

SOCIOLOGÍA Y ENFERMEDAD MENTAL

Reflexiones en torno a un desencuentro

ESTEBAN SÁNCHEZ MORENO
Universidad Complutense de Madrid

PALABRAS CLAVE ADICIONALES

Etiquetado, Construccinismo, Estrés, Etiología,
Estructura social.

ADDITIONAL KEYWORDS

Labeling, Constructionism, Stress, Etiology,
Social Structure.

RESUMEN. A pesar de que el estudio de las distintas enfermedades mentales ha estado asociado tradicionalmente a la psiquiatría y a la psicología clínica, existen autores y corrientes teóricas dentro de la sociología que han tratado de realizar un aporte constitutivo y específico desde dicha disciplina. El presente artículo se centra en la contribución realizada en torno a la *etiología* de la enfermedad mental. Para ello, examina críticamente algunos de los modelos más relevantes que, desde una perspectiva sociológica, tratan de explicar la aparición de la enfermedad mental. Dicho análisis concluye que los esfuerzos realizados han sido en gran medida infructuosos, y el papel de la sociología en el estudio de la etiología de la enfermedad mental es problemático.

ABSTRACT. Although the study of mental illness has been associated traditionally with Psychiatry and Clinical Psychology, we can find different authors and theoretical frameworks inside Sociology that have tried to offer a specific contribution from this discipline. The present paper focuses on the sociological contribution to mental illness *etiology*: the author examines some of the most relevant models that, from a sociological perspective, try to explain the onset of mental illness. The analysis concludes that these efforts have largely been fruitless and that the role of Sociology in the study of mental illness etiology is problematic.

E-mail: esteban.sanchez@cps.ucm.es

Revista Internacional de Sociología (RIS)
Tercera Época, nº 31, Enero-Abril, 2002, pp. 35-58.

“Si alguno gustase de traer consigo en su litera una hermosa cordera, y para ella quiera como para una hija, vestidura para vestirla, criados para servirla, y oro para enjuarla, y la llame mi bermeja, mi chiquilla, mostrándole grande amor, y quiera darla por mujer a un valeroso hombre; a este tal el Pretor le quite con su interdicto judicial todo el derecho que sobre sí tiene, por hombre no capaz de razón ni de la tutela de sí propio”

Horacio, Sátiras
Libro II, Sátira III

INTRODUCCIÓN

¿Existe una Sociología de la Enfermedad Mental? Formulada en estos términos, la pregunta sólo admite una respuesta afirmativa. La perspectiva sociológica ha ofrecido importantes análisis que han arrojado luz sobre distintos aspectos de las diversas enfermedades mentales. Más aún, la aplicación de conceptos y categorías propias de la sociología al estudio de las enfermedades mentales ha ampliado nuestro conocimiento sobre los procesos implicados en el deterioro psicológico. Ahora bien, la pregunta puede reformularse en términos tales que permita una plausible respuesta afirmativa, pero que al ser objeto de un análisis detallado ponga al descubierto importantes elementos que lleven a pensar que lo más pertinente es una respuesta negativa:

¿Existe una sociología de la *etiología* de la enfermedad mental? En esta forma, la pregunta remite a las aportaciones que, utilizando una perspectiva sociológica, se han realizado para esclarecer las *causas* que intervienen en la aparición de los diversos tipos de trastorno psicológico. Mi intención en este artículo es mostrar que los intentos realizados en este sentido son insuficientes, cuando no frustrantes. Dicho de otra manera, las hipótesis que guían las siguientes páginas son: (a) que no existe una teoría sociológica satisfactoria para dar cuenta de la aparición del deterioro psicológico y (b) que aquellas aproximaciones que en la bibliografía sobre el tema se presentan como teorías sociológicas en torno a la etiología de la enfermedad mental, o bien pasan de puntillas sobre dicho aspecto, o bien no son en realidad teorías sociológicas.

En principio, las afirmaciones recogidas en los dos párrafos anteriores parecen contradictorias. En realidad no es así. Es muy posible que la sociología haya hecho importantes aportaciones a nuestra comprensión de la enfermedad mental, pero también lo es que dichas aportaciones se sitúen lejos de la investigación etiológica. Así, es innegable que análisis como los de Rosen (1974) o, sobre todo, Foucault (1962 y 1967) han desentrañado de forma magistral los procesos sociohistóricos implicados en la constitución de la categoría de “enfermedad mental”, es decir, los vericuetos sociales e históricos a través de los cuales surge en el escenario humano una nueva realidad (la enfermedad mental) y

una disciplina ocupada de su estudio y control (la psiquiatría). Es igualmente innegable que la sociología ha contribuido de forma decidida al conocimiento de la organización de las instituciones responsables del cuidado y restitución de los enfermos mentales, así como al conocimiento del aparato médico y psicológico en general y de los hospitales psiquiátricos en particular (véase, por ejemplo, Levinson y Gallagher, 1964; Rose, 1986; Goffman, 1970). En resumen, hay que destacar el importante papel de la sociología en el análisis de los procesos sociohistóricos implicados en la definición de la categoría de enfermedad mental y de la organización social de la atención a los enfermos mentales. Mi objetivo no es minimizar, ni mucho menos negar, la importancia de estas aportaciones. Lo que plantearé en estas páginas es que los intentos por abordar desde una perspectiva sociológica el problema de la etiología no ha dado los frutos deseados. Como veremos inmediatamente, esta postura entra en clara contradicción con la posición de otros autores, que ven la sociología de la enfermedad mental como un área plenamente constituida dentro de nuestra disciplina, y cuya materialización más tangible sería la reciente publicación de diversos manuales sobre este área temática (Aneshensel y Phelan, 1999; Horwitz y Scheid, 1999)¹.

¿TEORÍAS SOCIOLOGICAS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL?

Que existe una clara conexión entre sociedad y salud mental quedó claro ya con los estudios pioneros que mostraban la existencia de una asociación negativa entre clase social y enfermedad mental (Faris y Dunham, 1939; Hollingshead y Redlich, 1958). Distintas posiciones dentro de la estructura social llevan asociadas diferentes probabilidades de padecer deterioro psicológico, de manera que las posiciones socioeconómicamente menos favorecidas muestran una mayor incidencia de diversos trastornos psicológicos (Bastide, 1965/1988; Dohrenwend y Dohrenwend, 1969; Herrera *et al.*, 1987, 1989; Vázquez, 1982). Por razones de espacio, es imposible ocuparse de los detalles y debates surgidos a partir de esta constatación. Baste decir aquí que estas y otras investigaciones parecen mostrar que existe una causación social en relación a la enfermedad mental, al menos en ciertos trastornos, como por ejemplo la depresión. La sociedad es el origen de la enfermedad mental.

¹ Las páginas que ofrezco al lector son fruto de una larga labor de investigación: alrededor de cinco años de trabajo, parcialmente apoyados por la financiación de la Universidad Complutense y que, entre otros frutos, ha dado lugar a la que fue mi tesis doctoral. Por tanto, el claro tinte crítico de estas páginas supone una mirada reflexiva a mi propia actividad como investigador, y un cuestionamiento (a veces doloroso) de la misma.

Obviamente, la constatación de una asociación entre dos variables de considerable importancia constituye tan sólo el primer paso en la agenda de investigación para cualquier disciplina. Pronto los investigadores trataron de dar cuenta de los mecanismos que vinculaban de forma tan estrecha sociedad y salud mental. Parece inevitable, por tanto, que surgieran teorías sociológicas para la etiología de la enfermedad mental. Según Thoits (1999) tres serían las dominantes en la actualidad: la teoría del etiquetado², la teoría del estrés y la teoría de las constricciones estructurales. Aquí nos ocuparemos tan sólo de las dos primeras, ya que, tal y como la propia Thoits reconoce, la tercera no es sino un conjunto de hipótesis no conectadas salvo por el supuesto común de que la organización social sitúa en desventaja a los individuos y esto provoca mayor vulnerabilidad al deterioro psicológico en determinados grupos sociales. Lamentablemente, el estatus de las otras dos es, como defenderé a continuación, igualmente problemático.

