

# Contradicciones en Salud Mental: Estigma, Alfabetización en Salud Mental y Revelación (o no) del Diagnóstico de un Desorden Mental.

## Contradictions In Mental Health: Stigma, Mental Health Literacy And Disclosure (Or Not) Of A Mental Disorder Diagnosis.

---

MANUEL TORRES CUBEIRO

IES Campo San Alberto, Noia

Grupo Compostela de Estudios sobre los Imaginarios Sociales

Universidad Santiago de Compostela

[mtcubeiro@edu.xunta.es](mailto:mtcubeiro@edu.xunta.es)

DOI: <https://doi.org/10.24197/st.2.2018.92-111>

RECIBIDO: 19/05/2017

ACEPTADO: 20/06/2017

**Resumen:** Las dolencias mentales afectan a un porcentaje de la población (25 %) que no se corresponde ni con los conocimientos que la población general tiene de ellas ni con los recursos (4% PIB) que invertimos en atenderlas en el sistema sanitario. Esta contradicción, o discrepancia, es evidente desde hace tiempo en la literatura de sociología médica. Analizamos en este artículo tres conceptos emparentados para comprender esa contradicción: son los de alfabetización en salud mental, estigma de las dolencias mentales y el de revelar o no el diagnóstico de una dolencia mental. Existe poca sino nula repercusión de estos tres conceptos en el ámbito de habla en castellano. Con este artículo intentamos solventar ausencia. .

**Palabras clave:** Alfabetización en salud mental; estigma salud mental; revelación del diagnóstico; sociología médica de las dolencias mentales.

**Abstract:** Mental illnesses affect 25% of any given population. The literacy of human population about mental health doesn't not much the scientific knowledge available about Mental disorders (MDs). Developed countries invest in mental health less than their 9% of their GDPs. There is a contradiction, or discrepancy, between the incidence of MD in human population and how human societies react about them. This discrepancy has long been evident in the literature of medical sociology. In this article we analyze three medical sociology related concepts that have been coined to understand this contradiction: first, mental health literacy; second, stigma of mental ailments; and finally, the disclosure (or not) of the diagnosis of a mental illness. With this article we try to solve short use of these concepts in medical sociology in Spanish.

**Keywords:** Mental Health Literacy; Mental Disorder Stigma, disclosure of mental disorder diagnosis; medical sociology of mental illnesses.

## **1. PLANTEAMIENTO E INTRODUCCIÓN.**

Las dolencias mentales afectan a un porcentaje de la población (25 %) que no se corresponde ni con los conocimientos que tenemos de ellas ni con los recursos (4% PIB) que invertimos en atenderlas en el sistema sanitario. Esta contradicción, o si se quiere discrepancia, es evidente desde hace tiempo en la literatura de sociología médica. En el intento de aportar las claves para comprenderla y tal vez atajarla han surgido, entre otros, en esta disciplina tres conceptos emparentados: son los de alfabetización en salud mental, estigma de las dolencias mentales y el análisis de la decisión de revelar, o no, el diagnóstico de una dolencia mental. Veremos cómo son los procesos sociales los que definen las razones de ese hiato, no la verdad técnica o científica. Existe poca sino nula repercusión de estos tres conceptos, y de la sociología médica de las dolencias mentales en general, en el ámbito de habla en castellano.

Primero presentamos en detalle esta contradicción entre los datos epidemiológicos y la respuesta social. La diferencia entre el conocimiento científico existente y su aplicación inmediata en la sociedad. En segundo lugar, mostramos el concepto acuñado por Jorm en 1997 de mental health literacy y su evolución en los años subsiguientes, pues con esta noción el australiano busca hacer comprensible el hiato entre el conocimiento social existente sobre las DMs y el conocimiento científico existente sobre ellas. En tercer lugar, partimos del concepto de estigma creado por Goffmann para analizar cómo se ha estudiado el estigma asociado a las DMs en la literatura especializada en sociología médica, con especial atención a la literatura publicada por el grupo de investigación liderado por Pescosolido; grupo orientado a solventar la discrepancia al contextualizar los procesos sociales complejos en los que funciona el estigma. En cuarto lugar, nos fijamos en el análisis que desde el grupo liderado en Australia por A. Jorm ha comenzado a analizar cómo, a quién y porque se desvela, o no, un diagnóstico recibido de una DM. Concluimos argumentando que la comprensión de cómo y porque la sociedad no genera conocimientos e invierte en recursos sanitarios en coherencia con los datos epidemiológicos tiene que ver con cómo funciona el sistema social, y no tanto con el conocimiento científico en sí mismo. Y por lo tanto los datos aportados por la sociología deberían ser tenidos en cuenta para la elaboración de políticas educativas y sanitarias, incluyendo las campañas de sensibilización o alfabetización.

## **2. CONTRADICCIÓN ENTRE DATOS Y RESPUESTA SOCIAL: LA CARGA DE LA DOLENCIA MENTAL.**

La OMS señala que un 25% de la población está en riesgo de padecer una enfermedad mental (Sturgeon, 2006). Un 25% de las familias tienen un miembro con una persona con una dolencia mental (Jorm, 2012) . Los trastornos mentales suponen un 17% de la discapacidad a nivel mundial (Alonso, Chatterji, He, &

Organization, 2013). Un informe de 2010 sobre “enfermedades del cerebro” eleva a un 33% el riesgo en Europa de padecer estas dolencias (Olesen et al., 2012). Aplicado a España (Parés-Badell et al., 2014) el impacto económico de los trastornos relacionados con el cerebro ronda el 8% del PIB suponiendo un gasto de unos 1.700 euros per cápita anuales y unos 2.500 anuales para cada persona afectada (Olesen et al., 2012; Parés-Badell et al., 2014). Además, según la OECE en países desarrollados el impacto de costes directos e indirectos asociados a las dolencias mentales es superior al 4% del PIB (OECD, 2014).

