



 SOGEVI

# APROXIMACIÓN A LA ETIOLOGÍA BIOSOCIAL Y (AUTO)ESTIGMA DE LA ESQUIZOFRENIA.

**Nicolás Plaza Gómez.**

nicolas.plaza@uva.es

Universidad de Valladolid  
(España).

**Social Research Unit on Health  
and Rare Diseases, University  
of Valladolid.**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0077-6234>

**Lucía Porteros García .**

luciaporteros@usal.es

Universidad de Valladolid  
(España).

**Occupational therapist,  
Salamanca.**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-0371-226X>

.....

**Para citar este  
documento:**

**Plaza Gómez, Nicolás y  
Porteros García, Lucía.  
(2025). Aproximación  
a la etiología biosocial  
y (auto)estigma de la  
esquizofrenia. *Revista  
Trazas de Ciencias  
Sociales* 2(1). pp 104-125.  
[https://doi.org/10.48225/  
trzpsv5vg](https://doi.org/10.48225/trzpsv5vg)**

## RESUMEN

**R** La esquizofrenia es un trastorno mental cuyas causas son complejas e indeterminadas, afectando a un gran número de personas en las sociedades actuales alrededor de todo el mundo. Existen diferentes tipos de este trastorno y presenta múltiples sintomatologías. Su significado y definición ha variado a lo largo del tiempo y de las culturas. Se plantea a través de una revisión de diversos autores el desarrollo de la modernidad como un factor influyente sobre la etiología de la situación actual entorno al problema de la salud mental. Por otro lado, los síntomas a partir de los cuales se realiza el diagnóstico y se etiqueta al enfermo llevan aparejados procesos de estigmatización, autoestigmatización y exclusión en diferentes dimensiones sociales, teniendo consecuencias negativas sobre la calidad de vida y la integración social de quien los sufre.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, estigmatización, modernidad, sociología, enfermedad mental.

## ABSTRACT

**A** Schizophrenia is a mental disorder whose causes are complex and largely unknown. It affects a large number of people in today's societies around the world. There are different types of this disorder and it presents multiple symptomatology. Its meaning and definition has varied over time and across cultures. The development of modernity as an influential factor on the etiology of the current situation around the problem of mental health has been proposed by several authors. On the other hand, the symptoms on the basis of which the diagnosis is made and the patient is labeled lead to processes of stigmatization, self-stigmatization and exclusion in different social dimensions, with negative consequences on the quality of life and social integration of the sufferer.

**Keywords (5):** Schizophrenia, stigmatization, modernity, sociology, mental illness.



## 1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta a un considerable número de personas a nivel global y se considera una de las enfermedades más incapacitantes en la franja de edad comprendida entre los 15 y 44 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de los avances en la comprensión y el tratamiento de la esquizofrenia, tanto el estigma como el autoestigma son problemáticas habituales entre las personas afectadas, lo cual puede tener consecuencias negativas en su autoestima, autoeficacia y calidad de vida en general. Es crucial tener en cuenta la visión negativa que la sociedad tiene de la esquizofrenia, evidenciada en la forma en que se le estigmatiza y se discrimina, llegando incluso a actos de maltrato, ya sean físicos o verbales, hacia quienes la padecen.

Para Han et al. (2012) el desarrollo del capitalismo moderno ha ido aparejado de la proliferación de numerosas enfermedades mentales. La realidad biológica de los procesos particulares que se manifiestan en los sujetos que padecen enfermedades mentales, se encuentra conectada con procesos sociales de diferentes niveles. Las enfermedades mentales, también la esquizofrenia, poseen una importante etiología biosocial, tanto en sus causas como en sus consecuencias. Desde la perspectiva marxista, se examinan los fenómenos psicológicos considerando que lo social y lo natural en el ser humano están estrechamente vinculados, y las circunstancias histórico-sociales y concreto-materiales definen su evolución biopsicosocial (Torres Lugo et al., 2022) Así, se puede centrar el origen multicausal de las enfermedades mentales con un balance entre factores necesarios que provocan o determinan las enfermedades mentales. El desarrollo de la modernidad ha tenido efectos importantes sobre el funcionamiento mental de los individuos. Del mismo modo, la configuración mental de los individuos tiene sus efectos sociales. *“El suicidio”* de Durkheim (2005) es la obra paradigmática para ejemplificar el concepto de hecho social. Este tipo de hechos se definen como toda forma de pensar, sentir y actuar que es externa al individuo, está dotada de un poder coercitivo y es común a los miembros de una sociedad, existen independientemente de las personas y ejercen una influencia sobre ellas (Durkheim, 2001). Además del suicidio, Desde esta perspectiva también podemos entender otros patrones de comportamiento aparentemente individuales. La enfermedad mental como hecho biosocial, cumple una respuesta funcional ante un contexto anómico para los individuos y actúa como indicador de conflictos sociales situados en niveles más amplios. Además, en el caso de la enfermedad mental, el diagnóstico, las percepciones y las respuestas a los trastornos mentales son influenciados por hechos sociales como la estigmatización, fenómeno que trataremos más adelante.



De acuerdo con Comte (1896), la perspectiva sociológica debería contribuir como un avance hacia el control y el entendimiento de la enfermedad. Algunos autores nos proporcionan una base teórica para construir una mirada sociológica hacia la esquizofrenia. Goffman (1970), en su obra *«Estigma: La identidad deteriorada»*, proporciona una base teórica para entender cómo se desarrolla el fenómeno del estigma a partir de la interacción social. El autor explica las implicaciones sociales y psicológicas del estigma y cómo puede afectar la vida cotidiana de las personas que sufren discriminación por parte de la sociedad. La teoría del etiquetaje que aplica Becker (2010) a la desviación es susceptible de ser aplicada a la enfermedad mental. Se trata de un proceso que consta con distintas fases a través de las cuales una persona es etiquetada como 'loca'. La esquizofrenia ha estado históricamente aparejada al etiquetaje de la locura. En el imaginario colectivo la locura se construye socialmente como una forma de desviación. Foucault (2003), utilizando el concepto de 'biopoder', explica como a partir del control institucional que se ejerce sobre los "anormales", se trata, más que de un problema médico, de una cuestión social y política. Szasz (1983) considera la enfermedad mental como la ruptura de normas sociales, políticas y éticas. En esta línea, Cooper (1985) y Laing (1971) critican la patologización de los trastornos mentales y el uso de etiquetas que deshumanizan a las personas, también resaltan la causalidad entre un contexto alienante y la enfermedad mental como reacción adaptativa a este.


Por otro lado, Campo-Arias et al. (2014) se enfocan en el estigma, el prejuicio y la discriminación en salud mental, destacando las consecuencias en el acceso a los servicios de salud y el tratamiento destacando la necesidad de promover la igualdad de derechos y oportunidades para las personas con trastorno mental. También los resultados de López et al. (2008) muestran la importancia de tratar el autoestigma en la esquizofrenia para promover una mayor calidad de vida y participación social.

