



**Universidad del
Rosario**

**La Salud Mental en Colombia.
Una revisión sistemática de sus modelos interpretativos**

**Trabajo de grado para optar por el título de:
Profesional en Sociología**

**Programa de Sociología
Escuela de Ciencias Humanas
Universidad del Rosario**

**Presentado por:
Jonathan Javier Osorio Rodríguez**

**Dirigido por:
Oscar Javier Maldonado**

Bogotá, Colombia
2022 – II

Resumen:

El estudio de la enfermedad mental ha estado íntima y celosamente vinculado a la psiquiatría y la psicología pese al reconocimiento del componente social en la configuración y, por ende, alteración de la psique. Las apuestas en política pública colombianas e internacionales han integrado los aportes sociológicos en la prevención y tratamiento de la enfermedad mental, sin embargo, su enfoque se volcó hacia la epidemiología de la psiquiatría social o la asistencia psicoterapéutica, en donde *lo social* remite únicamente a los determinantes históricos y socio-estructurales del deterioro mental. Así, como propuesta investigativa se trae a colación el enfoque del pragmatismo filosófico representado por la escuela del interaccionismo simbólico acentuando la noción de orden social y, en consecuencia, desviación social. Lo anterior con el fin de exponer aportes sociológicos como el estigma y su impacto en el espectro socio-individual de la salud mental formulando en el camino, no solo una síntesis de las variadas investigaciones interdisciplinarias sino una modesta base desde la cual direccionar nuevas preguntas y guiar más aportes de la sociología al área de la salud.

Introducción:

El presente artículo es una revisión sistemática de literatura de la producción académica y gubernamental en Salud Mental de Colombia desde el 2003 hasta la pandemia del COVID-19. Esta revisión explora los principales enfoques o modelos interpretativos que han mediado la investigación psiquiátrica y psicológica en Salud Mental del país y los contrasta con los aportes de la sociología en el área de la Enfermedad Mental como categoría emergente de la desviación social. En este sentido, promueve un diálogo teórico entre los modelos socio-médicos y sociológicos en el estudio de la enfermedad mental sin desconocer los aportes de la psiquiatría o la psicología. Por el contrario, busca complementarlos y vincularlos para profundizar en la importancia que tiene la Salud Mental como problemática de salud pública en la sociedad colombiana¹.

Para esto, se promueve un análisis bibliográfico con un enfoque hermenéutico², que abstrae y categoriza las principales discusiones de la producción sociológica y socio-médica en

¹ “La tarea del investigador no se puede quedar en el simple estado del arte [...] parece oportuno sugerir que la investigación de la investigación, como producto del presente, debe servir de acumulado para iniciar nuevas reflexiones” (Jiménez, 2004, p. 35).

² Pues “los estados del arte no se acercan a la principal fuente del conocimiento social, que es la realidad, la experiencia como tal y la cotidianidad; más bien, parten de un producto de lo dado y acumulado por las ciencias sociales, y se basan

torno a la Enfermedad Mental y su relación con la actualidad académica colombiana. Así, como propuesta de esta investigación, se espera abrir un diálogo interdisciplinar en la producción académica nacional en Salud Mental para dotarla de las herramientas analíticas complejas que aporta la sociología en la atención, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales cuestionando, por lo tanto, la aproximación epistemológica positivista y epidemiológica de la psiquiatría y psicología social en el estudio de la Enfermedad Mental y la Salud Mental. Lo anterior por medio del *Estigma*; uno de los conceptos más debatidos y analizados dentro de estas disciplinas y que más implicaciones prácticas tiene en el tratamiento de las enfermedades mentales.

En este orden de ideas, la pregunta de investigación que se plantea es ¿Cómo se ha relacionado la producción académica colombiana en Salud Mental frente a los aportes de la sociología de la desviación y de la enfermedad mental?

Metodología:

Este proyecto se postula como un balance bibliográfico o estado del arte pues en el estudio de las ciencias sociales, en general:

Los avances investigativos y los textos publicados representan el primer paso de formación hacia lo inédito, debido a que detrás de este proceso formativo se le posibilita al investigador inspeccionar lo no transitado. Los estados del arte permiten no solamente conocer los problemas para problematizarlos aún más, sino también establecer caminos vírgenes, en cuanto lo metodológico o lo conceptual (Jiménez, 2004, p. 40).

De igual manera, como menciona Jiménez (2004), en los balances de lo dado o estados del arte se busca, además del establecimiento de experiencias investigativas específicas, “la realización de marcos conceptuales acompañados de categorías o modelos explicativos dados desde el acumulado de la teoría, para analizar e investigar determinados escenarios y circunstancias de carácter social, político y cultural” (Jiménez, 2004, p. 36). Esto se logra, desarrollando “una contextualización de la temática clasificando el tipo de textos, autores, metodologías, marcos de referencia conceptual y niveles conclusivos de las diversas investigaciones” para así “establecer una clasificación del tipo de trabajos consultados, sus convergencias y divergencias conceptuales, metodológicas y conclusivas” lo que sugiere “una categorización de los trabajos partiendo de las categorías internas de cada uno de los textos, lo

en una propuesta hermenéutica en los procesos de interpretación inicial de la realidad y de su investigación” (Jiménez, 2004, p. 31).

que nos permite establecer el aporte que ofrecen desde la panorámica sociocultural en el área de investigación que se desarrolla” (Jiménez, 2004, pp. 36-37).

Ahora bien, debido a la cantidad de conceptos, fuentes y clasificaciones, surge la intención de usar la Teoría Fundamentada como marco para comprender la relación entre la sociología y la salud mental. Esto se debe a lo que García y Manzano (2010) recomiendan sobre su uso, especialmente útil “cuando la relación entre conceptos ha sido insuficientemente comprendida y la conceptualización poco desarrollada” (Bastide, 2005; García & Manzano, 2010, p. 21). De allí que la Teoría Fundamentada tenga como principios más importantes y distintivos al muestreo teórico, el método de comparación constante y la generación de teorías substantivas basados en los datos obtenidos en la investigación (Gaete, 2014, p. 149), pues estos procesos acumulativos y sistemáticos permiten ampliar la información y conocimiento sobre un fenómeno o aspecto partiendo de las unidades mismas de información y abstrayéndose, por medio de codificaciones y categorizaciones, hacia un conocimiento que integre y exponga los alcances y limitaciones del conjunto de manera estructurada y organizada (Gaete, 2014; García & Manzano, 2010; N. Hernández & Sánchez, 2008).

Por otro lado, como mencionan García y Manzano (2010) la teoría fundamentada se ubica en la perspectiva interaccional pues los filósofos pragmatistas y los sociólogos de la interacción venían “señalando la relevancia de la interacción social, para resaltar el carácter procesual de la acción social y para diseñar maneras de acercarse a ella” (García & Manzano, 2010, p. 18), además como profundiza San Martín (2014) “por cuanto la comprensión de los significados construidos intersubjetivamente, se superpone a la explicación causal (Erklären)” (San Martín, 2014, p. 107). Esto es especialmente importante para este trabajo debido a que la mayoría de los conceptos y aportes surgen de esta misma escuela de pensamiento.

Sin embargo, Roy Suddaby (2006) enfatiza en que la Teoría Fundamentada no implica un proceso fácil y no desconoce los aportes de la literatura previa puesto que no presenta datos en bruto ni basa sus hallazgos en el conteo de palabras (Gaete, 2014, p. 152; Suddaby, 2006, pp. 634-641). En este sentido, la Teoría Fundamentada va más allá de la aplicación de técnicas sofisticadas a los datos y promueve la construcción de hipótesis a partir de ellos en un proceso

sistemático y riguroso de constante comparación y reconstrucción (N. Hernández & Sánchez, 2008)³. Lo cual, como vimos está ligado al propósito de los estados del arte.

Cabe destacar que la recolección de la información ha sido por medio de CAQDAS⁴ y se ha orientado la categorización a la constante comparación entre códigos o conceptos. Razón por la cual lo que se ha planteado en este artículo se presenta a manera de diagnóstico y panorama general, pues como lo menciona las investigaciones, es necesario llegar a la saturación teórica para poder formular análisis concretos.

Justificación:

Para empezar, hay que reconocer que la sociología ha estado en constante relación con los procesos psicológicos desde su fundación. Éstos han sido objeto de estudio por varios teóricos sociales y temas fundamentales de algunas de las teorías sociológicas más influyentes⁵. Esta relación constante entre la rama psicológica y sociológica o de las ciencias sociales y de la mente; permite comprender la acción individual bajo la luz de la estructura misma, formular condicionantes sociales en la psique individual y, también, comprender las pautas de comportamiento individual socialmente aceptadas y los efectos de transgredir estas pautas (Thorpe et al., 2015, p. 12), distinguiéndose, además, de la psicología social clásica y naturalista, donde se lee *-lo social-* desde la psicología individual e incluso, desde lo orgánico (Torregosa, 2001, p. 340). De esta manera, según Torregosa (2001) para que la psicología social tenga sentido como disciplina científica “ha de ser no sólo social, sino sociológica” (Torregosa, 2001, p. 338), pues desde Auguste Comte se ha criticado a los médicos porque “no estudian en nosotros más que al animal y no al hombre” por lo que en palabras de Roger Bastide merecen más el título de veterinarios de que de médicos (Bastide, 2005, p. 21).