Mientras tanto sólo una minoría de la población busca ayuda el primer año de la aparición de los síntomas iniciales para lo que será posteriormente un diagnóstico de dolencia mental (Jorm, 2012, pp. 1-2). Los estudios indican que se tarda una media 15 años en reconocer y/u obtener un diagnóstico para las enfermedades mentales (Jorm, 2012, pp. 1-2). Lo cual conlleva un retraso en la búsqueda de tratamientos o terapias (Jorm, 2012, p. 2), aumentando riesgos y costes. Dado que el desarrollo de las dolencias mentales es mayoritariamente en la primera juventud y la adolescencia, pero tienden a convertirse en enfermedades crónicas, la incidencia y coste se multiplican (Alonso et al., 2013).

En claro contraste con estos datos epidemiológicos, Jorm (2012) indica que el gasto en salud mental no se corresponde este impacto en la población. En España, según datos del Banco Mundial, el gasto general en salud (privada y pública) era del 9.6% del PIB en 2010, bajando hasta el 8.9% en 2013. La media de la Unión Europa ronda el 10% del PIB en las mismas fechas. Pero del montante total del gasto sanitario en Europa, el 10% se destina a programas de salud mental, bajando en España hasta un 5% del gasto sanitario (Ministerio de Economía y Competitividad, 2014, pp. 10-19). Existe pues una discrepancia entre el impacto de las dolencias mentales (25 % población) y el gasto dedicado a ellas: entre un 5% y un 10% del gasto total sanitario, que no supera el 10% del PIB. Tenemos pues una contradicción entre lo que sabemos sobre las dolencias mentales, su incidencia en las poblaciones y los recursos asignados a ellas. Esta discrepancia no es un problema médico, ni un problema económico. Es un problema social. La sociología, consciente de esta evidencia, ha generado los tres conceptos. Veamos primero el concepto de Alfabetización en Salud Mental acuñado en 1997 en Australia.

### **3 SALUD PÚBLICA Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL (MENTAL HEALTH LITERACY).**

En Salud Pública aparece en los años setenta (Simonds, 1974) el concepto de alfabetización en salud. Se constata entonces una correlación entre alfabetización en lectoescritura y salud (Nutbeam & Kickbusch, 2000). Un mayor analfabetismo en lecto escritura se relaciona estadísticamente con peores pronósticos en salud. Así, los datos mostraban que el 50% de la población de EEUU presenta dificultades

graves para tomar decisiones en temas de salud, correspondiéndose con los datos de analfabetismo en esa misma población (Sorensen et al., 2012, p. 2). Por eso, en Salud Pública se considera desde entonces relevante aumentar la educación y alfabetización en lectoescritura para incrementar la salud de las poblaciones (Tones, 2002, p. 287).

Surge así el concepto de alfabetización en salud. La OMS lo recoge definiendo la Alfabetización en Salud como aquellas “habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”(Citado en Fallon & Luna, 2012, p. 92). La Comisión Europea se hace eco y usa también una definición (Commission 2007) de Alfabetización en Salud, “la habilidad de leer, filtrar y comprender información sobre salud para ser capaz de formarse opiniones juiciosas” (Sorensen et al., 2012: 4). Como vemos de una primera correlación entre analfabetismo y bajos índices de salud en una población, se pasa a el concepto de alfabetización en salud.

Pero estos orígenes no se dieron sin críticas al propio concepto. Así, en un editorial de la Revista Health Education Research se resumen las críticas que aparecieron al concepto de Alfabetización en Salud (Tones, 2002, pp. 287–9). Tones lo identifica como un “refrito” poco original de conceptos ya existentes en la literatura de psicología (cognición) y ciencias políticas (empowerment). Este editorial le atribuye una falta precisión al mismo tiempo que una excesiva laxitud conceptual y a la propia complejidad del asunto (Tones, 2002, p. 289). Olvidan en el artículo que el concepto nace con una orientación sociológica: no psicológica, ni médica, ni política o de educación pública. Pese a las críticas el concepto de Alfabetización en Salud dio lugar a una miríada de concepto similares en las diferentes especialidades médicas. Ahí nacerá el concepto de Alfabetización en Salud Mental.

En coherencia con estos orígenes, en los años noventa este concepto se aplica a las dolencias mentales. El concepto de Alfabetización en Salud Mental (ASM) aparece en un artículo en 1997 del australiano A.F. Jorm. En este primer artículo (1997) Jorm presenta una encuesta en Australia y define la ASM con varias dimensiones. Así, la ASM es para Jorm “el conocimiento y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan en su reconocimiento, manejo y prevención. La ASM incluye : la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de adecuadas búsquedas de apoyo”(Jorm et al., 1997, pp. 182-3).

Para la encuesta sobre ASM, Jorm (1997) usa descripciones breves o viñetas basadas en el DSM. Las viñetas describen síntomas de personas con un diagnóstico de Depresión o Esquizofrenia; en las subsiguientes encuestas realizadas por el equipo de investigación de Jorm se añaden cuatro diagnósticos psiquiátricos más.