---

## 2. APROXIMACIÓN A LA ESQUIZOFRENIA

Antes de abordar el tema principal, es necesario definir el concepto de salud, trastorno mental y esquizofrenia. Woods (2011) describe la esquizofrenia como un objeto 'sublime', fascinante y terrorífico, complicado de entender completamente dada la complejidad de la experiencia de los pacientes. De este modo establece una crítica ante el reduccionismo biomédico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de bienestar completo que incluye aspectos subjetivos, objetivos y sociales y no se limita a la ausencia de enfermedad". La salud humana debe contemplar todas las facetas del ser humano (cognitiva, emocional y motora), teniendo en cuenta elementos significativos como el ambiente y el entorno biológico-sociocultural, y por otro lado, aspectos profundos como la emocionalidad, dando origen al concepto de «salud integral» (Valenzuela, 2016). Por otro lado, el trastorno mental se caracteriza por una alteración significativa de la cognición, las emociones o el comportamiento. El 34% de los habitantes españoles padece algún trastorno de salud mental (Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2023). Dentro de los trastornos mentales se encuentra la esquizofrenia, que es una enfermedad mental crónica que distorsiona el pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. La esquizofrenia suele iniciarse en hombres entre los 10 y 25 años y en mujeres entre los 23 y 35, y tiene una tendencia



a la cronicidad y recurrencia (Licea Amador et al., 2019). Los datos disponibles en nuestro país muestran que esta enfermedad aparece en el 3,7‰ de la población, 4,5‰ en hombres y 2,9‰ en mujeres (Ministerio de Sanidad, 2020). Según información de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP, 2020), se estima que la prevalencia total de los trastornos mentales es del 27,4%. Por otro lado, a nivel mundial, se estima que alrededor de 24 millones de personas padecen esquizofrenia, lo que equivale a una tasa del 0,32%. En España, se calcula que aproximadamente 400.000 personas han sido diagnosticadas con esquizofrenia, siendo más común en hombres (4,5 por cada 1.000) que en mujeres (2,9 por cada 1.000).

---

### 3. TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

El DSM-5 describe diferentes tipos de esquizofrenia, entre los cuales se incluyen: la esquizofrenia paranoide, caracterizada por la presencia de delirios y alucinaciones sin desorganización del pensamiento; la esquizofrenia desorganizada, en la que se observa un comportamiento y discurso desorganizados sin la presencia de delirios o alucinaciones; la esquizofrenia catatónica, que se caracteriza por trastornos motores y la repetición de palabras o movimientos; la esquizofrenia indiferenciada, que no cumple con los criterios de los otros subtipos mencionados anteriormente; y la esquizofrenia residual, en la cual los síntomas positivos están atenuados, pero persisten los síntomas negativos.

---

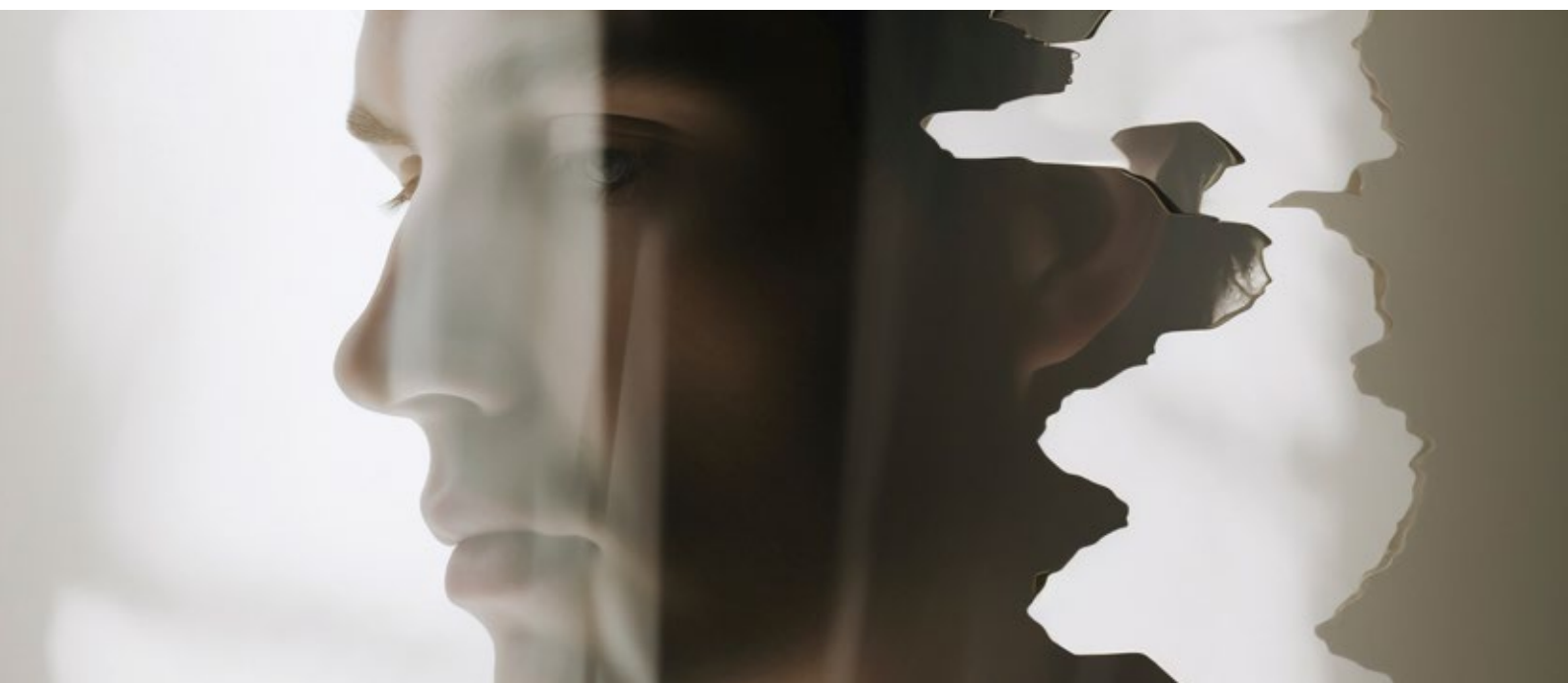
### 4. SOBRE LOS SÍNTOMAS

La esquizofrenia tiene un carácter heterogéneo. Muestra diferentes características clínicas (síntomas positivos, negativos, afectación cognitiva...) que también se aprecian en otros diagnósticos psiquiátricos. Las diferentes dimensiones de la esquizofrenia (fase pre mórbida, pródromos, aguda, crónica...) varían durante el curso natural de la enfermedad. Y todos estos aspectos interactúan e inciden entre sí. (Ramos Pozón, 2015, p.516)

Los síntomas positivos incluyen delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento desorganizado y agitación. La agitación es una excitación excesiva o sin motivo aparente. Los delirios son creencias falsas y persistentes que no están basadas en la realidad. Esta enajenación refleja una disonancia entre distintos subsistemas presentados por Parsons: entre el subsistema cognitivo y entre el subsistema social. La correspondencia entre la estructura cognitiva del individuo y la estructura social es la que le posibilita a este a atribuirle un marco de sentido a la realidad. Las alucinaciones son sensaciones falsas, como escuchar voces o ver cosas que no están presentes. Las voces de locura, que constituyen los síntomas de primer rango para el diagnóstico de la esquizofrenia, aunque no dejan de ser vivencias «extrañas», poseen significado y función para el individuo mismo; además representan una sintomatología problemática y simultáneamente un esfuerzo por solucionar un problema, como experiencias traumáticas, aislamiento, confusión. (Pérez-Álvarez, 2012) El pensamiento desorganizado se refiere a la dificultad para organizar y expresar los pensamientos de manera coherente respecto a la realidad social.

