

# **MEDIOS DE COMUNICACIÓN, ESTIGMA Y DISCRIMINACION EN SALUD MENTAL. ELEMENTOS PARA UNA ESTRATEGIA RAZONABLE**

## **MEDIA, STIGMA AND DISCRIMINATION IN MENTAL HEALTH. SOME ELEMENTS FOR A REASONABLE STRATEGY**

**Marcelino López<sup>1</sup>**

### **RESUMEN:**

El artículo resume los conocimientos actuales sobre el papel de los medios de comunicación en la reproducción de actitudes sociales negativas hacia las personas con trastornos mentales graves y señala las posibilidades y límites de nuestras intervenciones para modificar sus mensajes.

Desde una aproximación tecnológica (basada en el conocimiento científico y en la mejor evidencia empírica disponible) hay que tener en cuenta el papel de los medios (reproducir y reforzar actitudes ya existentes), la utilidad y las limitaciones del "lenguaje políticamente correcto", así como la "cultura" propia de los profesionales, para desarrollar un trabajo complejo, continuado y de larga duración. El artículo ofrece también algunos ejemplos del trabajo realizado en este campo en Andalucía.

### **SUMMARY:**

The paper summarizes the knowledge about the role of the media in the reproduction of social negative attitudes about people with severe mental disorders, and the possibilities and limits of our interventions to change their negative messages.

Based in a "technological approach" (scientifically and evidence-based orientation) we need to consider the specific role of the media (to reproduce and reinforce existing social attitudes), the usefulness and limits of "politically correct language", and the specific professional's "culture" to develop a complex, continuous and long term work with the media. We offer also some information about our work in this field in Andalusia.

### **PALABRAS CLAVE:**

Estigma, Discriminación social, Trastornos mentales graves, Medios de comunicación

### **KEY WORDS:**

Stigma, Discrimination, Severe Mental disorders, Media

---

<sup>1</sup> Psiquiatra y Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)  
Avenida de las Ciencias, 27  
41020 Sevilla (España)  
[marcelino.lopez@juntadenadalucia.es](mailto:marcelino.lopez@juntadenadalucia.es)

## Introducción

Bajo el término general "estigma" hacemos referencia a un fenómeno social complejo que afecta, en las distintas sociedades conocidas, a diferentes grupos sociales, entre ellos a las personas con graves problemas de salud mental (3, 13, 14, 17, 21, 26, 31). En relación con estas personas, desde la perspectiva de la atención comunitaria, se ha identificado el estigma como el núcleo básico de distintas barreras sociales, que dificultan su vida en la comunidad más allá de los efectos propios de la enfermedad (3, 13, 15, 26, 31, 33, 37, 42, 45).

También hay conocimientos suficientes para afirmar que los medios de comunicación juegan, en nuestras sociedades, un papel relevante en la reproducción y refuerzo de ese complejo de actitudes sociales negativas que englobamos bajo el término (4, 11, 17, 21, 26, 31, 34, 35, 38, 44). Por eso es importante identificar estrategias y procedimientos que permitan modificar en sentido positivo esa función.

Para ello, desde la perspectiva tecnológica de la atención comunitaria (25, 26), hay que tener en cuenta los conocimientos acumulados desde diversos campos científicos (Epidemiología, Psicología Social, Sociología) sobre el estigma y la discriminación que afectan a este colectivo, sobre el papel de los medios de comunicación y sobre los resultados obtenidos con distintas intervenciones desarrolladas para reducir su efecto negativo y potenciar un uso favorecedor de la ciudadanía de dichas personas. Conocimientos que dejan todavía espacios sin cubrir pero permiten disponer ya de una perspectiva razonable (1, 3, 13, 15, 16, 23, 26, 33, 40, 46).

### **La lucha contra la estigmatización: una estrategia compleja para un complejo proceso social**

El estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales graves se presenta como un fenómeno social aunque con importantes componentes individuales, en términos de causas y de repercusiones (3, 7, 21, 26, 31, 33). Por ello también sus posibles soluciones necesitan intervenciones a niveles sociales y personales (3, 6, 7, 8, 18, 26, 33, 42).