Tras leer las viñetas el encuestado responde a cuestiones para evaluar su grado de alfabetización en temas de salud mental. Jorm apunta, en el análisis de los resultados obtenidos en la investigación, como la mayoría de los preguntados en la encuesta reconocen la presencia de algún tipo de dolencia mental pero pocos asignan una etiqueta correcta coherente con los estándares aceptados en psiquiatría con el DSM (Jorm, 1997, p. 186). Constatando así la distancia entre ciencia médica contrastada y conocimiento socialmente compartido. Un buen ejemplo es la elección de los tratamientos o medicinas que los encuestados consideran oportunas para los síntomas descritos en las viñetas. Entre las medicinas, los encuestados prefieren las vitaminas a los psicofármacos, encontrando a éstos generalizadamente más dañinos que beneficiosos (Jorm, 1997, p. 185). Sin embargo, la literatura científica contrastada a nivel global evidencia reiteradamente que psicoterapia, terapia farmacológica y apoyo social son las claves de un buen tratamiento. Jorm prueba en su investigación por lo tanto que entre el conocimiento socialmente compartido sobre DMs y lo que está científicamente contrastado como tratamiento existe una amplia discrepancia. En esta misma línea, en una encuesta que estamos llevando a cabo en Galicia, aun sin concluir ni publicar, los adolescentes en edad escolar obligatoria señalan mayoritariamente como DMs el síndrome de Down, la demencia senil y el Alzheimer. Condiciones no consideradas hoy en día como dolencias mentales.

Pero el grupo de investigación va más allá. Jorm (1997, p. 186) extrae dos conclusiones de su investigación: primero, la visión del público no coincide con la de los especialistas formada en la evidencia clínica contrastada. Segundo, y en consecuencia, “el nivel de alfabetización en salud mental debe aumentarse” (1997, p. 182). El objetivo debe ser por lo tanto mejorar la salud mental de la población. El mismo autor publica en 2000 un artículo donde perfila su definición de alfabetización en salud mental (Jorm, 2000) y la vincula con el estigma asociado a las dolencias mentales (Jorm, 2000, p. 398). Según los datos de su encuestas, es el contexto social de discriminación asociado al estigma el que explica la escasa ASM de la población. Las conclusiones son similares al artículo anterior, pero ahora subraya la necesidad de diseñar campañas de alfabetización (Jorm, 2000, p. 400).

En una publicación reciente (Jorm, 2015) Jorm describe cómo desde 1995 ha habido en Australia sucesivas campañas en las que se ha buscado aumentar la alfabetización del público en general en temas de salud mental. Jorm alude a una campaña centrada en la depresión, *Beyond Blue*, (Jorm, 2015, p. 1167), y otra centrada en mejorar las actitudes de la población en general para ayudar en casos de dolencia mental, *Mental health first aid* (Jorm, 2015, p. 1167). Quizás lo más significativo es que Jorm constatan la escasa eficacia de campañas bien intencionadas. Jorm apunta como causa, el no tener en cuenta lo que sí sabemos sobre encuestas ya realizadas en ASM. Jorm anota la escasa eficacia de las campañas no diseñadas sin un previo estudio de la población y de aquellas campañas estatales no pensadas para atajar dimensiones específicas (no

generalistas) de la ASM (Jorm, 2015, p. 1160). Indica además la importancia de ese trabajo de diseño para no incrementar, como veremos, el estigma asociado a las DMS. Es decir, sin tener en cuenta el conocimiento ya existente las campañas que buscan aumentar el conocimiento en salud mental, no sólo no lo logran, sino que aumentan el estigma asociado a las DMS.

La influencia de las publicaciones del grupo que Jorm encabeza ha sido dispar en todo el planeta. Nos detenemos a presentar aquí sólo algunos ejemplos. Un estudio sobre ASM entre estudiantes de medicina en México muestra que el 98% reconoce la dolencia mental correctamente (Fresán, Robles, Martínez & Vargas-Huicochea, 2012), pero sólo el 44% piensan que la psiquiatría sería la mejor forma de atajar esta problemática. Además, el 83% atribuyen agresividad al comportamiento de esta dolencia. Aunque la ASM ha mejorado según el estudio, el estigma asociado no lo ha hecho.

En una encuesta a 4938 jóvenes portugueses realizado por la Universidad de Coimbra (Loureiro et al., 2013), Loureiro señala que una cuarta parte de los jóvenes no reconoce la depresión ni tiene conocimientos sobre las ayuda disponible y valora cómo mejor terapia la proporciona por un posible amigo o familiar (Loureiro et al., 2013, p. 2). Oriol Romaní (2010) en un estudio sobre la percepción de los riesgo en jóvenes de Barcelona (España) describe también que la primera recomendación en salud mental es la de acudir a “hablar con los amigos”. Una investigación sobre Bulling entre estudiantes y profesorado en Canadá, Whitley señala que, aunque un 50% de los diagnósticos de DM señalan haber sufrido acoso escolar, sólo el 20% reciben algún tipo de atención o tratamiento. Termina Whitley su estudio con esta conclusión: “los profesores tienden a adoptar soluciones que casan con sus relatos anecdóticos de sus colegas antes que apoyarse en la evidencia científica” (Whitley, Smith, & Vaillancourt, 2013, p. 65). Dada la relación entre acoso y primeros síntomas de DMS en la juventud y adolescencia (Whitley et al., 2013, p. 59) la dificultad que los profesores encuentran para identificar el acoso entre sus alumnos señala que la alfabetización entre los docentes no sólo es deficiente, sino que dificulta la detección, el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