Las voces de los esquizofrénicos no son otra cosa que las respuestas del sujeto a lo imposible, respuestas al fin y al cabo ante la presencia de ese real que se ha vuelto peligroso y amenazador. Surgen del cortocircuito establecido entre una palabra fundida con las cosas y la urgencia del lenguaje que acude a sofocar como puede, es decir, con el delirio, la herida que se ha abierto en el mundo y en la división del hombre. (Álvarez y Colina, 2007: 6)

Los síntomas negativos (Blanchard & Cohen, 2006) se refieren a la disminución o pérdida de funciones mentales o emocionales, como el empobrecimiento emocional, la falta de motivación, la alogia, el aislamiento social, la anhedonia y la pobreza de discurso. La falta de emoción o emociones inapropiadas para la situación se conoce como empobrecimiento emocional. La falta de motivación o interés en las actividades se conoce como falta de motivación. La alogia se refiere a la dificultad para hablar o responder preguntas con respuestas completas. El aislamiento social implica evitar actividades sociales o aislarse de los demás. La anhedonia se refiere a la pérdida de la capacidad de sentir placer en actividades que antes eran disfrutables. La pobreza de discurso se manifiesta como hablar en un lenguaje muy básico o pobre, con un vocabulario limitado. Por último, El comportamiento desorganizado se manifiesta como un comportamiento que parece extraño o inapropiado, lo que genera rechazo social ante la incompreensión, desconocimiento, falta de empatía y da lugar al aislamiento y a la exclusión.







---

## 5. SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA

Cabe mencionar, que e la enfermedad mental se encuentra definida socialmente, variando en el tiempo y entre culturas. La enfermedad se define según los criterios son impuestos por las instituciones de salud, de modo que se trata de una construcción colectiva fruto de acuerdos científicos y culturales, que representan valores y convicciones sociales.

Para cumplir con los criterios de diagnóstico de la esquizofrenia establecidos en el DSM-V, una persona debe presentar dos o más de los siguientes síntomas durante al menos un mes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, o síntomas negativos. El diagnóstico también requiere la exclusión de otros trastornos como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, el consumo de sustancias y enfermedades médicas. Si hay una historia de trastorno autista u otro trastorno generalizado del desarrollo, se debe mantener la presencia de delirios o alucinaciones durante al menos un mes para el diagnóstico adicional de esquizofrenia. También debe experimentar una disfunción social o laboral significativa y continuada, así como signos de la enfermedad durante al menos seis meses. Esto nos muestra la etiología y el carácter social de la enfermedad, o que al menos genera

En contraposición a los criterios establecidos, Szasz (1983), en su obra *“El mito de la enfermedad mental”* cuestiona el concepto de enfermedad mental. Plantea que este concepto de enfermedad, ya sea física o mental, implica la desviación de normas establecidas (Szasz, 1983). Si la enfermedad física rompe con la estructura funcional del cuerpo humano, la enfermedad mental rompe con las normas psicosociales, éticas o jurídicas (Szasz, 1983). Para Para Laing (1971: 18), la esquizofrenia no puede ser tratada únicamente con los procedimientos de la psiquiatría de la misma manera que se definen en la literatura de psiquiatría clínica y psicopatología; “necesitan del enfoque existencial-fenomenológico para evidenciar su auténtica relevancia y significancia humana humana”.

Goldstein (2011) examina la función del diagnóstico médico no únicamente como un instrumento clínico, sino también como un fenómeno social, cultural e institucional que legitima la enfermedad. Desde un punto de vista crítico, Goldstein investiga cómo el diagnóstico trasciende la simple detección de enfermedades, impactando en cómo los individuos construyen su identidad, interactúan con los demás y se vinculan con las instituciones sanitarias y la sociedad en su conjunto. Por otro lado, las instituciones sanitarias perpetúan en ocasiones el estigma de la enfermedad. Un ejemplo es a través del proceso social del diagnóstico. Como apuntan Labora González y Fernández Vilas (2021: 14):

Como se ha podido comprobar, en los casos en los que no es posible la medicalización de los síntomas, o las quejas, esto afecta a la validación del dolor de la persona enferma. Esto, a su vez, produce situaciones de deslegitimación de la experiencia de la persona debido a las dificultades para desarrollar el rol de enfermo, lo que sume a las personas en la incertidumbre, el miedo y la angustia; pudiendo deteriorar su identidad social. Cuando no existe un diagnóstico, y se produce la carencia de validación de la experiencia de las personas, se puede generar una situación que entra dentro de la categoría de lo que los miembros de la Escuela de Palo Alto definieron como el fenómeno de la *desconfirmación*.

Aunque las causas de la esquizofrenia son desconocidas, se cree que es una combinación de factores biológicos y sociales; concretamente, para Ramos Pozón (2015), las manifestaciones clínicas son el resultado de factores genéticos, epigenéticos, patológicos y ambientales; por ello el modelo biomédico se muestra insuficiente para definir la enfermedad a partir de criterios únicamente somáticos, físicos, sin abordar las cuestiones psico-sociales derivadas de la propia actividad médica. Pennington (2003: 142) defiende que:

Como lo hemos reiterado, el genoma y el ambiente de una persona se encuentran en una interacción indisoluble a lo largo de todo el desarrollo individual. No es posible establecer la contribución relativa del factor genético y del factor ambiental en un fenómeno específico de una persona individual, lo cual sin embargo no significa que fuese fútil determinar la contribución relativa de estos factores, con respecto a fenómenos específicos, en una población determinada.

## 6. MODERNIDAD Y ESQUIZOFRENIA

Conforme el ser humano se ha sumergido en el progreso científico-técnico, ha intentado responder a la pregunta acerca del origen de esta enfermedad mediante la ciencia, y, a pesar de que no hay una teoría concreta y todavía se considera como un hecho multicausal, se le otorga un papel crucial a las teorías medioambientales o socioambientales, considerando que los factores sociales pueden potenciar o reducir la expresión de los genes (Torres Lugo et al., 2022).

Según indica Giddens (1990), las nuevas formas de vida modernas arrasaron de manera inédita con todas las formas tradicionales del orden social. Fue Simmel (1986) quien intuyó en un primer momento intuyó las causas sociales de las patologías mentales de la sociedad urbana moderna. “Parece que la nueva realidad de las “mega-lópolis” o las “ciudades difusas” agrava esos problemas que ya hace más de un siglo detectaron los clásicos de la Sociología.” (Gutiérrez, 2022: 128).