³ “En la teoría fundamentada no se sigue una lógica de variable dependiente y variable independiente, precisamente porque no se pone a prueba la bondad de las hipótesis” (García & Manzano, 2010, p. 20).

⁴ CAQDAS es el acrónimo de Computer Assisted Qualitative Data Software, hace referencia a software para el análisis cualitativo de datos asistido por ordenador.

⁵ Véase, por ejemplo, Wilhelm Dilthey con las ciencias del espíritu (Geisteswissenschaften) (1833), Emile Durkheim con la naturaleza psíquica de los fenómenos sociales (1858), Georg Simmel y los mecanismos psicológicos de la vida social (1858), George H. Mead y su pragmatismo en la interacción social constituyente de significados (1863) Max Weber por su orientación al sentido subjetivo y a la comprensión interpretativa (Verstehen) (1864), Talcott Parsons y la teoría de la acción mental y activa opuesta al conductismo (1902), Sheldon Stryker con un interaccionismo simbólico estructuralista (1924) y, posteriormente, autores que parten de la desviación social para vincular los aspectos de comportamiento individual con el orden social como Edwin Lemert (1912), Erving Goffman (1922) Howard Becker (1928), Thomas Scheff y su enfoque a las emociones, la enfermedad mental y la interacción (1929).

Pese a lo anterior, sólo las ramas clínicas de la psiquiatría o psicología están tradicionalmente asociadas al estudio de la enfermedad mental y su etiología, al punto que se suele desconocer los aportes de la sociología en este campo⁶ (Sánchez, 2002, p. 35). Por otro lado, aunque los organismos internacionales reconocen el componente social de la salud mental como una pieza esencial para el bienestar mental y general de la sociedad desde 1946 (Bustamante, 2017, p. 12)⁷, la psiquiatra chilena Constanza Mendoza (2009) describe cómo las primeras aproximaciones ignoraron los aportes de las ciencias sociales y las mismas ignoraron la enfermedad mental como objeto de estudio clave pues estaba supeditado a la psicología y psiquiatría clínica⁸ (Mendoza, 2009, p. 556).

Un ejemplo concreto que expone el panorama nacional y que además funciona como muestra de este primer enfoque es expuesto por el psiquiatra colombiano José A. Posada (2013) en su revisión de la situación actual de Colombia en Salud Mental. Posada parte de un análisis demográfico de los resultados de Colombia en *La encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica* realizada por la OMS donde el objetivo principal fue distinguir la población vulnerable y comparar el alarmante panorama nacional con el de otros países en desarrollo, enfatizando así en el costo económico y emocional que representa la enfermedad mental y la importancia de situar esta problemática en la agenda de Salud Pública Nacional (Posada, 2013).

Posada menciona que “no podemos continuar manteniendo la separación entre los aspectos biológicos, mentales y sociales de la salud”. Sin embargo, resalta que el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes se debe “a los nuevos antidepresivos y antipsicóticos, con menos efectos secundarios y más rápida acción” y menciona, secundariamente, la potencialidad que tiene la asistencia psicosocial para “facilitar la reducción de los costos y la carga social del trastorno mental” (Posada, 2013, p. 498).

No obstante, la situación en Colombia no ha mejorado notoriamente y, si bien Posada demostraba la necesidad de atender los problemas en Salud Mental, se encuentra una incapacidad institucional de dar atención a esta problemática debido a la dificultad de acatar la normativa y

⁶ Incluso, según Torregosa (2001) dentro de la misma psicología social se presenta una “situación hegemónica del paradigma de la orientación psicológico-individualista” (Torregosa, 2001, p. 342).

⁷ La salud mental no es sólo “la ausencia de una afección”, sino “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001, p. 3)

⁸ Recordando que, como expone Roger Bastide “todo arte o ciencia práctica sólo pueden venir después de la ciencia teórica” (Bastide, 2005, p. 2).

de interpretarla, específicamente, en el componente social de la Salud Mental (Rojas et al., 2018, p. 129). Pues:

Las acciones de promoción y de prevención como es bien conocido son escasas y muy pobres en Colombia, no tienen ni la coherencia ni la consistencia para llegar a impactar de manera contundente la calidad de vida de la población (Palacio, 2018, p. 71).

Así, otros psiquiatras colombianos han ahondado en la importancia de educar e incentivar la Salud Mental como un programa no sólo económico y de obligatoriedad política, sino social y de impacto directo en la calidad de vida de las personas (Rojas et al., 2018, pp. 133, 136). Esto se evidencia, según la psicóloga colombiana María Hernández (2018), en la falencia conceptual del sistema de Salud Mental colombiano, donde hay una disputa entre los intereses comunitarios y hospitalarios o empresariales que impiden que se dé un tratamiento adecuado y que haya una rehabilitación completa en trastornos mentales. Pues para ello, es necesaria la interdisciplinariedad que, bajo la perspectiva de los profesionales que ella entrevista en su artículo, no es rentable para el sistema de Salud Pública (D. M. Hernández & Sanmartín, 2018, p. 49).

En este orden de ideas, la producción académica nacional se ha centrado en exponer la situación en Salud Mental como una problemática que no ha sido atendida en su totalidad, reconociendo así que hay un olvido de la Salud Mental por parte de las instituciones (D. M. Hernández & Sanmartín, 2018, p. 51). A esta situación se le añaden los impactos de la pandemia del COVID-19 sobre el sistema de salud y sobre la salud mental de la población en general. Esto dado que el virus del COVID-19 implicó una carga no sólo física sino emocional para la población:

Se pueden presentar reacciones de ansiedad por la incertidumbre sobre las posibles consecuencias de la expansión del virus y la posibilidad de contagio propio o de los seres queridos. También incertidumbre sobre la naturaleza y posible duración de las medidas que tienen que tomar los gobiernos para tratar de controlar su propagación, como la restricción de movilidad, de actividades habituales, cambio en las rutinas, así como sobre las consecuencias económicas y laborales en las personas (Castro, 2020, p. 3).

En consecuencia, la Salud Mental es una problemática de Salud Pública que ha sido descuidada por las instituciones académicas, gubernamentales y hospitalarias donde, además, ha primado un enfoque psiconeurológico y farmacológico que impide la atención completa y correcta de la problemática. Motivo por el cual vale la pena preguntarse cómo pueden aportar las ciencias sociales en este campo y qué avances han obtenido en sus aportes. A lo que se suman las

dificultades que presentan los países en vía de desarrollo como Colombia donde la efectividad y capacidad del sistema de salud es cuestionable y los recursos son desviados o nulos pues no contemplan la prevención como componente central en las políticas de desarrollo (Saldivia, 1982).

El componente social:

Las primeras aproximaciones que incluyeron la dimensión social al problema de la salud mental lo hicieron a partir de un análisis de “las correlaciones estructurales de las enfermedades psiquiátricas con el estrato social, el sexo, la raza, la edad y el urbanismo, junto con implicaciones en la psiquiatría y la salud pública” (Bastide, 2005, p. 11; Mendoza, 2009, p. 569). Estos aportes de la sociología tuvieron su auge a través de la postura *epidemiológica* de la psiquiatría y la psicología (Bastide, 2005). En efecto, ésta amplió el margen de incidencia de la enfermedad mental y el costo social de ésta sin descentrar la discusión de la causa psico-neuronal o biológica (Bastide, 2005, p. 5; Moreno, 2015, pp. 129-130). Pese a esto, según Mendoza (2009) este enfoque se mantuvo en la carga académica hasta 1980 cuando se modificó “la estructuración de un modelo biopsicosocial hacia uno bio-farmacológico” (Mendoza, 2009, p. 556).

Posteriormente, se desarrolló aportes más epistemológicos⁹ y positivistas de la salud mental desde corrientes alternas a la sociología, por ejemplo, desde 1940 y 1950 la psiquiatría social fue pionera en la búsqueda del “eslabón que vinculaba la posición socioeconómica de las personas con su salud mental” (Sánchez, 2002, p. 45). Incluso, desde el psicoanálisis autores como Harry Stack Sullivan (1950) se distanciaban de las corrientes biologicistas freudianas para fundar lo que sería una “teoría interpersonal en psiquiatría con un enfoque sociológico” (Bastide, 2005, p. 6; Mendoza, 2009, p. 556; Valderrama, 2001, p. 1). Estas corrientes progresivamente dotaron un marco analítico robusto, aunque no unificado, desde el cual comprender la enfermedad mental y los trastornos psico-neurológicos. Se situaron progresivamente en la teoría sociológica desde enfoques como la teoría de la acción, la desviación social y el interaccionismo simbólico (Mendoza, 2009, p. 565; Moreno, 2015) haciendo énfasis en la experiencia del enfermo mental, su interacción con las instituciones, los normales y otros enfermos y las consecuencias de su estigmatización.