El fenómeno ha sido objeto de estudio desde distintas perspectivas, sanitarias y no sanitarias. Un breve resumen de los conocimientos acumulados permite afirmar razonablemente que:

1. Se trata de un fenómeno probablemente universal, que entronca con mecanismos habituales del conocimiento social y las dinámicas grupales, aunque los colectivos afectados varían en las distintas sociedades y períodos históricos (13, 14, 16, 17, 26).
2. Tiene, como sucede en general con las actitudes sociales, componentes personales cognitivos ("estereotipo"), emocionales ("prejuicio") y conductuales ("discriminación"), además de aspectos estructurales, que, aunque se dan unidos, tienen dinámicas, efectos causales y posibilidades de modificación específicas (7, 12, 17, 21, 26, 31, 33, 43).
3. Funciona sobre personas y grupos concretos (en nuestro caso personas con trastornos mentales graves) a través de un "proceso de estigmatización" (2, 3, 7, 16, 26, 31) que incluye varias fases, desde la identificación y etiquetado, la aplicación de estereotipos y la separación "ellos-nosotros", a distintas repercusiones emocionales en estigmatizadores y estigmatizados ("Autoestigma"). Efectos a los que hay que añadir la discriminación efectiva que supone y que a su vez refuerza las situaciones de asimetría de poder sobre las que surge (2, 7, 16, 23, 26, 31).
4. En lo que respecta a las personas con problemas de salud mental, hay una serie de factores que reproducen y refuerzan el proceso (2, 3, 7, 15, 16, 23, 33, 39, 42, 43, 44, 46):
  - a. Las conductas extrañas que presentan en ocasiones, y que se relacionan con los síntomas de la enfermedad, con el efecto de los fármacos y, muchas veces, con condiciones de vida derivadas de una deficiente atención sanitaria y social (13, 16, 20, 23, 25, 26, 39).
  - b. El propio diagnóstico y uso de los servicios especializados de salud mental, que los identifica y etiqueta como "diferentes" (2, 7, 16, 20, 23, 26, 31, 39).
  - c. Los episodios de violencia que comenten ocasionalmente una minoría de estas personas (13, 15, 23, 26, 31).
  - d. Las imágenes difundidas por los medios de comunicación, que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas (3, 5, 9, 11, 13, 19, 26, 31, 34, 35, 40, 44).

- e. Los servicios tradicionales de salud mental (Hospitales Psiquiátricos), basados en lógicas de exclusión y defensa social y separados del resto de los servicios sanitarios y sociales (3, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 42).
  - f. Y también algunas conductas profesionales, en sectores sanitarios y no sanitarios, incluidos los especializados en salud mental (7, 13, 16, 36).
5. Hay distintas estrategias de utilidad diversa, como son la protesta, la educación y el contacto social (7, 8, 26, 31, 33) siendo esta última especialmente útil, junto con las intervenciones más estructurales dirigidas a limitar la discriminación (6, 7, 8, 10, 26, 31, 33).
  6. Pero también hay muchos aspectos que necesitan ser explorados con metodología rigurosa, para completar nuestro conocimiento del problema y nuestra valoración de estrategias y procedimientos de intervención (26, 31, 40).

Para intentar contrarrestar este complejo fenómeno social es precisa una estrategia igualmente compleja (26) que articule, en procesos continuados y de larga duración, un amplio abanico de intervenciones:

1. El cierre de los Hospitales Psiquiátricos y su substitución por redes de servicios comunitarios, integrados en los sistemas generales de atención sanitaria y social, así como en la vida de la comunidad (3, 23, 24, 25, 26, 27, 42, 45).
2. La provisión de una atención sanitaria y social de calidad, con mecanismos de intervención cercanos, continuados y asertivos (16, 24, 25, 26, 45).
3. El desarrollo de actitudes e intervenciones respetuosas por parte de los profesionales, incluyendo un uso razonable de los diagnósticos, el apoyo y el entrenamiento en técnicas de manejo del estigma en usuarios y familiares (3, 26, 31, 33, 36, 45).
4. El desarrollo de intervenciones educativas, planificadas y focalizadas en sectores y agentes concretos y con objetivos bien definidos (6, 7, 8, 13, 16, 26, 28, 29, 31, 32, 44). Además de la población general, hay agentes considerados como especialmente importantes por su efecto "multiplicador", como los profesionales sanitarios, los educadores, los agentes sociales relacionados con el empleo y también los profesionales de los medios de comunicación (3, 7, 26, 34, 35, 40).
5. El "aumento de poder" ("empowerment") de las personas afectadas y el impulso a sus movimientos asociativos, que contribuyen a transmitir una imagen de ciudadanos activos y a promover la defensa de sus derechos (26, 31).
6. El impulso a la interacción social con personas afectadas por el problema en contextos sociales lo mas normales posible (empleo, alojamiento, movimientos ciudadanos, etc.) (3, 7, 8, 16, 26, 31)
7. Y la protesta puntual así como la promoción de medidas legales frente a las distintas formas de discriminación (7, 8, 16, 26, 31).

Aspectos que intenta representar el Cuadro 1 y entre los que juegan un papel destacado los referidos a los medios de comunicación, que vamos a tratar con algo más de detalle a continuación.

### **Medios de comunicación y estigma**

Desde la Psicología Social y la Sociología conocemos el importante papel que, con carácter general, juegan los medios de comunicación de masas en la adquisición de conocimientos sobre distintos temas, en sectores importantes de la población. Conocimientos que se difunden y adquieren en "paquetes" más amplios, incorporando aspectos emocionales y generando propensiones conductuales, de manera matizada según el tipo de medio y de formato (4, 7, 12, 17, 19, 21, 31, 40).

En relación con las personas con problemas de salud mental, hay estudios suficientes para afirmar que los mensajes de los medios son una de las fuentes más importantes de información sobre el tema (11, 34, 35, 40) y que la información difundida tiene, en la mayoría de los casos, evidentes sesgos de carácter negativo. Así se han estudiado en repetidas ocasiones y diferentes sociedades aspectos como la confusión entre distintos tipos de enfermedades y trastornos, la utilización estigmatizante del lenguaje, la desvalorización de los procedimientos de intervención y una serie de estereotipos relacionados con las personas con este tipo de problemas, entre los que destaca la asociación entre enfermedad mental y violencia (2, 3, 5, 7, 11, 13, 16, 26, 34, 35, 38, 40, 44).

Sobre una base común, el tratamiento del tema varía entre medios escritos y audiovisuales, así como entre noticias, análisis o reportajes, espacios de entretenimiento o films (5, 7, 11, 13, 33, 40). Estos últimos juegan un papel cada vez más importante y tienden de manera bastante universal a representar a las personas con trastornos mentales graves mediante unos pocos tipos básicos, con sesgos evidentes: el del maníaco homicida, el del espíritu raro aunque libre y creativo o el del individuo cómico e infantil, incapaz de manejarse por sí mismo. Y algo parecido sucede a menudo con los profesionales y sistemas de atención, objeto también de imágenes sesgadas y desvalorizadoras (5, 11, 13, 16, 31, 40).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, el complejo papel de los medios en relación con el estigma. Así, es cierto, como algunos profesionales ponen de relieve (35), que no son los medios los que crean el estigma sino que en gran medida reflejan lo que encuentran en el medio social. Pero también es verdad que contribuyen a reproducirlo de manera activa, amplificando sus efectos y extendiéndolo a las nuevas generaciones (2, 3, 4, 5, 7, 11, 13, 16, 26, 34, 35, 38, 40, 44).