En esta misma línea, a bibliografía señala que los niveles de ASM, son bajos en dos colectivos especialmente significativos: los profesionales de la salud y los profesionales de la educación; o al menos no demuestran un conocimiento actualizado con lo que la ciencia psiquiátrica aporta en cada momento. Dos colectivos encargados de la detección, temprana o no, de los síntomas de dolencia mental, por lo tanto con un rol social relevante en su descubrimiento. Toda política de alfabetización debería tener en cuenta estos datos y evidencias aportado por la sociología. Algunas campañas de educación pública las han tenido en cuenta. Véanse las campañas de información inspiradas en el concepto de ASM: en Australia el (Mental Health Australia, Sane) Nueva Zelanda (Like Minds, Like Me); Estados Unidos (National Institute of Mental Health; Open Minds); Canada (Face Mental Illness, Transforming Lives; Kids mental health) Reino Unido (See

Me, Rethink, Shift; Time to Change), Alemania (Irrsinning Menschlich; Basta) o Francia (Et si votre voisin voit). En España, sin una previa investigación sobre el grado de ASM de la población se inician también campañas de información, tanto estatales (2004 *Zeroestigma*, 2005 *Todos somos parte del tratamiento*, y 2005 *Toda una vida para mejorar*) como autonómicas: Castilla Leon (2008 *Mentalízate*); Madrid (2013 *Chamberlin; Participa y Comprende*); Andalucía (2007 *Idecada4*; 2008 *No decidas por la cara*); Cataluña (2007 *Las etiquetas son para la ropa; Obertament*); Extremadura (*Refresca tu mirada*); Euskadi (*Libera tu mente*) y Canarias (*Los restos se miran de frente*). Todas ellas sin tener aparentemente tener en cuenta las indicaciones hechas por Jorm.

Veamos ahora un segundo conjunto de datos y evidencias asociados al concepto de estigma. Éste nos permitirá comprender mucho mejor el contexto social que da (sin) sentido a la discrepancia que esta nuestro artículo.

#### **4. DE GOFFMAN A PESCOSOLIDO: EL ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO A LAS DOLENCIAS MENTALES**

Un elemento clave para entender la distancia entre el conocimiento científicamente contrastad y lo que la población general conoce de las dolencias mentales proviene del concepto de estigma social, acuñado por Goffman en clara relación con esta temática. E. Goffman en 1963 escribe su obra *Estigma* (1980). Una identidad estigmatizada, argumenta Goffman, surge en un proceso social donde las interacciones con los otros lo desvían de lo considerado como identidad normal. El estigma nace de la interacción con el grupo, subraya Goffman. En una obra posterior, *Internados* (Goffman, 1972), el mismo autor analiza la situación de los diagnosticados como enfermos mentales utilizando el concepto de estigma. Goffman describe los procesos por los que en los manicomios (instituciones totales en su terminología) se aprende a manejar la vida con la dolencia mental dentro del estigma con el que socialmente se la etiqueta. Posteriormente la sociología de la desviación ahondó en la etiquetación como fenómeno sociológico principal en el proceso de construcción social de la dolencia mental (Véase entre otros Becker, 1971, 1973, o Scheff, 1975a, 1975b).

En los años 90 del siglo XX, con una orientación pragmática, Bernice Pescosolido inicia un esfuerzo investigador sobre el estigma asociado a la dolencia mentales. Esta iniciativa nos permite comprender mejor la contradicción social señalada al inicio de este artículo. En 1992 Pescosolido publica un artículo titulado: *Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help* (1992a). En él fundamenta con resultados de encuestas nacionales en EEUU un modelo donde la atribuida decisión individual racional al seleccionar ayuda médica, se muestra errónea. Por lo tanto, el sentido común que nos indica cómo toman las personas sus decisiones está equivocado. Pescosolido señala que son los “patrones construidos

socialmente para tomar decisiones” de salud los que explican el comportamiento individual (1992a, p. 1096), no la atribuida racionalidad.

Con esta investigación inicia Pescosolido una larga carrera de investigaciones sobre cómo el estigma asociado a las dolencias mentales media en la percepción que tenemos sobre ellas, pero también en las campañas diseñadas, como veremos, para paliarlo. En años sucesivos publica con otros investigadores artículos y capítulos de libros apoyando esta afirmación (Alegría, Pescosolido, Santos, & Vera, 1997; Pescosolido, 1992b, 1993, 1996; Pescosolido & Boyer, 1999; Pescosolido, Figert, & Lubell, 1996; Pescosolido, Gardner, & Lubell, 1998a; Pescosolido & Kronenfeld, 1995; Pescosolido, Wright, & Sullivan, 1995). Resumimos brevemente las principales aportaciones de este esfuerzo.

En un artículo de 1998 titulado *How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and “muddling through” from “first-timers”* (Pescosolido, Gardner, & Lubell, 1998b) la autora introduce el concepto de “muddling through” frente los modelos de “elección” racional o de “coerción” que predominaban en la investigación de sociología médica. “Muddling through” podría traducirse por “improvisando a duras penas” y se refiere a un proceso por el que los posibles futuros usuarios de salud mental: ““bounce around” and “off” circumstances and others as they attempt to deal with problems, engaging in successive, limited comparison between alternatives (...) They neither resist nor do they seek treatment” (Pescosolido et al., 1998b, p. 275). Es decir, la decisión de acudir o no a un especialista está mediada por las reacciones del medio y los otros significativos del individuo, sin que el cálculo racional se muestre en las encuestas como el procedimiento decisivo en la toma de decisiones. Son las reacciones al estigma percibido, argumenta Pescosolido, las que explican la decisión de no acudir al especialista médico antes los primeros síntomas, o la decisión de no contar lo que estamos viviendo a nuestra familia o en el trabajo.