Roberts (2007) apunta que la modernidad, marcada por la expansión técnico-científica y la decadencia simultánea de la fé que proporcionaba significado a la vida y una respuesta rápida al dilema de cómo debemos vivir, deja a los individuos vulnerables al nihilismo y a las múltiples dificultades de salud mental que pueden presentarse como resultado. La tesis central de Schumaker (2001) es que los valores materialistas, individualistas y consumistas de la modernidad, está provocando una crisis global de salud mental. “El individualismo alienante está asociado con la ansiedad, la soledad, aislamiento existencial y una preocupación egocéntrica compensatoria” (Schumaker, 2001:17). Como ya hemos mencionado, Han et al. (2012) sostiene que el positivismo desmedido del capitalismo ha provocado una pandemia de patologías neuronales.

La vida en un ambiente urbano puede incrementar el riesgo de padecer esquizofrenia, pero ese riesgo se incrementa considerablemente cuando hay una predisposición genética a tal patología. Faris & Dunham (1939), basándose en el estudio de más de treinta y cinco mil casos de trastorno mental en la ciudad de Chicago, llegan a la conclusión de que realmente hay una correlación entre la esquizofrenia y la estructura ecológica de las urbes grandes. Wieser et al. (2007) sostienen que el factor más significativo para explicar la sinergia entre el riesgo de sufrir esquizofrenia y la vida en un ambiente urbano es la predisposición genética. Por ende, se puede entender la forma en que vivimos en los nuevos contextos urbanos del siglo XXI como una de las razones, posiblemente la más significativa, de la expansión reciente de enfermedades mentales como la psicosis, la depresión o el estrés (Gutiérrez, 2022). De acuerdo con Sundquist et al. (2004), la deficiencia de las redes sociales puede actuar como mediador entre la salud mental y los procesos de urbanización.

Si para Freud (2021) la incorporación de los individuos a un grupo tiene repercusiones en su comportamiento, emociones y procesos cognitivos a causa de los vínculos emocionales que se generan, la desvinculación de los grupos comunitarios y la debilitación de los vínculos afectivos también puede ser desencadenante de transformaciones cognitivas. Durkheim (2005) ya advertía de las consecuencias sociales anómicas de la desintegración de los valores comunitarios que proporcionaban cohesión social. El capitalismo, o mejor dicho la innovación destructiva del mismo, conlleva la ruptura de los rituales de interacción tradicionales, creencias y de los lazos comunitarios que mantenían el grado de cohesión social de forma relativamente estable. Otros autores (Simmel, 1986; Castells, 1998; Wirth, 1962) han argumentado que dentro de las ciudades, se pueden mantener algunas de estas formas de comunidad, a través de la familia, el barrio u otros grupos pequeños que contrarrestan el anonimato urbano.



Desde el punto de vista de Deleuze y Guattari (2009), la alienación en el trabajo capitalista está vinculada de manera causal con el surgimiento de la esquizofrenia.

La contaminación psicótica autoinfligida por una cultura no responderá a ningún tratamiento psiquiátrico mientras sus principales síntomas (regresión, disociación, desindividualización) sean sistemáticamente alimentados y alentados por los medios culturales circundantes. ... Los que vivimos hoy en Europa y Estados Unidos padecemos una psicosis crónica cuya intensidad sigue siendo leve. Si las características manifiestamente paranoicas y esquizoides de nuestros comportamientos cotidianos no se experimentan por lo que realmente son, es simplemente porque todos los compartimos. (Laplantine, 1973: 112)

La cultura tóxica de la que habla Laplantine y la alienación propuesta por Deleuze y Guattari enlazan con los efectos característicos sobre la salud mental expuestos por Simmel (1986). La sobre-estimulación sensorial, el aislamiento y la alienación, dan lugar a una fragmentación de la experiencia subjetiva. El estado emocional de anhedonia que experimentan los esquizofrénicos se puede relacionar con la actitud ‘blasé’ descrita por Simmel, como aquel rasgo actitudinal observable en las ciudades de hastío, de “insensibilidad a las diferencias entre las cosas” (Simmel, 1986: 4). Esta fragmentación a través del incesante dinamismo de las relaciones sociales de los sujetos modernos puede resonar con los síntomas de la esquizofrenia, como la desorganización del pensamiento y la desconexión entre diferentes aspectos de la experiencia subjetiva. Jameson (2016) establece una analogía entre la condición posmoderna y la ruptura de la cadena de significaciones asociada al pensamiento esquizofrénico, del mismo modo Baudrillard compara la experiencia de la realidad posmoderna con la experiencia de la esquizofrenia. (Prendergast, 2013). Baudrillard (2024) usa la esquizofrenia como una metáfora con el objetivo describir la subjetividad en la era del simulacro, donde la realidad ha sido desplazada por representaciones vacías de significado. La televisión, la publicidad y los medios producen un bombardeo constante de imágenes sin contexto, eliminando la distinción entre lo real y lo representado, generando una sensación de desrealización y desorientación, donde el individuo ya no puede diferenciar entre el mundo real y su versión mediática. El esquizofrénico no es lo que generalmente se conoce, definido por su pérdida de conexión con la realidad, sino por una cercanía total y una inmediatez absoluta con los objetos, esta exposición excesiva a la transparencia del mundo (Baudrillard, 1983).

Para Laing (1971), la esquizofrenia no es una patología biológica, sino una experiencia de alienación que se presenta cuando la persona no logra encajar su «yo auténtico» con el «yo falso» que se ve forzado a asumir en la sociedad. Por otro lado la época posmoderna, que nos da cuenta de la continuidad de la modernidad, es un tiempo reflexivo (Giddens, 1990), de engrandecimiento del “yo” (Lasch, 2019) y de búsqueda de la autenticidad (Taylor, 1994). De hecho, la búsqueda del yo auténtico se plantea como una de los axiomas sociales, canalizada a través de las prácticas de un individualismo expresivo, replegado hacia el interior del individuo y sometido cada vez más a presiones alienantes externas, que dan lugar, como dice Lasch (2019) a una obsesión por la autoimagen y por el éxito personal. Giddens (1990) propone que en la era moderna, la persona debe forjar su identidad mediante la reflexividad y la elección individual, dando lugar a la incertidumbre y ansiedad. Laing (1971) argumenta que la esquizofrenia puede interpretarse como una situación crítica de la identidad. Ambos subrayan que el ‘yo’ es un proyecto en continua construcción. Giddens lo considera un proceso de autoafirmación, que tiene diferentes consecuencias adaptativas para el individuo. Laing desde el punto de vista de la psiquiatría, indica que este proceso puede fracasar y conducir a la alienación.

