



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

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

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

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 101, 2008, pp. 43-83
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019652004>

- 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

La luc en salud

RESUMEN: Rev
criminación que
mental, intentan
que pueda orient
PALABRAS CL
atención comuni

El intere
mentales y la
tante en el m
años cincuent
alternativos a
actitudes son
cionado con l
hecho, una ba
bles condicio
efecto es sobr
las personas
distintos aspe
dos tipos de
medad o trast
y susceptible
con el estigm
además de re
una considera
dadana activa
técnico, deno
vivienda, salu

A ese re
acrecienten e
producida en
profesional ha
meno o grupo
Además, espe

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
sonas con en
del proceso d
tores que se r
personas esti
para ello es r
pecto desde c
ciplina result
(20; 29-30).

A este re
en general, r
distintas disc
sencia españ
si se repasan
producción a
camente de tr
culado a la A
Corrigan y
Rehabilitació
mente, tambí
perspectiva n
ción y cuyos
que sigue.

I.1. *Algunos*

Ese com
afecta tan sol
terizando, en
ción establec
realidad con
tualmente ne
rios en virtud
que permite i

En su cl
estigma para
característica
ción, como re
social con un

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
sonas con en
del proceso d
tores que se r
personas esti
para ello es r
pecto desde c
ciplina result
(20; 29-30).

A este re
en general, r
distintas disc
sencia españ
si se repasan
producción a
camente de tr
culado a la A
Corrigan y
Rehabilitació
mente, tambí
perspectiva n
ción y cuyos
que sigue.

I.1. *Algunos*

Ese com
afecta tan sol
terizando, en
ción establec
realidad con
tualmente ne
rios en virtud
que permite i

En su cl
estigma para
característica
ción, como re
social con un

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 person
«aproximable
das al estigm
«Estereotipos
la población m
cionan (sesga
muchas de la
b) «Prejuicio
mayoría expe
están sujetas
desarrollar ac
distancia soci

Los tres
línea de influ
medida en qu
generan discr
gran medida
para hacer ma
mos todavía
resultan total
ta la conducta

Pero, ad
también lo q
social deseada
hacia los mien
nes interperso
estructural» (c
posiciones pr
que, de form
papel, tanto p
por su refuerz

En cual
que solemos
tendemos a p
resulta en la p
(34; 37): tant
y la discrimin
ficas, como lu

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
«aproximable
das al estigma
«Estereotipos
la población m
cionan (sesga
muchas de la
b) «Prejuicio
mayoría expe
están sujetas
desarrollar ac
distancia soci

Los tres
línea de influ
medida en qu
generan discr
gran medida
para hacer ma
mos todavía
resultan total
ta la conducta

Pero, ad
también lo q
social deseada
hacia los mien
nes interperso
estructural» (c
posiciones pr
que, de form
papel, tanto p
por su refuerz

En cual
que solemos
tendemos a p
resulta en la p
(34; 37): tant
y la discrimin
ficas, como lu

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.

Componentes

Estereotipo

Prejuicio

Discriminación

Hay que
tifica diferen
(su internaliza
en las posibil
ría de las mi
hacer frente a

I.1.4. *La ev*

Un prob
rés, es el del
habitual (20;
con informac
poca duración
como el de la
41). En gene
social y modi

En lo q
desde la Soci
ción y el con
una efectivid
riesgos de inc
última las má

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.

Componentes

Estereotipo

Prejuicio

Discriminación

Hay que
tifica diferen
(su internaliza
en las posibil
ría de las mi
hacer frente a

I.1.4. *La ev*

Un prob
rés, es el del
habitual (20;
con informac
poca duración
como el de la
41). En gene
social y modif

En lo q
desde la Soci
ción y el con
una efectivid
riesgos de inc
última las má

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*

En el ca
tante valorar o
defensa grupa
intentan justif
sociedades est

Y a ese
un fenómeno
con una ciert
continuación,
ralizado (12;
problemas co
y algunas cara
se miden (11;

I.2.1. «Enfe

Así, ante
acumulada so
con enfermed
tiene que ver
ción genérica
cuenta al pres
tudes sociales
que las relacio
sión, y aunqu
medidas utiliz
mental «que p
cercanos a la i