La teoría del etiquetado (o de la reacción social)

Esta teoría, surgida en los años 60, supone, en gran medida, la aplicación de las ideas de Lemert (1951 y 1967) al estudio de la enfermedad mental. Según Scheff (1966a: 25; 1966b), fundador de esta perspectiva, se trata de “una teoría del desorden mental en la cual los síntomas psiquiátricos son considerados como violaciones etiquetadas de las normas sociales, y la enfermedad estable como un rol social”. La mayoría de las enfermedades mentales crónicas no son otra cosa que un rol social, y es la reacción social el determinante más importante en la adquisición de ese rol. Como vemos, es fundamental el concepto de *desviación*. Cuando hablamos de desviación, no nos estamos refiriendo a una característica de la acción en sí misma. La desviación es, por el contrario, una característica de la respuesta del grupo a una determinada acción. El individuo desviado es aquél que ha sido *etiquetado*. Nos encontramos con dos conceptos diferentes. Por un lado, un tipo de actos transgresores que suponen la violación de la norma. Por otro lado, un tipo de actos particulares que han sido *etiquetados* pública y oficialmente como violación de la norma. En diversas sociedades existen desviaciones que se identifican con categorías convencionales (robo, alcoholismo, prostitución, etc.). Sin embargo, cuando un acto rompe una norma y la sociedad ha agotado dichas categorías convencionales para su definición, se recurre a

² Al hilo del análisis de la teoría del etiquetado me ocuparé de otra aproximación no contemplada por Thoits, pero igualmente relevante en la investigación sobre la enfermedad mental: la perspectiva construccionista.

una *categoría residual*, ambigua y culturalmente construida. En sociedades anteriores esta categoría residual era la brujería, la posesión por el diablo o por espíritus, etc. En las sociedades actuales esta categoría es, en gran medida, la de enfermedad mental. “Las diversas formas de ruptura de normas para las cuales la sociedad no tiene una etiqueta explícita y que llevan a menudo a etiquetar al transgresor como enfermo mental serán consideradas técnicamente como ruptura residual de reglas (*residual rule breaking*)” (*ibidem*: 34). En este sentido, la amplitud y ambigüedad de diversos desórdenes psiquiátricos, en especial la esquizofrenia, pueden constituirse en este tipo de categoría (Scheff, 1975b: 7).

Este proceso de aplicación de una etiqueta supone el factor causal más importante de lo que Scheff llama “carreras de desviación residual”, es decir, una secuencia de movimientos desde una posición estigmatizada a otra, en el marco de un sistema social que trata de mantener el control social. Para explicar el proceso a través del cual la reacción social tiene lugar, Scheff recurre a los conceptos de “desviación primaria” y “desviación secundaria” (Lemert, 1951). Para Lemert, existe una amplia gama de factores que pueden explicar la aparición de una determinada conducta desviada. Sin embargo, y desde un punto de vista sociológico, “las desviaciones no son significativas a no ser que sean organizadas subjetivamente y transformadas en roles activos, convirtiéndose en el criterio social para asignar estatus. Los individuos desviados deben reaccionar simbólicamente ante sus pautas sociopsicológicas. La desviación se mantiene primaria o asintomática y situacional en tanto sea racionalizada como función de un rol socialmente aceptable” (Lemert, 1951: 75). En el caso de la enfermedad mental, la reacción social es el factor más importante bajo el cual se estabiliza esta ruptura de normas (residual). La reacción social, en un número reducido de casos, no supone una negación o racionalización de la desviación primaria, sino una exageración o incluso distorsión. Esta pauta de exageración es el *etiquetaje*. Cuando el comportamiento del grupo se da en estos términos, la ruptura de reglas amorfa, no estructurada, tiende a cristalizarse en conformidad con las expectativas de los otros. El comportamiento del individuo etiquetado comienza a ser similar al comportamiento de otros desviados etiquetados como enfermos mentales. El proceso se completa cuando la imagen estereotipada se convierte en parte del individuo como guía de conducta. Nos encontramos con la aceptación del rol de desviado, con la desviación secundaria. “Cuando una persona comienza a emplear su comportamiento desviado, o un rol basado en él, como medio de defensa, ataque o ajuste a los problemas creados por la reacción social hacia él, su desviación es secundaria” (Lemert, 1951: 76). Se trata de un paso en la socialización adulta. En este contexto, el desviado se convierte en una persona cuya vida e identidad se organizan en torno a los hechos de desviación. Por lo tanto, es la reacción social la que provoca la entrada del individuo en el rol de desviado, en nuestro caso el rol de enfermo mental.

La teoría del etiquetado en el marco de la enfermedad mental generó una amplia bibliografía (Scheff, 1966a, 1966b, 1967 y 1974; Scheff y Sundstrom, 1970; Jones y Cochrane, 1981)³, así como una importante oposición. Las principales críticas provienen de Gove (1970a, 1970b, 1975a y 1975b; Gove y Howell, 1974; véase también Chauncey, 1975, y el debate con Scheff, 1975a). La crítica de Gove es doble, al levantar objeciones empíricas y teóricas. Aquí nos centraremos en las últimas, dada su relevancia para el objetivo de este trabajo.

La teoría de la reacción social pretende —y esto es especialmente importante— 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.

Todo lo dicho no niega la utilidad de la teoría de la reacción social en su conjunto. La aplicación de la etiqueta de enfermedad mental tiene, en ciertas circunstancias, consecuencias más o menos serias para el conjunto de personas

³ Quizá el trabajo más citado por los propios teóricos de la reacción social sea el de Rosenham (1973). En esta investigación ocho personas sanas obtuvieron la admisión en hospitales psiquiátricos fingiendo síntomas de esquizofrenia (alucinaciones auditivas). Una vez admitidos, los pseudopacientes comenzaron a comportarse de forma normal o sana (la estancia media en el hospital fue de 19 días, con una estancia máxima de 52 días). Sin embargo, su cambio de comportamiento no fue detectado por el personal del hospital, hasta que fueron dados de alta con el diagnóstico de “esquizofrenia en remisión”. Nos encontramos, según el autor, con una prueba del importante papel del etiquetado en la práctica psiquiátrica. “Una vez etiquetado como esquizofrénico, no hay nada que el pseudopaciente pueda hacer para superar la etiqueta. Ésta tiñe profundamente las percepciones de los otros en relación a él mismo y su comportamiento”. En todo caso este estudio ha sido objeto de fuertes críticas. Por ejemplo, según Cochrane (1983: 153) la conclusión de Rosenham es, en cierto sentido, errónea. Lo que el estudio demuestra es, más bien, que un cierto número de psiquiatras no fueron capaces de distinguir entre una persona enferma y otra que fingía estarlo. La diferencia es muy importante, porque ciertamente los pseudopacientes mostraban síntomas específicos de esquizofrenia. Al solicitar su ingreso en el hospital todos ellos declaraban sufrir alucinaciones de tipo auditivo. De esta forma, aun cuando durante su permanencia en el hospital su comportamiento fue propio de una persona sana, su conducta en general, desde el momento de la admisión, no puede ser catalogada de “sana” en el sentido usual de la práctica psiquiátrica.

así etiquetadas. No se trata de negar la existencia de los procesos de etiquetado y estigmatización que tienen consecuencias directas sobre el enfermo mental y su interacción con los otros. El problema es que la teoría de la reacción social niega la realidad de la enfermedad mental. Esta no sería sino un rol ocupado por individuos tras sufrir un cierto tipo de reacción social, es decir, una categoría residual y no un conjunto de fenómenos individuales (cognitivos, emocionales y comportamentales) que conforman un proceso psicopatológico. La enfermedad mental es una etiqueta, y se explica por esa misma etiqueta. La teoría del etiquetado trata de demostrar la existencia de una reacción social ante la enfermedad mental, y en gran medida lo consigue. Pero lo que no consigue es demostrar su afirmación fundamental, a saber: que el etiquetado no sólo lleva, sino que constituye en sí mismo, la enfermedad mental. En palabras de Cochrane (1983: 168) “la perspectiva del etiquetado se ha convertido, quizá, en una corrección sobredimensionada de la visión tradicional, en la medida que niega la realidad de cualquier enfermedad mental”.

Recientemente, Link y sus colaboradores han tratado de reformular la teoría (Link, 1987; Link, Mirotznik y Cullen, 1991; Link y Phelan, 1999; Link *et al.*, 1989 y 1997). Esta *teoría del etiquetado modificada* señala 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. Así, la gravedad de los síntomas y la naturaleza de la respuesta (la reacción social) hacia esos síntomas determinarán la aparición del etiquetado formal, que en su forma más negativa adquiere las características propias del estigma. Como vemos, por tanto, esta versión modificada puede calificarse de versión débil, ya que renuncia de forma explícita a la indagación en torno a los factores etiológicos para centrarse en los efectos negativos que la etiqueta asociada a la enfermedad mental genera sobre la persona etiquetada (Markowitz, 1998). Pero esta reformulación no es el único eco de la teoría de la reacción social en la actualidad. Si bien no de forma explícita, existe una clara conexión entre sus postulados y los rasgos fundamentales de la aproximación postmoderna (construccionista) a la enfermedad mental. Su análisis nos permitirá profundizar y ampliar nuestra crítica.

Enfermedad mental y construccionismo social

La aplicación de las ideas construccionistas ha dado lugar a un cuestionamiento de la realidad de las categorías de diagnóstico y, en último término, de la enfermedad mental. Su propuesta es más radical que la de los teóricos del etiquetado. Para los construccionistas, incluso la desviación primaria está socialmente construida: la enfermedad mental es una construcción social

(Pilgrim y Rogers, 1993). La radicalidad de su crítica lleva a alguno de estos autores a afirmar que “el cuestionamiento más serio al campo de la salud mental se desprende de la argumentación postmoderna de que gran parte de la ‘ciencia social normal’ perpetúa cierto tipo de mentalidad colonial en las mentes de los académicos” (Hoffman, 1996: 31).

Existe una gran pluralidad y diversidad en las posiciones dentro del ámbito general del construccionismo. De esta manera, parece difícil realizar una síntesis breve de las diferentes posturas y juicios emitidos por los distintos autores. Sin embargo, y en relación con la enfermedad mental, existen ciertos rasgos en común que pueden resumirse en dos fundamentales, íntimamente entrelazados. A saber: en primer lugar, una crítica radical a los distintos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales —DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), ICD (*International Classification of Diseases*)— y al propio concepto de enfermedad mental y diagnóstico; en segundo lugar, la afirmación de que la enfermedad mental supone una forma de discurso propia del ámbito médico-psiquiátrico.

En efecto, la idea de discurso es fundamental para esta aproximación. El término enfermedad mental no es sino una metáfora que se desarrolla en el ámbito del discurso. Los discursos son conjuntos de afirmaciones que construyen objetos y posiciones. En concreto, las distintas formas discursivas contienen especificaciones para los distintos tipos de objeto y las distintas formas de subjetividad. Así definido, esta organización del lenguaje es crucial para la comprensión de la enfermedad mental (Parker *et al.*, 1995: 39).

Esta idea de la enfermedad mental como discurso está presente en prácticamente todas las variaciones de esta perspectiva. En ocasiones, lo radical de las afirmaciones lleva a negar la utilidad de la investigación en busca de los factores etiológicos implicados en la aparición del deterioro psicológico. Así, según Gómez y Coto (1986: 589-590), “La enfermedad mental es un fenómeno comunicacional, no biológico; es supravoluntario, no involuntario (...). Sería más juicioso decir que se hace, y no que se padece. Pero la metáfora de la enfermedad hace 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”.

En este marco se produce la crítica a los sistemas de clasificación diagnóstica. Esta crítica alcanza tanto a las distintas ediciones del DSM, como a las del ICD, y, en general, a cualquier tipo de diagnóstico a través de categorías de enfermedad mental. El punto de partida es que las distintas categorías de diagnósticos constituyen entidades reificadas (Hallan, 1994; Weiner y Marcus, 1994). Los síntomas considerados en los manuales de diagnóstico no son signos que subyacen a una realidad global: la enfermedad mental. Las diversas enfermedades mentales constituyen un discurso en el cual los individuos tienen que operar (Gergen y Kaye, 1996). Las categorías clínicas son consideradas

complejos discursivos, es decir, una forma de discurso donde un sistema de afirmaciones y declaraciones construyen un objeto. Los diagnósticos no son meras descripciones de una realidad objetiva. Más aún, estas categorías son constitutivas: su existencia crea los problemas que pretenden describir. De esta forma, más que identificar el desorden psiquiátrico, los profesionales en este campo “construyen la psicopatología al recurrir a un lenguaje con el cual señalar el desorden. Así, los criterios de diagnóstico pueden ser descritos como argumentos justificatorios más que como signos objetivos” (Parker *et al.*, 1995: 66). Cuando alguien es diagnosticado como depresivo, psicótico, etc., esa persona es ubicada en un rol que ha sido creado por el propio diagnóstico psiquiátrico, y se marca para ella un conjunto de comportamientos y experiencias.

Nos encontramos, en cierto sentido, con una revisión (no explícita) de la teoría del etiquetado. Es la etiqueta la que da lugar a la realidad, y no al contrario. Lo que ocurre es que este etiquetado se produce en las diversas formas discursivas propias de la práctica psiquiátrica. Es el discurso el que produce la enfermedad. Dicho de otra manera, la enfermedad es discurso. Por ejemplo, “los psicóticos son un grupo construido por el diagnóstico, el cual incluye criterios extremadamente diversos, y, como consecuencia, su producción lingüística es tan heterogénea como la de cualquier grupo elegido aleatoriamente. Pero, al mismo tiempo, a causa de los criterios de diagnóstico, los sujetos diagnosticados como psicóticos tienen una mayor probabilidad de producir varios tipos de discurso ‘inusual’” (*ibidem*: 107). El fenómeno que, en principio, parece describirse y descubrirse (la enfermedad mental) está siendo en realidad construido a través de los complejos discursivos.

¿Cuáles son los problemas de esta perspectiva? Conviene apuntarlos, ya que en gran medida la teoría del etiquetado los comparte. El primero de ellos ha sido señalado anteriormente. Al afirmar que la enfermedad mental no es sino una construcción discursiva, se relativiza la importancia de la investigación etiológica. No presenta utilidad alguna conocer los determinantes de la depresión, la esquizofrenia o, en forma más general, los determinantes del deterioro psicológico. Porque no nos encontramos sino ante sistemas de discurso que, en el marco de la práctica psiquiátrica, *crean* la realidad que pretenden descubrir.

Esta relativización de los factores etiológicos es, en ocasiones, algo más que una mera consecuencia de los postulados construccionistas. Se trata de afirmaciones explícitas tal y como se recoge en la siguiente cita de Fruggeri (1996: 69): “Dentro del marco construccionista se reconceptualiza (...) la patología. El meollo de la cuestión no es la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene los síntomas. La investigación no se refiere a las causas de un problema, sino que pertenece a los extraños lazos que surgen de la recíproca determinación de creencias y comportamientos dentro de la experiencia personal e interpersonal. Se presta, así, atención a la función de amplificación y mantenimiento de los extraños

lazos a través de las comunidades social y científica, los valores culturales y el diagnóstico y las prácticas terapéuticas”.

La negación de la utilidad de la investigación etiológica es patente. Los distintos modelos teóricos que tratan de dar cuenta de la aparición del deterioro psicológico no inciden sobre el problema fundamental, puesto que olvidan esos “extraños lazos” o no tratan de desenmarañar la forma discursiva que supone la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad. Bajo este mismo prisma deben considerarse los distintos estudios que conectan el deterioro psicológico con ciertas características individuales y/o socioestructurales, y, en general, cualquier estudio que utilice como criterio de diagnóstico los distintos manuales internacionales, puesto que estos criterios crean, no describen, el deterioro psicológico. Al eliminar todos estos estudios, prácticamente la única producción bibliográfica disponible para el estudio de la enfermedad y la salud mentales es la que se encuadra en el ámbito postmoderno.

Esta crítica se conecta con la negación de la existencia de la enfermedad mental, aspecto compartido con la perspectiva del etiquetado. Este es el segundo problema de la orientación construccionista. En ciertos momentos, como señalábamos anteriormente, la posición postmoderna en relación con la enfermedad mental muestra grandes similitudes con la teoría del etiquetado. El diagnóstico implica una serie de consecuencias, entre las que destaca la definición de un grupo y la inclusión en él de determinados individuos. Esta definición tiene efectos reales en la experiencia, conducta e interacción del sujeto, aun cuando la esquizofrenia, la ansiedad, etc., no sean sino formas de discurso, construcciones sociales, etc. El fenómeno del etiquetado descrito por los teóricos de la reacción social se repite en el contexto de los sistemas discursivos analizados por los teóricos construccionistas, y en ellos se desenvuelve. De esta manera, ambas perspectivas —la teoría de la reacción social y la teoría postmoderna de la enfermedad mental— disuelven la enfermedad mental, ya sea en una etiqueta o en un discurso. Y al hacerlo, se alejan de la identificación de las causas de la enfermedad mental. Una perspectiva, la postmoderna, obvia deliberadamente el problema. La otra perspectiva, la teoría del etiquetado, no es capaz de abordarlo adecuadamente. En ambos casos el resultado es el mismo, a saber: la imposibilidad de ofrecer una teoría sociológica en torno a la etiología del deterioro psicológico. Sin embargo, esta carencia parece más grave en la teoría del etiquetado, ya que su pretensión es la de constituirse en una alternativa (o complemento) sociológica a las explicaciones causales generadas en otras disciplinas (psiquiatría y psicología).

La teoría del estrés

Si tanto la teoría del etiquetado como las perspectivas postmodernas o construccionistas se presentan como alternativas sociológicas a los modelos

tradicionales (fundamentalmente médicos y psicológicos), la paradoja es radical, ya que ambas obvian algunos de los conceptos *fundamentales* gestados en el pensamiento sociológico. Me estoy refiriendo a los elementos de la estructura social, y sus relaciones con ciertos procesos individuales (en nuestro caso, la enfermedad mental). Dicho de otra manera, el énfasis en la desviación secundaria, en el discurso y en la naturaleza metafórica de la enfermedad mental lleva a negar la importancia de los procesos socioestructurales. Estos elementos de la estructura incluyen algunos conceptos clásicos de la investigación sociológica (por ejemplo, la clase social), elementos que son negados u obviados debido a la escasa importancia que la teoría del etiquetado y las perspectivas construccionistas otorgan a los factores determinantes en la aparición del deterioro psicológico, así como en su mantenimiento y remisión (es decir, la etiología de la enfermedad mental).

Pues bien, precisamente la segunda de las teorías enunciadas por Thoits (1999) trata de considerar el papel de los factores socioestructurales. Se trata de la *teoría del estrés*. Tal y como señalábamos anteriormente, diversas investigaciones han constatado la existencia de una asociación entre enfermedad mental y clase social, de manera que las clases menos favorecidas muestran mayor probabilidad de padecer deterioro psicológico. Ahora bien, la afirmación de una conexión causal entre ambos polos (estructura social y enfermedad mental) ha de completarse con la especificación del mecanismo a través del cual se produce esa conexión. Tras las investigaciones pioneras de los años 40 y 50 del siglo XX fue fundamentalmente la Psiquiatría Social la disciplina preocupada por encontrar ese eslabón en la cadena que vinculaba la posición socioeconómica de las personas con su salud mental⁴. Sin embargo, recientemente puede apreciarse la aparición de diversas investigaciones que reclaman un lugar de relevancia para la investigación sociológica, investigación cuyo principal objetivo parece ser precisamente el de hacer inteligible la enfermedad mental a través de la consideración de los factores socioestructurales.

Pues bien, producto de esta efervescencia en la investigación nos encontramos con lo que Thoits denomina *teoría del estrés*. Dos son los elementos fundamentales de esta perspectiva. En primer lugar, que la posición ocupada por las personas dentro de la estructura social supone un factor causal (etiológico) para la enfermedad mental. En segundo lugar, que este papel causal de los factores socioestructurales se concreta a través de una variable mediadora, el estrés. Para

⁴ Cuya hipótesis fundamental señalaba que los estados de desorganización social producidos por la pobreza característica de determinadas zonas urbanas estaban en el origen del mayor impacto de la enfermedad mental sobre las personas pertenecientes a los grupos socioeconómicamente menos favorecidos (Zubin y Freyhan, 1968).

los autores que defienden esta perspectiva, nos encontramos ante una teoría claramente diferenciada dentro de la amplia labor de investigación en torno a la salud mental. Así lo pone de manifiesto Aneshensel (1992: 16), al señalar que “una distinción fundamental entre las orientaciones clínica y sociológica es la cuestión de si los estresores son conceptualizados como socialmente pautados o como independientes de su situación en el sistema social”. Dicho en términos analíticos: para la teoría sociológica de la enfermedad mental el estrés dejaría de ser una variable independiente para convertirse en una variable mediadora.

Así, los estresores no se distribuirían aleatoriamente entre la población, sino que los escenarios sociales generarían las condiciones estresantes que deterioran el bienestar emocional de las personas encuadradas en distintas posiciones dentro del sistema social. Nos encontramos, por tanto, con una teoría que defiende un proceso de causación social que contempla el estrés, a un tiempo, como *consecuencia* de la situación ocupada en el sistema social y como *determinante* de un resultado: el deterioro psicológico. Inevitablemente, dentro de estas coordenadas la influencia negativa de los factores socioambientales sobre el individuo se revelará con mayor fuerza en las esferas ocupacionales y económicas, ya que la desigualdad en el sistema distributivo es la principal característica de los sistemas de estratificación social (Aneshensel, 1992; Pearlin, 1989 y 1991).

La popularidad de esta aproximación es innegable. En general, no supone una desmesura afirmar que una gran parte de las investigaciones recientes que indagan en torno a las influencias sociales en la salud mental se inscribe dentro del modelo del proceso de estrés: desde el desempleo y el subempleo (Dolley, Prause y Ham-Rowbottom, 2000) hasta las características del entorno residencial (Ross, 2000), pasando por el análisis del ciclo vital (Schieman, van Gundy y Taylor, 2001) o las relaciones entre edad y depresión (Miech y Shanahan, 2000), por citar sólo unos ejemplos. En otras ocasiones, las investigaciones abordan de forma directa la hipótesis fundamental de la teoría aquí analizada, a saber: que la posibilidad de una explicación sociológica de la enfermedad mental pasa por afirmar la distribución desigual en la exposición al estrés según la clase social (Aneshensel, Rutter y Lacherbuch, 1991; Dohrenwend, 2000; McLeod y Kessler, 1990).

En resumen, prácticamente cualquier investigación que ponga en contacto variables sociológicas y enfermedad mental se ajusta a la arquitectura conceptual y analítica presente en lo que Thoits denomina *teoría del estrés*. Pues bien, la postura que defenderé a continuación es que dicha perspectiva es insatisfactoria precisamente a causa del inadecuado desarrollo de sus dos postulados principales. En la crítica a la teoría del etiquetado (y a las hipótesis construccionistas) se concluía que su desarrollo teórico llevaba a negar la relevancia de la investigación etiológica. En el caso de la teoría del estrés, el argumento será el complementario: a pesar de esgrimir “argumentos etiológicos”, dichos argumentos no sólo

son erróneos, sino que además dificultan, tal y como han sido desarrollados, la construcción de una sociología de la enfermedad mental. A su vez, este argumento se concreta en una doble crítica, cuyo objeto son precisamente los dos elementos centrales de la teoría anteriormente señalados.

Comencemos por el mecanismo mediador, el estrés. En su búsqueda de procesos que pudieran dar cuenta de la relación existente entre estructura social y deterioro psicológico, era inevitable que los investigadores que enfatizan el papel de lo social en la enfermedad mental se toparan con el estrés. De hecho, la bibliografía que se ocupa del estrés es especialmente abundante. Ahora bien, el problema es que dicha abundancia bibliográfica esconde importantes problemas que hacen del concepto de estrés más bien un proceso a explicar que un mecanismo explicativo. Por un lado, nos encontramos con una multiplicidad de definiciones que convierten al término estrés en una suerte de cajón de sastre. Desde la muerte de un ser querido hasta el ruido del claxon en los atascos de tráfico, el abanico de estresores es tan amplio que prácticamente cualquier situación puede desembocar en estrés. La propia historia del concepto está teñida de fuertes debates en torno a las características que debe reunir una determinada situación para ser estresante. Obviando el análisis histórico, para el cual no dispongo de espacio (véase sin embargo Sánchez, 2000), y centrándonos exclusivamente en los debates actuales, podemos describir el panorama definicional en torno al estrés por su extrema complejidad; complejidad en la que, como trataré de mostrar en las próximas líneas, no se observa una coherencia suficiente como para convertir al estrés en la piedra angular para una teoría de la enfermedad mental.

Una referencia ineludible para comprender la situación a la cual se hace referencia en el párrafo anterior es el trabajo de Holmes y Rahe (1967). En él, los autores definen el estrés como un estímulo externo al individuo, dando lugar a uno de los conceptos más importantes dentro de la investigación en torno al estrés, el concepto de *sucesos vitales estresantes*. Se trata de experiencias recientes que abocan a un cambio vital, requiriendo algún tipo de ajuste o cambio en la vida y rutina de las personas. Como puede apreciarse, para Holmes y Rahe la característica fundamental de dichos sucesos es que implicaban un *cambio* en la vida de la persona que los experimentaban. Por tanto, una situación podría ser estresante independientemente de que acarreará consecuencias positivas (p.e. un ascenso en el lugar de trabajo) o negativas (p.ejemplo muerte de la pareja) para el individuo. Lo realmente relevante era el grado de modificación que exigía en la vida de las personas. Tal presupuesto fue objeto de fuertes críticas, fruto de las cuales la bibliografía sobre estrés en la actualidad destaca la importancia de toda una serie de características que determinarían el nivel de estrés asociado a un acontecimiento determinado (predictibilidad e incertidumbre del acontecimiento, su inminencia y duración, la ambigüedad de la situación de estrés y la diferenciación entre sucesos positivos y negativos) (Labrador, 1995;

McLean y Link, 1994). Serían estas dimensiones las que explican el efecto negativo de los acontecimientos vitales en la salud mental.

Pero además, los sucesos vitales no agotarían el universo de situaciones estresantes que, con mayor o menor frecuencia, experimenta una persona (Wheaton, 1994), sino que suponen un tipo particular de estresor. En este sentido, recientemente se han elaborado diversas tipologías de situaciones estresantes (Aldwin, 1994; Barriga, 1992), siendo posible identificar, además de los sucesos vitales estresantes, dos tipos fundamentales de estresor, a saber: los desastres (tanto naturales como provocados por el hombre) y el estrés continuo o crónico (situaciones persistentes en las vidas de las personas que dan lugar a consecuencias negativas en su salud mental) (Avison y Turner, 1988). En otras palabras, prácticamente cualquier acontecimiento sospechoso de provocar efectos negativos en las personas es susceptible de ser incluido dentro de la categoría de estrés: el desempleo y sus consecuencias económicas para el individuo que lo sufre, un huracán y los atascos cotidianos en los desplazamientos hacia el trabajo, la muerte del cónyuge y los problemas con los compañeros de trabajo... Contemplado desde este punto de vista, el término “estrés” oculta mayor información de la que descubre, escondiendo desacuerdos más que revelando consensos (para un análisis similar, véase Kasl, 1996). En sentido literal, el estrés se ha convertido en una suerte de *categoría residual* de las sociedades occidentales y de sus científicos sociales.

Obviamente, no todos los investigadores se han conformado con añadir un estresor más a la lista de los ya bautizados. Quizá el intento más sistemático para dotar de coherencia teórica a la investigación sobre el estrés es el trabajo de Lazarus y Folkman (1986). Se trata de la perspectiva *transaccional*, en la cual el estrés se considera como un proceso en el cual interactúan persona y ambiente. Para los defensores de esta perspectiva, son fundamentales los mecanismos cognitivos de evaluación; y las estrategias de afrontamiento⁵, en cuanto que proceso psicológico, se convierten en un concepto central en la propia definición del proceso de estrés. El estrés ya no se concibe como una realidad externa al individuo, sino como el producto de un proceso individual de evaluación. Por razones de espacio es imposible exponer con detalle la teoría transaccional. Baste decir que el modelo cognitivo propuesto por Lazarus y Folkman trata de definir el estrés como una transacción entre individuo y ambiente. En esta transacción, sin embargo, son los procesos cognitivos, *intraindividuales*, los

⁵ Definidas como los esfuerzos conductuales y cognitivos (por tanto, individuales) para manejar las situaciones previamente evaluadas como estresantes por la persona.

que determinan de forma directa la aparición de una situación estresante y potencialmente nociva para la persona. De esta forma, podemos afirmar que la aproximación de estos autores supone, al menos hasta cierto punto, una reacción contraria a la tendencia inaugurada por Holmes y Rahe (1967), enfatizando la importancia de los procesos cognitivos y minimizando la importancia del ambiente: el *contexto psicológico-cognitivo* se convierte en fundamental en el estudio del estrés.

La popularidad del modelo descrito ha crecido notablemente. De hecho, su definición de estrés es (prácticamente) universalmente aceptada, y en general se considera que constituye el intento más satisfactorio para el estudio del estrés. En el contexto del presente artículo, el análisis del trabajo de Lazarus y Folkman resulta de utilidad para afianzar mi crítica al uso del estrés como mecanismo de inteligibilidad en los modelos sociológicos. Para ello debemos preguntarnos cuáles son los motivos que explican la popularidad de su modelo transaccional (cognitivo).

Pues bien, la respuesta a dicho interrogante es sencilla y, hasta cierto punto, de sentido común: el modelo cognitivo elaborado por Lazarus y Folkman responde a un importante (quizá el más importante) problema presente en la investigación sobre el estrés. Anteriormente he señalado la abundancia de investigaciones que mostraban la existencia de una clara asociación entre estrés y deterioro psicológico. Ahora bien, dicha asociación, aunque persistente, se caracteriza por su debilidad (Aldwin, 1994; Norris y Murrell, 1987; Pablo, 1993). Dicho de otra manera, la capacidad explicativa del estrés con respecto a la enfermedad mental no se corresponde con la notoriedad y popularidad del concepto. Tal constatación llevó a la búsqueda de otros factores susceptibles de mediar o determinar la relación entre el estrés y la enfermedad mental, factores por lo general de naturaleza psicológica (estrategias de afrontamiento, vulnerabilidad cognitiva, estilos de atribución, autoeficacia, etc.). El modelo de Lazarus y Folkman supera dicho inconveniente incorporando dos de tales mecanismos básicos, de carácter psicológico: los procesos de evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento. Ambos dan sentido a los procesos mórbidos asociados al estrés, y son los verdaderos protagonistas del modelo explicativo. Pero no sólo dicho modelo eligió como elementos protagonistas a los factores cognitivo-psicológicos. En un intento por superar las manifiestas limitaciones con que el concepto de estrés se topó en la investigación empírica, los distintos modelos psicológicos incorporaron procesos mediadores que se erigieron en las claves para dar cuenta de la aparición del deterioro psicológico. Es el caso del modelo de indefensión aprendida reformulado en términos cognitivos y el modelo de desesperanza (Abramson, Alloy y Metalsky, 1989, 1995) o la reciente teoría cognitiva de Beck (1991 y 1996). Todos estos modelos responden a la hipótesis de diátesis (Abramson, Alloy y Metalsky, 1988), es decir, el estrés no tendría consecuencia alguna para los individuos si éstos no mostrasen ciertas

características cognitivas que, activadas por la situación estresante, llevasen al deterioro psicológico. Porque son estas características las que explican, a la vez, la aparición del deterioro y el escaso poder explicativo del estrés en relación a la enfermedad mental.

El panorama, por tanto, es el siguiente. Mientras que la investigación procedente de la psicología se lanzaba a la búsqueda de factores que ayudasen a superar las limitaciones que implica el uso del concepto de estrés, restando protagonismo a este último (en virtud de sus limitaciones) e incrementando el papel explicativo de otros factores, la denominada perspectiva sociológica en salud mental se erigía sobre un pilar titubeante: precisamente, el concepto de estrés. Porque, tal y como hemos visto, la elección del estrés como mecanismo de inteligibilidad en nuestros modelos sociológicos supone, en el mejor de los casos, una elección apresurada, sobre todo si tenemos en cuenta el descuido que las investigaciones muestran a la hora de su análisis teórico de los factores socioestructurales.

La paradoja es especialmente grave. El concepto de estrés se muestra como el fundamental para dar cuenta de la relación entre estructura social y enfermedad mental. Pero precisamente el elemento central para elaborar una teoría sociológica de la enfermedad mental (el elemento socioestructural) es víctima de una falta de atención preocupante. No se hace uso de los importantes avances teóricos en el área de la estructura social, siendo dramáticamente difícil encontrar algún estudio en el cual aparezcan las teorías, marxistas (Poulantzas, 1977; Wright, 1983, 1994) o weberianas (Dahrendorf, 1979; Parkin, 1984; Giddens, 1983), como guía de investigación, como fuente para la construcción de índices de posición o clase social⁶. De esta forma, la estructura social queda reducida, en términos analíticos, a características individuales, generalmente educación e ingresos: la organización social se oculta, y lo que se ofrece es la situación de cada individuo en un continuo más o menos arbitrario definido por una o más variables. Si el protagonista es el mercado de trabajo, no se tiene en consideración la relevancia del desempleo como eje de la estructuración social desde un punto de vista teórico (Parijs, 1993), sino la situación individual dentro del mercado laboral.

El resultado final es un razonamiento engañoso, cuasi-tautológico y espúreo. Engañoso porque el proceso a través del cual se trata de hacer inteligible la

⁶ De hecho, el indicador de clase social más elaborado y utilizado en la bibliografía sobre enfermedad mental es el conocido índice de dos factores de Hollingshead, que combina educación y ocupación, desembocando en cinco niveles (I-V), resultado de la división de las puntuaciones ponderadas en ambas dimensiones.

relación entre estructura social y salud mental convierte en protagonista a un mecanismo, el estrés, cuyo análisis en detalle muestra múltiples fallas: el estrés es más bien una forma de justificación de la investigación que un argumento explicativo. Tautológico porque la tesis fundamental consiste en la afirmación de que las clases socioeconómicamente desfavorecidas muestran mayores niveles de deterioro psicológico a causa de su situación socioeconómicamente desfavorecida. Y espúreo porque si el complemento a la relación entre estructura social y enfermedad mental va a ser el estrés, entonces es mejor no usar argumento alguno, ya que no aporta mayor conocimiento que el ofrecido por los estudios epidemiológicos. En otros términos, al restar protagonismo al análisis teórico de la estructura social, la perspectiva sociológica para el estudio de la enfermedad mental acaba edificando su sistema conceptual sobre el estrés, un basamento insuficiente para una teoría satisfactoria de la etiología de la enfermedad mental.

CONCLUSIONES

En el presente artículo se ha procedido a un análisis de tres de las principales (presuntamente) teorías sociológicas sobre la etiología de la enfermedad mental. Durante nuestro recorrido, se ha realizado una crítica de todas ellas, arribando a una conclusión común: ninguna de ellas es capaz de dar cuenta de los factores determinantes para la aparición del deterioro psicológico. Dicho de otra manera, no existe una teoría satisfactoria para una etiología sociológica de la enfermedad mental. Si se aceptan los argumentos vertidos en las páginas anteriores, este trabajo debe terminar con un interrogante. ¿Es posible una sociología de la etiología de la enfermedad mental?

En este sentido, caben diversas posibilidades. Es posible que el principal problema radique en el insuficiente uso de teorías previas sobre la estructura social, y en el énfasis injustificado en conceptos con escasa capacidad explicativa. Ciertamente, es de recibo buscar mecanismos de inteligibilidad, y en este punto se nos aparecen los fantasmas del pasado, las mismas dificultades con las que topó, por ejemplo, Emile Durkheim para dar con las claves de la relación entre sociedad y suicidio (Ramos, 1998). El “descubrimiento” del estrés no supone un éxito en el ámbito de la investigación sociológica de la enfermedad mental, tal y como espero que haya quedado claro en las páginas de este trabajo. Tal vez la clave se sitúe en una reflexión pausada en torno a los mecanismos que pueden ser de utilidad para arrojar luz sobre los descubrimientos de los estudios epidemiológicos. En este punto, una mirada por los estudios clásicos, como por ejemplo el de Brown y Harris (1978), puede ayudarnos. En dicho estudio, el vínculo entre clase social y depresión queda establecido a través de un detallado proceso de investigación en el cual la descripción de las condiciones de vida,

asociadas a la organización social de la existencia, ofrece un modelo explicativo que, al menos desde mi punto de vista, aún no ha sido superado.

Pero tampoco debemos esquivar otras posibilidades, menos agradables para nosotros en tanto que sociólogos. La cuestión no es otra que la siguiente: ¿Es posible una sociología de la enfermedad mental? O mejor planteado en otros términos: ¿El nivel de análisis propiamente sociológico es competente para adentrarse en la etiología de la enfermedad mental? ¿Puede la sociología dar cuenta del porqué y el cómo un proceso conductual, psicológico e intraindividual, como es la enfermedad mental, aparece y se desarrolla? En otras palabras, de lo que se trata es de preguntarnos si la sociología debe colonizar ciertos ámbitos a toda costa, renunciando en ocasiones a su especificidad.

Mi respuesta no es afirmativa, como tampoco negativa. Quizá porque no me olvido de la interdisciplinariedad, y en este sentido considero que la salud mental es claramente un fenómeno psicosociológico. De ello se desprende que la sociología puede ofrecer análisis fundamentales para comprender la enfermedad mental en nuestras sociedades. Y quiero enfatizar este convencimiento, ya que de otra manera el lector podría llegar a la errónea conclusión de que mi intención es desterrar el razonamiento sociológico de alguna parcela de la realidad (en este caso, de la enfermedad mental). Reitero que la sociología puede ofrecer importantes reflexiones teóricas y conceptuales (y su plasmación empírica) en torno a múltiples procesos asociados a las diversas enfermedades mentales. Pero esto no significa que la *etiología* sea un área en la cual la sociología esté *obligada* a construir modelos explicativos. Dicho de otra manera: no es necesaria una sociología en torno a la etiología de la enfermedad mental para afirmar la relevancia del discurso sociológico en el área que nos ocupa. Pero tal vez sea tan negativo y erróneo negar la utilidad del trabajo sociológico para la comprensión de la enfermedad mental como excedernos en nuestro entusiasmo y asumir irreflexivamente la necesidad de generar modelos sociológicos para todos sus aspectos. Y en torno a uno de estos aspectos (la investigación etiológica) he dedicado las páginas precedentes, teñidas de un fuerte tono crítico en un intento por llamar la atención sobre la necesidad de una pausa y sosiego en nuestra aventura en torno a las causas sociales del deterioro psicológico.

Considero, por tanto, decisivo dilucidar las cuestiones planteadas en estas conclusiones. De hecho, se me antoja un paso previo inexcusable para constituir (o abstenernos de construir) una perspectiva sociológica en torno a la *etiología* de la enfermedad mental. Lo que defiende es que estas cuestiones, si se quiere de intersección epistemológica entre sociología y salud mental, merecen una reflexión sosegada antes de adentrarnos en la construcción de un modelo etiológico si no queremos correr el riesgo de generar tanto falsas expectativas profesionales como modelos teóricos insatisfactorios en el área de la enfermedad mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, L.Y., L.B. ALLOY y G.I. METALSKY (1988), "The cognitive diathesis-stress theories of depression: Toward and adequate evaluation of the theories validities", en L.B. Alloy (coord.), *Cognitive Processes in Depression*, Nueva York, Guilford, pp. 3-30.
- (1989), "Hopelessness depression: A theory subtype of depression", *Psychological Review*, nº 96, pp. 358-372.
- (1995), "Hopelessness depression", en G.M. Buchanan y M.E.P. Seligman (coords.), *Explanatory Style*, Nueva Jersey, Lawrence Earlbaum, pp. 113-134.
- ALDWIN, C.M. (1994), *Stress, Coping, and Development. An Integrative Perspective*, Nueva York, Guilford.
- ANESHENSEL, C.S. (1992), "Social stress: Theory and research", *Annual Review of Sociology*, nº 18, pp.15-38.
- ANESHENSEL, C.S. y J.C. PHELAN (1999), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Nueva York, Kluwer Academic.
- ANESHENSEL, C.S., C.M. RUTTER y P.A. LACHERBRUCH (1991), "Social structure, stress, and mental health: competing conceptual and analytic models", *American Sociological Review*, nº 56, pp. 166-178.
- AVISON, W.R. y R.J. TURNER (1988), "Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains", *Journal of Health and Social Behavior*, nº 29, pp. 253-264.
- BARRIGA, S. (1992), "El estrés en la vida actual: anotaciones para la intervención psicosocial", *Revista de Psicología de la Salud*, nº 4, pp. 3-28.
- BASTIDE, R. (1965/1988), *Sociología de las enfermedades mentales*, Madrid, Siglo XXI.
- BECK, A.T. (1991), "Cognitive therapy. A 30 year retrospective", *American Psychologist*, nº 46, pp. 368-375.
- (1996), "Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology", en P.M. Salkovskis (coord.), *Frontiers of Cognitive Therapy*, Nueva York, Guilford Press, pp. 1-25.
- BROWN, G.W. y T. HARRIS (1978), *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Londres, Tavistock.
- CHAUNCEY, R.L. (1975), Comment on "The labelling theory of mental illness", *American Sociological Review*, nº 40, pp. 248-252.
- COCHRANE, R. (1983), *The Social Creation of Mental Illness*, Londres, Longman Applied Psychology.

- DAHRENDORF, R. (1979), *Las clases y su conflicto en la sociedad industrial*, Madrid, Rialp.
- DOHRENWEND, B.P. (2000), "The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research", *Journal of Health and Social Behavior*, nº 41, pp. 1-19.
- DOHRENWEND, B.P. y B.S. DOHRENWEND (1969), *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry*, Nueva York, John Wiley and Sons.
- DOOLEY, D., J. PRAUSE y K.A. HAM-ROWBOTTOM (2000), "Underemployment and depression: Longitudinal Relationships", *Journal of Health and Social Behavior*, nº 41, pp. 421-436.
- FARIS, R.E.L. y H.W. DUNHAM (1939), *Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses*, Chicago, University Press.
- FOUCAULT, M. (1962), *Mental Illness and Psychology*, California, University Press.
- (1967), *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- FRUGGERI, L. (1996), "El proceso terapéutico como construcción social del cambio", en S. McNamee y K.J. Gergen (coords.), *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, pp. 61-74.
- GERGEN, K.J. y J. KAYE (1996), "Más allá de la narración en la negociación del significado terapéutico", en S. McNamee y K.J. Gergen (coords.), *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, pp. 199-218.
- GIDDENS, A. (1983), *La estructura de clases en las sociedades avanzadas*, Madrid, Alianza.
- GOFFMAN, E. (1970), *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
- GÓMEZ, Y. y E. COTO (1986), "Palabras impertinentes: Contra el concepto de enfermedad mental", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 6, pp. 587-593.
- GOVE, W.R. (1970a), "Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation", *American Sociological Review*, nº 35, pp. 873-884.
- (1970b), "Who is hospitalized: A critical review of some sociological studies of mental illness", *Journal of Health and Social Behavior*, nº 11, pp. 294-303.
- (1975a), "The labelling theory of mental illness: A reply to Scheff", *American Sociological Review*, nº 40, pp. 242-248.
- (1975b), "Labelling mental illness: A critique", en W.R. Gove (coord.), *The labelling of deviance. Evaluating a perspective*, Beverly Hills, SAGE, pp. 3-20.
- GOVE, W.R. y P. HOWELL (1974), "Individual resources and mental hospitalization: A comparison and evaluation of the societal reaction and psychiatric perspectives", *American Sociological Review*, nº 39, pp. 86-100.

- HERRERA, R., J. AUTONELL, E. SPAGNOLO, J. DOMÈMECH y S. MARTÍN (1987), "Estudio epidemiológico en salud mental en la comarca del Baix Llobregat (Barcelona)", *Informaciones Psiquiátricas*, n.º 107, pp. 11-40.
- HERRERA, R., J. AUTONELL, E. SPAGNOLO y R. GISPERT (1989), "Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona) Segunda fase", *Informaciones Psiquiátricas*, n.º 120, pp. 111-130.
- HOFFMAN, L. (1996), "Una postura reflexiva para la terapia familiar", en S. McNamee y K.J. Gergen (coords.), *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, pp. 25-43.
- HOLLINGSHEAD, A.B. y F.C. REDLICH (1958), *Social Class and Mental Illness: A Community Study*, Nueva York, Wiley.
- HOLMES, T.H. y R.H. RAHE (1967), "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, n.º 11, pp. 213-218.
- HORWITZ, A.V. y T.L. SCHEID (coords.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge, University Press.
- JONES, L. y R. COCHRANE (1981), "Stereotypes of mental illness. A test of the labelling hypothesis", *International Journal of Social Psychiatry*, n.º 27, pp. 99-107.
- KASL, S.V. (1996), "Theory of stress and health", en C.L. Cooper (coord.), *Handbook of Stress, Medicine and Health*, CRC, Nueva York.
- LABRADOR, F.J. (1995), *El estrés*, Temas de Hoy, Madrid.
- LAZARUS, R.S. y S. FOLKMAN (1986), *Estrés y procesos cognitivos*, Martínez Roca, Barcelona.
- LEMERT, E.M. (1951), *Social Pathology. A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*, McGraw-Hill, Nueva York.
- (1967), *Human deviance, Social Problems, and Social Control*, Prentice-Hall, Nueva Jersey.
- LEVINSON, D.J. y E.B. GALLAGHER (1964), *Sociología del enfermo mental*, Amorrortu, Buenos Aires.
- LINK, B.G. (1987), "Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An empirical assessment of the effects of expectations of rejection", *American Sociological Review*, n.º 52, pp. 96-112.
- LINK, B.G., F.T. CULLEN, P.E. STRUENING, E.L. SHROUT y B.P. DOHRENWEND (1989), "A modified labeling theory approach to mental disorders; An empirical assessment", *American Sociological Review*, n.º 54, pp. 400-423.
- LINK, B.G., J. MIROTZNIK y F.T. CULLEN (1991), "The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided?", *Journal of Health and Social Behavior*, n.º 32, pp. 302-320.

- LINK, B.G. y J.C. PHELAN (1999), "The labeling theory of mental disorder (II): The consequences of labeling", en A.V. Horwitz y T.L. Scheid (coords.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 361-367.
- LINK, B.G., E.L. STRUENING, J.C. PHELAN y L. NUTTBROCK (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*, n.º 38, pp. 177-190.
- McLEAN, D.E. y B.G. LINK (1994), "Unraveling complexity: Strategies to refine concepts, measures, and research designs in the study of life events and mental health", en W.R. Avison y I.H. Gotlib (coords.), *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, Nueva York, Plenum Press, pp. 15-42.
- 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*, n.º 39, pp. 335-347.
- MIECH, R.A. y M.J. SHANAHAN (2000), "Socioeconomic status and depression over the life course", *Journal of Health and Social Behavior*, n.º 41, pp.162-176.
- NORRIS, F.H. y S.A. MURREL (1987), "Transitory impact of life-event stress on psychological symptoms in older adults", *Journal of Health and Social Behavior*, n.º 28, pp.197-211.
- PABLO, F. (1993), "Estrés y psicopatología: el papel de la investigación epidemiológica", en J. Buendía (coord.), *Estrés y psicopatología*, Madrid, Pirámide, pp. 220-244.
- PARIJS, V. (1993), "Una revolución en la teoría de las clases", en J. Carabaña y A. de Francisco (coords.), *Teorías contemporáneas de las clases sociales*, Madrid, Editorial Pablo Iglesias, pp. 187-225.
- PARKER, I., E. GEORGACA, D. HARPER, T. MCLAUGHLIN y M. STOWELL-SMITH (1995), *Deconstructing Psychopathology*, Londres, SAGE.
- PARKIN, F. (1984), *Marxismo y teoría de clases. Una crítica burguesa*, Madrid, Espasa-Calpe.
- PEARLIN, L.I. (1989), "The sociological study of stress", *Journal of Health and Social Behavior*, n.º 30, pp. 241-256.
- (1991), "Life strains and psychological distress among adults", en A. Monat y R.S. Lazarus (coords.), *Stress and Coping. An Anthology*, Nueva York, Columbia University Press, Tercera Edición, pp. 319-336.
- PHELAN, J.C. y B.G. LINK (1999), "The labeling theory of mental disorder (I): The role of social contingencies in the application of psychiatric labels", en A.V. Horwitz y T.L. Scheid (coords.), *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge, University Press, pp. 139-149.
- PILGRIM, D. y A. ROGERS (1993), *A Sociology of Mental Health and Illness*, Buckingham, Open University Press.

- POULANTZAS, N. (1977), *Las clases sociales en el capitalismo actual*, Madrid, Siglo XXI.
- RAMOS, R. (1998), "Un tótem frágil: Aproximación a la estructura teórica de *El Suicidio*", *REIS*, nº 81, pp.17-40.
- ROSE, N. (1986), "Psychiatry: The discipline of mental health", en P. Miller y N. Rose (coords.), *The power of psychiatry*, Cambridge, Polity Press, pp. 43-84
- ROSEN, G. (1974), *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza Universidad.
- ROSENHAM, D.L. (1973), "On being sane in insane places", *Science*, nº 179, pp. 250-258.
- SÁNCHEZ, E. (2000), "Aproximaciones al concepto de estrés", *Revista Idea*, Facultad de Ciencias Humanas, Argentina, nº 31, pp. 17-48.
- SCHEFF, T.J. (1966a), *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, Chicago, Aldine.
- (1966b), "A sociological theory of mental disorders", en J.D. Page (coord.), *Approaches to Psychopathology*, Nueva York, Temple University Publications, pp. 250-270.
- (1967), "Social conditions for rationality: How urban and rural courts deal with the mentally ill", en T.J. Scheff (coord.), *Mental Illness and Social Processes*, Nueva York, Harper and Row, pp. 109-118.
- (1974), "The labelling theory of mental illness", *American Sociological Review*, nº 39, pp. 444-452.
- (1975a), "Reply to Chauncey and Gove", *American Sociological Review*, nº 40, pp. 252-257.
- (1975b), "Schizophrenia as ideology", en T.J. Scheff (coord.), *Labeling Madness*, New Jersey, Prentice Hall, pp. 5-12, Publicado originalmente en *Schizophrenia Bulletin* (1970), I, pp. 15-20.
- SCHEFF, T.J. y E. SUNDSTROM (1970), "The stability of deviant behavior over time: A reassessment", *Journal of Health and Social Behavior*, nº 11, pp. 37-43.
- SCHIEMAN, S., K. VAN GUNDY y J. TAYLOR (2001), "Status, role, and resource explanations for age patterns in psychological distress", *Journal of Health and Social Behavior*, nº 42, pp. 80-96.
- THOITS, P.A. (1999), "Sociological approaches to mental illness", en A.V. Horwitz y T.L. Scheid (coords.), *A Handbook for the Study of mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 121-138.
- VÁZQUEZ, J.L. (1982), "Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la salud mental", *Documentación Social*, nº 47, pp. 13-27.
- WIENER, M. y D. MARCUS (1994), "A sociocultural construction of depression", en T.R. Sarbin y J.I. Kituse (coord.), *Constructing the Social*, Londres, SAGE, pp. 213-231.

WHEATON, B. (1994), "Sampling the stress universe", en W.R. Avison y I.H. Gotlib (coords.). *Stress and Mental Health. Contemporary Issues and Prospects for the Future*, Nueva York, Plenum Press, pp. 77-114.

WRIGHT, E.O. (1983), *Clase, crisis y estado*, Madrid, Siglo XXI.

(1994), *Clases*, Madrid, Siglo XXI.

ZUBIN, J. y F.A. FREYHAN (1968), *Social Psychiatry*, Nueva York, Grune y Stratton.