Del mismo modo Bauman (2000) expone la fragilidad e inestabilidad del “Yo” en la sociedad moderna, en la que se exige que las personas sean autónomas y exitosas, lo que genera culpa y depresión. (Ehrenberg, 1998). Nos interesa esta culpabilidad de la que habla Ehrenberg para situarla en relación con los conceptos de estigma y especialmente con el de autoestigma, el cual se encuentra en estrecha relación. Pardede et al., (2020) estudian como los individuos con esquizofrenia muestran valores inferiores en la variable “autoestima”. La modernidad, más en el contexto actual de neoliberalismo, establece la autonomía y el triunfo económico como principios fundamentales. Aquellos que no logran llegar a ellos (debido a problemas mentales, situaciones precarias, etc.) se atribuyen la culpa a sí mismos y desarrollan autoestigma.

---

## **7. EL ESTIGMA SOCIAL DE LA ESQUIZOFRENIA**

El estigma relacionado con las enfermedades mentales es un fenómeno común en diferentes culturas. Este estigma se refiere a las creencias negativas y estereotipos que las personas tienen sobre aquellos que tienen una enfermedad mental, lo que lleva a la discriminación y exclusión social. Goffman (1970) describió tres tipos de estigma: las deformidades físicas; las marcas de personalidad como la adicción o la falta de empleo; y las identidades tribales, como la etnia, género o creencia religiosa. Por tanto existen tres tipos: el relacionado con características personales, el estigma físico y el estigma de pertenencia a un grupo. Las enfermedades mentales se consideran características personales y se pueden dividir en estigma público, institucional y autoestigma. Se refieren por tanto al mismo tipo de estigma que el que reciben los etiquetados como los drogadictos o los delincuentes. Puede encajar como expresión de retraimiento según los tipos de adaptación expuestos por Merton (1972) ante la situación de anomia. El retraimiento es un método de evasión de una sociedad en la que la persona no halla sentido ni en las metas ni en los medios legítimos. Una persona que internaliza el estigma, puede aislarse aún más. La esquizofrenia, en particular, está muy estigmatizada, lo que puede llevar a limitaciones



en el acceso a la atención médica, educación, vivienda y empleo, llevando a la persona a una situación de vulnerabilidad e incapacidad. Cuando la sociedad muestra rechazo al enfermo, es probable que se dé esta reacción adaptativa.

El proceso de estigmatización hacia una persona con esquizofrenia suele ser el resultado de una combinación de factores sociales, culturales y psicológicos. En primer lugar, esto se produce debido al conjunto de actitudes, pensamientos o suposiciones existentes sobre un grupo, en este caso personas con esquizofrenia, que producen la creación de un rasgo diferencial o señalamiento negativo hacia este, siendo generalmente desvalorizado y rechazado por la sociedad. Es decir, la falta de comprensión y conocimiento sobre la enfermedad puede llevar a la formación de prejuicios, mitos y estereotipos negativos sobre las personas con esquizofrenia. Por otra parte, la representación negativa de la esquizofrenia en los medios de comunicación y la cultura popular puede reforzar estos estereotipos y perpetuar la idea errónea de que todas las personas con esquizofrenia son violentas o peligrosas. En la siguiente tabla se muestran algunos de los mitos que producen estigmatización sobre la esquizofrenia.

**Tabla 1. Mitos y realidades sobre la esquizofrenia.**

MITO	REALIDAD
MITO 1. Las personas con esquizofrenia son violentas y peligrosas.	La gran mayoría de las personas con esquizofrenia no tienen más probabilidades de ser violentas que otras personas. La mayoría de las personas con enfermedades mentales no son violentas y solo el 3 %-5% de los actos violentos pueden atribuirse a personas que padecen de una enfermedad mental grave. Las personas con enfermedades mentales graves son 10 veces más propensas a ser víctimas de delitos violentos en comparación con la población general. (National Institute of Mental Health, 2019)
MITO 2. Las personas con esquizofrenia son todas iguales.	Existen amplias diferencias entre las personas con esquizofrenia, podemos encontrar varios tipos de esquizofrenia, dependerá tanto de los síntomas, como de las variables genéticas y ambientales
MITO 3. Las personas con esquizofrenia no son capaces de llevar una vida productiva.	En la mayoría de los casos con un tratamiento adecuado que disminuya/ controle los síntomas, las personas con esquizofrenia pueden llevar una vida plena y productiva. Además, la correcta integración en los diferentes ámbitos (laboral, social, etc.) facilitará el proceso.
MITO 4: Las personas con esquizofrenia son menos inteligentes que la población en general.	Este trastorno no afecta directamente a la inteligencia, pueden existir efectos secundarios debido a la medicación o la afectación de algunas funciones como la atención, procesamiento de información, etc., pero el intelecto no se encuentra afectado.

Tabla de elaboración propia.

Becker (2010) y Lemert (2014) describen las diferentes fases a partir las cuales una persona adquiere la etiqueta de desviado. Se trata de un proceso social en el cual el estigma y el auto-estigma juegan un papel central. Si aplicamos este proceso a la esquizofrenia, podemos interpretar que: la desviación primaria se da cuando alguien experimenta síntomas establecidos socialmente como esquizofrénicos sin un diagnóstico formal. A través de la reacción social y el etiquetado la persona es diagnosticada y etiquetada como «enfermo mental». El siguiente paso es la aceptación de la etiqueta, se internaliza el estigma y se siente incapaz de funcionar



normalmente. La autoestigmatización refuerza el aislamiento y la dependencia del sistema psiquiátrico como forma de desviación secundaria. Por último se da la fase de 'reintegración' o 'carrera desviada', pudiendo recuperar su autonomía con apoyo o quedar atrapado en una identidad de enfermo crónico.

Las opiniones negativas exageran indiscriminadamente las desventajas sociales que pueden acompañar a los trastornos mentales, contribuyendo al aislamiento social, la angustia y las dificultades laborales de los afectados (Crisp et al., 2000). El miedo y la ansiedad que a menudo se asocian con la enfermedad mental pueden llevar a la exclusión social y a la discriminación de las personas con esquizofrenia, lo que a su vez puede tener un impacto negativo en su autoestima y calidad de vida. El autoestigma como la creencia negativa que la propia persona tiene sobre sí misma, también puede desarrollarse como resultado de la estigmatización social y la internalización de los estereotipos y prejuicios negativos.

La estigmatización de las personas con esquizofrenia puede tener una serie de efectos perjudiciales en diferentes aspectos de sus vidas. A nivel social, puede haber desprecio y rechazo por parte de la sociedad en general, lo que puede generar miedo hacia las personas con esta enfermedad mental. En el ámbito laboral, la estigmatización puede impedir o reducir la libre elección de empleo, ya que algunos empleadores pueden tener prejuicios y rechazar a candidatos con esquizofrenia. La estigmatización puede generar falta de comprensión por parte de familiares y amigos, lo que a su vez puede ser la principal barrera para la integración social y generar aislamiento (Tapia et al., 2015).

## ESTIGMA PÚBLICO

En el estudio realizado por Arnaiz y Uriarte (2006), se explora el concepto de estigma público y cómo afecta a los grupos. El estigma público se refiere a las reacciones generales que las personas tienen hacia un grupo en particular debido a la existencia de estigmas asociados. Estas reacciones a menudo implican etiquetar y diferenciar a las personas basándose en el estigma que se les atribuye.

