

Diversidad y estigma en la salud mental

Irene Martínez-Cava Cáceres¹

Introducción

La *salud mental* es un concepto en constante construcción y redefinición. No se sujeta a definiciones universales e inmutables, sino que se construye desde diferentes planteamientos de la salud-enfermedad donde confluyen múltiples disciplinas (Macaya, Pihan Vyhmeister y Vicente Parada, 2018). La forma de entender la salud mental produce las prácticas encaminadas a abordarla, encontrándose presentes influencias socio-culturales, históricas, económicas y políticas (Fernández, 2012; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018).

De manera general, es necesario tener en cuenta que la salud mental se construye desde criterios normativos y desde una dicotomización de la salud-enfermedad (Rodríguez, 2005; Fer-

¹ Estudiante del Doctorado Interinstitucional en Psicología, Universidad de Colima.
Contacto: irene.martinezcava@gmail.com

nández, 2012). Paradójicamente, a lo largo de la historia ha resultado difícil definir o construir aquello entendido como «salud mental» sin recurrir a la noción de «enfermedad», definiendo lo normativo en oposición a la disrupción de la norma (Macaya, *et al.*, 2018). De esta forma, puede cometerse el error de entrar en un pensamiento circular donde la salud es la ausencia de enfermedad y la enfermedad constituye lo opuesto a la salud.

Por otro lado, el criterio normativo presente en la salud mental implica la expectativa de adaptación a las normas de una sociedad, la cual se encuentra dividida en grupos o clases jerarquizadas, donde predomina una sobre las otras hasta constituirse como hegemónica (Rodríguez, 2005). Esta hegemonía influye notablemente en las creencias y prácticas de una sociedad, favoreciendo la difusión de unos discursos por encima de otros (Velasco, 2013; Langdon y Braune, 2010). Así, tanto la producción de conocimiento como las acciones desplegadas se desarrollan apegándose, de manera significativa, a los valores, normas y expectativas establecidas por la clase dominante. De la misma forma, los saberes en la sociedad están fuertemente impregnados de estas construcciones hegemónicas, entre las cuales se encuentran las concepciones de salud y de enfermedad, insertas en estos marcos valorativos y normativos (Rodríguez, 2005; Hernández y De Maya, 2020).

Estos contextos normativos, de valores y saberes, están sujetos a cambios en la historia, e inciden, a través de las percepciones sociales sobre la salud y los trastornos mentales, en las prácticas que se desarrollan a su alrededor (Dossil, 2019; Langdon y Braune, 2010). Para comprender la construcción de aquello que entendemos por *salud mental* y *trastorno mental*, así como las prácticas diferenciales que se originan a su alrededor, resulta necesario observar cómo estos conceptos y prácticas se han desarrollado a través del tiempo.

Devenir de las concepciones y prácticas en el entramado salud y trastorno mental

A lo largo de la historia ha sido constante el desarrollo de creencias y prácticas encaminadas a evitar la enfermedad como forma de mantener la salud. Desde la antigüedad, las concepciones mágico-religiosas –aunque condensando contenidos particulares a cada contexto cultural– han estado presentes en todas las sociedades (Macaya, *et al.*, 2018).

Entre los siglos xv y xvi, el oscurantismo que caracterizó la Edad Media y la ocupación colonial tuvo un impacto notable en la tendencia a la uniformización de conocimientos y prácticas (Macaya, *et al.*, 2018). En esos siglos, la concepción de la salud-enfermedad partía fuertemente de creencias mágico-religiosas, donde los trastornos mentales eran concebidos como posesiones demoníacas o encarnaciones malignas (Foucault, 1998). En un contexto de crisis feudal y pobreza, muchos campesinos migraron de los campos a las ciudades y terminaron viviendo en la mendicidad, configurando un panorama urbano insostenible. Se destinaron instituciones (principalmente hospitales generales, entendidos como «instituciones de caridad») para encerrar a estas personas y así poder controlar el caos en el que se encontraban las ciudades (Foucault, 1998). Dentro de estas instituciones, y en función de si las personas eran consideradas aptas para el trabajo, se clasificaban como «válidos» (cuya atención consistía en insertarlos al mundo productivo) o «inválidos» (en cuyo caso, se condenaban al olvido) (Loureiro, 2019, p. 541). De acuerdo con Foucault (1998), en esta época del «gran encierro» (p. 45) se trató de contener a aquellas personas que se encontraban en los límites de la sociedad, y entre estas se encontraban personas con un trastorno mental (entendidas como «locas»), pero también un conjunto de personas que resultaban molestas para el régimen establecido (herejes, antimonárquicos, subversivos), quienes, a menudo, eran tachadas también de «locas».