Las refer
que, pese a e
actitudes haci
negativas que
situándose en
godependenci
17; 20; 37; 40
imagen socia
(56) así como
cen irse acep

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*

En el ca
tante valorar o
defensa grupa
intentan justif
sociedades est

Y a ese
un fenómeno
con una ciert
continuación,
ralizado (12;
problemas co
y algunas cara
se miden (11;

I.2.1. «Enfe

Así, ante
acumulada so
con enfermed
tiene que ver
ción genérica
cuenta al pres
tudes sociales
que las relacio
sión, y aunqu
medidas utiliz
mental «que p
cercanos a la i

Las refer
que, pese a e
actitudes haci
negativas que
situándose en
godependenci
17; 20; 37; 40
imagen socia
(56) así como
cen irse acep

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).

I.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
so en quienes
78). Es llama
vidad de los
con un núme
sobre las «en
pero cuyas op
deberían ayu
ellas, no difie
mente sesgad

Algunos
tras, una histo
mente que le
en este caso,
cia como fac
distancia soci
cionase en el
capacidad, co
tras funciones
la población.

I.2.3. *Violencia*

La asoci
to, de ahí la r
(9; 12; 14; 37)
que la consid
trastornos me
habitual o pro
distintas pers
municación. I
pecialmente g
mental, para c
en que parecí

Los estu
y la diversida
89-90), para
por un lado,
ral, parecen t
sentan las pe

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).

I.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
so en quienes
78). Es llama
vidad de los
con un núme
sobre las «en
pero cuyas op
deberían ayu
ellas, no difie
mente sesgad

Algunos
tras, una histo
mente que le
en este caso,
cia como fac
distancia soci
cionase en el
capacidad, co
tras funciones
la población.

I.2.3. *Violencia*

La asoci
to, de ahí la r
(9; 12; 14; 37)
que la consid
trastornos me
habitual o pro
distintas pers
municación. I
pecialmente g
mental, para c
en que parecí

Los estu
y la diversida
89-90), para
por un lado,
ral, parecen t
sentan las pe

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

Como in
ciones cultura
publicados en
vía demasiada
ce que el estig
(9; 12; 15; 19
52; 100-01),
fenómeno rea
enfermedad f
101), las disti
101; 108-110
sociedades «r
escasez, diver
este respecto
cional ya me
ahora realizac
derse a region
de nuestro gr
mentos puede

Pero el e
algunas varia
género (12; 5
edades más j
directo y cont
50; 52-53; 61
la definición d
dios el contac
da transversal
el cambio de
contextos rea
algunos estud
menores en e
defensiva del

1.2.5. El or

Es impo
habitualmente

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

Como in
ciones cultura
publicados en
vía demasiada
ce que el estig
(9; 12; 15; 19
52; 100-01),
fenómeno rea
enfermedad f
101), las disti
101; 108-110
sociedades «r
escasez, diver
este respecto
cional ya me
ahora realizac
derse a region
de nuestro gr
mentos puede

Pero el e
algunas varia
género (12; 5
edades más j
directo y cont
50; 52-53; 61
la definición d
dios el contac
da transversal
el cambio de
contextos rea
algunos estud
menores en e
defensiva del

1.2.5. El or

Es impo
habitualmente

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
niones y senti
de las persona
tificar a una p
tas –derivadas
128), pero tar
social habitua
evolución de
existencia de

Por ello
estos últimos
63; 73; 126-1
etiquetado soc
negar el papel
tamiento, esta
y señalan que
gación empíri
que ya se disp
manera simpl
fesionales y c
cionistas. Es
pero también
como elemen
tratamiento, c
tipo de proble
siempre» ante

De ahí l
organicen de
sociales, sino
pone desde m

Un aspe
ma, pudieran
personas con
entre dos mo
nomarse re
enfaticando e
semejanza de
contrario, en
que tienen pa
cionado con e

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
niones y senti
de las persona
tificar a una p
tas –derivadas
128), pero tar
social habitua
evolución de
existencia de

Por ello
estos últimos
63; 73; 126-1
etiquetado soc
negar el papel
tamiento, esta
y señalan que
gación empíri
que ya se disp
manera simpl
fesionales y c
cionistas. Es
pero también
como elemen
tratamiento, c
tipo de proble
siempre» ante

De ahí l
organicen de
sociales, sino
pone desde m

Un aspe
ma, pudieran
personas con
entre dos mo
nomarse re
enfaticando e
semejanza de
contrario, en
que tienen pa
cionado con e

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.