Los investigadores identificaron tres componentes principales del estigma público: Los prejuicios forman parte de un componente emocional, ya que son los sentimientos negativos que se tienen acerca de un grupo de personas por pertenecer a dicho grupo, es decir, se considera a todas

las personas que forman parte de esa categoría como iguales de manera desfavorable. Por otra parte, los estereotipos forman parte del componente cognitivo, son las creencias que se tienen acerca de un grupo de personas, pueden ser negativos o positivos, e influyen en los juicios que se hacen acerca de las personas. Pueden ser sociales (pobre/rico), étnicos (gitanos, musulmanes), sexistas (hombre, mujer) o etarios (homosexuales, personas mayores, etc.). Por último, la discriminación, siendo el componente comportamental, ya que es un comportamiento desfavorecedor hacia una persona o grupo como consecuencia del prejuicio negativo.

Dentro del estigma público podemos situar el estigma institucional. Incluye las prácticas, culturas y políticas de organizaciones gubernamentales que llevan a cabo comportamientos y actitudes que limitan las oportunidades de las personas con enfermedad mental. Este tipo de estigma también está relacionado con las desigualdades de ingreso, el abuso de poder y la falta de condiciones u oportunidades óptimas de trabajo en relación con el género y/o el sexo (Correa, 2015). Un ejemplo es la subestimación de la población hacia las personas con enfermedad mental en cuanto a su capacidad para realizar ciertos empleos de manera adecuada o en cuanto a la desconfirmación de la enfermedad por parte del estamento médico, las instituciones sanitarias o el aparato burocrático, actuando más como barreras que como facilitadores de los servicios públicos a las personas con discapacidad mental. Las estrategias para incrementar la demanda de asistencia deben enfocarse en potenciar los saberes sobre salud mental, disminuir el estigma y considerar el deseo de autogestión (Gulliver et al., 2010) .

## LA FAMILIA

Cuando la estigmatización de una persona con esquizofrenia proviene de su propia familia puede ser especialmente doloroso y perjudicial. Cooper (1985) sostiene que la esquizofrenia es el producto de dinámicas de presión familiares que establecen roles estrictos que pueden provocar una crisis identitaria en las personas más susceptibles. La familia es un elemento muy importante para el apoyo y recuperación de la persona, y su actitud hacia la enfermedad puede influir en el curso de esta. En numerosas situaciones, el apodo de 'esquizofrénico', 'loco', es un método para marginar a aquellos que no se ajustan a las reglas familiares y sociales, y la reacción psicótica una respuesta a este tipo de alienación.







Para que la familia y sus niños no sean considerados «desviados», este adoctrinamiento bifásico en la microcultura familiar debe lograr inculcar los valores y las normas de conducta de la macrocultura (el mundo extrafamiliar). En una sociedad en la cual la autoalienación es la regla, estos valores serán valores alienados (...) la persona puede intentar reducir su penosa confusión erigiendo una construcción «psicótica» —por ejemplo, puede afirmar que su mente es controlada por una máquina eléctrica o por hombres del espacio exterior—. Pero tales construcciones son en gran medida corporizaciones del proceso familiar, que posee una ilusión de sustancialidad, pero que no es otra cosa que la forma alienada de la acción o praxis de los miembros de la familia que dominan literalmente. (Cooper, 1985:49-51)

Cooper establece a la esquizofrenia como variable dependiente respecto al contexto familiar. El estigma por tanto, desde este punto de vista no se da de forma posterior a la aparición de los síntomas o comportamientos desviados, si no que aparece de forma paralela a estos. El autoestigma en cambio, aparece como sentimiento de culpa y autorechazo ante la estigmatización sufrida. El estigma por parte de la familia puede manifestarse de varias maneras, como la falta de comprensión o conocimiento sobre la enfermedad, la negación o el ocultamiento del diagnóstico, la falta de apoyo emocional y financiero y la culpa que se le atribuye a la persona por su enfermedad. Es importante destacar que la estigmatización por parte de la familia no es algo inevitable y se puede cambiar con educación, información y comunicación abierta. También existen grupos de apoyo y terapias familiares que pueden ayudar a mejorar la comprensión y el apoyo de la familia.

## ESTIGMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El estigma por parte de los medios de comunicación hacia las personas con esquizofrenia es una de las principales barreras existentes para la reducción de estereotipos y prejuicios por parte de la sociedad. Se refiere a cómo los medios de comunicación representan y hablan sobre la enfermedad mental. Esto puede tener un efecto perjudicial en la forma en que la sociedad percibe la esquizofrenia y a quienes la padecen. El estigma puede manifestarse de varias maneras en los medios de comunicación, como en la presentación de la enfermedad como algo peligroso, violento o incontrolable, lo que puede llevar a la percepción de que las personas con esquizofrenia son una amenaza para la sociedad, por ejemplo en la forma de anunciar algunas noticias en telediarios o periódicos. Además, el estigma también puede surgir por la falta de información o cono-



cimiento sobre la enfermedad, lo que puede perpetuar mitos y estereotipos negativos. Un análisis de 20.000 diálogos de 1.371 programas de televisión concluyó que la descripción que aparecía de las personas con enfermedad mental era de «temidos, rehuidos, causantes de vergüenza y castigados». El 70% de los personajes con enfermedad mental eran violentos. La violencia y el castigo se mostraban como inherentes a la enfermedad en sí e ineludibles. (Mena et al., 2010: 2) La estigmatización de esta manera puede tener consecuencias graves para las personas con esquizofrenia, por lo tanto, es importante que los medios de comunicación informen de manera precisa y justa sobre la enfermedad mental, sin influir en estereotipos o prejuicios y fomentando la comprensión y la empatía hacia las personas que la padecen.

## AUTOESTIGMA

El autoestigma o estigma internalizado, definiéndose este como las reacciones de las propias personas con esquizofrenia al considerar los estereotipos existentes como correctos, produce un agravamiento de los síntomas además de reducir la autoestima y confianza en sí mismos. Los individuos con esquizofrenia experimentan una mayor estigmatización y autoestigmatización, a medida que perciben su estado de salud más deteriorado (García González, 2019). A menudo, la sociedad tiende a asociar la esquizofrenia con violencia, inestabilidad y peligro, lo que puede llevar a las personas afectadas a sentirse avergonzadas, culpables o menos valiosas. Además, los síntomas de la esquizofrenia pueden afectar la percepción de la persona sobre sí misma y hacer que se sienta más vulnerable, desorientada y desanimada. Las personas experimentan reacciones emocionales negativas, pierden el control sobre su situación personal y se sienten incapaces de buscar empleo o vivir de manera autónoma, lo que puede llevarlos a no intentarlo.

Esto puede resultar en un fracaso en su tratamiento y en una mayor resistencia hacia el trastorno en comparación con sus familiares o el profesional de salud mental. Cuando se produce un rechazo anticipado, incluso antes de haber aparecido los síntomas, debido a haber asumido los estereotipos existentes, se denomina estigma percibido o anticipado.