En 1999 en el artículo *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance* (Link et al., 1999), la autora apunta una conclusión que va a ser una de las guías de su investigación futura: “los síntomas de enfermedad mental se mantienen fuertemente conectados para el público con temores sobre su potencial violencia y con deseos de distancia social” (Link et al., 1999, p. 1328). La lejanía deseada del diagnosticado con una dolencia mental y la atribución de una posible violencia, dos elementos estigmatizantes, son repetidamente encontradas en la literatura especializada. Esto conlleva inevitablemente efectos negativos para los diagnosticados con estas dolencias: difícilmente buscarán a un psiquiatra por temor al estigma asociado, a la percepción atribuida al diagnóstico, sea cierta ésta o no (Link et al., 1999, pp. 1332-4).

En una publicación posterior Pescosolido apunta otra característica del estigma: aquellos que atribuyen los problemas mentales a causas estructurales, no a causas genéticas o biológicas, tienen más probabilidad de desear una mayor cercanía con los diagnosticados (Martin et al., 2000, p. 208). En consecuencia,



propone que las campañas de educación en salud mental tenga en cuentas estos datos repetidamente contrastados. Su trabajo nos hace entender científicamente cómo media el estigma en la toma de decisiones, destinada a la lucha contra el estigma y sus consecuencias.

Entre 1999 y 2013 su grupo de investigación se centra en tres temas relacionados. En primer lugar, un grupo de artículos presentas sus descubrimientos sobre la reforma médica y las consecuencias que tiene en la profesionalidad percibida de la profesión médica en general y los psiquiatras en particular (Deci et al., 1997; Kikuzawa, Olafsdottir, & Pescosolido, 2008; Pavalko, Harding, & Pescosolido, 2007; Pescosolido, 1992b, 1993; Pescosolido et al., 1996; Pescosolido, Tuch, & Martin, 2001). Un segundo grupo de artículos se encuadran en la percepción de los niños y adolescentes con diagnósticos de dolencia mental, con especial atención a cómo es percibida la medicación que reciben (Novins et al., 2012; Brea et al., 2007; B. Perry & Pescosolido, 2011; Pescosolido et al., 2008; Pescosolido et al., 2007). Finalmente, Un tercer grupo de artículos centran su atención en la teorización sobre estigma en general con especial atención al estigma asociado a las dolencias mentales (Barry et al., 2014; Harkness, Kroska, & Pescosolido, 2016; Link et al., 1999; Martin et al., 2000; McGinty et al., 2015; Olafsdottir & Pescosolido, 2009, 2011; Perry et al., 2016; Perry et al., 2007; Pescosolido, 2013, 2015, 2016; Pescosolido et al., 2010, 2015; Pescosolido et al., 2008; Pescosolido & Boyer, 1999; Pescosolido, Boyer, & Medina, 2013; Pescosolido et al., 2013; Pescosolido & Olafsdottir, 2013; Pescosolido et al., 2008). En 2008 ofrece con otros investigadores (Pescosolido et al., 2008) un modelo teórico inclusivo para el estigma, lo denominan FINIS (Framework Integrating Normative Influencies on Stigma). En un artículo de 2015 lo vuelve a utilizar para dar lugar a una teoría integradora de la complejidad del estigma: The Stigma complex (Pescosolido & Martin, 2015). En este último artículo, se ahonda en el concepto de estigma en una revisión de la literatura sociológica sobre esta temática llena de alusiones a la dolencia mental (Pescosolido & Martin, 2015). Las conclusiones coinciden con otra investigación canadiense citada previamente y coherente con la línea de investigación de Jorm: “la ausencia de conocimiento [sobre dolencias mentales] es considerada como un factor conducente al prejuicio (actitudes negativas) que posteriormente influye en los comportamientos (discriminación)” (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016, p. 155). En este sentido existe una amplia bibliografía académica donde se apunta a de la relación entre analfabetismo en salud mental y el estigma (Angermeyer & Matschinger, 1994; Angermeyer et al., 2016; Angermeyer & Matschinger, 1997; Evans-Lacko et al., 2010; Griffiths, Christensen, & Jorm, 2008, 2009; Hadlaczky et al., 2014; Kelly, Jorm, & Wright, 2007; Pescosolido et al., 2001; Thornicroft, 2006; Thornicroft, Rose, & Kassam, 2007; Thornicroft, Rose, & Mehta, 2010).

Resumiendo, Pescosolido analiza las relaciones entre alfabetización y estigma en un artículo de 2013 titulado: *The Public Stigma of Mental Illness*

(Pescosolido, 2013) El artículo concluye con la afirmación de que la percepción de la violencia como algo esencial y asociado a la Dolencia Mental no ha perdido importancia social, sino que los datos sugieren que esa asociación persiste en el tiempo e, incluso, ha aumentado (Pescosolido, 2013). Jorm, el mismo autor de referencia en ASM, señala esta relación con el estigma: "Aunque se ha detectado una mejora en las escalas que miden la alfabetización en salud mental, esta mejora no va asociada con una reducción de la percepción de peligrosidad o impredecibilidad percibida en las personas con un diagnóstico de dolencia mental, si se ha reducido el deseo de distancia social respecto de la dolencia mental" (Reavley, Morgan, & Jorm, 2014). Es decir, coincidiendo con la bibliografía sobre Alfabetización, los estudios de sociología médica de las dolencias mentales centrados en el estigma, apuntan a que las campañas de información que no tienen en cuenta la literatura sobre el tema contribuyen en el mantenimiento del estigma, explicando la distancia o contradicción que señalábamos. Nos detenemos ahora en el tercer concepto que la sociología médica ha ido desarrollando para comprender los procesos sociales asociados al diagnóstico de DM y ahondar aún más en esta línea.

