

## Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental

### *Press and asocial representations of mental illness*

**José Ramón BUENO ABAD<sup>1</sup>**  
**Francisco José MESTRE LUJÁN<sup>2</sup>**

Fecha de Recepción: 11-12-2002

Fecha de Aceptación: 18-07-2005

#### RESUMEN

*El área de investigación de Psicología Comunitaria de la Universidad de Valencia ha abordado la imagen de los trastornos mentales desde la teoría de las Representaciones Sociales, considerando empíricamente la Representación que en la prensa escrita posee la enfermedad mental en la era de la post Reforma Psiquiátrica.*

*La muestra de la prensa seleccionada ha sido analizada a partir del perfil diferencial de cuatro periódicos, que incluye el análisis cuantitativo y cualitativo de cómo el posicionamiento ideológico y el ámbito de la tirada se relacionan con la ubicación, extensión y contenido de las noticias aparecidas en la prensa española durante los años 1997 y 1998.*

*Para ello, se han seguido los trabajos de Leventhal y cols.1980, 1982 y 1984, y Sanders,1982; Lau y Hartman, 1983; Hofstadt, 1996 y Moos, 1997, cuyos resultados señalan que la información con capacidad para incidir sobre las conductas de enfermedad y el afrontamiento de la misma, son las disponibles en el tejido social respecto a la identidad del trastorno, etiología, curso, terapia, duración y tipo de curación.*

*Los resultados de la investigación indican contenidos provenientes del pensamiento científico y la judicialización de la agresión como núcleo central de la representación, fuertemente influidos por el posicionamiento ideológico de la prensa y en menor medida por el ámbito de su tirada.*

<sup>1</sup> Catedrático de UE del Área de Investigación de Psicología Social de la Universidad de Valencia. [joserbueno@uv.es](mailto:joserbueno@uv.es)

<sup>2</sup> Doctor en Psicología por la Universidad de Valencia. [pacomestre@ono.com](mailto:pacomestre@ono.com)

### **PALABRAS CLAVE**

*Medios de comunicación, Psicología comunitaria, Representaciones sociales, Enfermedad mental, Integración social, Agenda setting.*

### **ABSTRACT**

*The research area of Communitarian Psychology in the University of Valencia has tackled the image of mental disorders from the viewpoint of the theory of Social Representations, empirically considering the Representation that mental illness undergoes in the written press and in the era of post Psychiatric Reform.*

*The samples of the chosen press have been analysed taking the differential profile of four newspapers as starting point, including a quantitative and qualitative analysis of how ideology and print run are connected to the location, the length and the contents of those news appeared in the Spanish press from 1997 to 1998.*

*In order to achieve this, the next works have been followed: Leventhal and cols. (1980, 1982, 1984), Sanders (1982), Lau and Hartman (1983), Hofstadt (1996) and Moos (1997), whose results detect that the information able having an impact on illness behaviour and illness facing, are those available in the social net of society respected to the identity of the disorder, aetiology, course, therapy, duration, and type of cure.*

*The results of the research include contents coming from both scientific thought and the judicialization of aggression as the core of the representation, strongly influenced by the ideological positioning of the press and in smaller measure by the setting of their edition.*

### **KEY WORDS**

*Mass media, Communitarian psychology, Social representations, Mental illness, Social integration, Setting agenda.*

## PRESENTACIÓN

Desde una perspectiva psicosocial a menudo se concibe a la sociedad y a los diferentes sistemas que en ella actúan, como la causante de la enfermedad mental o al menos como precipitante de la misma. Sin embargo, el tejido social no se define exclusivamente por una unidimensionalidad mórbida, sino que por el contrario, también puede suponer una importante fuente de recursos de todo tipo, consustanciales a las interacciones sociales de donde todos extraemos los elementos que integran nuestra salud, identidad y biografía.

En este sentido, este artículo se centra en el estudio desde una perspectiva comunitaria, de las Representaciones Sociales de la enfermedad mental en los medios de prensa escrita. Exploramos, por tanto, esa área de la conducta social donde el individuo, la familia y las diferentes instituciones aparecen interrelacionadas entre sí y afectadas por un fondo de conocimiento común, social y cultural, del que forman parte relevante los Media y que orientan las conductas sociales de los sujetos.

Para ello, partimos de la teoría de las Representaciones Sociales, que como marco teórico, permite el estudio de las conductas sociales como un todo integrado de contenidos, tanto en su carácter emocional como en su perfil de racionalidad intencional.

Metodológicamente nos hemos servido del análisis de contenido, ya que supone, desde un enfoque cuantitativo y cualitativo, la técnica más apropiada para cuantificar la regularidad de las imágenes y representaciones de un fenómeno social a partir del análisis de los Medios de Comunicación (Clemente, 1992; Martínez García, 1992).

En lo que respecta a los Medios analizados, mostramos como la información que difunden obedece a la confección de una agenda (Shaw, 1979) donde los contenidos están relacionados diferencialmente con el ámbito de la tirada y con el carácter ideológico de su política editorial.

Enumeraremos a lo largo del artículo aquellos temas y elementos que resaltan por su centralidad en el tratamiento informativo de los trastornos mentales y que, a la vista de otros trabajos de campo, se relacionan con el estigma social que sufren las personas con enfermedad mental y las consecuencias psicosociales que se derivan del mismo para el tratamiento de los trastornos psicóticos (Rodríguez Marín, 1995).

### 1. Las representaciones sociales de las enfermedades mentales

Durante la primera etapa de la *communication research* los estudios sobre los efectos de los Media asumieron la existencia de un impacto directo y a corto plazo sobre las opiniones y actitudes de las personas (Wolf, 1996). Sin embargo, resulta paradójico que en contradicción con este sesgo individualista, en esta teoría *hipodérmica* haya perdurado la idea de una masa atomizada e influenciable, que de algún modo poseía una mente colectiva capaz de ser manipulada fácilmente por informadores expertos (McQuail y Windahl, 1997).

Dada la ambigüedad e indemostrabilidad de este planteamiento, cada vez son más los modelos de comunicación que se centran en el estudio de los efectos a largo plazo de los Media, desde una perspectiva crítica y culturalista (Hall *et al.*, 1978; Fiske, 1989), propiciando con ello un salto cualitativo en la investigación medial, al centrar sus objetivos en la

descripción de cómo esas actitudes y opiniones individuales forman parte de un determinado sistema simbólico, donde los Medios de Comunicación potencian un marco común de categorías interpretativas de la realidad, y en el que ellos mismos, no adoptan necesariamente el modelo clásico de comunicación, sino que son a la vez emisores y receptores de la distribución de conocimientos y representaciones de distintos fenómenos sociales, producto de heterogéneos grupos reflexivos y que mantienen una comunidad de intereses y expectativas (McCombs y Shaw, 1972; Moscovici, 1976; Noelle Neumann 1995; McQuail, 2000).

### **1.2 Características de la transmisión y contenidos del pensamiento de sentido común**

Las categorías definitorias de la realidad social, que aparecen ante el individuo como constitutivas de lo cotidiano e incontestables por su naturalidad, al ser compartidas por los grupos sociales, devienen en formas de pensamiento social de sentido común con características propias y definitorias, subrayadas por diferentes investigadores que lo diferencian del pensamiento religioso o científico y que no se reduce a meros estados de opinión colectiva (Jodelet a, 1983; Moscovici, 1976) .

Este pensamiento de sentido común está constituido por tres elementos generales que conforman su sociogénesis, evolución y contenidos, y que son definidos como la *información* de la representación, la *valoración emocional* que suscita y el *campo de representación* de la misma, donde aparecen en conceptos e imágenes, construcciones semánticas con un direccionalidad y contenidos delimitados por el bagaje cultural del grupo social.

De hecho, estas representaciones sociales se nutren de conceptos que poseen una vigencia mediática y social, pero que la interacción grupal descontextualiza del pensamiento institucionalizado, reelaborando un nuevo tipo de conocimiento compartido que orienta nuestras conductas y actitudes sociales, y que como fuente de categorización social, constituye nuestra identidad grupal al forzar a las personas a posicionarse valorativamente ante un fenómeno dado.

Junto a este componente emotivo o actitudinal e interactuando con él, en toda representación social encontramos diferentes fuentes de *información*, que definen en parte, la variabilidad de la misma.

La información disponible para los sujetos está limitada por el marco de sus relaciones sociales y la capacidad tecnológica de su contexto social. Esta accesibilidad desigual a la información utilizable genera una diferenciación en las categorías con que las personas definimos los fenómenos sociales.

De hecho, la interacción personal, los Media y la capacidad limitada que tienen los seres humanos para acceder a estos recursos, determinan, cualitativa y cuantitativamente, diferentes *campos de representación simbólica* sobre los mismos hechos de la realidad, que, a partir de la presencia de diferentes conceptos y categorías de lenguaje, explicitan simbólicamente una forma específica de entender los hechos sociales y que no es reductible a las ideologías o a actitudes individuales, sino que de forman un conocimiento social diferente que interconecta a ambas (Jodelet, 1986a).

Los procesos sociales por los que estas representaciones sociales elaboran el pensamiento social son la *objetivación*

y el anclaje. La naturaleza de nuestras interacciones y las características de la sociedad mediática simplifican y objetivan la naturaleza de los conceptos científicos, religiosos o ideológicos, que, a su vez, adquieren significados discordantes en la medida en que se *anclan* en los sistemas de creencias ya existentes, formando un pensamiento social diferente de los elementos que lo forman y sin parangón en etapas históricas anteriores, característico e ideosincrático de las sociedades actuales (Rouquette, 1986).

### **1.3 Los antecedentes de la investigación sobre las representaciones sociales de las enfermedades mentales**

El marco de investigación descrito ha encuadrado tradicionalmente los trabajos sobre la salud y la enfermedad mental en el grupo de análisis de la representación como campo estructurante, donde la misma es considerada como expresión de la sociedad que la genera, que la dota de significados según el marco socio-histórico vigente y la interacción de los grupos que se muestran interesados en la comprensión de la salud mental o bien pretenden difundir un mensaje comprensivo de la misma de acuerdo con sus intereses o necesidades.

En este sentido, cabe destacar los trabajos realizados en nuestro país por, Páez (1983, 1986), Martínez y Herreros (1985), Buendía (1985), Ayestarán (1985, 1986), Itza, Pinilla y Paez (1987), Cabruja (1988), Madrigal (2000) y Mestre (2002).

Todos estos estudios se centran en la búsqueda de interpretaciones compartidas y elaboradas por los grupos sociales respecto a la salud y la enfermedad, ya que estos sistemas de creencias y opiniones son utilizados en la interacción

social y mediática para clasificar y explicar las características y categorías que definen la enfermedad mental, orientando con ello las conductas sociales de los sujetos y el comportamiento de afrontamiento de la enfermedad, a partir de las expectativas de los grupos de referencia y la percepción que el sujeto tiene de su dolencia (McWire, 1985).

Desde el momento en que se convierten en un cuerpo de conceptos que son utilizados asiduamente, condicionan la interacción social y lo que es más importante, constituyen en sí mismos la realidad social, en la medida en que grupos e individuos les conceden valor de realidad. De hecho, la máxima de W. I. Thomas sobre que "si los hombres definen como reales unas situaciones, reales serán sus consecuencias" (McQuail 2000, pag. 542) sigue siendo enormemente vigente en las sociedades actuales, proclives más que nunca a la virtualidad mediática.

En este contexto, las investigaciones de Ayestarán de 1985, a través de cuestionarios, señalaban que el campo de representación de la enfermedad mental para pacientes, familiares y profesionales, se definía desde ítems como *chiflado, loco y enfermo mental*, aparejados a una categorización negativa de *pasividad, peligrosidad y dependencia* de estos enfermos.

En sus estudios preliminares y a partir de una revisión bibliográfica sobre las actitudes frente a la salud mental, que abarcaba los trabajos realizados en este campo desde 1955 hasta 1981, constató que aunque la población no tiene una representación nítida de la enfermedad mental se consideraba que los enfermos mentales debían ser mayoritariamente encerrados.

Así mismo, ser etiquetado como enfermo mental conllevaba una carga de valo-

ración peyorativa. Esta categorización social era reconocible a partir de una conducta irracional e imprevisible, falta de control y peligrosidad social.

Además, confirmó que las representaciones de la enfermedad mental están enmarcadas en tres modelos representacionales diferentes, ligados a las creencias religiosas y al pensamiento científico (Kaplan, 1971; Melus, 1982; Townsend, 1975; Ayestarán, 1985) y que se resumen en la existencia de una representación mágica o sobrenatural, donde la enfermedad se debe a un ciclo natural e imprevisible, ligada a comunidades en desarrollo. Una representación biomédica, que concibe la enfermedad mental a partir de causas biológicas e incurables, ligada a un entorno agrícola y por último, una representación psicológico-funcional donde la enfermedad se debe a causas externas, casi siempre problemáticas o estresantes que asume como posible la recuperación del enfermo a la que el mismo debe contribuir. Esta última representación se relaciona con los entornos urbanos.

En este trabajo, Ayestarán (1985) señala que, dependiendo del rol profesional, los técnicos de las instituciones de salud eran, efectivamente, favorables a mantener una cultura asilar o bien potenciaban la autonomía personal y la rehabilitación e integración social de los pacientes y que esto estaba relacionado con la asunción de una representación biomédica o de carácter psicosocial respectivamente.

Por otro lado, los enfermos representaban dichas instituciones como lugares de encierro y asilo y a sí mismos, con la misma visión negativa que las personas normales tienen de ellos, aunque rechazando ser etiquetados como enfermos mentales (Martínez y Herreros, 1985; Arzac, 1985). Por lo que se concluye que

la conducta de profesionales, pacientes y familiares a partir de representaciones biomédicas o psicosociales está incidiendo en los objetivos de las instituciones y en el comportamiento de los agentes sociales y profesionales. Como consecuencia de ello y lo que es más importante, las representaciones sociales afectan, de hecho, *al curso y evolución de la enfermedad mental*.

Por tanto, debemos asumir que los trastornos mentales son representados de modo diferente según la representación social de los sujetos, independientemente de la "verdadera" naturaleza y psicopatología de estas enfermedades, así como la existencia de diferentes conductas sociales consecuentes con dichas representaciones, capaces de redefinir el curso y la terapia de estos trastornos.

A pesar de que la mayoría de las revisiones bibliográficas confirman las actitudes de rechazo hacia los enfermos mentales y la dinámica cambiante de las representaciones sociales de la locura, se ha indicado, en ocasiones de modo reduccionista, que un cambio en dichas actitudes podría mejorar las conductas hacia estos enfermos. Sin embargo, se ha observado que aunque existan valoraciones individuales más favorables hacia ellos, los prejuicios y temores continúan presentes persistentemente en la población (Cabruja, 1988). Lo que a la postre confirma que dichas actitudes se encuentran ligadas a conjuntos sociales estables de imágenes, creencias y opiniones de los que las mismas son un elemento importante, pero no el único a tener en cuenta [(Rosenberg y Hovland, 1960; Fariña, 1982; Rabkin, 1972), los dos últimos citados por Ayestarán (1985)].

De hecho, estas actitudes se relacionan con las creencias, opiniones y conductas originadas a partir del marco

social, histórico y cultural (Adorno, 1950) que con un carácter más holístico y resistente al cambio conforman las representaciones sociales que poseen las personas respecto a las enfermedades mentales, su naturaleza, etiología y terapia.

Por otro lado, en su estudio sobre el campo representacional de la locura, Cabruja (1988) encuentra, tres años más tarde y con ello confirma de nuevo, la representación estable y negativa del enfermo mental como *irresponsable, irracional, diferente, imprevisible, amenazante, peligroso, con una sensibilidad frágil y especial para el afrontamiento de los problemas y causa de humillación para la familia*. Sin embargo, la valoración negativa del enfermo mental no es la única constante observada. La relación entre esta categorización y las conductas de exclusión de los grupos sociales también suponen una persistente característica de las representaciones de las enfermedades mentales.

Jodelet (1983), en su estudio sobre las representaciones sociales de la locura, nos describe un pequeño pueblo francés llamado d'Ainay-le-Château, en una comarca del centro de Francia que acoge a enfermos mentales de forma institucionalizada desde principios de siglo XIX. En su tesis, Jodelet profundiza en la relación entre las elaboraciones socio-cognitivas y la adopción de comportamientos concretos. A partir de dicha relación, se evidencia cómo las familias acogedoras poseen un ritual higiénico y peculiar en los usos de los utensilios y de las estancias de la casa, a fin de evitar que la locura del huésped pueda pasar a la familia por medio del contagio. Así, al establecer una distinción en el trato, se mantienen las diferencias y los sanos no son asimilados a los enfermos, a su vez y a causa de ello, el enfermo mantiene constantemente su estatus de

extraño, de alienado, aún en un medio social normalizado.

De esta forma, la política institucional de integración de la población psicótica se transforma en exclusión social solapada, al chocar con la representación social de la locura y sus correlatos conductuales. Por ello, las conductas y actitudes favorables a la integración no pueden entenderse como una consecuencia inevitable y subsiguiente a la creación de recursos sociales, sino que deben proponerse y analizarse en la interacción entre instituciones sociales y el marco simbólico y representacional que legitima la conducta de los sujetos.

Puesto que los habitantes d'Ainay-le-Château contaban con una representación social de la enfermedad que contenía la etiología de la enfermedad mental, una tipología *lega* de los diferentes trastornos mentales y un código de conducta que contemplaba tanto rituales domésticos como sanciones morales respecto a comportamientos sentimentales y que *afectaban por igual a sanos y enfermos*, podemos establecer una segunda conclusión respecto a que la representación social de un fenómeno dado define las interrelaciones de los grupos sociales en su globalidad, desbordando a los agentes directos y extendiendo su representación al conjunto del tejido social. De modo que la representación de la locura lleva implícita una definición de la inteligencia, la enfermedad, la conducta normal y la desviada, compartida por los grupos sociales, con un grado de coherencia determinado por su proximidad o lejanía al problema, pero presente en todo el tejido social.

En cualquier caso, las conclusiones en el estudio de las representaciones sociales de la enfermedad mental, apuntan a una representación heterogénea, pero que sin embargo marca fuertemente

el comportamiento social a través de una evaluación negativa y estigmatizante del enfermo y su dolencia.

Por otro lado, como ya se ha mencionado, dichas representaciones aparecen cruzadas de diferentes modelos científicos según los grupos sociales que se analicen, sugiriendo atribuciones externas respecto al inicio de la enfermedad (modelo psicosocial), pero perpetuándose una visión biologicista y de incurabilidad para el curso de la misma (modelo biomédico).

En realidad, no son modelos científicos lo que se constata, sino sus representaciones, que posiblemente evidencian el deseo de evadir la potencial responsabilidad personal y familiar en el origen y afrontamiento del trastorno, al mismo tiempo que propugnan la resignación ante lo incurable y la preponderancia de la responsabilidad del especialista en el tratamiento de la enfermedad. Por lo que podemos resumir una tercera premisa básica, la variabilidad individual en las representaciones sociales de la locura viene determinada en este caso, por contenidos del pensamiento científico reelaborados socialmente, a fin de preservar la autoestima y la propia identidad individual en el marco de las relaciones interpersonales. De este modo, las representaciones sociales encarnan una forma concreta de conducta social que reconstruye la información ambigua con el fin de afrontar los trastornos mentales, al mismo tiempo que intenta garantizar la cohesión de la institución familiar, e incluso, la legitimación de determinados grupos profesionales y comerciales que monopolizan su tratamiento.

#### **1.4 Enfermedad mental y representaciones sociales de los modelos de la ciencia**

La función social de esta representa-

ción de la enfermedad mental no sólo favorece el tratamiento asilar y excluyente del enfermo y sus familias, sino que también legitima la atribución de medidas concretas a un sistema de salud profesionalizado y donde las relaciones sociales aparecen ajenas al desarrollo y terapia de los trastornos psicóticos. No resulta extraño que las soluciones biotecnológicas, consecuentemente, gocen en este campo de una confianza general, rayana en el dogma y la sacralización. Es así como junto a los adelantos terapéuticos y farmacológicos, el extrañamiento social y la institucionalización del enfermo mental siguen estando en la base de la representación social de los trastornos mentales a partir de la hibridación funcional de creencias científicas, religiosas e ideológicas.

De hecho, en la sociedad contemporánea, son los paradigmas científicos y su popularización a través de los medios de comunicación los que generan y reflejan a la vez, las representaciones sociales de la enfermedad mental. La ciencia y la tecnología dominan el conocimiento de saber popular y los paradigmas científicos se amalgaman con las creencias y hábitos preexistentes en las sociedades actuales, produciendo revoluciones simbólicas que afectan a todas las áreas del conocimiento y del comportamiento social.

Sabemos que las representaciones sociales de estos trastornos, por las investigaciones precedentes, se mueven en el marco de dos representaciones básicas inspiradas en el modelo biomédico y en la intervención psicosocial. Es este el cuerpo de conocimientos sobre el que se elabora el perfil actual del enfermo mental, la terapia más adecuada, así como las estructuras de rehabilitación, sanitarias o sociales y la velocidad con que se han de producir las inversiones públicas bajo el dictado de la opinión,

que juzga sobre la base de informaciones mediáticas, sentimientos e interacciones sociales (Noelle Neumann, 1995). Marcos de referencia representacional que se transforman en realidad, e impregnan la vida cotidiana por el hecho de ser creencias compartidas socialmente. Por ello, es necesario recalcar que no analizamos las limitaciones o virtudes de los modelos científicos sino las consecuencias psicosociales de su representación. Y lo hacemos en un momento de transición, entre el inicio de la reforma psiquiátrica de 1985 y el surgimiento de un nuevo modelo comunitario de intervención social en salud mental, en un contexto de categorización negativa cuyos rasgos más significativos al inicio de la reforma han sido ya expresados aquí.

### **1.5 Representaciones sociales, ciencia y conductas de enfermedad**

La enfermedad, como conjunto de síntomas que conllevan un pronóstico y un curso determinado, obedece en su definición a la nosología que determinan las clasificaciones científicas. Sin embargo, la reacción que las personas adoptan cuando creen que padecen una sintomatología determinada, como la búsqueda de ayuda terapéutica o la adhesión al tratamiento, se define como conducta de enfermedad (Taylor, 1990).

Sabemos que las conductas que las personas expresan en el afrontamiento de los trastornos mentales y la asunción de roles determinados, están influenciadas por variables psicosociales como la información que se posee al respecto, la percepción de la autoestima, y el apoyo y la participación social, que juegan un papel esencial de protección ante la aparición y curso de los trastornos mentales (Lin y Ensel 1989; Musitu, 1996).

Por otro lado, a partir de las formula-

ciones del modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977), estas variables de carácter social y psicológico se convierten en una parte esencial de la investigación y el tratamiento, ya que sabemos que las relaciones y eventos estresantes generan una exacerbación de la sintomatología psicótica.

En consecuencia, la persistencia de una categorización social negativa y excluyente del enfermo mental se traslada al cuadro clínico de este, aumentando su vulnerabilidad ante las relaciones sociales, minimizando la posibilidad de apoyo y participación social y disminuyendo los propios recursos como la autoeficacia percibida o la autoestima. Así mismo, el rechazo a ser considerado como un enfermo mental dificulta la detección temprana de los síntomas y la adhesión posterior al tratamiento al minimizar la conciencia de enfermedad (Cornblatt, 1992; Moos, 1997; López-Ivor, 2000 ; Mestre, 2002).

La percepción de una determinada enfermedad puede ser condicionada por tres grupos de factores concretos. Aquel que hace referencia a elementos socio-demográficos y personales, como edad, sexo o nivel de renta; los factores relacionados con las características clínicas de la enfermedad, como curso, pronóstico, tratamiento, gravedad, duración, curación, naturaleza de las discapacidades y el tipo de cambios en la apariencia física y funcional que produce, y por último, aquellos factores ambientales y del contexto social, como el espacio vital, el apoyo social y la participación en redes secundarias o la calidad de las relaciones en las redes primarias y familiares (Moos, 1977).

Estas tres áreas generales determinan una adecuada asunción de las conductas de enfermedad, su negación o bien la aparición del estrés como elemento

resultante de la percepción de la falta de las habilidades necesarias para afrontarla. Por lo que el grado y estabilidad de las conductas que un enfermo mental crónico puede asumir, salvando el hecho de que la propia evolución de la psicosis puede minimizar o sobrevalorar aspectos relevantes, depende de la información socialmente disponible sobre los elementos que proporcionan al sujeto, información sobre la sintomatología del trastorno, su gravedad, la materialidad de la afección, la percepción de la dolencia por el grupo social, así como su interpretación sobre la base de las experiencias previas, expectativas, actitudes y opiniones del sujeto y de sus grupos de referencia (Moos, 1977; Sanders, 1982).

Por tanto, a un nivel más concreto, la representación social sobre la naturaleza de la enfermedad mental, las etapas de la misma, la complejidad del tratamiento, el grado de exigencia de cambios comportamentales, o la importancia de los efectos secundarios, junto con la estabilidad de las redes sociales y familiares determinarán, no solo el reconocimiento de la sintomatología psicótica, sino la aceptación o no del tratamiento terapéutico y la posibilidad de que ese entorno social se transforme en un factor de estrés o por el contrario constituya una fuente de apoyo e integración social.

Abundando en este enfoque, Moos (1977) añade lo que él llama *el significado de la enfermedad*, subrayando la importancia entre otros factores, de *la valoración, normas y expectativas de los otros*. Es aquí donde cobra especial importancia el análisis del contexto personal (familia, amigos, grupos de referencia) y el contexto socio-cultural (normas, valores, Recursos, etc.), al formar parte de ese sistema simbólico que es capaz de dotar de nuevos significados a los trastornos psiquiátricos. Porque a partir de los respectivos conocimientos y

posiciones sociales, cada agente social interpreta de modo diferente el trastorno, su trascendencia y su significación. Es en este contexto, donde las conductas de enfermedad de los sujetos se ven influenciadas por la *información* que los grupos sociales tienen de los trastornos mentales y que se han constatado y descrito a partir de diferentes formulaciones teóricas y metodológicas [(Becker y Maiman, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980; Ewart, 1991) en Rodríguez Marin (1995)].

En todos ellos, la incidencia de los factores simbólicos de origen social queda patente en su relación con las conductas de enfermedad a adoptar. Ya que en su conjunto estos autores señalan la interrelación entre estos elementos y las pautas conductuales y actitudes necesarias, para que se establezca un patrón estable de afrontamiento de la enfermedad y la asunción del rol de enfermo, no como una etiqueta despectiva, sino desde la aceptación activa de los cambios oportunos para mantener una adecuada calidad de vida.

En este contexto, donde la ubicación de externalidad de las estructuras sanitarias, respecto a las redes sociales en las que se definen los trastornos mentales y las características del modelo biomédico, como único garante efectivo en el tratamiento de estos trastornos, contrastan con el hecho de que sea el estigma social de la enfermedad mental el que provoca, en buena medida, que los enfermos mentales sean discriminados en la vivienda y el empleo, o que sufran categorizaciones sociales más bajas que los convictos o minusválidos. Considerados como peligrosos, se les dificulta el tratamiento y alojamiento en espacios normalizados, y la opinión pública se divide mayoritariamente entre aquellos que optan por la integración "pero no junto a mi patio" y aquellos que decidi-

damente se inclinan por el encierro. Esquemas que incluso algunos profesionales de la sanidad adoptan en la manifestación de conductas de estigmatización mayores que la población en general y por último, en la constatación de que el propio enfermo en este momento, se categoriza a sí mismo más negativamente que los profesionales y los propios familiares (López-Ibor, 2000).

Estos hechos justifican sobradamente, por su necesidad y oportunidad, aquellas investigaciones que consideran las Representaciones Sociales como elementos sociales de primer orden para la comprensión de las creencias y conductas sociales y sus consecuencias sobre la prevención y tratamiento de los trastornos mentales.

## **2. Prensa y enfermedad mental como objetivos de investigación social**

En abril de 1985 la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica, sentó las bases en nuestro país para el inicio formal de la desinstitutionalización de los enfermos mentales. Dado que sus informes abogaban por la instauración de una nueva política basada en la rehabilitación e integración social de estos enfermos, era pertinente sondear las imágenes sociales y mediáticas respecto al desarrollo de la Reforma.

De este modo, se realizaron algunos estudios que aunque recogían esa imagen negativa del enfermo mental ya referida (Abrego, 1989), también contenían matices diferenciados.

Así, la investigación del Instituto Andaluz de Salud Mental (I.A.S.A.M, 1987) detectaba como etiología preponderante, las causas biopsicosociales; el "modelo actitudinal" preferente en prensa era de carácter psicologicista y comu-

nitario; los marcos teóricos con más referencias periodísticas eran el psiquiátrico y el psicológico y la terapéutica preferible se relacionaba en mayor medida con el tratamiento psiquiátrico que con la reclusión institucional.

Los enfermos mentales se relacionaban con noticias en las que aparecían delitos y homicidios y en general, se constataba una "buena prensa" respecto a las expectativas y significado de la reforma psiquiátrica.

Sin embargo, quince años después de iniciada la reforma y con un desarrollo desigual en cada una de nuestras Autonomías, la V Conferencia Europea de Promoción y Educación para la Salud de la OMS de mayo de 2000, calificaba a la enfermedad mental como la principal preocupación socio sanitaria europea de la próxima década.

En este contexto, el área de Psicología Comunitaria de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valencia, interesada en los aspectos relacionados con la salud, la enfermedad y la exclusión social ha desarrollado una línea de investigación sobre las representaciones sociales de diferentes fenómenos sociales como la imagen de la mujer o los servicios sociales en la prensa escrita, que ha incluido también y de forma significativa, el análisis de las representaciones sociales de trastornos como el SIDA o las enfermedades mentales.

La investigación sobre esta última área mencionada, ha supuesto el rastreo y análisis de cuatro periódicos, dos de tirada nacional y dos de carácter autonómico de la Comunidad Valenciana (ABC, El País, El Levante y Las Provincias), correspondientes a los años de 1997 y 1998. El número total de ejemplares ha alcanzado la cifra de 2920, lo que supone la totalidad de los periódicos comprendidos en

dicho espacio temporal. Las noticias analizadas ascienden a 1115, utilizando para el análisis cuantitativo de las mismas, el cuestionario CATMEPES basado en el instrumento CASPESS (Bueno Abad, 1996) ya validado en investigaciones precedentes y adaptado a los objetivos de la investigación sobre los trastornos mentales y la prensa escrita (Bueno Abad y Mestre, 2002).

Dicha adaptación ha supuesto la elaboración de 52 variables expresadas a través de 492 ítems definitorios de los trastornos mentales, recogiendo en su estructura las orientaciones que se desprenden de los trabajos de Leventhal y cols (1980, 1982 y 1984) y Hofstat (1996), por los que las conductas de enfermedad están influidas por la información disponible y predominante sobre la etiología, curso, pronóstico, duración y curación de estos trastornos.

Así mismo, el cuestionario de seguimiento de la prensa escrita, recoge la información desde un enfoque ecológico, en el que los enfermos, las familias, los profesionales y las Instituciones, pueden adoptar un discurso diferente de acuerdo con su posición social respecto a la enfermedad, lo que permite una integración posterior del amplio espectro iconológico de la locura distribuido mediáticamente a los grupos sociales.

### **2.1 Los contenidos de la agenda periodística respecto a los trastornos mentales**

Los presupuestos de la Agenda Setting resumidos por Shaw (1979, pp. 96-105), indican que *“como consecuencia de la acción de los Medios, el público es consciente o ignora, presta atención o descuida, enfatiza o pasa por alto, elementos específicos de los escenarios públicos”*.

Es así como los media no proporcionan sólo noticias, información aséptica, sino también las categorías por las cuales interpretar el hecho social publicado. Facilitan a las personas los elementos comunes necesarios para que estas formen las representaciones sociales de aquellos aspectos de la ciencia o de la sociedad, que no entienden o no pueden adquirir de otro modo. Determinan *el orden e importancia* de los temas que serán objeto de la comunicación interpersonal y también la *centralidad* de los mismos, respecto al propio discurso de los media.

Por ende, dichos aspectos en su materialidad posibilitan la evaluación de las representaciones sociales a partir de la cuantificación de la mayor presencia de determinados conceptos y categorías, la ubicación de las noticias en el espacio periodístico, así como en la continuidad temática y calidad de contenido con que dicho argumento refleja la presencia de grupos sociales “efectivos”, con capacidad suficiente para impulsar normas y pautas de conducta afines a sus intereses y expectativas.

#### **2.1.1 La imagen de la enfermedad mental.**

En este contexto y en un examen exploratorio de las frecuencias y porcentajes que aparecen en la muestra, los resultados del análisis cuantitativo han demostrado como los temas con mayor relevancia en enfermedad mental (EM), son los referidos a la *agresión y a los aspectos judiciales de la misma* (24 y 26% respectivamente, de las noticias de la muestra).

-Las causas que originan los artículos son, en primer lugar, *la agresión producida por el enfermo* (34%) y en segundo lugar *la divulgación científica* (24%),

sobre todo desde una orientación biomédica de los trastornos mentales.

- Los tipos de enfermedades con mayor presencia en las noticias son por este orden, la *Esquizofrenia* (12%), la *Depresión* (11%), los *Trastornos de Personalidad o Psicopatías* (7%), el *Alzheimer* (6%) y los *Trastornos de Ansiedad* (6%).

- *Objetivación*: Cabe resaltar que estos trastornos no se objetivan ya como *locura* (4%), sino preponderantemente como *enfermedad* (26%).

- *Distintividad*: Los trastornos mentales no son claramente identificados como de naturaleza *psiquiátrica* (19%), *psicológica* (12%) o *neurológica* (8%) sino que obedece a una naturaleza indefinida resumida como *mental* (33%).

- El diagnóstico y curso más sobresaliente es el de una enfermedad *grave* (6%), *crónica* (7%) e *incurable* (3%), destacando la escasa presencia en las noticias periodísticas, de estos datos clínicos definitorios de la naturaleza de los trastornos mentales.

- La etiología obedece a causas *genéticas* (6%) y *orgánicas* (5%), pero también *sociales* (6%), aunque con una menor presencia de esta última, respecto al conjunto de los ítems que prefiguran una causación de carácter biomédica.

- La terapia que se refleja en prensa es la *del internamiento* (13%) y la *intervención psiquiátrica* (12%) seguida por la *integración social del discapacitado* (10%).

- Las circunstancias asociadas al trastorno mental con mayores frecuencias son, el *diagnóstico psiquiátrico* (14%) y el *conflicto familiar* (12%), mientras que las condiciones sociales son, de nuevo, el *conflicto familiar* con el 22 % de las noti-

cias de la muestra, el *aislamiento social* (10%) y el *rechazo social* (8%).

- Por último, las consecuencias legales que con mayor persistencia aparecen en prensa son el *procesamiento judicial* (14%) y la *detención policial* (10%).

Por tanto, podemos observar cómo la imagen más frecuente en prensa de los trastornos mentales, encarnando su grado de *noticiabilidad*, obedece a una temática ligada fundamentalmente a la agresión y sus consecuencias legales. De hecho, los periódicos analizados en la investigación abarcan un total de 730 días, las noticias relacionadas con la agresión y sus derivaciones legales suponen un total de 542, lo que significa que prácticamente cada día, en uno de los periódicos de la prensa analizada, aparece una noticia relacionando la agresión o sus correlatos legales con la enfermedad mental.

Además, la característica más sobresaliente de la agresión descrita es que resulta *ser generada por el propio enfermo*, estando principalmente referida a la esquizofrenia y donde todos los síndromes son objetivados en su conjunto bajo la definición general de enfermedad mental y cuyas consecuencias asociadas más señalables son el rechazo social y el conflicto familiar.

También podemos confirmar la presencia de las dos orientaciones científicas que informan sobre estos trastornos. Una de carácter biomédica, con una mayor presencia en prensa de sus elementos característicos y otra de orientación psicosocial pero menos definida, que generan explicaciones divergentes sobre la terapia y etiología de las enfermedades mentales.

Por último, es importante observar cómo aquellos ítems que informan sobre

las características clínicas de estos trastornos, como son el diagnóstico, curso, etiología y curación, obtienen los menores porcentajes en la información que difunde la prensa sobre estas enfermedades, frente a la agresión y su corolario judicial, por lo que estos, cuando son citados por los Medios escritos, se presentan descontextualizados de las teorías científicas de las que emergieron y aplicados de modo generalizador y ambiguo sobre un conjunto de síndromes heterogéneos.

### *2.1.2 La imagen del enfermo mental.*

Respecto al perfil que nos ofrece la prensa sobre el enfermo mental, este corresponde mayoritariamente al de un *varón (38%) integrado en las redes sociales (23%), de entre 25 y 50 años (16%) y con familia propia (14%) en una situación de ambiente familiar conflictivo, donde la agresión a terceros y a familiares son las circunstancias personales más mencionadas (21 y 16% respectivamente). Este varón es calificado como enfermo (22%) y agresor (19), como sus características más distintivas.*

De estos datos cabe resaltar la confirmación de la importancia y persistencia de la agresión también en el perfil del enfermo mental. Donde el tratamiento psiquiátrico, parece resultar insuficiente para evitar que esta imagen obedezca a la de un enfermo que agrede a pesar de estar tratado y diagnosticado.

Por otro lado, la fuerte presencia de un hombre integrado con familia propia, tan distinta a las circunstancias sociales del enfermo mental crónico, apunta a que la agresión reflejada en prensa tiene un origen multicausal y que independientemente del diagnóstico "real" del agresor, este es descrito y asimilado a un trastornado o enfermo mental, por lo que

resultaría necesario que en la información periodística se deslindaran los diferentes agentes y contextos en que se da la agresión referida y que, sin embargo, aparecen de nuevo bajo conceptos generalizadores que remiten a los enfermos mentales como agentes de conductas violentas. De acuerdo con el discurso mediático, parece que, todo enfermo mental es un agresor y todo agresor es un enfermo mental.

Para describir correctamente la agresión inespecífica que describen los periódicos consultados, deberíamos hacer un esfuerzo diferenciador de la misma, apareciendo claramente diferentes formas que agresión que describimos del modo siguiente: La agresión psicótica, originada en el curso de una crisis esquizofrénica o similar; la agresión morbosa, característica de situaciones de estrés o trastornos de personalidad; la agresión de género, relacionada con problemas emocionales y relacionales, y por último, la agresión simbólica técnico-instrumental, que obedece a la judicialización de la enfermedad mental, esto es, a la transformación de los delitos en enfermedades mentales y de estas en delitos, por la acción ante los medios, de los profesionales de la abogacía y a las propias características del discurso mediático. Estos actos de agresión, que obedecen a causas y contextos sociales diferentes, la prensa los reproduce como si fuera un mismo fenómeno indiferenciado y adscrito a esa área difusa de los enfermos mentales y sus dolencias.

### *2.1.3 La imagen de las Instituciones implicadas.*

Respecto a las noticias relacionadas con el entorno familiar y el asociacionismo, observamos que la mayoría de ellas coinciden en la apelación de los familiares de los enfermos mentales a las admi-

nistraciones *en demanda de ayuda* (5%) y en un mismo porcentaje, observamos cómo son los propios familiares los que acaban *denunciando* al enfermo mental a la policía (5%). Cuando estas familias se agrupan, sus demandas en prensa cambian cualitativamente y se dirigen a la consecución de la *integración social* del enfermo mental (3%) y a la denuncia y *crítica* de las actuaciones relacionadas con la administración sanitaria (3%) y la de servicios sociales (3%).

Los porcentajes más elevados correspondientes a las instituciones implicadas en los trastornos mentales, consecuentes con los datos aparecidos en la investigación, se refieren preponderantemente a la presencia de la administración central a través de las actuaciones de la *administración de justicia* (23%) y las *fuerzas de Seguridad* (14%).

Por último, los/as profesionales que configuran mayoritariamente la opinión en torno a los trastornos mentales son *psiquiatras* (19%), *médicos* (10%) *abogados* (17%) y *jueces* (10%), siendo del 18% el porcentaje relativo al conjunto de las *fuerzas del orden*.

En este contexto es necesario mencionar que los/as *psicólogos* (8%) y *trabajadores sociales* con un 2%, respectivamente, mantienen una presencia muy por debajo de los principales grupos de profesionales con mayor participación en las noticias periodísticas y que ambos colectivos cuando aparecen, lo hacen mayoritariamente dentro de la atención privada, en relación a peritajes judiciales y en la esfera sanitaria respectivamente. Esto resulta revelador respecto a la insuficiente contribución de estos profesionales en la conformación de la opinión pública y lo que es más reseñable, el prácticamente inexistente rol social de estos expertos en la definición de los trastornos mentales

desde una perspectiva comunitaria y de servicios sociales.

De estos datos se desprende de nuevo, el papel central de la agresión y sus consecuencias jurídicas. Así mismo, la fuerte presencia de la psiquiatría configura de manera persistente la importancia del modelo biomédico para la comprensión de los trastornos mentales, aunque no determina ya por sí solo la representación social de las enfermedades psíquicas en la información medial.

Por último, es importante señalar el salto cualitativo en las respuestas de los familiares cuando se agrupan en Asociaciones, que transforman la solicitud inespecífica y desesperada de ayuda, a la crítica de las Instituciones; y la denuncia policial, a la preocupación por la integración social del enfermo mental crónico.

Es necesario destacar que algunos de los datos reseñados hasta aquí, analizados estadísticamente en un segundo paso de la fase cuantitativa, han resultado con diferencias significativas, existiendo un trato diferencial de los mismos, descrito más adelante en el análisis sobre la variabilidad de los contenidos periodísticos.

Sin embargo, es oportuno recalcar que la prensa escrita presenta de forma homogénea y compartida, como rasgos esenciales de la información que difunde, una imagen de los trastornos mentales que de modo claro y contundente ilustra como un problema social no resuelto por la reforma, va evolucionando para transformarse en un problema judicial que excluye y criminaliza a los enfermos mentales.

De hecho, las áreas temáticas en las que se encuadran la mayoría de los contenidos en prensa obedecen a estructuras *judiciales*, a hechos relacionados con

la *agresión* producida por el enfermo mental y al *modelo bio médico*, definido a partir del internamiento hospitalario, la psiquiatría y la terapia génica y farmacológica.

En un papel más reducido, casi como telón de fondo y de forma incipiente, observamos la presencia de categorías que definen un modelo de Intervención Social, que todavía no podemos llamar comunitario. Anclado en conceptos que integran la discapacidad psíquica y la mental en un todo indiferenciado, potencian la visión de un enfermo discapacitado que recuerda la acción asistencial más que la potenciación de las capacidades del enfermo mental y que conlleva una asimilación en el imaginario popular del minusválido psíquico y el enfermo mental crónico.

### **3. La variabilidad informativa debida al ámbito de la tirada y al carácter ideológico del medio**

Junto a conceptos e imágenes compartidas, es oportuno señalar que la prensa analizada no presenta un perfil absolutamente homogéneo en todas las variables estudiadas (TABLA 1). De hecho, en veintiséis de las variables analizadas han aparecido diferencias significativas referidas a las dos características esenciales de la información muestral: el ámbito de la tirada de la prensa analizada y el posicionamiento ideológico editorial de los periódicos de la muestra.

Estas dos características mencionadas tienen un amplio historial teórico como elementos esenciales del impacto diferencial de los Media sobre la audiencia. Así, McLuhan (1962) al menos intuitivamente, pudo analizar cómo los diferentes soportes tecnológicos y las condiciones estructurales de cada medio

determinan la factura del mensaje y con ello el contenido del mismo.

La transformación que el material periodístico sufre desde que es recogido hasta que es seleccionado y difundido, se debe a causas organizacionales e ideológicas generadas en el proceso de confección y venta del producto informativo, la red informativa territorial, las expectativas de los redactores sobre el tipo de público diana, las expectativas sobre el contenido de los otros media, el impacto esperado de determinadas líneas temáticas y noticias y el tamaño y recursos de la organización periodística, influyen en el contenido de las noticias a través de la burocracia organizacional y su posicionamiento ideológico, entendiéndolo este último, como aquellos valores y creencias compartidos socialmente y que superan lo meramente individual y personal, singularizando el perfil editorial de medio y la tematización de sus contenidos (Lewin, 1947; Lippman 1922; McQuail 1999; Chomsky, 2001, 2002; Fishman, 1980).

En nuestra investigación, al reseñar los términos de prensa conservadora o progresista, nos referimos al tipo de efectos sociales y el plazo temporal de los mismos descritos por Golding (1981), que sitúa el *cambio cultural y la redefinición de la realidad* como consecuencias de la ideología mediática, así como a las diferentes concepciones con que cada periódico adopta valores y creencias sobre el grado y ritmo del cambio social. Y esto es consecuente con la descripción de las ideologías de la sociedad *post*, donde el conservadurismo se relaciona con las creencias y actitudes formalistas y tradicionales, mientras que el progresismo lo hace con actitudes rupturistas, humanitaristas y de confianza en el dominio de la técnica y en el conocimiento de los profesionales para la solución de los problemas sociales (Seoane, 1993; Seoane *et al*, 1996).

**Tabla 1**  
**Variables de la investigación y características de la muestra**

	V. de Ubicación	Imagen del enfermo mental	Imagen de la enfermedad mental	Imagen de las Instituciones
Sin diferencias (23 variables)	-Día -Año -Pág, Graf-Art -Posición del artículo -Posición del gráfico -Extensión en líneas del gráfico	-Edad -Sexo -Nº de hijos -Situación familiar -Autonomía -Atribución sobre los antecedentes	-Diagnóstico -Etiología -Duración  -Consecuencia Legales	-Ingresos familiares -Antecedentes familiares -Reacción familiar -Administraciones, Sector y Representantes Públicos.
Mayor relación con el ámbito de la tirada (8 variables)	-Mes		-Temas -Tipos de EM -Distintividad de la EM -Situación Descrita	
Mayor relación con el posicionamiento ideológico (16 variables) + 2 (Agresión, Salud)		-Contacto social -Residencia -Rol asociado	-Hecho causal de la noticia -Objetivación de la EM -Terapia -Curación -Consecuencia Sociales -Circunstancias Asociadas  -Antecedentes Situacionales	-Noticias Institucionales  -Sector Profesional

En cualquier caso, es necesario destacar que al observar diferencias significativas en las noticias de los media, nuestra primera hipótesis confiaba en poder explicarlas a partir del ámbito de la tirada, como reflejo de un mayor “dramatismo” en la crónica de sucesos de los periódicos autonómicos. Sin embargo, aunque este hecho está presente, la variabilidad observada, presenta una mayor relación y significatividad con el posicionamiento ideológico de la prensa analizada (progresistas: El País y Levan-

te; conservadores: ABC y Las Provincias). Es aquí donde la metodología estadística nos permitió reflexionar sobre la influencia de dicha variable, sus consecuencias y características. Una influencia significativa, como no podía ser de otro modo, ya que la causa por la que la prensa no adopta un mensaje totalmente homogéneo, generador de consenso formal y aparente, es precisamente por la existencia de la pluralidad ideológica y de intereses que caracterizan a las sociedades democráticas.

También es importante mencionar la expectativa que guardábamos sobre el papel de los profesionales de la comunicación. Ver si realmente podían ejercer una función de “guardianes” (gatekeeping), de los textos informativos (White, 1950; Lippman, 1922), permitiendo el paso de unos contenidos y eliminando otros según sus esquemas, percepciones y valores, lo cual hubiera proporcionado una determinada relación entre la variabilidad observada, el contenido de las noticias y la presencia continuada y significativa de profesionales determinados.

Sin embargo, los datos de la investigación apuntan a que la contribución individual del periodista no resulta relevante y que este se atiene a una agenda determinada por la organización a la que pertenece, al menos en el tema de los trastornos mentales.

Así, mientras que el 69% de los artículos están firmados con el nombre genérico de “La Redacción”, en el resto de noticias aparece una ingente nómina de periodistas. De hecho el 31% restante se reparte de modo difuso entre una cifra superior a los dos centenares de profesionales, sin que existan diferencias significativas respecto al número de periodistas que han informado sobre los contenidos periodísticos analizados en la investigación.

Por lo que nos encontramos con una abundante variabilidad en la presencia de periodistas que sin embargo, no se refleja en la agenda temática de los medios, ya que entre otras cosas, dichos periodistas no continúan estables durante mucho tiempo en un área temática que les permita lograr algún conocimiento especializado sobre el tema del cual escriben.

Doscientos treinta y ocho periodistas coinciden a lo largo de dos años en unas

representaciones sociales concretas, hecho explicable de acuerdo a variables estructurales de los media que desbordan la opinión individual de los profesionales del periodismo y generan una “opinión publicada” que alude a un orden simbólico preestablecido.

Parece que, al menos en lo que respecta a la enfermedad mental, los periodistas no disponen de mucho espacio para vigilar nada, más allá de su propia continuidad inestable en sus secciones temáticas y en sus respectivas empresas, guardianas de un orden simbólico que replican de modo continuado y estable desde el discurso mediático.

### **3.1 El ámbito de la tirada (nacional /autonómico)**

En lo que respecta al ámbito de la tirada y su influencia significativa y de acuerdo con los datos obtenidos en el análisis de correspondencias y las pruebas  $\chi^2$ , podemos observar que la prensa autonómica, presenta una mayor *presencia temporal* de las noticias referidas a estas dolencias, ya que aparecen en sus páginas durante casi todos los meses del año, sobre todo durante la época de invierno, frente a la prensa nacional, más cercana a los meses de verano y principios de otoño.

– *Los temas* en los que estas noticias aparecen en la prensa autonómica se encuadran en las áreas referidas a la agresión, los aspectos legales de la misma y aquellas noticias referidas a servicios sociales, frente a la prensa nacional, más cercana a la temática referida a la investigación médica y científica y a la psiquiatría.

– *Los tipos de enfermedad* más cercanos a la prensa autonómica son la esquizofrenia y las psicopatías, frente a los

trastornos de ansiedad de la prensa nacional. La depresión y el Alzheimer sin embargo, muestran una presencia muy similar en ambos polos.

- La prensa autonómica presenta una gran variedad en la calificación de la *distintividad* de los trastornos mentales, etiquetando incluso a los mismos síndromes como psicológicos, psiquiátricos y mentales, frente a la prensa nacional que fundamentalmente los califica con una naturaleza neurológica.

- Las mayores diferencias respecto a la situación descrita por la prensa autonómica es la de la agresión a familiares y los delitos cometidos por los enfermos mentales, frente a la prensa de tirada nacional más cercana a la descripción de la agresión a terceros, el incumplimiento terapéutico y los accidentes que involucran a algún enfermo mental.

- En cuanto a los recursos solicitados por las asociaciones, la prensa autonómica se hace eco principalmente de la necesidad de recursos residenciales e inespecíficos, salas de agudos en hospitales y recursos ocupacionales, frente a la prensa nacional que se caracteriza fundamentalmente con recursos como la vivienda protegida.

- Los profesionales que aparecen en la prensa autonómica se insertan en el campo de la psiquiatría, enfermería, la abogacía, la medicina y las fuerzas de seguridad, frente a la prensa nacional donde vuelve a aparecer la neurología como campo más representado y también con una fuerte presencia de la psiquiatría en sus noticias.

Todos estos datos configuran a la prensa autonómica como vehículo de noticias centradas en la agresión, sobre todo, cuando de ésta son objeto los familiares del enfermo, y también sobre sus

consecuencias legales, donde la distinción en la naturaleza de los trastornos resulta indiferenciada y los recursos que se solicitan son mayoritariamente de tipo asistencial.

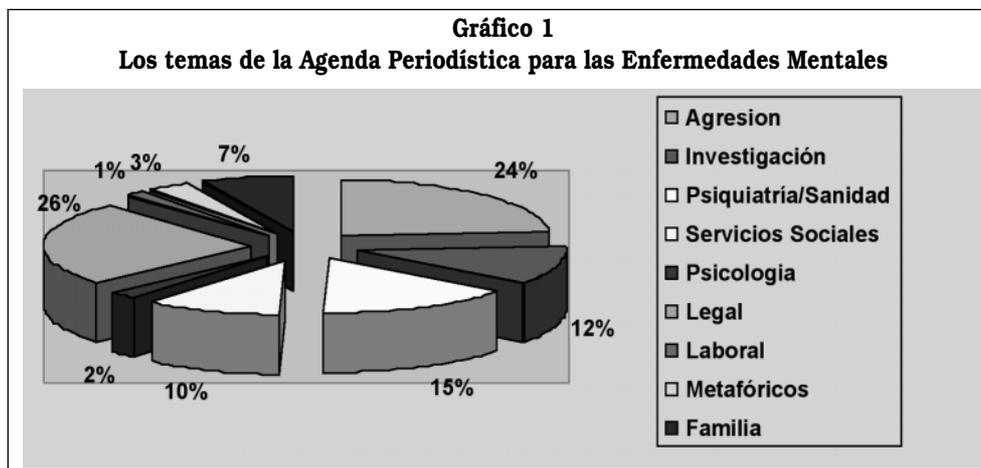
Los profesionales que aparecen en sus páginas presentan de nuevo una heterogeneidad que subraya la importancia del modelo de agresión y una orientación menos especializada, generalista y esquemática del paradigma biomédico.

Pero lo más importante a nuestro juicio, es que el ámbito de la tirada determina significativamente la existencia de tres bloques temáticos esenciales para la comprensión de la representación social de estos trastornos. (GRÁFICO 1).

Si analizamos el gráfico, observamos que el bloque originado por la agresión y sus consecuencias legales ocupan el 49% de las noticias aparecidas en prensa. Por otro lado, las noticias referidas a la sanidad y la investigación bio médica ocupan un 27% del total.

Por último, las noticias referidas a servicios sociales determinan un 10% de las noticias de la muestra, donde el bloque formado por la agresión y sus consecuencias legales, así como los servicios sociales se encuentran cercanos a la prensa autonómica, mientras que la orientación bio médica y especializada caracteriza a la prensa nacional.

Nos encontramos, por tanto, ante una representación que desde el pensamiento científico aparece dividida entre un paradigma biomédico con una fuerte presencia tanto cuantitativa como cualitativa, característico de la prensa nacional y un enfoque social con menor representación en las noticias de la prensa analizada y muy cercano a la prensa autonómica. Sin embargo, es la agresión y sus consecuencias legales las que pre-



dominan en el contenido de los artículos de la muestra.

Pero si los bloques temáticos vienen definidos por el ámbito de la tirada, sabemos sin embargo, que es el posicionamiento ideológico editorial quien determina con mayor influencia el desarrollo, tratamiento, presentación y contenido de estos tres componentes temáticos.

### 3.2 El posicionamiento ideológico (conservador / progresista)

– En primer lugar, se constata que la extensión de las noticias resulta influida significativamente por el posicionamiento ideológico en mayor medida que por el ámbito de la tirada, correspondiendo una mayor extensión de las noticias a la prensa progresista, sobre todo cuando coincide con el ámbito nacional, frente a una menor extensión de aquellos artículos en los que coinciden el posicionamiento conservador y el ámbito de tirada autonómico.

– Otro de los aspectos fundamentales en los que incide significativamente el posicionamiento ideológico de la prensa

analizada es en el tratamiento de la agresión.

A pesar de que la judicialización de la agresión es un interés central para ambos posicionamientos editoriales, el enfoque con que se efectúa su tratamiento presenta rasgos diferenciales. Así, el posicionamiento conservador refleja preponderantemente la agresión, cuando el enfermo es *el agente* de la misma, frente al posicionamiento progresista donde el enfermo aparece como *receptor* de la agresión, sobre todo en menores y mujeres, víctimas de abusos o prostitución forzada.

– En la prensa conservadora, los trastornos mentales se etiquetan preferentemente como *enfermedad o proceso* que evoca efectos deteriorantes, mientras que en la prensa progresista se los identifica como *crisis y salud mental* como corresponde a una concepción de la enfermedad inscrita en un continuo que no se supedita a la falta de salud sino que evoca conceptos más holísticos como calidad de vida y bienestar como parte de dicho continuo.

– La terapia en la prensa progresista se significa por el uso de *los fármacos, la*

*hospitalización y el internamiento psiquiátrico*, frente a la prensa conservadora preocupada esencialmente en la *integración social del discapacitado*, sin que aparezca en sus páginas una clara divisoria entre deficiencia mental y afección mental. En la prensa conservadora las enfermedades mentales aparecen como *incurables*; la prensa progresista las identifica con *posibilidad de curación* en su sintomatología.

- El enfermo mental en el polo conservador aparece como *agresor, delincuente y discapacitado* mientras que en el progresista se hace hincapié en el rol de un *enfermo violento*.

- Los recursos con mayor eco en la prensa conservadora son la necesidad de *residencias* frente a la prensa progresista que se caracteriza por la demanda asociativa de *programas de integración y rehabilitación social*.

De este modo, la representación social de la enfermedad mental en la prensa, varía dependiendo de las características ideológicas del medio. En el caso de la imagen de la enfermedad mental, la prensa progresista da mayor información en sus noticias, la terapia es de carácter psiquiátrico y hospitalario, y la propia dolencia aparece como curable en un continuo entre enfermedad y salud mental. El enfermo es violento aunque suele ser el objeto de la agresión relatada y por supuesto es un paciente necesitado según las asociaciones de familiares de programas de integración social.

Por el contrario, la prensa conservadora ofrece una información menor y más segmentada, solo matizada cuando tiene un ámbito nacional. Aquí, el enfermo es un agente de la agresión que se mueve en un espacio difuso, entre la delincuencia y la discapacidad incurable, por lo que es necesario generar una polí-

tica de asistencia e integración social y sobre todo de estructuras residenciales que faciliten la vida familiar.

#### **4. Modelos del pensamiento científico e ideología editorial**

Hemos determinado la mayor influencia en el contenido y ubicación de las noticias del posicionamiento ideológico de la prensa respecto al ámbito de su tirada y se ha detectado la existencia de una *triada temática* correspondiente a la agresión, sus consecuencias jurídicas y al modelo bio médico. También, aunque de un modo menos distintivo aparece a una orientación de tipo psicosocial para la imagen de las enfermedades mentales. Por tanto, resulta pertinente analizar aquellos ítems más representativos de dichos paradigmas científicos y cruzarlos con el posicionamiento ideológico de los periódicos analizados, a fin de determinar si existe una representación diferencial de la enfermedad y el enfermo mental sobre la base de dichas características y si estos modelos resultan específicos de uno u otro posicionamiento editorial.

De acuerdo con este planteamiento y apoyándonos en los datos de la investigación, podemos ver en la imagen siguiente, la distribución de ítems que definen a los tres modelos encontrados. (TABLA 2)

Después de realizar las pruebas estadísticas correspondientes, en primer lugar observamos que la presencia del modelo de orientación *biomédica* se encuentra significativamente muy cercano al polo progresista ( $\chi^2 26.4$ ;  $\beta 8.33$ .  $p < 0.05$ ).

En segundo lugar, encontramos que el modelo de *intervención social* se divide más equitativamente entre ambos posi-

**Tabla 2**  
**Modelos de la ciencia y la Práctica Legal en la Prensa de los Trastornos Mentales**

<b>Modelo Biomédico, con carácter dominante respecto al modelo de Inter. Social:</b>	<b>Modelo de Intervención Social, incipiente y poco estructurado:</b>	<b>Modelo de Agresión /Legal: Núcleo de la Representación Social</b>
-Psicopatología	-Integración social	-Agresión. Agresor
-Proceso	-Discapacidad	-Alarma social
-Enfermedad	-Exclusión	-Incapacitado
-Incurabilidad	-Curabilidad	-Delincuente
-Fármacos	-Salud	-Violento
-Internamiento	-Contexto Familiar	-Policía
-Paciente		-Evaluación mental

cionamientos, aunque sin embargo, la mayoría de los ítems que lo forman, con diferencias significativas, caracterizan al polo conservador ( $\chi^2$  88.96;  $\beta$  37.55.  $p < 0.05$ ).

Por último, analizamos el modelo tecnológico-profesional que no obedece a planteamientos científicos sino que resulta de la *judicialización de la agresión*. Este modelo, cualitativa y cuantitativamente obtiene la mayor representación, *además de encontrarse compartido sin diferencias por ambas tendencias ideológicas* ( $\chi^2$  9.87;  $\beta$  1.58.  $p > 0.05$ ).

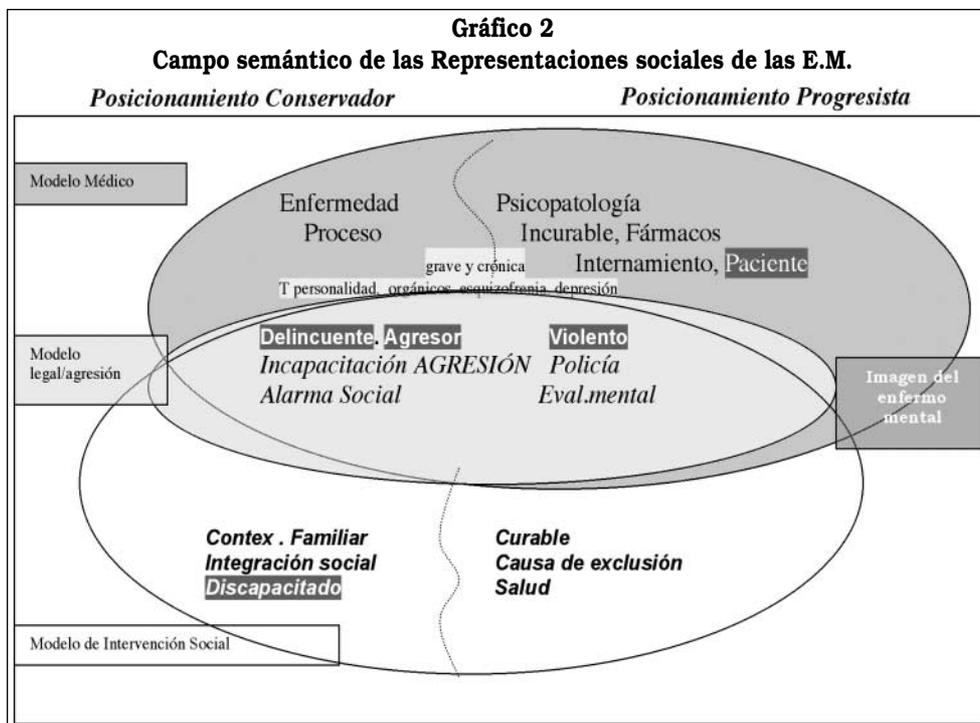
La representación gráfica de la interacción entre la ideología editorial de la prensa analizada y los ítems que constituyen las diferentes orientaciones científicas y profesionales, hace palpable el núcleo estructurante de la representación social así como los conceptos periféricos, característicos del texto mediático. (GRÁFICO 2)

En él podemos ver como, independientemente del núcleo estructurante que ambos posicionamientos comparten (Judicialización y Agresión en las EM),

para el posicionamiento progresista la enfermedad es *tratamiento* frente a *enfermedad*; *salud mental* frente a *locura y discapacidad*; *curable* frente a *incurable*; *necesitada de una terapia farmacológica*, *de la hospitalización y el internamiento* frente a la *integración social del discapacitado* de la prensa conservadora.

En la orientación progresista estos trastornos son etiquetados como enfermedades *neurológicas* frente a una mayor heterogeneidad del pensamiento conservador que las califica como *mentales, psiquiátricas y psicológicas*. Donde la consecuencia social para el posicionamiento progresista es el *aislamiento y la exclusión social*, frente a la *alarma y el rechazo social* de la orientación conservadora.

Por otro lado, la prensa conservadora perfila un *enfermo mental que habita en las zonas urbanas, sin medicación y en situaciones ligadas a la discapacidad y a las conductas adictivas, en ambiente familiar conflictivo e integrado en las redes sociales y que resulta ser el agente activo de la agresión*. El enfermo mental es definido desde este posicionamiento



como un agresor, delincuente, psicópata, discapacitado, peligroso y víctima.

Frente a esto, la orientación progresista refleja un *enfermo mental que vive en zonas rurales o metropolitanas, que está en tratamiento psiquiátrico y que vive una situación de crisis y estrés, estando previamente institucionalizado y siendo el receptor de la agresión y que es descrito como paciente, enfermo y violento.*

## 5. Conclusión y perspectivas

Frente a estos datos, es necesario recordar que la reforma psiquiátrica se inició con el convencimiento de que la integración social del enfermo mental era preferible a la institucionalización psiquiátrica y que dicha integración en las redes sociales mejoraría el curso y sintomatología de los trastornos mentales.

Por ello, sus postulados iniciales incluían el respeto a los derechos de los enfermos mentales, la creación de recursos sociales de carácter comunitario y el rechazo al monopolio ejercido por el hospital y la medicación como única vía de tratamiento.

Veinte años después de iniciada la reforma, no observamos en las representaciones sociales de las enfermedades mentales en la prensa escrita un avance de un modelo comunitario de integración social como consecuente más previsible de la misma, más bien observamos teorizaciones y conceptos dispersos que compaginan características positivas del movimiento asociativo con la demanda de dispositivos sociales de corte asistencial y paternalista de la discapacidad.

El hospitalocentrismo y la medicación como elementos más significativos de la intervención psiquiátrica, no son ya el único paradigma que explica los trastornos mentales, pero continúan ejerciendo su predominio sobre la representación científica de estos trastornos.

Sin embargo, la desaparición de la estructura esencial del dispositivo sanitario, el manicomio, sin la creación de recursos sociales alternativos, ha dado paso a la socialización de la agresión y a la judicialización de la enfermedad mental, que con sus secuelas de detención policial, procesamiento, incapacitación e internamiento forzado, apunta al traslado de la atención que ejercía el hospital psiquiátrico, no a la "sociedad" como presumía la reforma de manera ambigua, sino directamente a la familia, a la administración de justicia y a las fuerzas de seguridad.

De hecho, es la agresión y sus consecuencias legales el modelo compartido sin diferencias por ambos posicionamientos ideológicos. La evidencia demuestra que incluso el rol del enfermo mental obedece a esta triada temática. Desde la estructura legal, el enfermo mental es un agresor enajenado, para el paradigma biomédico es un paciente violento, mientras que para la orientación de intervención social es un discapacitado peligroso.

El enfermo mental en la prensa escrita ya no es un loco, es un enfermo que agrede y que necesita ser custodiado por su peligrosidad y violencia.

Desde nuestro punto de vista existen al menos, tres áreas esenciales para la rehabilitación e integración de los enfermos mentales: La rehabilitación cognitiva en un sentido amplio, que incida no solo sobre los procesos de memoria y atención, sino también sobre los conteni-

dos de la ideación psicótica y las estrategias de afrontamiento. En segundo lugar, las acciones desarrolladas en psicoeducación familiar sobre la naturaleza y tratamiento de los trastornos mentales y por último, las acciones que incidan sobre la integración social dentro de las redes sociales y laborales. Pero para desarrollar estos programas es vital para estas personas, tanto la percepción individual de estrés como la percepción del apoyo social disponible, ya que ambas características, se relacionan entre si y con la información disponible en su contexto, e inciden sin duda, en la adopción y mantenimiento de las conductas de enfermedad.

Obviamente, la categorización del enfermo mental como un discapacitado peligroso o un paciente violento y agresor, no facilita esta labor en absoluto. Aunque su conocimiento sin duda, resulte útil para prever resistencias e incorporar alternativas en el tratamiento de los trastornos psíquicos, desde una perspectiva psicosocial y comunitaria.

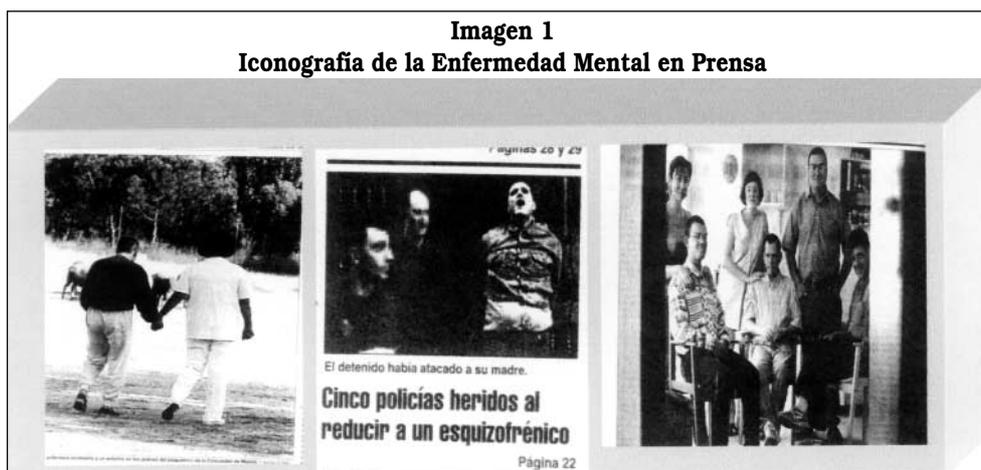
En lo que respecta a las representaciones sociales, la investigación demuestra que las mismas son una expresión genuina del pensamiento social, no explicables enteramente a partir de las ideologías, del pensamiento científico o de las características de la información, ya que todos estos elementos en interacción, conforman una representación diferencial a la de sus componentes por separado. Por otro lado, este pensamiento de sentido común resulta ser un pensamiento dinámico, no cristalizado, al que las personas han respondido conductualmente de acuerdo a la representación social de los trastornos mentales vigentes en cada época. El rol del enfermo mental y las terapias utilizadas al respecto, se relacionan estrechamente con las instituciones y representaciones que han existido hasta la actualidad. De

hecho, no pensamos que exista un progreso evolutivo y secuencial en las mismas sino que más bien, la representación actual bajo nuevas denominaciones, contiene elementos de anteriores etapas históricas, incorporando a su vez, componentes de la nueva situación, en la que la agresión juega un papel preponderante, en un entorno marcado por la contención y el asistencialismo. Lo que indica que estamos en un momento de cambio simbólico, cuya direccionalidad y significación se inclina hacia la estabilidad de la categorización negativa del enfermo mental, de su dolencia e incluso de los mecanismos asistenciales y de los profesionales relacionados con ella. (Imagen 1)

De hecho, en la imagen anterior podemos observar esta iconografía de los trastornos mentales. Vemos como el personal sanitario lleva de la mano, tutela, a un paciente absolutamente cronificado y dependiente. En la parte izquierda de la imagen, advertimos entremezclados a deficientes psíquicos y enfermos mentales en uno de los nuevos recursos de integración social, categorizados todos ellos bajo la etiqueta general de la discapacidad y por último, en el centro de la

imagen, observamos la materialización del delirio psicótico y la respuesta policial al mismo, articulando y dando sentido a la representación social actual de la enfermedad mental.

Por último, la investigación ha demostrado que la información que la prensa difunde se ve sometida a un trato diferencial de acuerdo con el ámbito de la tirada y el posicionamiento ideológico de su línea editorial, por lo que las personas se ven influenciadas de modo persistente para adoptar actitudes y conductas relacionadas con la diferente información a la que están expuestas, pero que indefectiblemente se encuentran dentro de los límites de una agenda periodística nucleada en torno a la judicialización de la agresión, y con una orientación hacia el asistencialismo social de la discapacidad, en la información periodística de tendencia conservadora y de contención psiquiátrica para la información de orientación progresista, y donde la "agenda setting" mediática adopta un carácter concordante con la agenda y actitudes de profesionales, familiares y enfermos, tal y como hemos visto en las investigaciones citadas hasta aquí.



Pero es esta constatación, de que la representación social de los trastornos mentales obedece a intereses materiales y procesos sociales y simbólicos detectables, lo que permite no confiar exclusivamente en la existencia de nuevos recursos como elemento determinante, que generen por el solo hecho de su existencia, absolutamente necesaria, cambios en las representaciones sociales actuales de los TM.

Las relaciones sociales de categorización negativa del enfermo mental, el contexto cultural de invisibilidad de los problemas de la población psicótica en relación a la integración social de estos enfermos, el aislamiento social subsiguiente de las familias y el reduccionismo simbólico instrumental de la estructura legal, mediática y farmacológica, aumentan su vulnerabilidad y determinan una mayor prevalencia de estos trastornos, mayor gravedad de su sintomatología y peores condiciones epidemiológicas y de evolución de los trastornos mentales. La sintomatología psicótica se relaciona así con su representación social, en un ciclo deteriorante de creencias y expectativas distorsionadas y erróneas sobre estas enfermedades. Cambiar su representación social es también modificar el curso mismo de estos trastornos, tanto en su gravedad como en su cronicidad.

Dicho de otro modo, la psicopatología del enfermo mental no puede analizarse

ni modificarse sin concretar e intervenir sobre las situaciones sociales en que se encuentran y la definición de la realidad de los grupos sociales a los que pertenecen.

Este hecho apunta a la posibilidad de que aún dotando de un impulso hasta ahora insuficiente a la reforma psiquiátrica, no sean los recursos sociales que de ella se derivan los que modifiquen las representaciones sociales descritas, sino que sean estas últimas las que modifiquen los objetivos de los propios recursos, orientándolos hacia nuevos centros "contenedores" de carácter asistencial o bien hacia un sistema hospitalario ya colapsado, sin que se plasme de manera concreta una intervención comunitaria sociosanitaria e integradora y de cambio social efectivo.

A ello, al menos, pretendemos contribuir al mostrar como variables clínicas y sociales, se insertan en procesos psicosociales, en un momento crucial, en el que incluso las personas con enfermedad mental, empiezan a comprender que gran parte de sus dificultades con la locura, se originan y conciernen al sentido común de los cuerdos. Donde la intervención comunitaria, resulta hoy, más que nunca, una necesidad apremiante en esa construcción del pensamiento social, sujeta a intereses y grupos contrapuestos que generan definiciones competitivas de esa realidad a la que llamamos hoy, enfermedad mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adorno, T.W. (1950). *The Authoritarian personality*. Nueva York: Harper.
- Abrego, I. (1989). *Enfermedad mental y asistencia psiquiátrica en la prensa escrita asturiana (1973-1987)*. Asturias: Consejería de Sanidad de Asturias.
- Arzac, Ferreira. A. (1985). Influencia de las variables información y edad sobre las representaciones sociales de la enfermedad mental. En Ayestarán, S., (dir). *Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Ayestarán, S. (1985). *Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Ayestarán, S. y Paez, D. (1986). Representaciones Sociales de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (vol. 6 pp. 95-128).
- Bellelli, G. (1987). *La représentation sociale de la maladie mentale*. Nápoles: Liguoni.
- Buendía, J. M.(1985). El tratamiento de la enfermedad mental. Su representación social en la población murciana. *Psiquis*, (vol. V pp. 3-85).
- Bueno Abad, J. R.(1996). *Estudio longitudinal de la presencia de la mujer en los medios de comunicación de prensa escrita*. Valencia: La NAU.
- Cabruja, T.(1988). La imagen popular de la locura. En Ibáñez, T. (coord.). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona :Sendai.
- Clemente, M. (1992). El análisis de contenido: Características generales y análisis categorial. En *Psicología Social, Métodos y Técnicas de investigación*. Miguel Clemente Díaz (coor). Madrid: Eudema.
- Combs, M. C. y Shaw, D. L. (1972). "The Agenda Setting Function of the Press". *Public Opinion Quarterly*, (nº 36, pp. 176-187).
- Comblatt, B.A. et al.(1992) Childhood attentional dysfunctions predict social deficits in unaffected adults at risk for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, ( nº 161, pp. 59-64).
- Coudin, G.(1979). *La maladie mentale au Congo: contributio à l'étude d'une représentation sociale en situation d'acculturation*. Tesis de tercer ciclo. Paris: Universidad de París V.
- Chomsky, N y Herman, E.(2001). *Los guardianes de la libertad*. Barcelona: Crítica.
- Chomsky, N. (2002). *La Propaganda y la Opinión Pública*. Barcelona: Crítica.
- Da Rosa, A. S., (1984). Psychogenetics aspects in social representation of mad person and madness. En Ayestarán S. (Ed.) *Psicosociología de la enfermedad mental: Ideología y Representación social de la enfermedad mental*. San Sebastián: III Curso de verano en San Sebastián.
- Da Rosa, A. S.(1987). The social representations of mental illness in childrens and adults. En Doise, W. y Moscovici, S. (Eds.). *Current issues in European Social Psychology II*. Cambridge: University Press.
- Fariña, A., y Fisher, J. D.(1982). *Beliefs about Mental Disorders Findings and Implications in Gifford, W. y Mirels H. D. .Integration of clinical and Social Psychology*. Nueva York: New York and Oxford, University Press.
- Fishman, M.(1980). *Manufacturing the News*. Texas: University of Texas Press. Austin. EUA.
- Fiske, J.(1989). *Reading the Popular*. Boston: Unwin and Hyman.
- Golding, P. (1981). The missing Dimensions: News Media and the Management of Change. En E. Katz y T. Szecskö (comps.), *Mass Media and Social Change*. Londres y Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hall, S., Clarke, J., Critcher, C., Jefferson, T., y Robers, B. (1978). *Policing the Crisis*. Londres: MacMillan.
- Herzlich,C.(1969). *Santé et maladie. Analyse d'une Représentation Sociale*. Paris:Mouton.
- Hofstadt, Román, C. J. (1996). *La representación de la enfermedad, el caso de la hipertensión arterial*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Autónoma, Fac. de Psicología, Dep. de Psicología Social y Metodología.

- I.A.S.A.M, Instituto Andaluz de Salud Mental (1987). *Salud Mental y Prensa*, Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Itza, L., Pinilla, P., y Paez, D. (1987). Representación social de la enfermedad física y mental. En Paez, D. (dir). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Jodelet, D.(1983). *Civils et bredins: représentations sociales de la maladie mentale et rapport à la folie en milieu rural*. Tesis Doctoral. París: EHESS.
- Jodelet, D.(1986 a). La representación social: Fenómenos, conceptos y teoría, en S. Moscovici, (comp) *Psicología Social*, vol. 2. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D.(1986 b). Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. En Doise, W y Palmonari, A.(comps). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Jodelet, D.(1989). *Follies et représentations sociales*. París: Presses universitaires de France.
- Kaplan, B. (1971). Mental illness as a Social Problem, En Smigel (ed). *Handbook on the study of Social Problem*. Nueva York: Smigel.
- Leventhal, H; Meyer, D; y Nerenz, D.(1980). The common sense representations of illness danger. En Rachman, S. (ed.), *Contribution to medical psychology* (vol. 2).Oxford: Pergamon Press.
- Leventhal, H; Nerenz, D; y Straus. A. (1982). Self regulation and the mechanisms of symptom appraisal. En Mechanic, D. (Ed.), *Symptoms, illness behavior, and helping seeking*. Nueva York,: Product.
- Leventhal, H; Nerenz, D; y Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. En Baum, A; Taylor, S. E y Singer, J. E. (Ed.). *Handbook of psychology and health*. Vol. IV: *Social Psychological aspects of health*. Hillsdale: N. J. Erlbaum.
- Lewin, K. (1947). Channels of Group Life. *Human Relations*. (nº 1, pp. 143-153).
- Lin, N. y Ensel, W. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review* (54. 382-399).
- Lippman, W. (1922). *Public Opinion*. Nueva York: Harcourt Brace.
- López-Ibor, J. J., et al.(2000). *La esquizofrenia abre las puertas*. Madrid: Asociación Mundial de Psiquiatría.
- MacWire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. En G Lindzey y E. Aronson (eds.).*The handbook of social psychology*. vol 2. Nueva York: Random House.
- Madrugal, Vilchez, A.Y., (2000). *Presencia y repercusión del SIDA en la prensa escrita. Acerca de un estudio intercultural entre Nicaragua y España*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- Martínez de Taboada, C. y Herreros, L.(1985).Estudio comparativo de las representaciones sociales de la enfermedad mental. En Ayestarán, S. (dir.). *Psicología de la enfermedad mental: Ideología y representación social de la enfermedad mental*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Martínez García, Fco. M. y García Ramírez M., (1992). Técnicas y procedimientos para el estudio de las representaciones sociales. En Miguel Clemente Díaz (coor.). *Psicología Social, Métodos y Técnicas de investigación*. Madrid: Eudema.
- McLuhan, Marshall. (1962). *The Gutenberg Galaxy: The Making of Typographic Man*. Toronto: University of Toronto Press.
- McQuail, D. y Windal, S. (1997). *Modelos para el estudio de la comunicación colectiva*. Navarra: EUNSA.
- McQuail, D. (2000). *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*.Barcelona: Paidós.
- Melus, A.. (1982). Actitudes ante el Alcoholismo. *Drogalcohol* (Vol. VII, Enero. nº 1)
- Mestre Lujan, F.J., (2002). *Los Titulares de la locura. Análisis diferencial de las enfermedades mentales en los medios de prensa escrita*. Tesis Doctoral, Valencia: Universidad de Valencia.
- Moos, R.H. (1977). *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. París: Presses Universitaires de France. (Orig.1961).
- Musitu, G; Herrero, J. y Gracia, E. (1996). *Salud y Comunidad, Evaluación de los Recursos y Estrés*. Valencia: Universidad de Valencia. CVS.

- Noelle Neumann, E. (1995). *La espiral del silencio*. Barcelona: Paidós.
- Paez, D. (1983). Psicología de las enfermedades mentales: representaciones sociales e interacciones en los módulos de Vizcaya. En Osasunketa (Ed.), *Sociología de la salud*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Paez, D. (1986). Características, función y proceso de formación de las representaciones sociales. En Paez, D. (dir.). *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosenberg M. J. y Hovland C.I. (1960). Cognitive, Affective and Behavioral Components of Attitudes. En *Attitude organization and change*. New Haven: Yale University Press.
- Sanders. G. S., (1982): Social comparison and perceptions of health and illness. En G. S. Sanders y J. Suls (Eds.) *Social Psychology of health and illness*, Hillsdale, N. J: Erlbaum.
- Schurmans, M. N. (1985). Enjeux d'ombre et de lumière. représentations de maladie mentale. En Ferrarotti, F.Fischer, W. y Schurnans, M. N. (comp.). *Cheminevements sociologiques. Effets de sens*. (vol. 3. pp. 25-28).
- Seoane, J.(1993). Las viejas creencias de la sociedad post. *Psicothema*. (vol 5. Suplemento pp. 169-180).
- Seoane, J. y Garzón, A.(1996). Las formas democráticas de vida. *Boletín de Psicología*.(nº 52, septiembre. pp. 115-128).
- Shaw, E.(1979). Agenda setting and Mass communication Theory. *Gazette International Journal for Mass Communication Studies*. (vol XXV, 2).
- Taylor, S.E.(1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*.(45.1), pp: 40-50).
- Towsend, J. (1975). Cultural conceptions, Mental disorders and social roles: And comparison off Germany and America. *American sociological Review*. (40. Diciembre, pp. 739-752).
- Wolf, M. (1996). *La investigación de la comunicación de masas*. Barcelona. Paidós,
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability a new view of schizophrenia. *Journal Abnormal Psychology*. (86 .2. pp.103-126).