A partir del siglo xvi, el desarrollo de la ciencia implicó avances en campos anatómico-químico-fisiológicos, principalmente relacionados con los problemas o alteraciones de la salud (Loureiro, 2019). Con estos descubrimientos, las explicaciones mágico-religiosas fueron dando paso a las explicaciones científicas y sus posibilidades para curar las enfermedades, incluyendo las mentales (Foucault, 1998; Vergara, 2007). Así, la curabilidad de la locura se constituyó como un objetivo en la ciencia y se desarrolló el alienismo como una disciplina regida por los discursos médicos y la práctica clínica, bajo la promesa de devolverles la razón a las personas y reintegrarlas al sistema productivo (Loureiro, 2019). En la lógica del alienismo, los trastornos mentales suponían una desviación de la moralidad que se oponía a la razón, lo cual resultaba en sujetos alienados de sí mismos y del mundo, y que requerían de disciplina (Calegari, Da Costa Marques, Martins y Buosi, 2020). A la par, se consideraba que el ambiente donde se encontraba la persona alienada tenía un papel importante en su recuperación, por lo que se consideraba necesario alejarla de las vicisitu-

des y confusión de la cotidianidad (Loureiro, 2019). De esta forma, la promesa de curación se basaba en la separación y aislamiento de la persona en un entorno de rectitud disciplinaria que permitiese restablecer la moral y, con ello, la razón (Calegari, *et al.*, 2020).

En el siglo XIX, la locura se reconoció como objeto de estudio dentro de la medicina, constituyéndose la psiquiatría como la rama médica encargada del tratamiento de las personas consideradas «alienadas» y representando el trastorno mental sobre el paradigma de la biología (Foucault, 1998). Desde esta perspectiva, se perseguía el objetivo de curar el trastorno mediante la identificación de causas fisiológicas (objetivadas y ubicadas en el cuerpo anatómico), el establecimiento de un diagnóstico y la administración de tratamiento, principalmente a través del consumo de fármacos (Velasco, 2013; Foucault, 1998). Siguiendo las lógicas anteriores, se instituyeron los manicomios y hospitales psiquiátricos como lugar de restitución de la razón perdida, donde, al interior, se mantenía la organización jerárquica en la que la figura del psiquiatra encarnaba la máxima autoridad de la razón. Esta jerarquización de la razón justificaba la imposición de normas de comportamiento y castigos disciplinarios cuando los comportamientos no eran los esperados (Calegari, *et al.*, 2020).

A lo largo del siglo XX, comenzaron a alzarse voces críticas, que tuvieron su máxima expresión en el movimiento antimanicomial, alertando, así, el estado deplorable y las prácticas deshumanizantes a las que eran sometidas las personas con un diagnóstico (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). A través de estas voces, se aunaron críticas con un fuerte componente experiencial acerca de cómo el énfasis histórico en lo patológico, desde miradas predominantemente unidimensionales y asistenciales, surgidas de una perspectiva biologicista, acrítica y ahistórica, conllevaba una reducción biomédica de la persona que dificultaba la autonomía personal y social de quienes convivían con alguna condición de salud mental no normativa (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). Así, comenzó a abordarse la necesidad de contemplar las dimensiones relacionales y los factores estructurales en el abordaje de la salud mental, desplazándose, paulatinamente, la concepción biológica de la salud hacia un entendimiento como factor de desarrollo, así como las explicaciones causales únicas hacia la multicausalidad (Vergara, 2007).

Estas voces críticas, colectivizadas a través de las experiencias de personas que se habían encontrado en los márgenes de lo entendido por salud mental, permitió abrir un debate que tendría múltiples repercusiones teóri-

cas, prácticas e institucionales (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). Por un lado, visibilizó la persecución, control y desacreditación de disidencias sociales e identidades no normativas, así como el papel de las lógicas manicomiales y asistencialistas en el fomento de la desigualdad (Dosil, 2019); por otro lado, supuso un gran impulso en el desarrollo de un nuevo paradigma –conceptualizado como comunitario–, donde se articulan los principios de desinstitucionalización psiquiátrica, vinculación de la salud mental al concepto de «bienestar», emancipación, participación social, garantía de derechos humanos y acceso público y universal a los servicios de salud mental como mecanismos de ruptura con la exclusión de la diversidad (Amarante y Guimaraes, 2018).