### **Estigma y "lenguaje políticamente correcto"**

Un tema sobre el que se insiste a menudo es el del uso del lenguaje (2, 3, 4, 11, 16, 21, 22, 23, 26, 30, 31). Así es necesario criticar la utilización estigmatizante de los diagnósticos, como etiquetas que califican de manera global y definitiva a las personas, sin considerar, por ejemplo, que no se es "esquizofrénico, solo esquizofrénico y siempre esquizofrénico", sino que se padece esquizofrenia, sin que esto pueda caracterizar globalmente a la persona de manera permanente y exclusiva, ni separarla radicalmente de los demás (31). El diagnóstico funciona así como "marca" que permite poner en marcha o justificar la estigmatización y que se refuerza por un uso abusivo de los términos para caracterizar metafóricamente otras conductas sociales negativas ("política esquizofrénica", etc.) (22)

Frente a ello es correcto fomentar un uso no estigmatizante del lenguaje, a imagen y semejanza de lo que se ha planteado con otros colectivos objeto de estigmatización. Pero es necesario tener en cuenta que el uso de un "lenguaje políticamente correcto" tiene también una utilidad limitada ante un proceso social extraordinariamente complejo e intrincado. De hecho hay algunos estudios que muestran que el nombre que damos a las personas con trastornos mentales graves tiene una incidencia muy relativa en la reproducción o cambio de las actitudes hacia las mismas (15, 26, 30, 40). En definitiva, que pensar que el cambio en el lenguaje produce automáticamente cambios en las actitudes y en las conductas corre el riesgo de pretender invertir la causalidad real: hay que empezar a cambiar actitudes y conductas para que los cambios en el lenguaje sean útiles y sostenidos.

Es decir que, una vez más, tenemos que pensar en procesos complejos con intervenciones múltiples que vayan reforzándose entre sí y no en soluciones simples, fáciles e inmediatas (3, 15, 26, 34, 40)

### **Los profesionales de los medios y su "cultura" propia**

Cuando hablamos de "medios de comunicación" mezclamos también distintos componentes que tienen una cierta autonomía (4, 11, 19, 35, 40). Simplificando mucho diríamos que hay que tener en cuenta a los propietarios del medio, a la "ideología" o ideario propio del mismo y a los profesionales, divididos a su vez según las secciones y la escala jerárquica. Además de tener en cuenta las peculiaridades de cada tipo de medio (prensa, radio, televisión, cine) y sección (informativa, reportajes, entretenimiento, etc.). Y, por encima de todo, sin olvidar que los medios de comunicación son negocios con objetivos propios y no "agencias públicas de educación sanitaria", como a veces nos gustaría (34, 35).

A este respecto distintos estudios ponen el acento en el papel de los profesionales como agentes clave del tratamiento de la información (4, 34, 35), referida en este caso a personas con trastorno mental grave, así como al efecto que en dicho tratamiento juegan las condiciones de trabajo y lo que podríamos denominar "cultura" propia de la profesión y de los distintos medios (34, 35, 40).

Así, por ejemplo, en el caso de la prensa, hay que tener en cuenta aspectos como la tendencia a contar con un número creciente de profesionales con contratos precarios y poca experiencia profesional, que deben cubrir varias áreas de información con mensajes simples y

títulos llamativos o, en los medios audiovisuales, en la competitividad medida por unos niveles de audiencia que priman también la espectacularidad y la simplicidad de los mensajes (4, 5, 11, 34, 35, 40). Hay que contar además con la fuerte resistencia de los profesionales a aceptar regulaciones externas sobre su práctica profesional, que tienden a rechazar como censura, pero también con su necesidad de apoyos para un mejor tratamiento de las informaciones, siempre que no exijan la "perdida" de demasiado tiempo.

### **Algunas líneas de intervención**

En ese contexto, el trabajo con los medios de comunicación debe cubrir coordinadamente varios "frentes" y tipos de problemas.

Por un lado no hay que olvidar la necesidad de una actitud vigilante ante flagrantes atentados a la dignidad de las personas y a informaciones notoriamente erróneas, discriminatorias y estigmatizantes. Aunque el efecto de las medidas de "protesta" es escaso y de poca duración, por lo que necesita refuerzos continuos (3, 7, 8, 11, 16, 35)

Y, por otro, también es necesaria la promoción de informaciones y reportajes que ofrezcan una imagen equilibrada y positiva de las personas con trastornos mentales graves, presentándolos como ciudadanos con derecho y posibilidad real de ejercer roles sociales normales y no solo ni fundamentalmente el de enfermos (11, 26, 33, 34, 41). A ese respecto hay discusiones sobre la utilidad relativa de distintos tipos de informaciones sobre la naturaleza de la enfermedad y sus repercusiones en la vida cotidiana, sobre el peso real de la violencia, etc., sin que haya conclusiones claras al respecto (16, 23, 26, 28, 29). Pero si parece razonable la utilidad de insistir menos en la enfermedad y más en las vidas concretas y las dificultades personales que supone el estigma (26, 28, 33).