⁹ Pues vinculaban necesariamente la enfermedad mental con sus circunstancias objetivas, históricas y sociales de producción, es decir, realizando un análisis epidemiológico de los determinantes sociales de la enfermedad (Mendoza, 2009; Urrego, 2007).

Pues “el mérito de la psicología social ha sido mostrar que el individuo no existe fuera de la sociedad, que la personalidad no se forma sino por los grupos y en los grupos, que el desarrollo del *ego* es paralelo al desarrollo del *alter* y que hay una relación estrecha entre lo individual y lo social” (Bastide, 2005, p. 5).

De este espectro de investigaciones surgen obras como la del sociólogo francés Roger Bastide (1967) que ve la necesidad de poner un orden y compartimentar las ramas de conocimiento antes expuestas pues, aunque “hasta los errores son entonces preciosos, porque cada error es allí la promesa de la conquista [...] llega un momento en el que el desorden de la investigación se vuelve de fecundo en perjudicial” (Bastide, 2005, p. 1).

Así, posteriormente y como consecuencia de la ampliación de las ramas de estudio, se cuestionó la categoría de enfermedad mental como constructo y fenómeno comunicacional y discursivo, lo que llevó la discusión a nuevos horizontes en los que la sociología podía brindar, aún más, un aporte en profundidad para mejorar las condiciones en Salud Mental¹⁰ (Mendoza, 2009, p. 572).

Por ejemplo, para algunas de estas aproximaciones sociológicas la enfermedad mental es un fenómeno comunicacional y de posicionamiento simbólico por parte de los enfermos ante un orden social establecido que los margina y aísla, haciéndolos “dignos de compasión pero no de derechos” (Gómez Fontanil & Ezama Coto, 1986, p. 589). Desde esta postura, como se verá más adelante, *la sociedad es el origen de la enfermedad mental* y, en consecuencia, sin importar los estados somáticos del trastorno, los individuos restringen su conducta al discurso colectivo (Gómez Fontanil & Ezama Coto, 1986, p. 588; Sánchez, 2002). De allí que:

La metáfora de la enfermedad haga que llamemos síntomas a lo que debiéramos llamar mensaje y que nos preguntemos por la etiología cuando deberíamos preguntarnos por los códigos; por las causas en lugar de preguntarnos por los discursos (Gómez Fontanil & Ezama Coto, 1986, p. 590).

Lo anterior da pie a la posible clasificación de dos grandes grupos en la producción sociológica en salud mental¹¹, por un lado, i) un enfoque socio-médico que funcionó como complemento del modelo epidemiológico de la psiquiatría y psicología (teoría del estrés) y, por

¹⁰ Véase estudios como el de los psicólogos españoles Yolanda Gómez y Esteban Coto donde denuncian “el carácter metafórico del término «enfermedad mental» que atenúa, pero también perpetúa, la convención social de la locura: una estrategia socialmente destructora para resolver y ganar conflictos sin reconocerlos” (Gómez Fontanil & Ezama Coto, 1986, p. 593).

¹¹ Además, Bastide hace una clara distinción entre las derivaciones *sociales* en torno a la enfermedad mental, distinguiendo así la práctica puramente psiquiátrica o terapéutica, la etnología y la psiquiatría social de lo que postula como *Sociología de las enfermedades mentales* (Bastide, 2005, p. 14).

otro lado, ii) un enfoque desde la desviación social con un matiz interaccionista y discursivo de lo que es la enfermedad mental y la salud mental (teoría del etiquetamiento) (Aneshensel, 2005; Sánchez, 2002, p. 38). Cabe resaltar, como menciona Sánchez (2002), que este último enfoque se aleja del construccionismo posmoderno que niega la importancia de la investigación etiológica y la existencia neurobiológica de la enfermedad mental, así como también, los elementos de la estructura social como la *clase social*; conceptos fundamentales del pensamiento sociológico (Sánchez, 2002, p. 45). Si bien existe la necesidad de desenmarañar las formas discursivas que suponen/crean y no describen la enfermedad mental, la negación de estas causas lleva a reducir el fenómeno a la reacción social ante un rol o etiqueta, es decir, a los “sistemas de discursos que en el marco de la práctica psiquiátrica, *crean* la realidad que pretenden descubrir” (Sánchez, 2002, p. 43).

La teoría de la reacción social pretende [...] construir un modelo sociológico explicativo del deterioro psicológico (Scheff, 1966a). Trata de indagar en sus causas. Sin embargo, la explicación que ofrece es deficiente. No consigue dar cuenta de los factores etiológicos implicados en lo que llama desviación primaria, centrándose casi exclusivamente en los procesos de desviación secundaria. Dicho de otra manera, esta perspectiva no consigue explicar la aparición de los síntomas psicológicos que posteriormente son etiquetados y estigmatizados a través de la reacción social (Gove, 1970a: 882). Esta carencia en el análisis de la desviación primaria (fenómeno que, en último término, pone en marcha el proceso en su totalidad) supone una clara limitación para la pretensión de elaborar una teoría explicativa de la enfermedad mental (Sánchez, 2002, p. 40).

Es por lo anterior que para Sánchez (2002) ninguna de estas teorías sociológicas “es capaz de dar cuenta de los factores determinantes para la aparición del deterioro psicológico” y con factores determinantes hace referencia a la etiología de la enfermedad mental cuestionándose si es o no posible una sociología de la etiología de la enfermedad mental (Sánchez, 2002, p. 51). Sin embargo, desde 1966 Roger Bastide ya respondía esta pregunta tras lo que llamó un *catastro* de los enfoques sociales en el estudio de la enfermedad mental.¹² Para Bastide (1966):

Basta, en efecto, con abrir un libro de psiquiatría social para advertir la nebulosidad de las definiciones dadas. O bien, si se las quiere precisar, se tropieza uno con tantas definiciones como autores, o poco menos. Peor aún: los autores dan nombres diferentes a un mismo conjunto de investigaciones, como si, en la jungla de la que hablaba, se hubieran apropiado de la misma propiedad sin saberlo y la hubieran bautizado, el uno “Castillo de...” y el otro “Villa de...” (Bastide, 2005, p. 1)

¹² “El catastro no impide las relaciones de buena vecindad y de cooperación, al contrario las facilita” (Bastide, 2005, p. 18).

De esta manera, la sociología “establece simplemente correlaciones entre hechos sociales y ciertos tipos de enfermedades mentales sin afirmar que estas correlaciones sean forzosamente leyes causales” (Bastide, 2005, p. 15), por lo que, más que preguntarse si es posible entablar una sociología de la etiología de la enfermedad mental, vale cuestionarse si esta es necesaria (Sánchez, 2002).

Como consecuencia de estas disputas, se pone en discusión nuevas perspectivas desde las cuales comprender la enfermedad y la salud mental en las que se evite la pretensión explicativa de conceptos autorreferentes como el de la teoría del estrés y el reduccionismo construccionista que pudo encontrarse en la teoría del etiquetamiento. Así, algunos autores han planteado algunas opciones como son la teoría sociológica del etiquetamiento modificada¹³ o la sociología de la etiología de la enfermedad mental.

Enfoques que contemplan el valor discursivo de la enfermedad mental e iluminan el camino a seguir, pues median en el tratamiento, la atención y la prevención de los trastornos desde una perspectiva crítica y subversiva¹⁴ que supedita los aspectos discursivos o estructurales de la enfermedad mental (D. M. Hernández & Sanmartín, 2018, p. 50; Rojas et al., 2018, pp. 134-135). Un ejemplo de esto puede verse en la proposición de Le Guillant en Francia, quien se preguntaba “si el rechazo de los psiquiatras franceses a aceptar la psiquiatría social no correspondería al deseo de la burguesía a olvidar que la sociedad tiene una responsabilidad en la etiología de las enfermedades mentales” (Bastide, 2005, p. 4).

De esta manera, es posible observar que, aunque la sociología ha estado supeditada a otras disciplinas en el estudio de la enfermedad mental y no se ha consolidado un campo analítico unificado y coherente para su estudio, ha creado y aportado conceptos desde las relaciones jerárquicas de poder y el discurso, la epidemiología médica y los condicionantes estructurales que median en la enfermedad mental y consecuentemente, en la política en Salud Mental.

¹³ Como la que proponen autores como Link, Phelan, Mirotznik, y Cullen desde 1990 donde se reconoce que “los síntomas de enfermedad mental son importantes determinantes del etiquetado. Dichos síntomas (producidos por factores biológicos, psicológicos y sociales) son evaluados e interpretados por parte del grupo, convirtiéndose en objeto de respuestas por parte del individuo afectado y por los miembros de su contexto social” (Sánchez, 2002, p. 41).

¹⁴ Pues como menciona Howard Becker “al rehusar aceptar la jerarquía de credibilidad no expresamos respeto por el orden establecido” y como sociólogos estamos “más bien deseosos de probar que sucede algo que pone al desviado en la posición en la que está” (Becker, 1967, pp. 240, 242).

