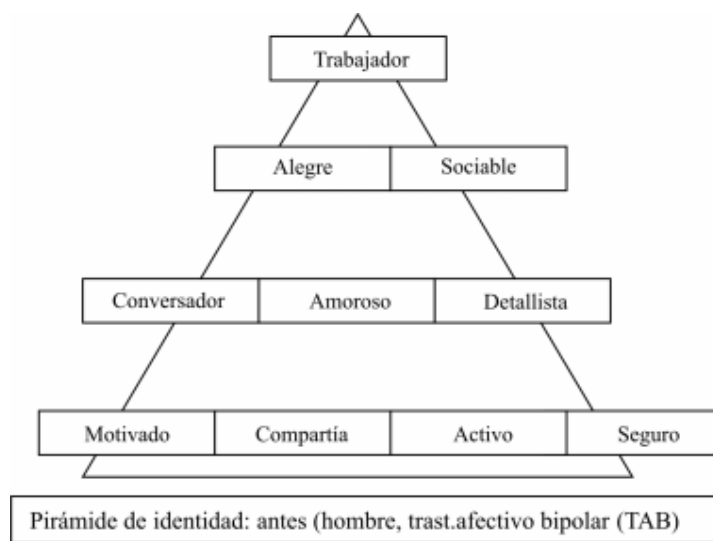
Estos cambios se observan también en la manera como las personas dan prioridad a ciertas características como definitorias de su identidad, muchas de ellas derivadas de ser productivos en su entorno social. Uno de los cambios más citados por los pacientes fue su pérdida laboral u ocupacional.

En otros ejemplos se confirma el ideal del modelo biomédico en cuanto se logre aclarar y tranquilizar gracias a un entendimiento mejor de los que experimenta el paciente.

Antes: “Estudiante, hermana, hija, distraída, perdida, aislada, con alucinaciones, creía que tenía un poder especial”. Después: “Sonrío, disciplinada, estable, activa, escritora” (mujer, TAB).

La paciente explica que la información que recibió sobre la causa de sus síntomas y el tratamiento sirvió para dar una explicación convincente y coherente sobre sus vivencias angustiantes.

Figura 1. Ejemplos de pirámides de identidad



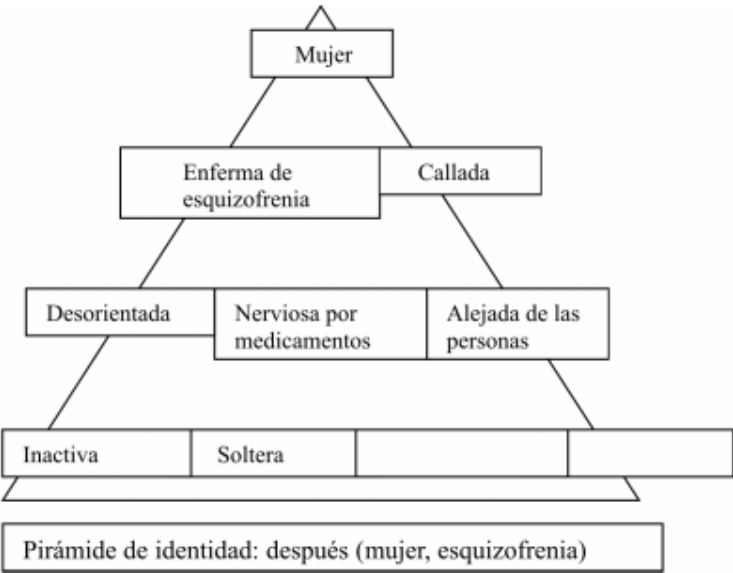
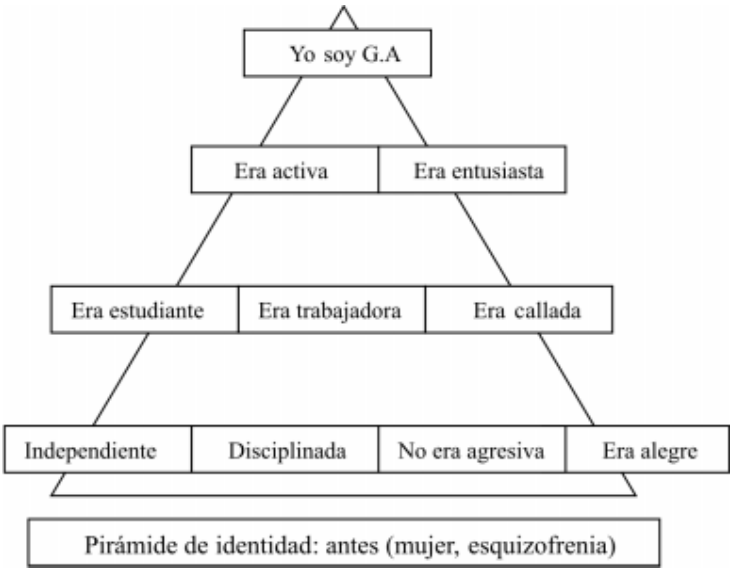


Figura 2. Ejemplos de testimonios, pacientes.