##### **5. ¿DESVELAR O NO DESVELAR UN DIAGNÓSTICO DE DOLENCIA MENTAL?: ESA ES LA CUESTIÓN SOCIAL.**

Como veíamos, adquirir un diagnóstico de dolencia mental no es un proceso simple ni rápido, sino un proceso social complejo. Puede llevar, por diversas razones, entre 5 y 15 años. Pero, una vez que se obtiene un diagnóstico, ¿cómo y por qué se decide compartir ese diagnóstico con los otros?; y si se decide compartirlo: ¿se comparte con todo el mundo?, o ¿sólo con los profesionales?. Esta decisión, aunque profundamente individual, esta mediada, como veremos, por procesos sociales. El grupo de investigación de A. Jorm (Reavley, Morgan, & Jorm, 2017) lleva años estudiando estos procesos. Veamos en breve cuales han sido sus principales descubrimientos.

En un artículo reciente el grupo de Jorm (Reavley et al., 2017) resume los principales hallazgos. Una constante consiste en que los diagnosticados informan repetidamente de experiencias de discriminación al desvelar su diagnóstico: un porcentaje de entre el 17% y 38% de aquellos entrevistados dicen haber sufrido discriminación en los últimos 30 días (Reavley et al., 2017, p. 1). Jorm señala que la decisión de desvelar el diagnóstico (o no) es una decisión compleja debido principalmente a un cálculo entre los posibles beneficios y los riesgos de posibles consecuencias negativas (Reavley et al., 2017, pp. 1-2).

Así, el 90% revelan el diagnóstico al cónyuge, pero solo un 64% a amigos cercanos y sólo a algunos familiares cercanos el 49% (Reavley et al., 2017, p. 4). En cambio, no se suele compartir el diagnóstico en el trabajo: sólo a los más cercanos en el puesto de trabajo con un 45% de posibilidades de revelación. Es más

probable en el trabajo no desvelar que desvelar (Reavley et al., 2017, p. 8). En esta línea, resulta prácticamente improbable la revelación del diagnóstico a los vecinos o miembros de la comunidad más cercanos geográficamente. Pero quizás lo más interesante es que en las encuestas se señala que no es probable exteriorizar el diagnóstico de una dolencia mental a aquellos profesionales de la salud no directamente implicados en el tratamientos de los problemas mentales. Es decir, se revela el diagnóstico cuando hay probabilidad percibida de recibir apoyo y de recibir tratamiento, pero no a aquellos profesionales de la salud de los que no se vaya a recibir estos beneficios (Reavley et al., 2017, p. 7). Sólo se dejar ver en aquellas relaciones sociales cercanas cuando se relatan experiencias de apoyo y no de discriminación.

Y un elemento más a tener en cuenta: en entornos educativos se relatan experiencias de discriminación constantes, por lo que la posibilidad de descubrir el diagnóstico en estos entornos es baja (Reavley et al., 2017, pp. 8-9). Si tenemos en cuenta, como señalábamos antes, que es en la infancia y primera juventud cuando aparecen los primeros síntomas de las luego dolencias mentales graves, la relevancia de este dato es esclarecedora.

Resumiendo los resultados:

...la revelación parcial o total están principalmente asociadas con las experiencias de apoyo y con el hecho de haber recibido tratamiento... la revelación parcial implica que todavía tienen que ocultar sus problemas de salud mental en determinadas situaciones, lo cual podría dar lugar a stress psicológico, o a problemas en las relaciones personales y de acceso a tratamiento adecuado o la capacidad de lograr las metas educativas o vocacionales.... Siendo estos problemas especialmente críticos en el trabajo, los centros educativos y de salud... (Reavley et al., 2017, p. 9).

## 6. CONCLUSIÓN.

La distancia entre lo que en los procesos de socialización nos forma y el conocimiento científico contrastado en salud mental es evidente. Los tres conceptos que hemos presentado aquí de la sociología médica nos lo muestran en su complejidad. La alfabetización en salud mental mide esa distancia, y hay datos contrastados crecientes sobre cómo disminuir de una forma más efectiva la distancia. El concepto de estigma social asociado a las dolencias mentales nos informa de cómo se aumentan y redefinen las causas de esa distancia social entre ciencia y sentido común construido en la socialización. Finalmente, la investigación sobre si desvelar o no un diagnóstico de dolencia mental trabajosamente obtenido, da luz sobre el cálculo entre apoyo percibido y posible alivio en el tratamiento.