Estado del Arte:

Pese a los esfuerzos internacionales realizados desde la década de 1970 por apaciguar los efectos de los problemas en Salud Mental, no es sino hasta entrado el segundo milenio (2001) que se consolidan grandes avances en política pública y estudios estadísticos para mejorar la comprensión del costo y la carga de la enfermedad mental en el desarrollo de los países (D. M. Hernández & Sanmartín, 2018, p. 2; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 42). Así, desde el 2001 la OMS considera que la carga de la enfermedad mental afecta a la sociedad en su totalidad. Por ejemplo, de acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos; siendo el trastorno de depresión unipolar causa de un 12,15% y contribuyente de la tercera causa de la carga global de las enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, pp. 7-8).

De allí que la OMS considere que no se le atribuye a la Salud Mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física, por el contrario, la Salud Mental ha sido objeto de abandono e indiferencia (Cochrane, 1991, p. 141; Pan American Health Organization [PAHO], 2018; Rojas et al., 2018, p. 129). Razón por la cual en el 2008 la OMS consideró que los trastornos que afectan la Salud Mental son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura impactando principalmente a grupos marginados de la sociedad. Por ejemplo, la psiquiatra chilena Constanza Mendoza (2009) afirma que “los trastornos mentales, aunque no representen un porcentaje mayor en la mortalidad sí responden a una carga global de la discapacidad crónica ya sea por los años vividos con la enfermedad o los ajustados por la discapacidad” (Mendoza, 2009, pp. 568-569).

Lo anterior se debe a que “la salud mental afecta intrínsecamente a la salud física y la salud física afecta a la salud mental, por lo que en lo que se refiere a lograr un estado más completo de bienestar, ambas son inseparables” (Knapp et al., 2007, pp. 44, 84, 418, 435, 526; Secretaria Distrital de Salud, 2016, p. 11; World Health Organization, 2008, p. 1).

De esta manera, en el 2010 la OMS da un gran paso a cargo de la Dra. Michelle Funk, pues reconoce que las personas con problemas de Salud Mental se encuentran entre los grupos más marginalizados y vulnerables y, teniendo en cuenta su extrema vulnerabilidad, resulta paradójico que las personas con problemas de Salud Mental se hayan excluido de la agenda del

desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010, pp. 11, 29). Por ejemplo, los estudios transnacionales han reportado un aumento de dos veces (aproximadamente) en el riesgo de que los pobres padezcan depresión más que los ricos (Ramos, 2014, p. 278). Esto se debe a los procesos de desigualdad histórica de algunos grupos marginales donde se aplica la ley de la asistencia inversa, es decir, “donde hay más necesidad existen menos recursos en salud o más barreras para acceder a esta” (Mendoza, 2009, p. 570).

En este orden de ideas, la Salud Mental ha estado desde finales del siglo XX vinculada a la promoción de desarrollo de los países y a la protección de la población vulnerable. Esto ha llevado en varios casos a que organismos internacionales como la OMS entren a regular la política pública local en países en vía de desarrollo cuyos esfuerzos frente a los problemas en Salud Mental han sido insuficientes. Aspecto que llevó a la operacionalización de la Salud Mental en la vida cotidiana generando “la progresiva desconexión del concepto de las condiciones sociales estructurales” (Aneshensel et al., 1991, p. 168).

Tras la cumbre realizada por la OMS en 2001 para situar a la Salud Mental como una problemática a la que todos los países debían atender en sus programas de protección social y salud, Colombia realizó desde 2003 el primer Estudio Nacional de Salud Mental (2005) en el que remarca las principales características de los índices de Salud Mental obtenidos previamente por la misma OMS. Estos estudios nacionales se encuentran enmarcados en los macrodiagnósticos que Rachel Jenkins (2003) consideró para la OMS. Para ella “hay muchas razones por las cuales es importante realizar encuestas a gran escala de salud mental y evaluar factores asociados a trastornos mentales” (Knapp et al., 2007, pp. 152, 229; Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 57). Por ejemplo:

Entre los principales resultados del estudio, vale destacar que el 40,1% de los colombianos reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los trastornos mentales explorados; 16%, uno o más en los últimos 12 meses, y 7,4%, uno o más durante los últimos 30 días (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 19; Urrego, 2007, p. 314).

Las principales consecuencias del estudio colombiano resaltan la distinción entre sexos y los trastornos que los aquejan, la importancia del análisis psicosocial de los trastornos y las diferencias regionales. De igual manera, este estudio demuestra, tal y como otros autores han afirmado, que la Salud Mental está poco valorada frente a la predominancia de los programas en Salud Física (Arango et al., 2008; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 4). Sin

embargo, considera que “el crecimiento de los problemas sociales y el envejecimiento de la población se tornará un tema de gran atención para la salud mental” (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 12; Posada, 2013, p. 497).

Entre los hallazgos de este estudio, se encuentra además que Bogotá está más arriba que la media nacional en los diferentes trastornos y su duración. De allí que la región con mayor prevalencia para cualquier trastorno mental a lo largo de la vida es Bogotá con el 12,9% (Secretaría Distrital de Salud, 2016, p. 25).

[*En*] la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, se observa que la región Bogotá, D.C es la que presenta la prevalencia más elevada (46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país). Al analizar el motivo de esta elevada prevalencia global en la capital del país, se puede observar que tanto en el grupo de trastornos del estado de ánimo como de ansiedad y por uso de sustancia psicoactivas, esta región tiene prevalencias más elevadas que el total nacional, pero es en el grupo de trastornos afectivos en donde se encuentra la diferencia más importante (21.2% para Bogotá comparado con 15.0% para el total nacional) (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 25).

Aunque los estudios de este tipo en Colombia generaron importantes formulaciones y reformulaciones de la política pública nacional en torno al tema de la Salud Mental, resultan insuficientes para completar todo ese panorama de información necesaria (Ministerio de Salud, 2015, p. 206; Rojas et al., 2018, p. 129). Por ejemplo, para Zulma Urrego (2007) en su análisis historiográfico (1974-2004), algunos de los estudios y proyectos colombianos cayeron en la inutilidad práctica por no tener continuidad en cuanto a metodologías o categorías analíticas, siendo 1) la creación en el Ministerio de Salud de una División de Salud Mental mediante el Decreto 621 de 1974, 2) la formulación de la Política Nacional de Salud Mental de 1998 y 3) los lineamientos para reformular la Política Nacional de Salud Mental, construidos en el 2005 (Urrego, 2007, p. 310).

Su inutilidad se debe a que en estos proyectos ha “predominado la perspectiva epistemológica de la epidemiología positivista en el diseño de los estudios”. Es decir, buscaban solamente indicadores relacionados con la presencia o ausencia de enfermedades, de factores de riesgo o protectores para desarrollarlas, o de servicios de atención en salud para tratarlas (Urrego, 2007, p. 315). De allí que Arango et al. (2008) consideren que desde 1990 “no existe un Departamento de Psiquiatría que defina en su práctica y producción intelectual una visión en salud mental y psiquiatría comunitaria, lo que se refleja en la formación de los psiquiatras, quienes tienen un énfasis básicamente asistencial” (Arango et al., 2008, p. 555). Lo que

evidencia, según estos autores, que “la literatura colombiana en el contexto nacional e internacional prácticamente no contiene temas relacionados con experiencias en salud mental comunitaria o aspectos sociológicos de la psiquiatría” (Arango et al., 2008, p. 538).

Por otro lado, respecto a la legislación en Salud Mental, Angela Rojas et al. (2018) dirán que:

La falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis (Rojas et al., 2018, p. 132).

En otras palabras, “las acciones de promoción y de prevención como es bien conocido son escasas y muy pobres en Colombia, no tienen ni la coherencia ni la consistencia para llegar a impactar de manera contundente la calidad de vida de la población” (Palacio, 2018, p. 71). En este sentido, para Urrego es importante “comprender la situación de salud como resultante de procesos históricos, [*trascendiendo*] el modo de asumir la esfera de lo social a manera de un conjunto de variables extrínsecas a la salud mental” (Urrego, 2007, p. 315). Esto se debe a que los cambios socioculturales afectan la presentación y el curso de las enfermedades mentales (Mendoza, 2009, p. 568).

El proyecto de la OMS de 2004 reconoce que la Salud Mental “ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo [*donde*] la magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades han sido abrumadores” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 3). Debido a esto, en 2010 la OMS se centró en las personas más vulnerables distinguiendo las condiciones bajo las cuales la enfermedad mental acarrea una carga mayor:

Las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad. Están diariamente sometidas a estigma y discriminación y presentan tasas extremadamente altas de violencia física y sexual. [...] Como consecuencia de todos estos factores, las personas con afecciones mentales están mucho más propensas a experimentar discapacidad y morir prematuramente, en comparación con la población general (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010, p. 8, 2013).