Testimonio	Fuente
“Lo que le pasa a la sociedad con el diagnóstico es lo mismo que le pasa al paciente, el desconocimiento. Hay falsas creencias de lo que implica y esto ocasiona perjuicios en los pacientes”.	Pacientes, grupo focal
“Mi familia me critica: piensan que yo soy drogadicto, pero yo nací así, con la cabeza mala”.	Paciente, grupo focal
“Con el diagnóstico queda marcada la persona, es como cuando la persona está encarcelada. Y esa marca queda para siempre, por más que uno se mejore... es el loquito del barrio... lo estigmatizan a uno”.	Entrevista
“Siempre nos rechazan, nos ven como peligrosos, se burlan, hacen chistes pesados, en la televisión el asesino en serie es siempre un esquizofrénico”.	Grupo focal
“O nos dicen: “¿Cómo es que usted no es capaz?”.	Grupo focal
“Hay mucho desconocimiento, la palabra se usa mal, para hablar peyorativamente de una persona le dicen esquizofrénico”.	Entrevista
“En las noticias, el de la jeringa, siempre es un enfermo mental”.	Grupo focal
“Lo más difícil es que no hay cosas palpables. En otras enfermedades, se ve, tiene un brazo roto o un cáncer, es algo que se ve, por eso la enfermedad avanza tanto, porque no se ve lo que hay en la persona”.	Entrevista

Familias. El dolor del conocimiento.

Con las dificultades iniciales del miembro de la familia se da un proceso de negación (por ejemplo, pensar que son pasajeras o que son producto de otras razones, las más citadas son crisis vitales y drogas).

Luego, viene el dolor y la frustración al conocer el diagnóstico y por las limitaciones que observan en su familiar producto de la enfermedad. Es lo que una familia denominó “es saber con dolor” (familia 1, hijo esquizofrenia).

Figura 3. Familia y estigma: ejemplos

Ejemplo	Fuente
“Hay una actitud de defensa por miedo y nos marginamos”.	Familia 1, hijo con esquizofrenia
“No se le tiene en cuenta, se descalifica”.	Familia 1, hijo con esquizofrenia
“Dependemos del médico y de la institución, si lo hospitaliza o no ... ya no tenemos autonomía como familia”.	Familia 1, hijo con esquizofrenia
“Sufrimiento de que se burlen de él y de la familia”.	Familia 2 grupo de esquizofrenia, matriz
“Es el miedo... es algo que uno desconoce mucho y definitivamente le genera miedo, especialmente cuando la persona empieza a tener comportamientos en los que uno se siente amenazado”.	Grupos familiares
“Lo duro de esta enfermedad es que todo el mundo lo rechaza”.	Familias, grupo
“Yo creo que en la sociedad hay mucho miedo. Hay rechazo por la necesidad de protección y cierta estigmatización en términos de que es algo muy complicado o le marca un <i>handicap</i> muy importante a la persona, eso se siente no sólo de la persona misma sino de la familia toda”.	Familia 1, hijo con esquizofrenia
“La hospitalización, así sea necesaria en el momento, estigmatiza a la persona. Y también la afecta mucho en la autoestima y en una cantidad de cosas... la hospitalización es necesaria pero deja sus secuelas”.	Familia 1, hijo con esquizofrenia
“Cuando entendimos que él tenía esquizofrenia, fue como si la familia quedara en una fotografía, estancados en ese momento. No se ha cambiado desde entonces”.	Familia 1, hijo con esquizofrenia

Para la familia también es un cambio en el proyecto de vida:

“Al comienzo es una frustración muy grande porque ya se había recorrido un camino, entraron a la universidad, ya era más fácil.

Fue cuando le dio la primera crisis. Uno no puede entender de qué está enfermo... Yo pensaba que la había cogido contra mí, que su agresividad era en contra mía. Sólo a través de varias hospitalizaciones y de darme muchos

golpes pude ir aprendiendo que la enfermedad es para toda la vida” (familia 3, grupo focal).

Discusión y conclusiones

En este acercamiento encontramos que las familias resultaron todas conscientes del estigma y de las implicaciones de la enfermedad del paciente, tanto para ellos como para el paciente mismo. Ahora bien, se trata de un proceso en el que hay un trabajo interno de la familia, pasando por fases de negación, frustración, duelo y aceptación de la enfermedad, durante el cual empiezan a sentir los cambios sociales que implican el diagnóstico y la enfermedad.

En las familias encontramos que su visión sobre el paciente consiste sobre todo en verlo como a un niño, producto de las limitaciones en sus capacidades por la enfermedad padecida. Queda por investigar hasta qué punto están percibiendo al paciente como más discapacitado de lo que realmente está. De cualquier modo, esto concuerda con un esquema familiar común en nuestro medio, en el cual la familia posee un rol protector o sobreprotector. Al paciente se le considera como a un niño y se destaca el aspecto de dependencia. A primera vista, esto contrasta con la visión del paciente como peligroso e impredecible

encontrado en otros medios, lo cual puede reflejar en parte estructuras familiares diferentes.