Sin embargo, a pesar de que se han producido cambios en las concepciones y prácticas relacionadas con la salud y el trastorno mental, nos encontramos aún lejos de la garantía de derechos humanos, de la inclusión y de la valorización de la diversidad (OMS, 2018; Fundación Cermi Mujeres, 2017; Yupanqui-Concha, Aranda-Farias y Ferrer-Pérez, 2021). Los cambios se han materializado de manera desigual en los diferentes contextos (nacionales e internacionales), coexistiendo estructuras, lógicas y prácticas de modelos nuevos y tradicionales en los que aún persiste la exclusión de la experiencia de la locura (Dosil, 2019; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018; Martell, 2016; Ortiz, Río, Rodríguez y López, 2009). Es por esto por lo que, desde diferentes posicionamientos, se ha señalado ampliamente la necesidad de atender a las condiciones de exclusión en las que el complejo fenómeno del estigma supone un reflejo de la imposibilidad de integrar la amalgama de condiciones de salud mental bajo los modelos tradicionales de atención (OMS, 2018; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018; Velasco, 2013; López, *et al.*, 2008).

El estigma. Potencial de exclusión

Como se ha visto a lo largo del apartado anterior, pensar en el complejo entramado de la salud mental como un espacio de reflejo y expresión de la diversidad, supone comprender las relaciones que se tejen a su alrededor y los sentidos que se le confieren. Actualmente, las diversas condiciones de salud mental suponen tener que afrontar prácticas y tratos diferenciales, derivadas de las actitudes negativas hacia los trastornos mentales. Así, el término *estigma* se emplea para hacer referencia a una característica que es considerada como devaluan-

te, y activa un conjunto de actitudes negativas que se traducen en discriminación y exclusión de aquellas personas que poseen dicha marca (Goffman, 2006; Corrigan y Watson, 2002). Esto que llamamos «estigma» no es un fenómeno exclusivo que afecta tan solo a las personas con un diagnóstico, sino que ha caracterizado los contactos que, como sociedad, realizamos con diferentes grupos en medio de un entramado de relaciones de poder, y que apunta a la forma de lidiar con lo percibido como diferente (Velasco, 2013; López, *et al.*, 2008).

Tradicionalmente, las personas con una condición de salud mental no normativa han sido vistas como peligrosas, impredecibles, irresponsables, incapaces y vagas, lo cual ha generado reacciones emocionales de miedo y desconfianza, concepciones que siguen presentes en la actualidad (Corrigan y Watson, 2002; Vega-Santiago y González-Santiago, 2016; Fresán, Robles-García, Tovilla, González-Forteza y Apiquian, 2019; Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009; Dunne, MacGabhann, Amering y McGowan, 2018). Estos elementos propician y justifican conductas de evitación y rechazo, las cuales se combinan con una tendencia al autoritarismo, principalmente por la creencia de irresponsabilidad, de falta de rectitud lógica y moral que es significada como «peligrosa» (Corrigan y Watson, 2002). Adicionalmente, existe la creencia de incurabilidad, en tanto que los términos curable e incurable se conceptualizan bajo esta mirada normativa que establece las demarcaciones de cómo debe comportarse un individuo por encima de la noción de bienestar (Velasco, 2013). Estas creencias, relacionadas con la crónica pérdida de razón e incapacidad asociada, producen también lástima, infantilizando a la persona con un diagnóstico y favoreciendo conductas de tipo paternalista, al cuestionarse su capacidad para desarrollarse como individuo (Corrigan y Watson, 2002; Corrigan, 2016).

Este conjunto de creencias, y el devenir histórico de cómo se han constituido e integrado los espacios destinados a abordar las condiciones de salud mental, marcan las representaciones acerca de las necesidades de tratamiento que requieren quienes tienen un diagnóstico, basadas en la individualización de malestares y la necesidad de aislar y separar del resto de la sociedad para poder recibir la atención psiquiátrica y psicológica (Velasco, 2013; Torres, Munguía, Aranda y Salazar, 2015; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018; Foucault, 1998). Cabe mencionar el papel señalado de los medios de comunicación en la perpetuación de las representaciones, principalmente a través de la transmisión de conceptos de forma superficial, difundiendo ideas estigmatizadoras e información errónea acerca de los trastornos, así como visibilizando noticias

congruentes con el estereotipo previo a través del tratamiento sensacionalista de las noticias (Treviño-Elizondo, Willis y Quiroga-Garza, 2020; Treviño-Elizondo, Willis, Siller-González y Quiroga-Garza, 2015).