Por esto, los informes consideran al Estigma como un factor que genera más vulnerabilidad. Las personas que padecen de estos trastornos llevan una relación causal entre el estigma y los nuevos trastornos, pues algunos autores parten de que este genera baja-autoestima, falta de confianza, menor motivación y aislamiento (Ministerio de Salud, 2015, p. 236). Por ejemplo, el director del *Instituto de Investigación del Comportamiento Humano de Colombia*,

Adalberto Campo Arias considera que la orientación psiquiátrica “ha señalado a menudo la consecuencia patológica de la autodenigración, señalando al mismo tiempo que el prejuicio contra un grupo estigmatizado puede constituir una forma de enfermedad”. Por lo cual, destaca la importancia de analizar la frecuencia del auto estigma (Campo et al., 2014, p. 164).

Recientemente, la noción de Estigma se intentó aplicar en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, donde el principal objetivo fue fortalecer la calidad y oportunidad de la atención en salud mental, así como superar las barreras actitudinales para el acceso, mediadas por el estigma y el autoestigma presente en individuos y comunidades (Ministerio de Salud, 2015, p. 20). Pues tal y como Mendoza (2009) afirma, es importante reconocer que los estigmas representan generadores de barreras frente a una atención adecuada, pues “aumentan la brecha entre la presencia de patología y su tratamiento” (Mendoza, 2009, p. 572). Por ejemplo, Adalberto Campos et al (2004) afirma que:

El estigma percibido supone una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada. Por lo cual es importante actualizar los mecanismos institucionales por los cuales el estigma se configura como una barrera de acceso a la salud mental (Campo et al., 2014, p. 162).

Esta barrera es combatida en Colombia por medio de los programas operativos de políticas públicas. No obstante, como Diana Rodríguez (2014) resalta, aunque estas estrategias han impactado en la manera en la que se analiza el estigma y sus alcances en el bienestar de los enfermos mentales y sus allegados, no han tenido efectos duraderos ni significativos en la disminución del estigma ni de los prejuicios. Esto se debe a que se han enfocado las estrategias a reducir las imágenes o los comportamientos públicos estigmatizadores, así como también, a reducir las actitudes estigmatizadoras (Política Nacional de Salud Mental, 2018, pp. 31-32; Rodríguez, 2014, pp. 5-6).

Para concluir, Campos et al, (2014) afirma que, debido a que es más fácil implantar un estigma que suprimirlo, las intervenciones en el campo de la Salud Mental deben ser duraderas, intersectoriales, diversificadas y culturalmente sensibles, dado que los estigmas suelen sumarse en los grupos minoritarios (Campo et al., 2014, p. 165).

Marco Teórico:

La visión sociológica enriquece ramas del conocimiento como la psiquiatría al reconocer que la “enfermedad mental” surge de una noción colectiva y normativa más que del mismo trastorno psico-neurológico (Bastide, 2005, p. 5; Cochrane, 1991, pp. 21, 61, 83; Muñoz et al., 2009, p. 17; Rosenfield, 1997, p. 670; Scheff, 1963, p. 436)¹⁵. Razón por la cual, antes de representar un diagnóstico, el enfermo mental representa un rol socialmente estructurado y aprehendido (Scheff, 1963, p. 438). Por ejemplo, una vez que a una persona se le etiqueta como “enfermo mental” se genera un estímulo en la sociedad que, generalmente, implica una reacción de naturaleza negativa (Mendoza, 2009, p. 572). Esto se debe a que la etiqueta de “enfermo mental” condiciona un comportamiento socialmente constituido que el individuo debe seguir como su nuevo rol.

Lo anterior se evidencia en la teoría clasificatoria de la enfermedad mental, puesto que “llegamos a saber quiénes somos nosotros mismos al ver lo que otras personas hacen de nosotros y al comprender de qué manera actúan ellos hacia nosotros” (Blumer, 2016; Cochrane, 1991, pp. 143-144). Es decir, como se plantea en el interaccionismo simbólico, la enfermedad mental como rol surge de la interacción humana. Para Howard Becker, por ejemplo, la desviación es creada por la sociedad, pues “los grupos sociales crean las desviaciones al establecer las reglas cuya infracción constituye una desviación, y al aplicar esas reglas a individuos particulares clasificándolos como marginales” (Becker, 2010, p. 28). Por otro lado, desde Emile Durkheim se consideró la desviación como necesaria en la sociedad, pues tiene “una función reguladora, es decir, genera innovación y también favorece el mantenimiento de los límites entre comportamientos aceptados y no aceptados, lo cual fomenta la solidaridad y clarifica las normas sociales” (Mendoza, 2009, p. 566).

Así, en el caso de la enfermedad mental, si bien se transgreden las pautas de comportamiento socialmente aceptadas como lo plantea Becker, esta transgresión está socialmente codificada¹⁶ (Scheff, 1963, p. 439). Es decir, para Thomas Scheff, los mismos síntomas psiquiátricos representan *violaciones etiquetadas de las normas sociales* y la

¹⁵ Véase un enfoque ecológico en el estudio de Faris y Dunham en pacientes esquizofrénicos de Chicago publicado en 1939.

¹⁶ “Se puede dar por sentado que una de las condiciones necesarias para la vida social es que todos los participantes compartan un conjunto único de expectativas normativas” (Goffman, 2006a, p. 149).

enfermedad mental, como etiqueta, representa *un rol social* (Cochrane, 1991, pp. 146, 151; Sánchez, 2002, p. 38). De allí que la enfermedad mental sea una conducta desviada residual¹⁷.

Por otro lado, debido a la condena de la sociedad al comportamiento de una persona etiquetada de enferma mental, surge lo que Edwin Lemert (1951) plantea como desviación secundaria (Sánchez, 2002, p. 39). Lemert define la *desviación primaria* como una trasgresión de las normas por la cual los individuos son discriminados, sin embargo, su análisis sostiene que la *desviación secundaria* se fundamenta y justifica en la misma discriminación sufrida en la primera desviación; una suerte de “Hago esto porque así soy”, es decir, los sujetos moldean su personalidad e identidad a partir de la primera desviación¹⁸ (Lemert, 1951, pp. 75-76).

Esta diferenciación que hace Lemert sobre la desviación se puede analizar también como una distinción entre las posturas psicosociales y sociológicas. Pues la desviación secundaria es necesariamente de carácter social con implicaciones en el comportamiento individual. Mientras que la desviación primaria puede ser de origen biológico y, dependiendo del grado de transgresión en la normativa social, con implicaciones sociales (Cochrane, 1991; Lemert, 1951; Stuart, 1951).

Estos postulados dan pie a considerar la importancia del etiquetamiento social y del Estigma, dado que la enfermedad mental conlleva una clasificación social, también implica discriminación y, en consecuencia, una mayor carga psicosocial para quienes la padecen y sus allegados (Campo & Herazo, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 3; Rodríguez, 2014, p. 5).

El Estigma y la transgresión de la norma

La teoría del etiquetamiento está fuertemente relacionada con la noción de Estigma del sociólogo canadiense Erving Goffman (1963)¹⁹. El estigma se convierte pues en el rol dominante del individuo dado que todos los actos pasados y futuros empiezan a reinterpretarse bajo la

¹⁷ Para Scheff (1963), la transgresión de diversas normas sin etiquetas establecidas se representa de diferentes maneras según el nombre que le haya asignado cada cultura, estos pueden ser, por ejemplo, brujería, posesión o, en el caso occidental moderno, enfermedad mental. En este sentido, la enfermedad mental es una desviación residual (Sánchez, 2002, p. 39; Scheff, 1963, p. 439).

¹⁸ Véase el estudio hecho por Langer y Abelson en 1974 donde se constató que en un grupo controlado las valoraciones sobre la conducta desviada variaba dependiendo de la etiqueta previa (Langer & Abelson, 1974).

¹⁹ Según Goffman su obra no tiene intenciones teóricas, sin embargo, es innegable que brindan un amplio número de conceptos y herramientas para atender diversas manifestaciones sociales. “Hay muchas y buenas razones para dudar de la clase de análisis que se va a presentar. Yo mismo lo haría si no fuera el mío. Es demasiado libresco, demasiado general, está demasiado apartado del trabajo de campo como para tener una buena oportunidad de ser otra cosa que un bosquejo mentalista más” (Goffman, 2006b, p. 14).

perspectiva del nuevo estigma (Goffman, 2006a, p. 73). Por ejemplo, dado que el Estigma es un rasgo general de la sociedad y un proceso que se produce dondequiera que exista normas de identidad, “la persona avergonzada se avergüenza de estarlo” (Goffman, 2006a, p. 152). En palabras de Thomas Scheff: “corremos el riesgo de avergonzarnos en toda interacción humana” (Scheff, 2014, p. 108). Esto se debe a que “las normas son sustentadas por haber sido incorporadas” (Goffman, 2006a, p. 150).

Esta postura de Goffman se fundamenta en los varios enfoques del interaccionismo simbólico que Constanza Mendoza (2009) ejemplifica de la siguiente manera:

El niño construye su *sí mismo* por la discriminación que su propio rol le da frente a otros, y por la interiorización de los otros roles es capaz de acceder a elementos socioculturales que lo preceden (Mendoza, 2009, pp. 561-562).