Las personas que sufren de autoestigma internalizan la creencia de que merecen ser objeto de discriminación y experimentan sentimientos de inferioridad. Además, se sienten responsables de la situación en la que se encuentran, lo que indica que el autoestigma se ha arraigado profundamente en ellos.





---

## 8. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA Y AUTOESTIGMA.

El estigma en la enfermedad mental puede considerarse como uno de los factores más significativos que influyen negativamente en el proceso de búsqueda terapéutica y rehabilitación, obstaculizando los tratamientos y el cumplimiento de las prescripciones médicas, lo que produce una ralentización y dificultad efectiva en la reintegración del individuo a la sociedad (Pedersen, 2009). El estigma social proviene tanto de la sociedad como de los profesionales de la salud, y la exposición constante a este tipo de actitudes y creencias puede hacer que las personas con enfermedades mentales internalicen estos estereotipos, lo que puede generar una autoestigmatización. La autoestigmatización se considera más difícil de superar que el estigma social y puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de la persona.

Según Corrigan, el proceso de autoestigmatización consta de cuatro etapas: ser consciente de los estereotipos existentes, estar de acuerdo con ellos, aplicarlos a uno mismo y, finalmente, experimentar una disminución de la autoestima (Corrigan et al., 2011, citado en Martínez, 2017, pág. 11).

En resumen, la persona puede sentirse menos capaz y tener una baja autoestima, lo que puede afectar su calidad de vida. El autoestigma también puede hacer que la persona tenga miedo de buscar tratamiento y de aceptar la ayuda que necesita. Puede aumentar los síntomas de la enfermedad, ya que la persona puede sentirse más estresada y ansiosa. Además, el autoestigma puede afectar la identidad y la autoimagen de la persona, lo que puede llevar a una pérdida de la confianza en sí misma. Por lo tanto, es fundamental abordar el autoestigma en el tratamiento de la esquizofrenia para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la persona. El «capital social» puede actuar como un elemento de resistencia y control que regule el estrés y la liberación de dopamina, que son los procesos neurológicos que intervienen en la aparición de la psicosis. (Allardyce y Boydell, 2006:594)

La presencia de estigma y autoestigma en personas con esquizofrenia puede tener consecuencias importantes en sus relaciones interpersonales. Partiendo de que, el déficit en la interacción



social e interpersonal, constituye un factor relevante en la definición del trastorno (Hernández Lira, 2009), las personas con este trastorno mental pueden sentirse especialmente marginadas y discriminadas por sus familiares, amigos y otros miembros de la comunidad, lo que puede producir su exclusión social y falta de apoyo emocional y social.

Un desafío esencial para individuos con esquizofrenia se refiere a la falta de un trabajo remunerado «normal» o competitivo, que les facilite ser económicamente autosuficientes (Chuaqui, 2009). El estigma y el autoestigma en personas con esquizofrenia pueden tener consecuencias graves en el ámbito laboral ya que suelen sufrir discriminación debido al estigma social asociado con el trastorno mental. Además, el autoestigma puede llevar a la persona a sentir que no puede realizar su trabajo de manera efectiva, lo que puede afectar su autoconfianza y disminuir su rendimiento laboral. Esta discriminación laboral puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la negación de oportunidades de desarrollo y ascenso, asignación de tareas de menor importancia, falta de apoyo y la pérdida del empleo debido a la enfermedad mental. Chuaqui (2005: 46) muestra que

El estigma en los empresarios se basa en el contenido de las representaciones sociales, que pueden tener su origen en: (1) las representaciones de la cultura popular, (2) las imágenes dramatizadas difundidas por los medios de comunicación social o de masas y (3) los procesos difusos de comunicación basados en verdades sólo de oídas, chismes y rumores, que fluyen a través de la sociedad y que caricaturizan la realidad.

La discriminación laboral puede impactar negativamente en la autoestima, la salud mental y la calidad de vida de la persona, y se basa en percepciones sociales. La falta de apoyo social y laboral puede dificultar la reintegración de la persona a la sociedad y la recuperación de su enfermedad, ya que puede aumentar el riesgo de aislamiento y marginación, lo que a su vez puede incrementar el riesgo de recaída y empeoramiento de los síntomas de la enfermedad. En términos generales, la sociedad, los empleadores y el mercado laboral actual suelen tener una percepción negativa basada en estereotipos hacia las personas con esquizofrenia, creyendo que no son capaces de desempeñar de manera efectiva un trabajo productivo en el ámbito laboral convencional (Maqueda y Siurana, 2018). Las conclusiones de Campo Sánchez (2024) evidencian la importancia de poner en marcha acciones orientadas a mejorar las dimensiones no psicóticas de la enfermedad, con el objetivo de aumentar el bienestar y la calidad de vida de este grupo de personas.





---

## 9. CONCLUSIONES

El autoestigma puede dificultar la comunicación y la apertura con los seres queridos, mientras que el estigma puede llevar a la discriminación y exclusión en las relaciones sociales lo que dificultará la integración en la sociedad. Todas estas consecuencias pueden afectar negativamente la calidad de vida y el bienestar emocional de la persona. En la era moderna se ha establecido una mayor responsabilidad personal en relación al bienestar y al éxito económico, lo que podría intensificar el autoestigma en individuos con trastornos mentales a través de la cultura del desempeño. El contexto alienante del capitalismo ha sido puesto en relación con la enfermedad mental y los síntomas de la esquizofrenia por parte de varios autores en sociología y algunos psiquiatras oponiéndose a la reduccionista visión biomédica que ha dominado a lo largo de la modernidad.

La desintegración identitaria y la ausencia de referentes constantes pueden provocar una autopercepción desfavorable en aquellos que no cumplen con las expectativas sociales. Aunque la modernidad ofrece más posibilidades de autodefinición, también produce nuevas formas de alienación, riesgo e inseguridad existencial para los individuos.

Las enfermedades mentales como la esquizofrenia, se presentan como un factor de riesgo de exclusión social en sus dimensiones relacional, económica y política. La estigmatización y la desconfianza en los otros perpetúan dicha exclusión y agrava los síntomas negativos de la enfermedad. Del mismo modo, la (des)estructuración de las formas de vida y de la identidad en las sociedades capitalistas se presenta como un contexto de riesgo para la intensificación de la esquizofrenia como problema social e individual

---

## 10. BIBLIOGRAFÍA

Allardyce, J. y Boydell, J. (2006). Review: The Wider Social Environment and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32: 592–598. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl008>

Álvarez, J. M., & Colina, F. (2007). Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia. *Átopos*, 6, 4-12.