I.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

datos aportados sobre estos aspectos cognitivos de las enfermedades mentales y las conductas concretas de las personas afectadas, teniendo en cuenta la «corrección pautada» (137), como por ejemplo la integración social, no nos afecte directamente. En cualquier caso, parece más a favor de las políticas sociales y de los acontecimientos que de los

I. 3. *Las consecuencias*

El estigma y las consecuencias a menudo minimizadas y estigmatizadas debe diferenciarse de la mayoritariamente

El primer tipo de personas afectadas en el entorno familiar (20). Las personas afectadas que padecen aquellos que padecen de tipos de enfermedad personal y estigmatización de tipos de factores con las reacciones de sus propias experiencias prácticas s

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

⁷ Es verdad que un ayuntamiento a menudo en las afueras («en el exterior») tomando los principios de lo que se ha hecho en más de una

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.

I.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

datos aportados sobre estos aspectos cognitivos de las enfermedades mentales y las conductas concretas de las personas afectadas, teniendo en cuenta la «corrección pautada» (137), como por ejemplo la integración social de las personas afectadas, no nos afecte directamente. En cualquier caso, parece que se hace más a fondo el análisis de las dinámicas sociales y los acontecimientos

I. 3. *Las conclusiones*

El estigma social de las personas afectadas por enfermedades mentales es un fenómeno muy matizado y en constante evolución. Su análisis debe diferenciar entre la mayoría y la minoría, y entre la mayoría y la minoría.

El primer tipo de estigma social afecta a las personas afectadas por enfermedades mentales en su entorno familiar y social (20). Las personas afectadas por enfermedades mentales son aquellas que padecen de tipos de enfermedades mentales que afectan a la vida personal y social, y que están estigmatizadas por los tipos de factores que las afectan, con las reacciones de las personas que las rodean, sus propias experiencias y sus propios sentimientos.

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

⁷ Es verdad que en un ayuntamiento a las afueras («en las afueras») se están haciendo los principios de la lucha contra el estigma en más de una

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 «a*

Un aspecto en términos globales ya referido en los artículos publicados en esta revista, es que viven las opiniones, más que negativas, manifestando acoso hacia los enfermos (20; 140-141). describe así cómo (145), con sentimientos favoreciendo a los similares a la «desacreditación» tituirse en un riesgo de

Pero no de estigma (modelo de la psicología alternativa, una línea de acción o «emp» depende del acción de variación del nivel de cuenta (158-1 usuarios y us potenciar este interesante cosocial (2), existe, además ración (2; 162)

Un aspecto riormente resu lización», tien mental y sus e rencia al trata

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 «a*

Un aspe
en términos g
el ya referido
dios publicad
viven las opin
mente negativ
manifestar ac
miendo los es
(20; 140-141)
describe así c
145), con sen
favoreciendo
similares a la
«desacreditab
tituirse en un
ta el riesgo de

Pero no
de estigma (d
modelo de la
psicosociológ
alternativos, u
sante línea de
ción o «emp
depende del a
ción de varia
del nivel de a
cuenta (158-1
usuarios y us
potenciar este
interesante co
cosocial (2),
existe, además
ración (2; 162

Un aspec
riormente resu
lización», tien
mental y sus e
rencia al trata

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 orienta
las actitudes).

II.1. *La experiencia de tres estratos*

En términos
diado tres estr
fracasos diferen
cación y conta
bién pueden s
personas con

II.1.1. *Movimiento*

La prote
tos de lucha
corto plazo, d
das en estere
sola una utili
nes positivas
dencia de «ef
175; 179-181

En nues
matización, d
como familiar
ma y los der
mayor o meno
minación, a d
dios experime
efecto de «lob
suelen supon
específica de
medios de co
tudes reales n
179; 180). Per
y capacidad d
de reivindicac
sobre autoafin

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 orienta
las actitudes).