En este sentido, Goffman encuentra en el Estigma una noción sociológica, distinta de la noción anatómica (abominación del cuerpo) y psicológica (defectos del carácter del individuo), que precisa la pertenencia de un individuo a un grupo social menospreciado. De allí que el atributo diferenciador (etiqueta) adquiera mucha importancia cuando es conceptualizado en forma colectiva por la sociedad como un todo (Blumer, 1986, p. 2; Goffman, 2006a, p. 146; Mercado & Zaragoza, 2011, p. 167; Rizo, 2011, p. 80), pues como recalca Herbert Blumer “la interacción humana se ve mediatizada por el uso de símbolos, la interpretación o la comprensión del significado de las acciones del prójimo” (Blumer, 1986, p. 79).

Por otro lado, la importancia que le da Goffman al sistema de valores o de referencia es vital para comprender cómo opera el estigma en las relaciones sociales mixtas²⁰ puesto que: “incluso donde las normas se hallan ampliamente accesibles, su multiplicidad tiene por efecto descalificar a muchas personas” (Goffman, 2006a, p. 150). Esto se debe a que, cuando hablamos de desviación, no nos estamos refiriendo a una característica de la acción en sí misma, sino por el contrario, la desviación es una característica de la respuesta del grupo a una determinada acción (Sánchez, 2002, p. 38).

Otro aporte del ensayo de Goffman es sobre la situación del estigmatizado en las interacciones sociales. Para este autor, el estigmatizado se caracteriza por su condición de menosprecio social pues el Estigma “lo convierte en alguien menos apetecible [...] dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado”

²⁰ Entre estigmatizados y normales.

(Goffman, 2006a, p. 12). Entonces “podemos tratar de actuar como si fuera una «no persona»” y no existiera como individuo digno de una atención ritual (Goffman, 2006a, p. 30). Por esto “es muy difícil comprender cómo los individuos que sufren una repentina transformación de su vida -de normal a estigmatizada- pueden sobrevivir psicológicamente al cambio; sin embargo, muy a menudo lo hacen” (Goffman, 2006a, p. 154).

De allí que, para Goffman, la reparación del Estigma *-de cualquier tipo-*²¹ no implica la adquisición del estatus de normal, sino que genera una transformación del *yo* (Goffman, 2006a, p. 19). Esto se debe a que:

Este cambio obrará de manera tal que la persona comenzará a identificarse principalmente con un rol desviado, en este caso, la enfermedad mental. Esta identidad superará a la mayoría de las otras identidades que la persona poseía previamente, convirtiéndose en una especie de status dirigente (Cochrane, 1991, p. 156).

En consecuencia, para Goffman el principal problema de los estigmatizados es la imposibilidad que tienen de sustentar las numerosas normas menores importantes en la etiqueta de la comunicación cara a cara, pues “pueden tener un efecto muy penetrante sobre su aceptación en situaciones sociales” (Goffman, 2006a, pp. 150-151). Este rechazo hace eco cuando se descubre que algunos de los atributos de la persona lo justifican (Goffman, 2006a, p. 19).

Por último, y en relación con la salud mental, se puede leer a Goffman bajo la luz de la normalización y normificación²² en la interacción social. Para Goffman, el individuo una vez estigmatizado se encuentra condicionado a manejar u ocultar la información social sobre su identidad virtual (Goffman, 2006a, pp. 99, 122). En este sentido, el estigmatizado debe aprender a encubrirse por lo que, generalmente, puede confiar en el secreto (Goffman, 2006a, p. 99).

El problema no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales, sino más bien en manejar la información que se posee acerca de su deficiencia. Exhibirla u ocultarla; expresarla o guardar silencio; revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad; y, en cada caso, ante quién, cómo, dónde y cuándo. [*Por ejemplo*] para el ex

²¹ Para Goffman hay tres tipos, 1) el tribal hace referencia a los atributos étnicos, religiosos que son heredados genéticamente, este posiblemente es el tipo de estigma con más cobertura, pues según Goffman, recae sobre toda la familia del individuo estigmatizado. Por otro lado, 2) el Estigma físico siendo el más evidente y el que obliga al individuo a manejar la información virtual de su identidad y no le permite el encubrimiento. Por último, 3) el Estigma de carácter, hace énfasis en las características de la personalidad de los individuos que, al ser fuertemente arraigadas, se convierten en atributos desacreditadores (Goffman, 2006a, p. 14). No obstante, estos tipos de estigma no se pueden distinguir fácilmente en lo empírico, por ejemplo, los enanos (personas con deficiencia de crecimiento) son considerados generalmente como individuos que fácilmente se molestan, tienen un carácter irritable. Estos son entonces estigmatizados desde los tres tipos de Estigma, físico (por su tamaño), tribal, (por su condición genética) y de carácter, (por ser considerados problemáticos).

²² Es decir, el esfuerzo que realiza el individuo estigmatizado para presentarse a sí mismo como una persona corriente, aunque no oculte necesariamente su defecto (Goffman, 2006a, p. 44). Esto puede dar la impresión de que está tratando de negar su diferencia (Goffman, 2006a, p. 137).

enfermo mental el problema puede ser bastante diferente: no se trata de hacer frente a un prejuicio dirigido contra su persona, sino, por el contrario, a la aceptación inconsciente de individuos llenos de prejuicios contra las personas de la misma clase a la que él puede revelar pertenecer (Goffman, 2006a, p. 56)

En consecuencia, según Goffman “llevar una vida que se puede derrumbar en cualquier momento, debe pagar, necesariamente, un precio psicológico elevado: un enorme nivel de ansiedad” (Goffman, 2006a, p. 106)²³.

Por lo anterior, la influencia de Goffman en las perspectivas más actuales es innegable, Goffman ya hacía una referencia adelantada a los diferentes tipos de estigma y sus alcances fuera del mismo estigmatizado. Por ejemplo, reconoce que “la presencia inmediata de los normales refuerza esta disociación entre las auto demandas y el yo, pero, de hecho, el individuo también puede llegar a odiarse y denigrarse a sí mismo cuando está solo frente a un espejo” (Goffman, 2006a, p. 18). También, la tendencia del estigma a difundirse desde el individuo estigmatizado hacia sus relaciones más cercanas, lo que además explica por qué dichas relaciones tienden a evitarse o a no perdurar (Corrigan, 2005; Goffman, 2006a, p. 44).

Debate, el estigma como concepto ejemplificante:

Bajo este enfoque, la sociología se ha encargado de desarrollar herramientas analíticas amplias y detalladas que permiten estudiar la enfermedad mental por fuera de la estructura psiconeurológica y hospitalaria. Estas herramientas han sido objeto de debates dentro de la misma sociología como se evidencia en el caso de la teoría del etiquetamiento. Ahora bien, esta teoría sociológica se posiciona como alternativa a la postura individualista de la psicología y psiquiatría, pero, en realidad, es insuficiente por su incapacidad de responder a las razones etiológicas de la enfermedad mental²⁴ (Gove, 1975; Sánchez, 2002, p. 41).

Esto se puede evidenciar en el caso del estigmatización como característica de la reacción social ante la conducta transgresora, pues algunos teóricos han desestimado los impactos del estigma en el tratamiento de las enfermedades mentales, considerándolos transitorios y hasta positivos en relación a la hospitalización de los enfermos²⁵ (Gove, 1975, p. 245; Link et al.,

²³ Esto se debe a que “dado que el rótulo de enfermedad mental acarrea un cierto estigma y puede tener consecuencias displacenteras para la persona así clasificada, es de esperar que los individuos, en general, habrán de resistir lo más posible la imposición de ese rótulo” (Cochrane, 1991, p. 154).

²⁴ Recordando que, como menciona José Luis Moreno (2015) “puede realizarse una sociología de cómo se trata una enfermedad, de sus efectos sociales, de los cambios de organización social que produce o sugiere, de su impacto sobre el imaginario de una época, pero nunca de su génesis ni de su curación” (Moreno, 2015, p. 158).

²⁵ Bajo la perspectiva de Walter R. Gove, en oposición Thomas Scheff, el proceso bajo el cual el etiquetamiento social impacta negativamente en el tratamiento de la enfermedad mental es dudoso, para él, la teoría del etiquetamiento es

1997, p. 178; Pescosolido, 2013, p. 1). En consecuencia, como lo han sostenido las investigaciones de Bruce Link, et al (1997) y Sarah Rosenfield (1997), el papel del Estigma va más allá de los beneficios del tratamiento psiquiátrico y perjudica durante más tiempo a los pacientes, incluso más que el mismo trastorno que los aquejaba (Link et al., 1997, p. 177; Rosenfield, 1997, p. 670). Pues los datos revelaron que el estigma estaba significativamente relacionado con los síntomas de ansiedad y depresión, con la autoestima y la satisfacción vital (Campo et al., 2014, p. 164; Markowitz, 1998; Muñoz et al., 2009, p. 25). De igual manera, se encontró la relación entre el estigma y las disparidades sociales en Salud (Major et al., 2017, p. 3).