En estas complejas dinámicas es donde se desarrolla el proceso de estigmatización, a través del cual se asocian un conjunto de actitudes negativas a personas y grupos por medio del etiquetado, es decir, la marca que afecta a la persona o grupo, en este caso, el trastorno mental (Link, 1987). Esto produce una devaluación social de la persona o grupo estigmatizado, que se traduce en una pérdida de estatus social, incrementándose las asimetrías de poder (Link, 1987), y a partir de la cual el diagnóstico es percibido como la característica principal y definitoria de la persona (Angermeyer y Schulze, 2001). De esta forma, la lectura de las acciones, deseos, experiencias, expectativas y necesidades de la persona diagnosticada se realiza mediante la mirada del trastorno, de la discapacidad, y termina por abarcar la totalidad de áreas en las que se desenvuelve la persona (Velasco, 2013).

Así, el conjunto de creencias, emociones y prácticas tiene consecuencias negativas para aquellas personas estigmatizadas a diferentes niveles, dentro de los cuales se encuentran las distintas áreas de desarrollo de la persona. Para poder sistematizar la complejidad de efectos que se producen y que se retroalimentan entre sí, se ha propuesto la clasificación del estigma estructural, el estigma público o social, y el estigma personal o autoestigma, marcado por la aceptación e interiorización del estigma social (Angermeyer y Schulze, 2001).

El *estigma estructural* hace referencia a las estructuras sociales, legislaciones existentes y decisiones políticas y económicas que producen efectos negativos e injusticias como consecuencias de la desigualdad en dicho sistema (Angermeyer y Schulze, 2001). Es decir, constituyen condiciones dentro de las cuales tienen lugar el resto de las discriminaciones específicas, además de que provee mecanismos que permiten reproducir las desigualdades en salud mental y el estigma en diferentes espacios y tiempos, dificultando el cambio actitudinal (Hatzenbuehler, 2018). Ejemplos de este tipo de discriminación podrían ser legislaciones que permiten incapacitar a una persona con un diagnóstico por parte de terceros y sin especificar mecanismos para revertir la incapacidad de forma autónoma; también que se destinen menos fondos a la salud mental en comparación con otros recursos, que los servicios para personas con trastorno mental grave no se encuentren repartidos de acuerdo con las nece-

sidades de cada lugar o que, dentro de la ciudad, las residencias se sitúen lejos del centro o con difícil acceso al mismo (Velasco, 2013; Muñoz, *et al.*, 2009).

Por su parte, el *estigma público* o *social* es derivado directamente de las actitudes estigmatizadoras que están presentes en una sociedad (Muñoz, *et al.*, 2009; López, *et al.*, 2008). Los espacios de tratamiento constituyen un ámbito que, si bien presentan elementos estructurales, en tanto que son instituciones conformadas, también producen prácticas cotidianas que derivan de las actitudes de las personas que se encuentran en estos espacios (Navarro y Trigueros, 2019; Mora-Ríos, 2015). Así, la conceptualización de la persona bajo su etiqueta diagnóstica, unido a las creencias de irresponsabilidad, peligrosidad y falta de capacidad, justifican las prácticas de aislamiento, de medicación forzosa, la aplicación de técnicas restrictivas y sobreprotección (Velasco, 2013). Estas creencias no solo producen prácticas concretas relacionadas propiamente con el tratamiento, sino que favorecen el despliegue de tratos diferenciales como tender en mayor medida a derivar a salud mental –cuando esto no resulta necesario– a una persona con un diagnóstico cuando acude a los servicios de salud por malestares físicos; o solicitar, en mayor medida, que estas personas acudan a sus citas con un o una acompañante (O'Reilly, *et al.*, 2019). Esto supone una limitación en el desarrollo de la autonomía y una reducción del margen del que disponen –o perciben disponer– las personas con una condición de salud mental para poder ser agentes en su tratamiento y negociar para que este se ajuste a sus necesidades (Velasco, 2013). Tal y como señala Velasco (2013), no es el hecho de la posibilidad de necesitar ayuda, sino dar por hecho esta necesidad por tener un diagnóstico y establecer pautas de actuación sin tener en cuenta o consultar con la persona, lo que da señas acerca de bajo qué lógicas se produce la interacción.

En el ámbito laboral, es habitual encontrar reticencias a emplear a una persona con un diagnóstico debido a las concepciones que rodean el trastorno mental (Rodríguez, *et al.*, 2018; Chang, Ribot y Pérez, 2018). Esto tiene un impacto notable en la experimentación de bienestar puesto que tener un empleo cumple una función importante en la constitución positiva de la persona, debido a que, a través de la inclusión laboral, es posible desarrollar roles significativos que permiten ejercer la realización de la persona y tener condiciones materiales para la autonomía (Mareño, 2015).

Algo similar ocurre en la búsqueda de un espacio propio donde vivir: la significación de la persona con trastorno mental como sinónimo de problemas,

irresponsabilidad y violencia, dificulta notablemente la posibilidad de poder acceder a una vivienda (Chang, *et al.*, 2018). Incluso en las áreas más cercanas y cotidianas, la evitación y el rechazo también se plasman como dificultad para poder establecer relaciones personales que sean significativas para la persona y, especialmente, fuera de lo que concierne a los espacios de tratamiento (Vega-Santiago y González-Santiago, 2016; Fresán, *et al.*, 2019; Muñoz, *et al.*, 2009; Dunne, *et al.*, 2018).

A partir de esta colocación subalterna del «enfermo/a mental», la persona con un diagnóstico es relegada de forma permanente y dirigida como «paciente» a los espacios clínicos, representados como un núcleo alrededor del cual debe girar la persona debido a su condición de «paciente» y «enfermo/a», limitando las posibilidades de poder expresarse y desarrollarse fuera de esa identidad patologizada (Goffman, 2006). Es, precisamente, la identificación con esta imagen patologizada –a la que se asocian actitudes y prácticas discriminatorias– lo que favorece la interiorización del estigma social por parte de la persona con un diagnóstico, proceso conocido como «autoestigma» (Velasco, 2013; Corrigan y Watson, 2002; Mora-Ríos, 2015). Este cambio de identidad personal está marcado por la pérdida de roles sociales positivos, adoptando otros roles congruentes con las expectativas estigmatizadoras, realizando conductas de autodiscriminación, que fungen como reafirmación del prejuicio previo, y cerrando el proceso de la dinámica estigmatizante (Badallo, *et al.*, 2018; Dunne, *et al.*, 2018).

En esta dinámica, las instituciones juegan un papel importante, puesto que son percibidas con una doble función: por un lado, como protectoras de la persona con un trastorno de sí misma, mediante la vigilancia, el control y la administración de tratamientos; por el otro, como protectora de la sociedad del peligro potencial que encarna quien supone la transgresión de lo aceptado como normal, impredecible y, por tanto, susceptible de alterar el orden al que estamos acostumbrados (Amarante y Guimarães, 2018; Velasco, 2013). Sin embargo, es precisamente la separación social aquello que impide el contacto positivo con el o la diferente y la difusión certera de información, dificultándose la normalización, aceptación y valorización de la diversidad. Ante esta falta de contacto y de conocimiento compartido, la información disponible está basada en mitos y estereotipos estigmatizadores, que refuerzan las actitudes negativas, el ostracismo, el desconocimiento y la exclusión (Badallo, *et al.*, 2018).

Esto es, en definitiva, el proceso de estigmatización: una multiplicidad de muros, la mayor parte de las veces invisibles, que rodean a la persona que no cumple con los criterios normativizados de la salud mental tradicional, aislándola de las posibilidades de bienestar (Velasco, 2013). Por esto, a pesar de que uno de los reclamos centrales en las propuestas antimanicomiales sea, precisamente, la eliminación de espacios de encierro y aislamiento, es preciso entender, con una amplitud mayor, estas lógicas y las implicaciones prácticas que conllevan. Esto es, las lógicas manicomiales y asistencialistas que se encuentran tras la dinámica estigmatizante no se expresan únicamente tras rejas, paredes o espacios cerrados, sino que se desarrollan en prácticas cotidianas, separando a los individuos del conjunto que los rodea y de su historia, e individualizando radicalmente sus malestares y experiencias (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018; Velasco, 2013).

Retos y oportunidades de la diversidad en salud mental

Actualmente, la construcción de políticas de salud mental ha ido en la dirección de transformar la atención de tipo asilar, tratando de generar una mayor apertura, de acuerdo con los cuestionamientos que surgieron, principalmente, a partir de la década de 1960 con los movimientos antimanicomiales (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). Sin embargo, han sido señalados algunos limitantes y características estructurales que afectan negativamente a la inclusión en materia de salud mental.