El estigma se refleja claramente en el cambio de identidad en el paciente. Hay un antes y un después. La identidad nueva refleja una pérdida de control en la vida propia y una detención de los proyectos vitales, al igual que una pérdida de autonomía. Hay un proceso paralelo en el cambio de la identidad producto de la experiencia propia y el impacto de las interacciones sociales, donde propiamente se ve el estigma.

Para evitar contribuir al estigma es importante evitar convertir al paciente en un niño e involucrarlo activamente en el tratamiento y, en especial, en la rehabilitación. Si el estigma, por decirlo así, se apoya en la vivencia interna de pérdida de autonomía y una mayor dependencia, es indispensable involucrar al paciente desde la fase inicial en su tratamiento, de manera que asuma una posición activa.

El abordaje terapéutico del trastorno mental grave debe ir mucho más allá de la medicación. Los aspectos psicosociales son esenciales; es importante creer en el paciente para no adoptar la misma actitud que tiene la sociedad y que sustenta buena parte de la estructura de esa habitación llamada estigma. Hay que involucrar a

la familia desde el inicio y trabajar con las redes sociales que evitan el aislamiento del paciente. Los grupos de pacientes y familiares y los talleres de psicoeducación ayudan a disminuir el estigma, tal como fue expresado por algunas de las familias y los pacientes. En los talleres el paciente toma un rol activo, lo cual le permite rescatar sus capacidades.

Si como Haghighat sostiene[12], el camino para disminuir el estigma, o acabar con él, pasa por el progreso de la humanidad desde un egoísmo defensivo hacia una sociedad más madura, fraterna y cuidadora de los otros, una sociedad que supera las tendencias biológicas egoístas y, además, sigue “los lineamientos ideológicos correctos”, entonces, se trata de un camino largo y difícil.

Limitaciones. Los entrevistadores formamos parte del equipo de la clínica, lo cual pudo hacer que pacientes y familiares no fueran completamente abiertos en sus opiniones y percepciones de la hospitalización. Tal sesgo llevaría, probablemente, a atenuar los efectos negativos de la experiencia del contacto con las redes de salud mental. Uno de los objetivos fue constatar cómo viven la experiencia del encuentro con la clínica y con los diferentes profesionales. Para ello, es necesario que sea llevado a cabo por otra disciplina, por ejemplo, por la sociología o

la antropología, de manera independiente.

El grupo al cual se le aplicó la pirámide de identidad es un grupo de pacientes que ha recibido psicoeducación. Esto ofrece la ventaja de que son personas con una historia ya larga de problemas por su trastorno, pero se trata de un grupo que puede estar mejor informado sobre los aspectos médicos y psicosociales de su enfermedad en comparación con el paciente promedio.

No se buscó una correlación directa entre la percepción del paciente o de su familia y los datos objetivos sobre cómo son, a su vez, percibidos por el grupo social. No hay una indagación sobre el estigma objetivo. Sin embargo, estamos de acuerdo con Perlick[13] cuando señala que el estigma percibido y la manera como la persona y su familia entienden la realidad externa son claves para su autoestima y para su adaptación social.

Agradecimientos

A los pacientes y familiares de la Clínica La Inmaculada y de la Asociación Colombiana de Pacientes con Esquizofrenia.

Conflicto de interés: ninguno.

Bibliografía

1. Lee S. *The stigma of schizophrenia: a transcultural problem*. Curr Opin Psychiatry 2002; 15: 37-41.
2. Hayward P, Bright JA. *Stigma and mental illness: a review and critique*. J Ment Health 1997; 6: 345.
3. Thornicroft G, Rose D, Kassam A y Sartorius N. *Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?* Br J Psychiatry 2007; 190: 192-3.
4. Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. *Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence*. Psychiatr Serv 2001; 52: 1615-20.
5. Cooper A, Corrigan P, Watson A. *Mental illness stigma and care seeking*. J Nerv Ment Dis 2003; 191: 339-41.
6. Goffman E. Estigma. *La identidad deteriorada*. Primera edición. Buenos Aires, Amorrortu, 2003.
7. Pilgrim D, Rogers A. *Psychiatrists as social engineers: a study of an anti-stigma campaign*. Soc Sci Med 2005; 61: 2546-56.
8. Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Vintage Books; 1979.
9. Crisp A. *The tendency to stigmatise*. Br J Psychiatry 2001; 178: 197-9.
10. Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. *Prejudice and schizophrenia: a review of the mental illness is an illness like any other approach*. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 303-18.
11. Struening E, Perlick D, Link B, Hellman F, Herman D, Sirey JA. *Stigma as a barrier to recovery: the extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families*. Psychiatr Serv. 2001; 52: 1633-8.
12. Haghighat R. *A unitary theory of stigmatisation*. Br J Psychiatry 2001; 178: 207-15.
13. Perlick D. *Special section on stigma as a barrier to recovery: introduction*. Psychiatr Serv 2001; 52: 1613-4.