Así, el estigma puede tener efectos nocivos no solo a través del rechazo directo de los demás, sino también a través de las expectativas internalizadas de rechazo por parte de las personas etiquetadas que pueden continuar operando incluso si el rechazo de los demás se disipa (Corrigan, 2005; Link et al., 1997, p. 180). Pues el estigma opera permeándose en el individuo y su entorno, es “una cuestión de grado que vincula fuerte o débilmente a la persona a una variedad de características indeseables” (Link et al., 1997, p. 179).

Para los investigadores mencionados, el Estigma es una categoría que complejiza el tratamiento de trastornos en la salud mental y el bienestar. Ambos agregan que, aunque varias investigaciones longitudinales como la de Bruce Link (1997) o la de Markowitz (1998) han encontrado que el estigma tiene numerosos efectos negativos y duraderos sobre el bienestar de los enfermos mentales; también se ha encontrado que la estigmatización es una cuestión de grado; pues la fuerza de la conexión entre etiquetas y atributos indeseables puede ser relativamente fuerte o relativamente débil (Link et al., 1997, p. 179; Link & Phelan, 2001, p. 377; Muñoz et al., 2009, p. 17). Puesto que es posible observar cómo las implicaciones sociales de la estigmatización no se reducen al estigmatizado ni a la presencia de una etiqueta, como señala Goffman (2006), las personas que tienen enfermedades mentales son evaluadas como *no del todo humanas* (Goffman, 2006a, p. 15), por lo que la teoría se modificó para afirmar que “la devaluación y discriminación creadas por la etiqueta interfieren con una amplia gama de áreas de la vida, incluido el acceso a los recursos sociales y económicos y los sentimientos generales de bienestar” (Rosenfield, 1997, p. 660).

ambigua y general al momento de describirlo y, por el contrario, encuentra evidencia de que la hospitalización tiene impactos directos e inmediatos en el tratamiento positivo del trastorno mental (Gove, 1975).

En consecuencia, el Estigma posee una condición contingente donde sus consecuencias o impactos pueden afectar esferas más o menos amplias, dando lugar a diferentes tipos de Estigma como el Familiar, Institucional o el Auto-estigma. Por ejemplo, varias investigaciones encontraron que el Estigma recae en los familiares de los enfermos mentales como un contagio del estereotipo (Corrigan & Miller, 2004, p. 239), una actitud social de respuesta al Estigma (Ruiz et al., 1988) o desde la baja autoestima de los miembros de la familia (Wahl & Harman, 1989). Por ejemplo, Campo Arias dirá que:

En un estudio colombiano, el único disponible en revista científica indexada, con un grupo de 16 pacientes, declararon sentir la discriminación de otros miembros de la familia, y algunos familiares manifestaron sentirse estigmatizados por el trastorno de su pariente (Campo et al., 2014, p. 164).

También se encontró que la cuestión de grado complejiza el rol que cumplen los profesionales de Salud Mental en el proceso de estigmatización (Angell et al., 2005; Mora & Bautista, 2014). Algunas investigaciones encontraron que estos mantienen actitudes estigmatizadoras que si bien son menores a las de la población en general, sí implican prejuicios paternalistas, como el caso de los psiquiatras o deshumanizadores por parte de los enfermeros (Kingdon et al., 2004; Lauber et al., 2004).

Conclusión:

Pese al desarrollo variado de este tipo de investigaciones que complejizan al estigma como herramienta conceptual en el tratamiento de la enfermedad mental, el desconocimiento de los aportes sociológicos sigue siendo evidente en, por ejemplo, los informes gubernamentales sobre Salud Mental.

Estos han tomado como herramienta conceptual el *Estigma* para analizar las consecuencias sociales del diagnóstico clínico en los individuos con trastornos mentales (Langer & Abelson, 1974; Muñoz et al., 2009, p. 18; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, 2005, 2010). Sin embargo, el uso que le dan a esta noción se basa principalmente en la discriminación por prejuicios que sufren los enfermos o también, en una consecuencia socioafectiva a un estímulo repulsivo que, a la postre, no da razón de los procesos de transgresión de normas sociales y construcción de roles tras el etiquetamiento. Asimismo, es una

noción que desconoce los alcances del estigma más allá del individuo o de la discriminación como se resaltó anteriormente²⁶.

Por ejemplo, en la política pública de Salud Mental se han desarrollado estrategias operativas para frenar las actitudes estigmatizadoras y para igualar el status de los estigmatizados (Gutiérrez et al., 2018; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Sin embargo, aún no son efectivas estas estrategias (Muñoz et al., 2009, p. 13; Rodríguez, 2014, p. 6), pues la conceptualización que hacen del Estigma se reduce al estereotipo, prejuicio y discriminación desde una perspectiva psicosocial que ignora la desigualdad social y la relación contingente entre el estigma y el orden social, económico y político (Campo et al., 2014, p. 163; Muñoz et al., 2009, pp. 17-20; Sánchez, 2002, p. 50).

En concreto, la noción de Estigma se desarrolló tardíamente en los programas de Salud Mental de Colombia. Fue hasta la *Encuesta Nacional de Salud Mental* de 2015 donde se buscó superar las barreras actitudinales para el acceso, mediadas por el estigma y el auto estigma presente en individuos y comunidades donde se consolidó al Estigma como una barrera para el tratamiento de los problemas en Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015, p. 20). No obstante, este Estudio Nacional de 2015 se redujo a la etiología social de los trastornos mentales y no analizó el complejo entramado de arreglos sociales normativos relacionados con un desorden mental específico (Aneshensel et al., 1991, pp. 167-177; Mendoza, 2009, p. 572).

En el caso de Colombia, las encuestas de Salud Mental y los informes de política pública se han basado en comparar sus resultados con los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (D. M. Hernández & Sanmartín, 2018, p. 2; Posada, 2013; Urrego, 2007). Esto se debe a que el primer gran Estudio Nacional de Salud Mental (2005) de Colombia se dio en el marco de la cumbre realizada por la OMS en 2001 para situar a la Salud Mental como una problemática a la que todos los países debían atender. Por lo tanto, aunque este estudio generó importantes formulaciones y reformulaciones de la política pública nacional por brindar un macro diagnóstico, resultó insuficiente para comprender el panorama complejo de la situación en Salud Mental (Ministerio de Salud, 2015, p. 206; Rojas et al., 2018, p. 129).

De allí que, según Zulma Urrego (2007), en estos proyectos haya “predominado la perspectiva epistemológica de la epidemiología positivista en el diseño de los estudios”, es decir,

²⁶ Al menos no desde las determinantes contextuales. Por ejemplo, desde una perspectiva psicológica se ha resuelto a pensar el surgimiento del proceso de estigmatización como efecto de un proceso cognitivo de estereotipación (Muñoz et al., 2009, p. 19).

se buscó solamente indicadores relacionados con la presencia o ausencia de enfermedades para tratarlas (Urrego, 2007, p. 315), ignorando los impactos psicosociales que puedan acarrear (Aneshensel & Sucoff, 1996; Mendoza, 2009; Sánchez, 2002; Torregosa, 2001).

Por otro lado, como recalcó Carol Aneshensel, et al (1991), es importante distinguir el modelo sociológico del modelo socio-médico, de no hacerlo se puede caer en la inespecificidad del impacto de los factores sociales en la Salud Mental (Aneshensel et al., 1991, p. 176). Para Aneshensel, los modelos sociológicos se centran en las consecuencias para la salud mental de los patrones de organización social y, por su parte, los modelos socio-médicos enfatizan los antecedentes sociales de los trastornos mentales (Aneshensel et al., 1991, p. 166). Además, el modelo sociológico considera los trastornos desde su detonante social, por ejemplo, como lo evidenció Aneshensel, “las tasas elevadas de trastorno se atribuyeron al acceso restringido a los recursos sociales, económicos o personales, activos que combaten las circunstancias difíciles de la vida y disminuyen sus consecuencias para la salud mental” (Aneshensel et al., 1991, p. 166).

Debido a esto, aunque “el paradigma socio-médico es adecuado para identificar factores etiológicos para trastornos particulares, es inherentemente inadecuado para identificar las consecuencias de la organización social en la salud mental” (Aneshensel et al., 1991, p. 177). Esto se hace evidente en el análisis que hace el estudio de Bogotá, donde explica, desde un modelo socio-médico, que la capital esté más arriba que la media nacional en los diferentes trastornos y su duración (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 25; Secretaria Distrital de Salud, 2016, p. 25). Para esto, relaciona los altos índices de ansiedad con el consumo de sustancias psicoactivas sin mediar en, por ejemplo, el estigma como barrera en el proceso del tratamiento de la enfermedad mental (Campo et al., 2014, p. 162; Mendoza, 2009, p. 572). De esta manera, queda en evidencia no solo la negativa e incapacidad actual gubernamental de realizar una política de salud pública que no sea solo social sino sociológica, en la que se desarrollen a profundidad los aportes de las investigaciones interdisciplinarias anteriormente expuestas. A la vez que se abre un espacio para que nuevos conceptos además del estigma sean contemplados no sólo por los entes gubernamentales sino por la academia tanto en sociología como en psicología y psiquiatría pues hemos de recordar que:

La lucha por la salud no es solo la lucha contra la enfermedad, sino, esencialmente, contra los factores que la generan y refuerzan.