En primer lugar, se ha señalado la falta de un debate profundo acerca del estigma en salud mental que permita visibilizar y desnormalizar las prácticas cotidianas que expresan y refuerzan la discriminación, deconstruir las conceptualizaciones en torno a la salud y el trastorno mental, y problematizar los sistemas tradicionales de atención debido al papel que juegan como instituciones socialmente validadas en la dinámica estigmatizante (Martell, 2016; Ortiz, *et al.*, 2009). Por otro lado, la propuesta de nuevos modelos y leyes en salud mental se ha llevado a cabo sin la participación de diferentes actores y actrices, específicamente, sin aquellos hacia quienes van dirigidas las iniciativas (Ortiz, *et al.*, 2009). Esta falta de participación formal obedece a las dificultades para generar y validar espacios horizontales de manera generalizada (Velasco, 2013; Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018), produciéndose encuentros entre las ins-

tituciones formales, organizaciones de la sociedad civil y movimientos sociales que tratan de participar en la toma de decisiones (Díaz y Boone, 2020; Ballinas y Becerril, 2020). De esta forma, los cambios que se han producido están relacionados con mejoras en el funcionamiento institucional y administrativo, quedando relegadas las necesidades de las personas usuarias, y encontrándose contradicciones entre la teoría y la práctica (Ortiz, *et al.*, 2009).

Estos elementos favorecen que, si bien coexisten paradigmas de atención, principalmente a nivel discursivo, con algunos cambios en las prácticas cotidianas, el modo de actuar sea predominantemente tradicional, marcado fuertemente por la perspectiva biologicista, donde los elementos psicosociales y comunitarios son limitados y marcados por estas lógicas tradicionales (Ortiz, *et al.*, 2009). A estas características del propio sistema se añaden las limitaciones materiales y humanas, traduciéndose en dificultades para la comprensión y actuación en salud mental más allá de la individualización y la clínica (Ortiz, *et al.*, 2009), lo cual refleja y refuerza las concepciones sociales de la población general en torno a la individualización de la salud mental (Torres, *et al.*, 2015). Es decir, la salud mental es entendida como una característica casi exclusiva del sujeto, donde las relaciones sociales y las condiciones materiales, para que esta pueda desarrollarse o expresarse, tienen un papel periférico. Esta invisibilización del componente colectivo supone un elemento central en la imposibilidad de construir una salud mental centrada en el bienestar que refleje la diversidad existente (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). Así, ha sido señalada la necesidad de romper los factores de refuerzo, especialmente referidos a los espacios de atención (López, *et al.*, 2008).

En este sentido, los elementos relacionados con la participación, surgidos de grupos de personas usuarias y exusuarias de servicios de salud mental, así como grupos de familiares y profesionistas de salud mental, han quedado restringidos en esta fase de transición (Velasco, 2013). Así, incluso los planteamientos relativos a la recuperación de personas con un diagnóstico, que fueron propuestos desde estos grupos sociales y que comprendían la aceptación y valorización de la condición de «diferente», el desarrollo de roles sociales significativos y la superación colectiva del estigma social, han terminado circunscribiéndose a las fronteras del trastorno mental (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018). En esta línea se encuentran las críticas que surgen actualmente con respecto a las implicaciones que tienen colocar en una situación periférica las relaciones sociales, históricas y contextuales. Las transformaciones, sobre

todo en forma, y periféricamente en contenido, han favorecido una modernización de las prácticas de atención que siguen manteniendo la hegemonía biomédica propia de las lógicas manicomiales, donde el abuso de psicofármacos y la proliferación de campañas motivacionales se encuentran relacionadas con las necesidades del mercado, auspiciando la individualización de problemas colectivos y dificultando el abordaje de las necesidades actuales en salud mental (Cea-Madrid y Castillo-Parada, 2018).

Todos estos retos señalan la necesidad de articular acciones sostenidas, planificadas e interrelacionadas que puedan hacer frente a las demandas de una sociedad diversa (López, *et al.*, 2008). Involucrar a las personas con un diagnóstico, así como a los y las profesionistas de la salud mental, y a las comunidades en general, en los procesos de toma de decisiones y de implementación de programas y servicios se erige como un área de oportunidad en la ruptura de estas dinámicas (Ortiz, *et al.*, 2009).

Partiendo de esta base de valorización de la diferencia, autonomía, ruptura de estigmas, participación activa y defensa de los derechos de ciudadanía, la información disponible señala diversas oportunidades susceptibles de poder transformarse en acciones específicas. Por un lado, la necesidad de información integrada e interactiva en diferentes espacios, tanto educacionales como en sectores específicos, ha sido ampliamente señalada (Lopez, *et al.*, 2008). Por otro lado, la protesta social se configura como una estrategia que visibiliza las necesidades de cambio, pudiendo disminuir formas específicas de discriminación (Corrigan, *et al.*, 2001), con impacto positivo en la reducción del autoestigma a través del empoderamiento (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen y Phelan, 2001). Finalmente, la potenciación del contacto positivo en situaciones cotidianas parece constituirse como la estrategia más efectiva para reducir el estigma y favorecer la valorización de las diferencias (Corrigan, *et al.*, 2001; López, *et al.*, 2008).