Lo curioso es que el aumento de nuestro conocimiento sobre los procesos sociales que explican cómo es vivida la enfermedad mental en la sociedad no va parejo con las campañas que se diseñan para paliar los problemas, ni con los currículums de formación del futuro personal sanitario o de educación. Desde luego no en España. Es necesario unificar criterios y fomentar la investigación en este

campo. Asimismo, es imprescindible utilizar los conocimientos ya constatados sobre esta temática tanto en la red socio sanitaria española como en la de educación, implementando currículos adecuados a estos datos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alegría, M., Pescosolido, B.A., Santos, D., & Vera, M. (1997). Can we conceptualize and measure continuity of care in individual episodes? The case of mental health services in Puerto Rico. *Sociological Focus*, 30(2), 113-129.
- Alonso, J., Chatterji, S., He, Y., & Organization, W.H. (2013). *The Burdens of Mental Disorders: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s382), 39-45.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological medicine*, 27(01), 131-141.
- Angermeyer, M.C., Van der Auwera, S., Matschinger, H., Carta, M.G., Baumeister, S.E., & Schomerus, G. (2016). The public debate on psychotropic medication and changes in attitudes 1990–2011. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(2), 165-172.
- Barry, C.L., McGinty, E.E., Pescosolido, B.A., & Goldman, H.H. (2014). Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*, 65(10), 1269-1272.
- Becker, H.S. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempo contemporáneo.
- Becker, H.S. (1973). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Deci, P., McDonel, E.C., Semke, J., Hadley, T.R., Hogan, M., Dias, J. K., ... Wright, E. R. (1997). Downsizing state psychiatric hospitals. In: Henggeler, S.W & Santos, A.B. (Eds) *Innovative Approaches for Difficult-to-treat Populations*. (pp. 371-394) Washington: American Psychiatric Press.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the

- mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Fallon Romero, M., & Luna Ruíz-Cabello, A. (2012). Alfabetización en salud; concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista de Comunicación y Salud*, 2(2), 91-98.
- Fresán Orellana, A., Robles García, R., Martínez López, N., & Vargas-Huicochea, I. (2012). Alfabetización sobre esquizofrenia para estudiantes de medicina. *Salud y ciencia*, 19(3), 220-223.
- Goffman, E. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1980). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., & Jorm, A.F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC psychiatry*, 8 (1), 1.
- Griffiths, K.M., Christensen, H., & Jorm, A.F. (2009). Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. *BMC Public Health*, 9(1), 92.
- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrтчian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467-475.
- Harkness, S.K., Kroska, A., & Pescosolido, B.A. (2016). The Self-Stigma of Psychiatric Patients: Implications for Identities, Emotions, and the Life Course. In: *50 Years After Deinstitutionalization: Mental Illness in Contemporary Communities* (pp. 207-233). Emerald Group Publishing Limited.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). «Mental health literacy»: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.

- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American Psychologist*, 67(3), 231-243.
- Jorm, A.F. (2015). Why We Need the Concept of «Mental Health Literacy». *Health Communication*, 30(12), 1166-1168.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust*, 187(7 Suppl), S26-30.
- Kikuzawa, S., Olafsdottir, S., & Pescosolido, B.A. (2008). Similar pressures, different contexts: Public attitudes toward government intervention for health care in 21 nations. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(4), 385-399.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
- Link, B.G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American journal of public health*, 89(9), 1328-1333.
- Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Mendes, A.C., Santos, J.C., Ferreira, R.O., & Pedreiro, A.T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. Mexico: Universidad Iberoamericana - Herder.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2): 208-223.
- McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B., & Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science & Medicine* 126, 73-85.
- Ministerio de Economía y Competitividad. (2014). *Plan Estratégico CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) 2014-2016*. MEC: Madrid.

- Novins, D.K., Spicer, P., Fickenscher, A., & Pescosolido, B. (2012). Pathways to care: Narratives of American Indian adolescents entering substance abuse treatment. *Social Science & Medicine*, 74(12), 2037-2045.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (2000). Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 183-184.
- OECD. (2014). *Making Mental Health Count. Focus on Health*, pp. 1-8.
- Olafsdottir, S., & Pescosolido, B.A. (2009). Drawing the line: The cultural cartography of utilization recommendations for mental health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 228-244.
- Olafsdottir, S., & Pescosolido, B.A. (2011). Constructing illness: How the public in eight Western nations respond to a clinical description of «schizophrenia». *Social Science & Medicine*, 73(6), 929-938.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8), 1054- 71.
- Pavalko, E. K., Harding, C. M., & Pescosolido, B. A. (2007). Mental illness careers in an era of change. *Social Problems*, 54(4), 504-522.
- Perry, B. L., Pullen, E., & Pescosolido, B. A. (2016). At the intersection of lay and professional social networks: how community ties shape perceptions of mental health treatment providers. *Global Mental Health*, 3, e3.
- Perry, B., & Pescosolido, B. (2011). Children, culture and mental illness: public knowledge and stigma toward childhood problems. *The SAGE Handbook of mental health and illness*, SAGE: London. 202-217.
- Perry, Brea L., Pescosolido, B. A., Martin, J. K., McLeod, J. D., & Jensen, P. S. (2007). *Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults*. IN *Psychiatric Services*. 58 (5): 632-635.