Enrique Pichon-Rivière²⁷

²⁷ Médico psiquiatra suizo-argentino.

Bibliografía:

- Aneshensel, C. S. (2005). Research in Mental Health: Social Etiology versus Social Consequences. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(3), 221-228.
- Aneshensel, C. S., Rutter, C. M., & Lachenbruch, P. A. (1991). Social Structure, Stress, and Mental Health: Competing Conceptual and Analytic Models. *American Sociological Review*, 56(2), 166-178. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2095777>
- Aneshensel, C. S., & Sucoff, C. A. (1996). The Neighborhood Context of Adolescent Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4), 293-310. <https://doi.org/10.2307/2137258>
- Angell, B., Cooke, A., & Kovak, K. (2005). First-Person Accounts of Stigma. En *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 69-98). American Psychological Association. <http://content.apa.org/books/10887-000>
- Arango, C. A., Rojas, J. C., & Moreno, M. (2008). Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría edición electrónica*, 37(4), 538-563. PSICODOC.
- Bastide, R. (2005). *Sociología de las enfermedades mentales* (A. Suárez, Trad.; 12a ed). Siglo Veintiuno.
- Becker, H. S. (1967). Whose side are we on? *Social Problems*, 14(3), 239-247.
- Becker, H. S. (2010). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación* (J. Arrambide, Trad.). Siglo Veintiuno Editores.
- Blumer, H. (1986). *Symbolic interactionism: Perspective and method* (Facsim. ed.). University of California press.
- Blumer, H. (2016). La sociedad como interacción simbólica. *Delito y Sociedad*, 127-135. BASE. <https://doi.org/10.14409/dys.v2i32.5651>
- Bustamante, L. K. (2017). *Estado del arte sobre el concepto de bienestar, su evolución y alcance en la Psicología Comunitaria*. Universidad del Rosario.
- Campo, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212-217. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>

- Campo, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. ScienceDirect. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Castro, L. (2020). *Mejorando la Salud Mental: Más allá del COVID-19* (pp. 1-12). Colegio Colombiano de Psicólogos. <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/05/mejorando-la-salud-mental-VF.pdf>
- Cochrane, R. (1991). *La creación social de la enfermedad mental* (H. Pons, Trad.). Nueva Visión.
- Corrigan, P. W. (Ed.). (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-000>
- Corrigan, P. W., & Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. <https://doi.org/10.1080/09638230400017004>
- Gaete, R. (2014). Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Ciencia, docencia y tecnología*, 48, 149-172.
- García, G., & Manzano, J. (2010). Procedimientos metodológicos básicos y habilidades del investigador en el contexto de la teoría fundamentada. *Iztapalapa*, 31(69/2), 17-39.
- Goffman, E. (2006a). *Estigma: La identidad deteriorada* (L. Guinsberg, Trad.). Amorrortu.
- Goffman, E. (2006b). *Frame analysis: Los marcos de la experiencia* (Vol. 227).
- Gómez Fontanil, Y., & Ezama Coto, E. (1986). Palabras impertinentes. Contra el concepto de enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 6(19), 587-593-593.
- Gove, W. R. (1975). The Labelling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff. *American Sociological Review*, 40(2), 242. <https://doi.org/10.2307/2094348>
- Gutiérrez, M. L., Scocozza, S., Garavetti, R., Gonzalez, A., & Oliveto, C. (2018). *Arte y Salud Mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento222.pdf>
- Hernández, D. M., & Sanmartín, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: Entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista*

- Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp17-35.psmc>
- Hernández, N., & Sánchez, M. (2008). Divergencias y convergencias en la teoría fundamentada (método comparativo continuo). *Revista ciencias de la educación*, 32, 123-135.
- Jiménez, A. (2004). El estado del arte en la investigación en las ciencias sociales. En Universidad Pedagógica Nacional (Ed.), *La práctica investigativa en ciencias sociales* (1ra Ed, pp. 29-44). UPN, Universidad Pedagógica Nacional. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Colombia/dcs-upn/20121130050742/estado.pdf>
- Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 401-406. <https://doi.org/10.1192/pb.28.11.401>
- Knapp, M., Mcdaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (Eds.). (2007). *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care* (1. publ). Open University Press.
- Langer, E. J., & Abelson, R. P. (1974). A patient by any other name ...: Clinician group difference in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(1), 4-9. Journals@OVID.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19(7), 423-427. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019>
- Lemert, E. (1951). *Social pathology: A systematic approach to the theory of sociopathic behavior* (R. LaPiere, Ed.). McGraw-Hill Book Company.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Major, B., Dovidio, J. F., Link, B. G., & Calabrese, S. K. (2017). *Stigma and Its Implications for Health: Introduction and Overview* (B. Major, J. F. Dovidio, & B. G. Link, Eds.; Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.1>

- Markowitz, F. E. (1998). The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335-347. <https://doi.org/10.2307/2676342>
- Mendoza, C. (2009). Sociología y salud mental: Una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 555-573.
- Mercado, A., & Zaragoza, L. (2011). La interacción social en el pensamiento sociológico de Erving Goffman. *Espacios Públicos*, 14(31), 158-175.
- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2005). *Estudio nacional de salud mental—Colombia 2003*. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social.
- Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* (Vol. 1).
- Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018 1 (2018). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Mora, J., & Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*, 37(4), 302. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2014.035>
- Moreno, J. L. (2015). El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: Un balance. *Sociología Histórica*, 0(5), 127-164.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren personas con enfermedad mental*. Complutense. <https://webs.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Invertir en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *El contexto de la salud mental*. Editores Médicos.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Salud mental y desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable* (M. Funk, Ed.).

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. En *Mental health action plan 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- Palacio, C. A. (2018). La salud mental como política de salud pública. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(2), 71. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.001>
- Pan American Health Organization [PAHO]. (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*.
- 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. <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Ramos, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281.
- Rizo, M. (2011). *De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal*. Dialnet. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3998939>
- Rodríguez, D. (2014). *Lineamientos Estrategia de Comunicación para la Reducción del Estigma en Salud Mental* (N.º 1; pp. 1-14). Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/16.%20line-estrategia-comunicacion-reduccion-estigma-saludmental.pdf>
- Rojas, L. Á., Castaño, G. A., Universidad CES, Restrepo-Bernal, D. P., & Universidad CES. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Rosenfield, S. (1997). Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660. <https://doi.org/10.2307/2657432>
- Ruiz, M., Serrano, F., & Serrano, V. (1988). Actitudes hacia la enfermedad mental de los familiares del enfermo esquizofrenico. *Informaciones Psiquiátricas*, 112, 117-127.
- Saldivia, G. C. (1982). *Derechos del Enfermo Mental* (Humano como nosotros). Semper.
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*, 16(1), 104-122.

- Sánchez, E. (2002). Sociología y enfermedad mental: Reflexiones en tomo a un desencuentro. *Revista Internacional de Sociología*, 60(31), 35. <https://doi.org/10.3989/ris.2002.i31.704>
- Scheff, T. (1963). The Role of the Mentally Ill and the Dynamics of Mental Disorder: A Research Framework. *Sociometry*, 26(4), 436. <https://doi.org/10.2307/2786147>
- Scheff, T. (2014). Goffman on Emotions: The Pride-Shame System: Goffman on Emotions. *Symbolic Interaction*, 37(1), 108-121. <https://doi.org/10.1002/symb.86>
- Secretaria Distrital de Salud. (2016). *Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025* (p. 50). http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Transparencia/3_Politica_de_Salud_Mental.pdf
- Stuart, Q. (1951). Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior Edwin M. Lemert. En *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* (edsjsr.1030300; Vol. 277, pp. 253-254). JSTOR Journals. <https://www.jstor.org/stable/1030300>
- Suddaby, R. (2006). From the Editors: What Grounded Theory is Not. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633-642. <https://doi.org/10.5465/amj.2006.22083020>
- Thorpe, C., Yuill, C., Hobbs, M., Todd, M., Tomley, S., & Weeks, M. (Eds.). (2015). *The sociology book* (First American edition).
- Torregosa, J. R. (2001). La Psicología Social: ¿Social o Sociológica? En S. del C. Urbano, *Perfil de la Sociología Española* (pp. 337-356). Los Libros de la Catarata. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/41324/1/la%20psicologia%20social.%20social%20o%20sociologia.pdf>
- Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXVI(2), 307-319.
- Valderrama, R. (2001). Teoría de Harry S. Sullivan. *Psiquiatría*, 5(3), 1-2.
- Wahl, O. F., & Harman, C. R. (1989). Family Views of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.1.131>
- World Health Organization. (2008). *MhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310851/>