En cualquier caso, parece necesario dar información, pero es preferible integrarla en los canales habituales (34, 35), diversificando los mensajes, más que hacer "grandes campañas" de objetivos y audiencias muy generales y recortadas en el tiempo cuya escasa utilidad es conocida (7, 16, 26). Aunque no hay datos experimentales también parece razonable apostar por las imágenes positivas de personas con problemas de salud mental en los formatos audiovisuales de la industria del ocio (televisión, films, etc.) (34)

Pero para todo ello es básico establecer acuerdos con los profesionales (34, 35), que permitan articular espacios repetidos de formación e intercambio, a ser posible con participación de personas directamente afectadas, así como facilitarles documentación general y ofrecer disponibilidad para asesorar en demandas concretas. Y en es en ese contexto en el que resulta útil disponer de protocolos concretos ("Guías" o documentos de consenso sobre "buenas prácticas"), elaborados conjuntamente y que regulen consensuadamente ("autorregulen") aspectos de la práctica profesional relacionados con este tema.

Para finalizar con alguna referencia concreta, en el caso de Andalucía y en el marco del proceso de construcción de un sistema de atención comunitaria tras el cierre de los Hospitales Psiquiátricos públicos, la integración de la atención en salud mental en el sistema sanitario general y la creación de programas específicos intersectoriales de apoyo social (24, 25), se vienen desarrollando intervenciones sobre los medios basadas en:

- a) La firma de un acuerdo global entre el sistema sanitario, Educación, Servicios Sociales, FAISEM, la Federación de Asociaciones de Familiares y la Radio Televisión pública de la Región, para el desarrollo de programas anuales de lucha contra el estigma.
- b) La elaboración de Guías específicas para profesionales sobre el tratamiento de los temas relacionados con salud mental. En concreto desde la radiotelevisión pública se ha elaborado una Guía de estilo sobre el tratamiento de temas relacionados con salud mental y, de manera más general, desde la administración regional con participación de distintos profesionales, una publicación breve que reúne información básica y recomendaciones para una "información no estigmatizante" (22).
- c) Un encuentro anual entre profesionales de los medios y de la atención sanitaria y social con el movimiento asociativo de familiares y usuarios.
- d) El desarrollo de actividades de formación a niveles locales de profesionales de los medios con personal sanitario y de apoyo social.
- e) La utilización con fines de educación sanitaria, de espacios breves radiofónicos y de televisión, así como el desarrollo de una campaña pública ("Uno de cada cuatro") en la televisión regional.

- f) Y la elaboración de material de apoyo (incluida una página web, iniciativa intersectorial de la Junta de Andalucía y gestionada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (47)) sobre el tema.

Aspectos que se enmarcan en una política más global de lucha contra el estigma (22, 24), incluyendo la promoción de servicios y programas comunitarios (atención sanitaria, alojamiento, empleo, promoción de asociaciones de usuarios, etc.) y la investigación, participando en concreto en la fase de extensión a países no francófonos el estudio "Salud Mental: Imagen y realidad" del Centro Colaborador de la OMS de Lille (31).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