Asimismo, tal y como señala Velasco (2013), el fomento de grupos y espacios donde poder expresar la propia vivencia en este complejo entramado de la salud mental, fuera de los prejuicios asociados a las etiquetas diagnósticas, permite visibilizar las diversas formas de experimentar, lidiar y resistir los malestares que nos rodean, en un ejercicio de resignificación de la propia experiencia. Esta posibilidad de expresión, que ponga en valor la diversidad de pensarse, sentirse y vivirse en el mundo, permite difundir las experiencias que no se encuentran dentro de modelos hegemónicos, así como ampliar los án-

gulos y las posiciones desde las que se mira, constituyendo, en sí, lugares desde los cuales fomentar la socialización y reconstruir un rol de agente que sea significativo personal y colectivo (Velasco, 2013).

Referencias

- Amarante, P., y Guimarães, E. H. (2018). Back to the city, Mr. citizen! Psychiatric reform and social participation: from institutional isolation to the anti-asylum movement. *Brazilian Journal of Public Administration*, 52(6), 1073-1089. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>>.
- Angermeyer, M. C., y Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: Understanding the process and options for interventions». *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(1), 1-7. Recuperado de <<https://doi.org/10.1017/S1121189X00008472>>.
- Badallo, A., Ballesteros, F., Bertina, A., Cerezo, A., Magro, M. B., y Polvorinos, S. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Revista Clínica Contemporánea*, 1(9), 1-15. Recuperado de <<https://doi.org/10.5093/cc2018a3>>.
- Ballinas, V., y Becerril, A. (28 de julio 2020): Retiran iniciativa de Ley General de Salud Mental tras protestas. *La Jornada*. Recuperado de <<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/07/28/retiran-ley-general-de-salud-mental-tras-protestas-2946.html>>.
- Calegari, T. B., Da Costa Marques, E. C., Martins, P., y Buosi, L. M. (2020). O modelo manicomial e a necessidade de um novo sistema: desafios para a reforma psiquiátrica no século XXI. *TCC-Psicologia*. Recuperado de <<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/viewFile/604/601>>.
- Cea-Madrid, J. C., y Castillo-Parada, T. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*, 55(2), 559-574. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.5209/POSO.57277>>.
- Chang, N., Ribot, V., y Pérez, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas con esquizofrenia». *Revista Ha-*

- banera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705-719. Recuperado de <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2415>>.
- Corrigan, P. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry*, 15(1), 67-73. Recuperado de <<https://doi.org/10.1002/wps.20295>>.
- Corrigan, P., y Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20. Recuperado de <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>>.
- Corrigan, P., River, P., Lundin, R., Penn, D., Uphoff-Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., y Kubiak, M. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 87-195. Recuperado de <<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>>.
- Díaz, M., y Boone, D. (7 de agosto de 2020). Ley de Salud Mental: ¿Son lo mismo parlamento abierto y consulta estrecha? *Animal Político*. Recuperado de <<https://www.animalpolitico.com/yo-tambien-discapacidad-con-todas-sus-letras/ley-de-salud-mental-son-lo-mismo-parlamento-abierto-y-consulta-estrecha/>>.
- Dosil, F. J. (2019). La locura como acción política: el movimiento antipsiquiátrico en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1), 628-245. Recuperado de <<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num1/Monogr%C3%A1ficoVol22No1Art12.pdf>>.
- Dunne, S., MacGabhann, L., Amering, M., y McGowan, P. (2018). Making People Aware and Taking the Stigma Away: Alleviating Stigma and Discrimination Through Dialogue. *Irish Journal of Applied Social Studies*, 18(1), 15-28. Recuperado de <<https://arrow.dit.ie/ijass/vol18/iss1/2>>.
- Fernández, J. (2012). Enfermedad mental y salud mental. Reflexiones en torno a la posibilidad del deslizamiento de un discurso que mostraría un Otro que no existe. *Tesis Psicológica*, 7(1), 82-90. Recuperado de <<https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/256>>.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. [Archivo PDF]. Recuperado de <<https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>>.
- Fresán, A., Robles-García, R., Tovilla, C. A., González-Forteza, C., y Apiquian, R. (2019). Percepción de inimputabilidad en esquizofrenia en adolescen-