II.1. *La experiencia de tres estratos*

En términos
diado tres estr
fracasos diferen
cación y conta
bién pueden s
personas con

II.1.1. *Movimiento*

La prote
tos de lucha
corto plazo, d
das en estere
sola una utili
nes positivas
dencia de «ef
175; 179-181

En nues
matización, d
como familiar
ma y los der
mayor o meno
minación, a d
dios experime
efecto de «lob
suelen supon
específica de
medios de co
tudes reales n
179; 180). Per
y capacidad d
de reivindicac
sobre autoafin

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 («campanas») 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 «campañas».

mente definidos por los medios de comunicación y los poblacionales y las residenciales (problemas de salud pública, peligrosidad en el hogar, 180-182; 190, 191). Los datos nos muestran claramente que en un tiempo pro-

Por último, para cambiar te informativa mación, discu (53). Buscando vas, que suelen general» que

II.1.3. *El co*

Lo que resulta de un contacto directo o indirecto (20; 157; 172; 173) lógicos y sociales de la interacción social y la interacción social de recategorización, que se ve favorecida por la institucional y la social. Es decir, de la interacción demasiado directa y demasiado directamente disociada del «mundo real».

En el caso de las mujeres, al contar también con el apoyo de la Ley 176), incluso en los casos de resultados favorables estos no son suficientes para dilucidar la necesidad de una recategorización de las atribuciones.

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 («campanas») 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 «campañas».

mente definidos por los medios de poblacionales y residenciales (problemas de salud, peligrosidad e ingresos 180-182; 190, 191). Los datos nos claramente muestran un tiempo pro-

Por último, para cambiar te informativa mación, discu (53). Buscando vas, que suelen general» que

II.1.3. *El co*

Lo que resulta de un contacto directo o indirecto (20; 157; 172; 173) lógicos y sociales de la interacción social, la interacción social de recategorización, que se ve favorecida por la institucional y la social. Es decir, de la interacción demasiado directa y demasiado directamente disociada del «mundo real».

En el caso de las mujeres, al contar también con el apoyo de la Ley 176), incluso se han obtenido resultados favorables estos últimos, que permiten para dilucidar la importancia de una recategorización de las atribuciones sobre las atribuciones.

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. Fun
fere
proc
aplic
repe
neg
situ

4. En l
salu
roll
de m
los s
y las
mas
nóst
iden
ten
difus
fican
men
defe
duct
incl

5. Hay
caci
com

6. Y, co
met
y nu

II.2.2. *Una*

En conj
dad» aunque
para una estra
vos: interrup
les prevalente
disminuir el i
las a desarroll
ma (11; 14; 1

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. Fun
fere
proc
apli
repe
neg
situ

4. En l
salu
roll
de m
los s
y las
mas
nóst
iden
ten
difus
fican
men
defe
duct
incl

5. Hay
caci
com

6. Y, co
met
y nu

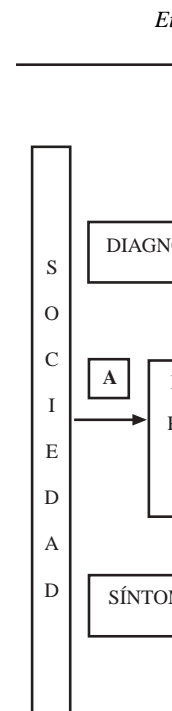
II.2.2. *Una*

En conj
dad» aunque
para una estra
vos: interrup
les prevalente
disminuir el i
las a desarroll
ma (11; 14; 1

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).



TIPOS DE INTERVENCIÓN

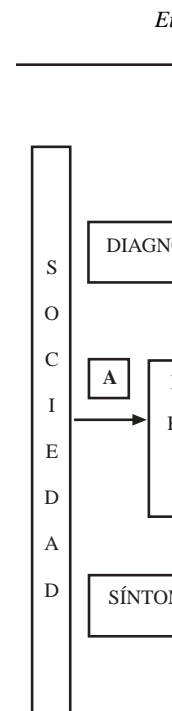
- A. Disminución
- B. Uso razonable
- C. Atención inter
- D. Atención san
- E. Sistemas de
- F. Desaparición

En relación con los objetivos, conviene, sobre todo, actualizar (11; 57) y su papel es claro el papel (134; 168; 172) ciones reales, ración de los

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).



TIPOS DE INTERVENCIÓN

- A. Disminución
- B. Uso razonable
- C. Atención interactiva
- D. Atención sanitaria
- E. Sistemas de
- F. Desaparición

En relación con los objetivos, conviene, sobre todo, actualizar (11; 57) y su papel es claro el papel (134; 168; 172) ciones reales, ración de los

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 («campaña» 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 particular tras cambio de actitudes que favorezcan la capacidad de las asociaciones

4. Un *factor* de atención. En psiquiátricas de atención por redes de servicios públicos (en la lucha contra las legislaciones inadecuadas)

Pero tan de una *atención* la vez que res (199-200). Atención con mayores situación y coherencia en los po-

5. El *paciente* (pacientes y familiares) nuevo el papel en el entrenamiento al tratamiento (165-166) cuenta individual intervenciones

6. En *la* de «agentes» en distintos momentos «desestigmatización» de medios de comunicación también a empresas

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 («campaña» 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 particular tras cambio de actitudes que favorezcan la capacidad de las asociaciones

4. Un *factor* de atención. En psiquiátricas de atención por redes de servicios públicos (en la lucha contra las legislaciones inadecuadas)

Pero tan de una *atención* la vez que res (199-200). Atención con mayores situación y coherencia en los po-

5. El *paciente* (pacientes y familiares) nuevo el papel en el entrenamiento al tratamiento (165-166) cuenta individual intervenciones

6. En *la* de «agentes» en distintos momentos «desestigmatización» de medios de comunicación también a empresas

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.

A ese re
ción y compr
proceso de es
funcionamien
personas con
personal, las
búsqueda de
(165). Y, en
nuestras socie

Distintas
permitirnos a
criminales
buyendo a un
como «desarr
la consiguien
definitiva, qu
sin duda sign

Siempre
si de lo que s
que hacemos
simples.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LEFF, J.
- (2) LÓPEZ, M.
- con trastorno m
- Neuropsiquiatría*
- (3) THORN
- Oxford Universi
- (4) U.S. D
- Surgeon Genera*
- (5) RUIZ, I
- tal», *Actas Luso*
- (6) FOUCA
- (7) LÓPEZ
- reforma(s). Nota
- la Reforma Psiqu*
- (8) ANGEL
- Understanding t
- 2001, 10, 1, pp.

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.

A ese re
ción y compr
proceso de es
funcionamien
personas con
personal, las
búsqueda de
(165). Y, en
nuestras socie

Distintas
permitirnos a
criminales
buyendo a un
como «desarr
la consiguien
definitiva, qu
sin duda sign

Siempre
si de lo que s
que hacemos
simples.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LEFF, J.
- (2) LÓPEZ, M.
- con trastorno m
- Neuropsiquiatría*
- (3) THORN
- Oxford Universi
- (4) U.S. D
- Surgeon Genera*
- (5) RUIZ, I
- tal», *Actas Luso-*
- (6) FOUCA
- (7) LÓPEZ
- reforma(s). Nota
- la Reforma Psiqui*
- (8) ANGE
- Understanding t
- 2001, 10, 1, pp.

- (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.opentheodoors.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, Amarú, 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.

- (30) PILGRIM, University Press.
- (31) ANGELO, Investigation of t
- (32) FAZIO, en HOGG, M. A.
- (33) GOFMAN, 2003, pp. 139-1
- (34) JONES, 2000.
- (35) HEAT, 2000.
- (36) CRISP, 2000.
- (37) HAGG, to Destigmatisat
- (38) LEÓN, Madrid, McGraw
- (39) MORCOS, Madrid, Sín
- (40) MARI, de la taxonomía
- (41) CORRIGAN, Stigma and Disc
- (42) CORRIGAN, 56, 5, pp. 557-5
- (43) LINK, *Schizophr. Bull.*,
- (44) MARI, *Revista de Psico*
- (45) SHIH, «Stigma», *Annals*
- (46) GAER, *Soc. Psychol.*, 19
- (47) GÓMEZ, 2003.
- (48) CORRIGAN, «Stigma?», *Int. J.*
- (49) BHUGRA, *Psychiatr. Scand*
- (50) ANGELO, with Mental Illne
- (51) THOMAS, Worldwide Cam
- (52) WARREN, 2002, 37, pp. 47
- (53) SZMUKLER, G. (ed.), pp. 453-464.