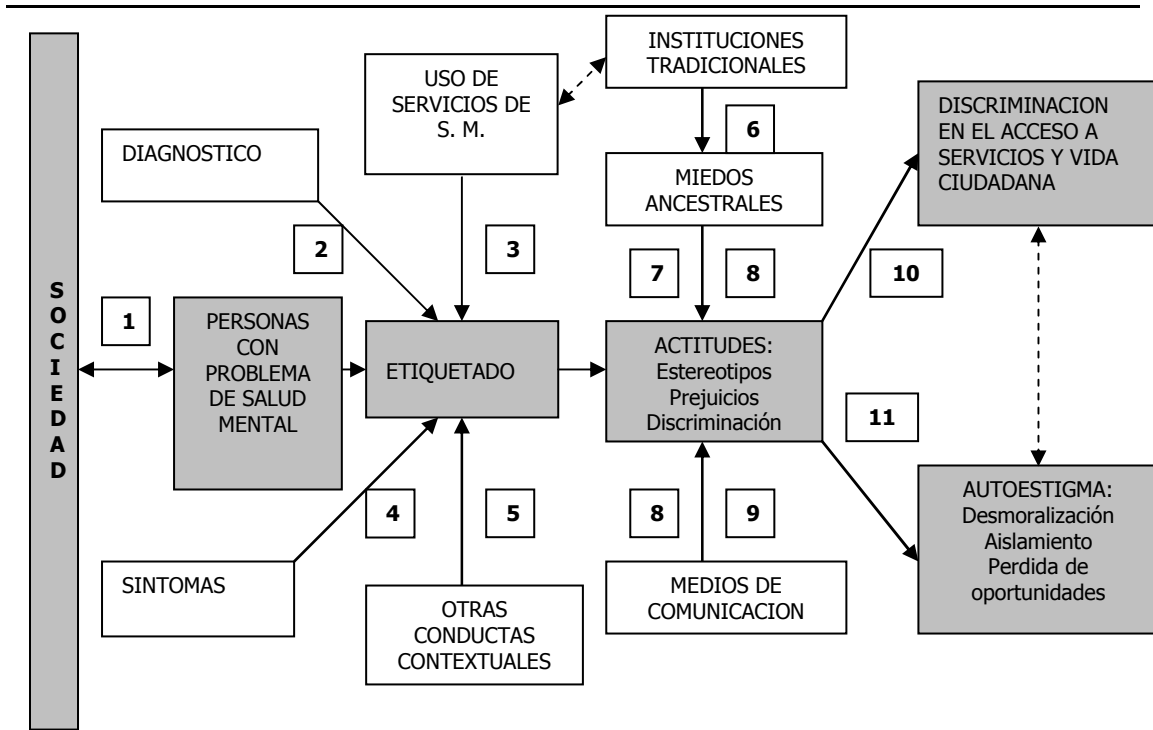
1. Angermeyer MC. From intuition to evidence-based anti-stigma interventions. *World Psychiatry*, 2002, 1, 1:21-22.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. Labelling – stereotype – discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, 40, 5:391-395.
3. Angermeyer MC, Schulze B. Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2001,10,1: 1-7.
4. Bryant J, Zillmann D (Ed.). *Media effects: advances in theory and research*. New York, Lawrence Erlbaum Associated, 1986. (Edición española: Barcelona, Paidós, 1996)
5. Byrne P. Psychiatry and the media. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2003, 9:135-143.
6. Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2004, 28, 2:113-121.
7. Corrigan PW, Penn DL. Lessons from Social Psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 1999, 54, 9:765-776.
8. Corrigan PW, River L, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wabwrki K, Champion J. Three strategies for changing attributions about Severe Mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001, 27:187-195.
9. Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatric Services*, 2005, 56, 5:551-556.
10. Couture SM, Penn DL. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: a review of the literature. *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3:291-305.
11. Edney DR. *Mass media and mental illness: a literature review*. Ontario, Canadian Mental Health Association, 2004. En: [www.ontario.cmha.ca](http://www.ontario.cmha.ca)
12. Fazio RH, Olson MA. Attitudes: foundations, functions, and consequences. En: Hogg MA, Cooper J (Ed). *The Sage handbook of Social Psychology*. London, Sage, 2003:139-160.
13. Farina A. Stigma. En: Muesser KT, Tarrrier N. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston, Allyn and Bacon, 1998:247-279.
14. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, Prentice Hall, 1963. (Edición española: Buenos Aires, Amorrortu, 1970).
15. Haghghat R. A unitary theory of stigmatisation. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:207-215.
16. Hinshaw SP, Cicchetti D. Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure and social policy. *Development and Psychopathology*, 2000, 12: 555-598.
17. Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG. *The social psychology of stigma*. New York, Guilford Press, 2000.