- tes de la Ciudad de México. *Revista Española de Medicina Legal*, 45(2), 48-51. Recuperado de <<https://doi.org/10.1016/j.reml.2019.01.003>>.
- Fundación Cermi Mujeres. (2017). *Poner fin a la esterilización forzosa de las mujeres y las niñas con discapacidad. Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad*. [Archivo PDF]. Recuperado de <<http://www.convencondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2018/02/INFORME-ESTERILIZACION.pdf>>.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hatzenbuehler, M. L. (2018). Structural stigma and health. En Mayor, B., Dovidio, J., y Link, B. (Eds.), *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health* (pp. 105-121). Oxford: Oxford University Press.
- Hernández, J., y De Maya, B. (2020). Antropología de la locura. De los paradigmas de exclusión e inclusión social al rearme neokraepeliano. *Mana*, 26(2), 1-30. Recuperado de <<http://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n2a206>>.
- Langdon, E., y Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultural aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 18(3), 459-466. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>>.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection». *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.2307/2095395>>.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., y Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626. Recuperado de <<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1621>>.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). 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*, 28(1), 48-83. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So211-57352008000100004>.
- Loureiro, M. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo». *Estudios e Pesquisas em Psicologia*, 9(2), 540-560. Recuperado de <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n2/v19n2a12.pdf>>.

- Macaya Sandoval, X. C., Pihan Vyhmeister, R., y Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-355. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202018000200338&script=sci_arttext&tlng=pt>.
- Mareño, M. (2015). Inclusión laboral de personas catalogadas como discapacitadas. Algunas reflexiones para un debate necesario. *Trabajo y Sociedad*, 25. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/4844/Inclusion_laboral_de_personas_catalogadas_como_discapacitadas.pdf?sequence=1&rd=0031339088553364>.
- Martell, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11(22), 117-149. Recuperado de <https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ES-PANOL/5_MARTELL_VOCES_Y_CONTEXTOS_NO_22.pdf>.
- Mora Ríos, J. (2015). Discriminación y políticas públicas sobre enfermedades mentales. En Medina, M. E., Sarto, E. J., y Real, T. (Eds.), *La Depresión y otros Trastornos Psiquiátricos* (pp. 285-300). Ciudad de México: Academia Nacional de Psiquiatría. Recuperado de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CANivANM150/L27_ANM_DEPRESION.pdf#page=310>.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. [Archivo PDF]. Recuperado de <<https://webs.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>>.
- Navarro, N., y Trigueros, R. (2019). Estigma en los profesionales de la Salud Mental: una revisión sistemática. *Psychology, Society & Education*, 11(2), 253-266. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/334574971_Estigma_en_los_profesionales_de_la_Salud_Mental_una_revision_sistemica>.
- O'Reilly, C. L., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., y Ramzy, T. (2019). Stigma and discrimination in individuals with severe and persistent mental illness in an assertive community treatment team: Perceptions of families and healthcare professionals. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 570-579. Recuperado de <<https://doi.org/10.1177/0020764019867358>>.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Recuperado de <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>.

- Ortiz, M., Río, C., Rodríguez, M., y López, M. (2009). La necesaria discusión del modelo de atención psiquiátrica en México. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 17(7), 312-316. Recuperado de <<http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-312.pdf>>.
- Rodríguez R. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. *Investigación en Salud*, 7(2), 105-111. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14270205>>.
- Rodríguez, F., Caballero, N., Tallo, E., Méndez, M., Hernández, M. C., López, S., Vilches, P., y González-Dávila, E. (2018). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta Sanitaria*, 32(6), 513-518. Recuperado de <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.007>>.
- Torres, T., Munguía, J., Aranda, C., y Salazar, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*, 8(1), 63-76. Recuperado de <<http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>>.
- Treviño-Elizondo, F. A., Willis, G. B., y Quiroga-Garza, A. (2020). Análisis del estigma y las atribuciones en la cobertura periodística de una balacera en un colegio privado en Monterrey, México. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 25(3), 1617-1631. Recuperado de <<https://doi.org/10.5209/esmp.67008>>.
- Treviño-Elizondo, F. A., Willis, G. B., Siller-González, B., y Quiroga-Garza, A. (2015). La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 24(2), 1861-1874. Recuperado de <<https://doi.org/10.5209/ESMP.62251>>.
- Vega-Santiago, I., y Gonzalez-Santiago, O. (2016). Attitudes toward mental illness among college students in Nuevo Leon, México. *Figshare. Journal Contribution*. Recuperado de <<https://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.3483077.v3>>.
- Velasco, R. (2013). De-construyendo el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 91-102. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4489425>>.
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la promoción de la salud*, 12(1), 41-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100004&script=sci_abstract&tlng=en>.

Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farias, C., y Ferrer-Pérez, V. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales*, 77, 58-75. Recuperado de <<https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>>.