- (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.opentheodoors.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, Amarú, 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.

- (30) PILGRIM, University Press.
- (31) ANGELO, Investigation of t
- (32) FAZIO, en HOGG, M. A.
- (33) GOFMAN, 2003, pp. 139-1
- (34) JONES, 2000.
- (35) HEAT, 2000.
- (36) CRISP, 2000.
- (37) HAGGARD, to Destigmatisat
- (38) LEÓN, Madrid, McGraw
- (39) MORRIS, cos, Madrid, Sín
- (40) MARI, de la taxonomía
- (41) CORRIGAN, Stigma and Disc
- (42) CORRIGAN, 56, 5, pp. 557-5
- (43) LINK, *Schizophr. Bull.*,
- (44) MARI, *Revista de Psico*
- (45) SHIH, Stigma», *Annals*
- (46) GAER, *Soc. Psychol.*, 19
- (47) GÓMEZ, 2003.
- (48) CORRIGAN, Stigma?», *Int. J.*
- (49) BHUGRA, *Psychiatr. Scand*
- (50) ANGELO, with Mental Illne
- (51) THOMAS, Worldwide Cam
- (52) WARREN, 2002, 37, pp. 47
- (53) SZMUKLER, G. (ed.), 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) PESCOSOLIDO, 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.

- (73) SARTI, «Attitudes of Med
- (74) LAUB, *Psychiatry*, 2004
- (75) LAUB, *Psychiatr. Scand*
- (76) MAG, Comparison with
- (77) MAG, survey of the C
- (78) CLAR, *Psychiatry*, 2004
- (79) ANGE, History of Violent
- (80) ANGE, of Epidemiolog
- (81) ERO, *Epidemiol.*, 1998
- (82) APPE, 2000, 407, pp. 6
- (83) STUA, Violent Behavior
- (84) WAL, *Psychiatry*, 2006
- (85) ANGE, pp. 121-124.
- (86) ARBO, Evidence», *Br. J.*
- (87) COID, Persons on the A
- (88) COR, 43, 12, pp. 1.721
- (89) DOUC, Mental Illness an
- (90) HOD, the Frequency o
- (91) LINK, 2005, 136, pp. 1
- (92) DOUC, Measurement Sc
- (93) HOD, 2003, 48, 11, pp
- (94) HOD, Disorders and C
- (95) LINK, *Psychiatr. Epide*
- (96) LINK, Probing the Co
- (97) LINK, *Epidemiol.*, 1998

- (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) PESCOSOLIDO, 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.

- (73) SARTI, «Attitudes of Med
- (74) LAUB, *Psychiatry*, 2004
- (75) LAUB, *Psychiatr. Scand*
- (76) MAG, Comparison with
- (77) MAG, survey of the C
- (78) CLAR, *Psychiatry*, 2004
- (79) ANGE, History of Violent
- (80) ANGE, of Epidemiolog
- (81) ERO, *Epidemiol.*, 1998
- (82) APPE, 2000, 407, pp. 6
- (83) STUA, Violent Behavior
- (84) WAL, *Psychiatry*, 2006
- (85) ANGE, pp. 121-124.
- (86) ARBO, Evidence», *Br. J.*
- (87) COID, Persons on the A
- (88) COR, 43, 12, pp. 1.721
- (89) DOUC, Mental Illness an
- (90) HOD, the Frequency o
- (91) LINK, 2005, 136, pp. 1
- (92) DOUC, Measurement Sc
- (93) HOD, 2003, 48, 11, pp
- (94) HOD, Disorders and C
- (95) LINK, *Psychiatr. Epide*
- (96) LINK, Probing the Co
- (97) LINK, *Epidemiol.*, 1998

- (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, McGaw-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.; MOUSSAOUI, 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.