- Pescosolido, B. (1992a). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1092-1138.
- Pescosolido, B. (1992b). Illness Careers and Network Ties: A Conceptual Model of Utilization and Compliance. *Advances in Medical Sociology*, 2, 161-184.
- Pescosolido, B.A. (1993). Society and the balance of professional dominance and patient autonomy in medical care. *Ind. LJ*, 69, 1115-20.
- Pescosolido, B.A. (2013). The Public Stigma of Mental Illness: What Do We Think; What Do We Know; What Can We Prove? *Journal of Health and Social Behavior*. 54 (1): 1-21.
- Pescosolido, B.A. (2015). Erving Goffman: the moral career of stigma and mental illness. En *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* Springer: Palgrave, pp. 273-286.
- Pescosolido, B.A. (2016). The Beginning of the End? Deploying Rigorous Research in Real-World Settings to Reduce Stigma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(5), 353-354.
- Pescosolido, B.A., & Boyer, C.A. (1999). How do people come to use mental health services? current knowledge and changing perspectives. In: *A Handbook for the Study of Mental Health: Social A.V. Horwitz and T.L. Scheid Contexts, Theories, and Systems* pp. 392-411. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pescosolido, B. A., Boyer, C. A., & Medina, T. R. (2013). The social dynamics of responding to mental health problems. *En Handbook of the sociology of mental health*; Springer: Holanda; pp. 505-524.
- Pescosolido, B. A., Fettes, D. L., Martin, J. K., Monahan, J., & McLeod, J. D. (2007). *Perceived dangerousness of children with mental health problems and support for coerced treatment*. *Psychiatric Services*. 58(5), 619-625.
- Pescosolido, B.A., Figert, A., & Lubell, K. (1996). Professional Work in Public and Private Settings: The Use and Evaluation of the DSM in Psychiatric Units. *Current Research on Occupations and Professions*, 9, 31-52.
- Pescosolido, B.A., Gardner, C.B., & Lubell, K.M. (1998a). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and «muddling through» from «first-timers». *Social science & medicine*, 46(2), 275-286.

- Pescosolido, B.A., Gardner, C.B., & Lubell, K.M. (1998b). How people get into mental health services: Stories of choice, coercion and «muddling through» from «first-timers». *Social science & medicine*, 46(2), 275-286.
- Pescosolido, B.A., Jensen, P.S., Martin, J.K., Perry, B.L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: findings from the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 339-349.
- Pescosolido, B.A., & Kronenfeld, J.J. (1995). Health, illness, and healing in an uncertain era: challenges from and for medical sociology. *Journal of Health and Social Behavior*, (extra issue) 5-33.
- Pescosolido, B.A., & Martin, J.K. (2015). The stigma complex. *Annual review of sociology*, 41, 87-116.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A framework integrating normative influences on stigma (FINIS). *Social science & medicine*, 67(3), 431-440.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Long, J.S., Medina, T.R., Phelan, J.C., & Link, B.G. (2010). «A disease like any other»? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
- Pescosolido, B.A., Martin, J.K., Long, J.S., Olafsdottir, S., Kafadar, K., & Medina, T.R. (2015). The Theory of Industrial Society and Cultural Schemata: Does the «Cultural Myth of Stigma» Underlie the WHO Schizophrenia Paradox? *American Journal of Sociology*, 121(3), 783-825.
- Pescosolido, B.A., Medina, T.R., Martin, J.K., & Long, J.S. (2013). The «backbone» of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American journal of public health*, 103(5), 853-860.
- Pescosolido, B.A., & Olafsdottir, S. (2013). Beyond dichotomies: confronting the complexity of how and why individuals come or do not come to mental health care. *World Psychiatry*, 12(3), 269-271.
- Pescosolido, B.A., Olafsdottir, S., Martin, J.K., & Long, J. S. (2008). Cross-cultural aspects of the stigma of mental illness. *IN* J. Arboleda Flores and N.

Sartorius *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*, 19-36; London: Wiley and Sons.

- Pescosolido, B.A., Perry, B.L., Long, J.S., Martin, J.K., Nurnberger Jr, J.I., & Hesselbrock, V. (2008). Under the influence of genetics: how transdisciplinarity leads us to rethink social pathways to illness. *AJS; American journal of sociology*, 114, S171.
- Pescosolido, B.A., Tuch, S.A., & Martin, J.K. (2001). The profession of medicine and the public: examining Americans' changing confidence in physician authority from the beginning of the 'health care crisis' to the era of health care reform. *Journal of Health and Social Behavior*, 42 (1): 1-16.
- Pescosolido, B.A., Wright, E.R., & Sullivan, W.P. (1995). Communities of care: A theoretical perspective on case management models in mental health. *Advances in medical sociology*, 6, 37-80.
- Reavley, N.J., Morgan, A.J., & Jorm, A.F. (2017). Disclosure of mental health problems: findings from an Australian national survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, (10) : 1-11.
- Reavley, N.J., Morgan, A.J., & Jorm, A.F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61-69.
- Romaní, O. (2010). *Jóvenes y riesgos: unas relaciones ineludibles?*. Barcelona: Bellaterra.
- Scheff, T.J. (1975a). *Labeling Madness*. New Jersey: Prentice Hall.
- Scheff, T.J. (1975b). The labeling theory of Mental illness. En T. J. Scheff (Ed.), *Labeling Madness* (pp. 21-33). New Jersey: Prentice Hall.
- Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Research*, 2, 1-25.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... European, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.

Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(suppl 1), 36-41.

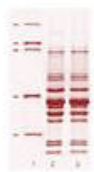
Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Geneva: Oxford.

Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122.

Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? *Advances in psychiatric treatment*, 16(1), 53-59.

Tones, K. (2002). Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 17(3), 287-290.

Whitley, J., Smith, J.D., & Vaillancourt, T. (2013). Promoting mental health literacy among educators: Critical in school-based prevention and intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28 (1): 56-70.



Sociología y tecnociencia  
 Sociology & Technoscience  
 Sociologia e tecnociência