- de África, R., de las Américas, R., & de Europa, R. (2009). Organización Mundial de la Salud Sitios web regionales de la OMS. *Director*, 87, 245-324.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). *Estigma y enfermedad mental* (Vol. 26).
- Arrieta, M., Fernández, M., Bengochea, R., Santacoloma, I., & Gil, D. (2018). Spanish adaptation of the abbreviated form for the Self-Esteem Rating Scale. *MLS Psychology Research*, 1(1), 61–78. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v1i1.112>
- Baudrillard, J. (2024). *Cultura y simulacro*. Editorial Kairós.
- Baudrillard, J. (1983). The ecstasy of communication. *New York*.
- Bauman, Z. (2000). Living in the era of liquid modernity. *Cambridge Anthropology*, 1-19.
- Becker, H. (2010). Outsiders. *Criminology Theory: Selected Classic Readings*, 187.
- Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia bulletin*, 32(2), 238-245. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj013>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Stigma: Barrier to access to mental health services. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (Vol. 43), 3, 162– 167. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>.
- Campo Sánchez, M. D. C. (2024). Análisis de la vivencia de la calidad de vida, autoestima, ansiedad y depresión en personas con esquizofrenia. *MLS Psychology Research*. <https://doi.org/10.33000/mlspr.v7i2.2721>
- Castells, M. (1998). Espacios públicos en la sociedad informacional. *Ciutat real, ciutat ideal. Significat i funció a l'espai urbà modern*, 1-7.
- Comte, A. (1896). *The positive philosophy*. Vol II & III. Trans Version by Harriet Martineau. London: George Bell & Sons
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Paidós. Buenos Aires
- Correa, C. (2015). ‘La salud está de luto’: Estigma institucional y barreras de acceso a servicios de salud para mujeres que ejercen el trabajo sexual en Bogotá (Tesis doctoral).
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177(JUL.), 4–7. <http://doi:10.1192/bjp.177.1.4>
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2009). *Anti-Oedipus: capitalism and schizophrenia*. Penguin.
- Durkheim, E (2001) *Las reglas del método sociológico*. Fondo de Cultura Económica. Mexico.
- Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology*. Routledge.
- Goldstein Jutel, A. (2024). *Putting a name to it: Diagnosis in contemporary society*. JHU Press.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatiga de ser uno mismo Depresión y sociedad*. Ediciones Nueva Visión.
- Faris, R. y Dunham, W. (1939). Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (2003). *Hay que defender la sociedad* (Vol. 229). Ediciones Akal.
- Freud, S. (2021). *Psicología de las masas*. Comercial Grupo ANAYA, SA.



- García González, R. (2019). Estigma Social y Autoestigma en la Esquizofrenia.
- Giddens, A. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Goffman, E., & Guinsberg, L. (1970). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gutiérrez Gutiérrez E. (2022). Sociología y Psicología. Salud mental en las grandes ciudades. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 16(2), 119-141.
- Gutiérrez Foliaco, D., Gutiérrez Yepes, L. C., & Yaspe Jiménez, S. E. (2024). Nivel de autoestigma en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizados en unidades de salud mental. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/12089>
- Han, C. B., Arregi, A. S., & Ciria, A. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Hernandez Lira, N. A. (2009). Entrenamiento en Habilidades Sociales para pacientes con Esquizofrenia.
- Jameson, F. (2016). Postmodernism, or the cultural logic of late capitalism. In *Postmodernism* (pp. 62-92). Routledge.
- Labora González, J. J., & Fernández Vilas, E. (2022). Vulnerabilidad, riesgo y salud: aproximación socioantropológica al diagnóstico como proceso. *En-claves del pensamiento*, 16 (31). <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i31.496>
- Lasch, C. (2019). *La cultura del narcisismo*. Neri Pozza Editore.
- Laing, R. D. (1971). The Divided Self Penguin Books. *United Kingdom*. ISBN 0, 14(020734), 1.
- Laplanche, F. (1973) L'Ethnopsychiatrie. [Ethnopsychiatry -- untranslated] Paris: Editions Universitaires.
- Lemert, E. (2014). Social pathology. In *Understanding Deviance* (pp. 173-179). Routledge.
- Líceá Amador, A. G., Robles Saavedra, D., Díaz Garfía, C. X., & Juárez Chávez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. *TEPEXI Boletín Científico De La Escuela Superior Tepeji Del Río*, 6(11), 34-39. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.
- Maqueda Garijo, J., & Siurana López, S. (2018). Influencia del estigma en el acceso al empleo en personas con trastorno mental grave. *Universidad de Zaragoza*.
- Martínez Martínez, F. (2017). El estigma de la enfermedad mental. actitud de una muestra de universitarios.
- Merton, R. K. (1972). Estructura social y anomia. Cuadernos de la facultad de estudios generales
- Mena Jiménez, A. L., Bono del Trigo, Á., López Pardo, A., & Díaz del Peral, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 597-611.
- Pardede, J. A., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2020). The Symptoms of Low Self Esteem Decline after Being Given Acceptance and Commitment Therapy. *Adv Practice Nurs*, 5 170. <https://doi.org/10.37421/apn.2020.05.170>

- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 39-50.
- Pennington, H. J. (2003). Esquizofrenia, genética y complejidad. *Actualidades en psicología*, 19(106), 139-145.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*, 1-9.
- Prendergast, C. (2013). The unexceptional schizophrenic: A post-postmodern introduction. *The disability studies reader*, 236-245. <https://doi.org/10.3828/jlcds.2.1.7>
- Chuaqui, J. (2002). Esquizofrenia, estigma e inserción laboral. *Psiquiatría y salud mental*, 1, 4-11.
- Chuaqui, J. (2005). El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias sociales*, 2(1), 45-66.
- Chuaqui, J. (2009). Representaciones sociales y capital social, en personas con esquizofrenia, que facilitan o dificultan la reintegración socio-laboral. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Roberts, M. (2007). Modernity, mental illness and the crisis of meaning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(3), 277-281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01074.x>
- Schumaker, J. F. (2001). *The age of insanity: Modernity and mental health*. Bloomsbury Publishing USA.
- Simmel, G. (1986). Las grandes ciudades y la vida del espíritu. *Cuadernos políticos*, 45, 5- 10.
- Sundquist, K., Frank, G. y Sundquist, J. (2004). Urbanisation and incidence of psychosis and depression. *British Journal of Psychiatry*, 184: 293-298. <https://doi:10.1192/bjp.184.4.293>
- Szasz T. (1983) *The myth of mental illness*. In: *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Chapter 2 (ed Szasz, T), 12-24. Marion Boyars, London.
- Tamminga, C. (2022). Esquizofrenia - Trastornos psiquiátricos - Manual MSD versión para profesionales.
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Taylor, C., & Pérez, P. C. (1994). *La ética de la autenticidad* (Vol. 56). Barcelona: Paidós.
- Torres Lugo, D. J., Castillo Ledo, I., Rojas Díaz, I., Masot Rangel, A., Masot Torres, S. J., & Cabrera Pérez, A. E. (2022). La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Revista Finlay*, 12(3), 322-330.
- Wirth, L. (1962). *El urbanismo como modo de vida*. Buenos Aires: Ediciones 3.
- Weiser M, van Os J, Reichenberg A, et al. Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191(4):320-. <https://doi:10.1192/bjp.bp.106.031328>
- Woods, A. (2011). *The sublime object of psychiatry: Schizophrenia in clinical and cultural theory*. International Perspectives in philosophy and psychiatry.