- (113) 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.
- (114) ANCO, J. A., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (115) ALLEN, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (116) ANCO, J. A., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (117) CORRIGAN, P. W., y otros, «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (118) COOPER, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (119) COOPER, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (120) PILLO, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (121) SANJUAN, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (122) HOPKINS, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (123) DÖRNER, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (124) SARIN, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (125) LÓPEZ, M., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (126) LIN, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (127) LIN, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (128) SOC, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (129) PEN, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (130) GAE, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (131) SCH, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (132) PHE, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (133) PHE, J. E., «The Stigma of Mental Illness: a Review of the Literature», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.

- (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.; MOUSSAOUI, 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.

- (113) 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.
- (114) ANTONIO, M. A.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (115) ALLEN, J. E.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (116) ANTONIO, M. A.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (117) CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (118) CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (119) CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (120) PILLON, Y.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (121) SANJUAN, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (122) HOPKINS, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (123) DÖRNER, D.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (124) SARIN, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (125) LÓPEZ, M.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (126) LIN, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (127) LIN, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (128) SOC, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (129) PEN, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (130) GAE, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (131) SCH, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (132) PHE, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.
- (133) PHE, J.; CORRIGAN, P. W.; RAY, R. D.; MCKAY, S. R.; MCKAY, S. R., «How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse», *Psychiatr. Serv.*, 2005, 56, 5, pp. 544-550.

- (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.

- (155) OROZCO, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (156) SEGURA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (157) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (158) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (159) MURRAY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (160) DAVIS, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (161) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (162) MURRAY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (163) BELLA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (164) PHEASANT, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (165) SRUJAN, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (166) ÖSTROM, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (167) ANGELO, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (168) LAURIE, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (169) SCOTT, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (170) BUCKLEY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (171) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (172) ESTEY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (173) HOLMES, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (174) LINCOLN, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (175) PENNELL, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.

- (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.

- (155) OROZCO, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (156) SEGURA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (157) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (158) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (159) MURRAY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (160) DAVIS, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (161) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (162) MURRAY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (163) BELLA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (164) PHEASANT, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (165) SRUJAN, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (166) ÖSTROM, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (167) ANGELO, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (168) LAURIE, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (169) SCOTT, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (170) BUCKLEY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (171) CORREA, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (172) ESTEY, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (173) HOLMES, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (174) LINCOLN, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.
- (175) PENNELL, J., «El estigma y recursos humanos», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 31-65.

- (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) KOŁODZIEJ, 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 Schooler'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.

- (197) LAVIANA, M., «El estigma de la enfermedad mental grave desde la perspectiva de la atención primaria», *Apuntes de Psicología*, 2000, 18, 1, pp. 1.058-1.059.
- (198) INST. DE INVEST. PSICOLÓGICAS, «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990.
- (199) SÁNCHEZ, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (200) SÁNCHEZ, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (201) PINFOLD, V., «Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination: Evaluation of Educational Interventions in UK Secondary Schools», *Br. J. Psychiatry*, 2003, 182, pp. 342-346.
- (202) BASAGLIA, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», en BASAGLIA, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (203) PILLO, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (204) SAYER, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.

- * Marcelino V. FAISEM; M. ÁREA de Salud del Depart. de Psiquiatría. María Rodríguez Hospital «V» ciones son de Correspona Sevilla. mar
- ** Fecha de re

- (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) KOŁODZIEJ, 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 School'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.

- (197) LAVIANA, M., «El estigma de la enfermedad mental grave desde la perspectiva de la atención primaria», *Apuntes de Psicología*, 2000, 18, 1, pp. 1.058-1.059.
- (198) INST. DE INVEST. PSICOLÓGICAS, «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990.
- (199) SÁNCHEZ, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (200) SÁNCHEZ, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (201) PINFOLD, V., «Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination: Evaluation of Educational Interventions in UK Secondary Schools», *Br. J. Psychiatry*, 2003, 182, pp. 342-346.
- (202) BASAGLIA, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», en BASAGLIA, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (203) PILLO, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.
- (204) SAYRE, J., «El estigma de la enfermedad mental grave», Sevilla, 1990, pp. 1.054-1.055.

- * Marcelino V. FAISEM; M. ÁREA de Salud del Depart. de Psiquiatría. María Rodríguez Hospital «V» ciones son de Correspona Sevilla. mar
- ** Fecha de re