18. Hocking B. Reducing mental illness stigma and discrimination: everybody's business. *Medical Journal of Australia*, 2003, 178, 9 , Suppl 5: 47-48
19. Instituto Andaluz de Salud Mental. *Actitudes de la población andaluza ante los enfermos mentales*. Sevilla, Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1989.
20. Instituto Andaluz de Salud Mental. *Salud mental y prensa*. Sevilla, Consejería de Salud, 1987.
21. Jones M. *Social psychology of prejudice*. New Jersey, Prentice Hall, 2001.
22. Junta de Andalucía. *Las personas con trastornos mentales graves y los medios de comunicación. Recomendaciones para una información no estigmatizante*. Sevilla, Conserjería para la Igualdad y Bienestar Social, 2005. En [www.faisem.es](http://www.faisem.es)
23. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 1999, 89, 9:1328-1333.
24. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 2004, 50, 2: 99-109.
25. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. *Revista de la AEN*, 2007, 99:187-223.
26. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la AEN*, 2007 (En prensa)
27. López M, Laviana M, García-Cubillana P. Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En Pérez F (Coord.). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*. Madrid, AEN, 2006:237-273
28. Penn DL, Guynan K, Daily T, Spaulding WD, Garbin CP, Sullivan M. Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?. *Schizophrenia Bulletin*, 1994, 20, 3:567-574.
29. Penn DL, Kommana S, Mansfield M, Link BG. Dispelling the stigma of schizophrenia: the impact of information on dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25, 3:437-446.
30. Penn DL, Nowlin-Drummond. Politically correct labels and schizophrenia: a rose by any other name?. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 2:197-203
31. Pilgrim D, Rogers A. *A Sociology of Mental Health and Illness*. Buckingham, Open University Press, 1999.
32. Roelandt JL, Caria A, Anguis M, Benoist J, Bryden, Defromont L. La santé mentale en population générale : résultats de la première phase d'enquête 1998-2000. *L'Information Psychiatrique*, 2003, 79, 10:867-878.
33. Rüsçh N, Angermeyer MC, Corrigan P. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005, 20:529-539.
34. Salter M. Psychiatry and the media: from pitfalls to possibilities. *Psychiatric Bulletin*, 2003, 27:123-125.
35. Salter M, Byrne P. The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin*, 2000, 24:281-283.
36. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. Begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *British Medical Journal*, 2002, 324:1470-1471
37. Sayce L. Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health*, 1998, 7, 4: 331-343.

38. Sieff EM. Media frames of mental illnesses: the potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 2003, 12, 3:259-269.
39. Socall DW, Holtgraves T. Attitudes toward the mentally ill: the effects of label and beliefs. *The Sociological Quarterly*, 1992, 33: 435-445.
40. Stout PS, Villegas J, Jennings NA. Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30, 3:543-561.
41. Stuart H. Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2003, 48, 10:651-656.
42. U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. National Institute of Mental Health, 1999
43. Warner R. Community attitudes towards mental disorders. En: Thornicroft G y Szukler G (Ed.). *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2001:453-464.
44. Wolff G. Attitudes of the media and the public. En Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?*. London, Wiley & Sons, 1997:145-163.
45. World Health Organization. *World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, WHO, 2001
46. World Psychiatric association. *The WPA global program to reduce stigma and discrimination because schizophrenia. Bibliography 2005*. Disponible en : [www.opentheodoors.com](http://www.opentheodoors.com)
47. [www.1decada4.es](http://www.1decada4.es) . También se puede obtener información en [www.faisem.es](http://www.faisem.es)



**CUADRO 1. ETAPAS DEL PROCESO DE ESTIGMATIZACION Y POSIBILIDADES DE INTERVENCION.**



TIPOS DE INTERVENCIONES	
1. Disminución de las asimetrías de poder	7. Educación de distintos sectores de la población
2. Uso razonable de los diagnósticos	8. Contacto e interacción social
3. Atención integrada en sistemas generales	9. Trabajo con los medios de comunicación
4. Atención sanitaria efectiva	10. Medidas legales
5. Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo	11. Apoyo personal y familiar
6. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos	