

Estigma y desigualdad social

Nota: las siguientes líneas son una interpretación del capítulo 3 del libro Handbook of the Social Psychology of Inequality. El capítulo es de Bruce G. Link, Jo C. Phelan and Mark L. Hatzenbuehler. Los errores son sólo del autor de estas líneas y los aciertos de sus autores originales.

Contenido

1	Qué es el estigma.....	2
2	Distinguir y etiquetar diferencias.....	3
3	La dependencia del estigma en la diferencia de poder entre los grupos.....	4
4	Cómo las circunstancias estigmatizantes se diferencian entre si.....	4
5	Por qué se estigmatiza.....	5
6	Cómo produce desigualdad el estigma.....	5
7	Cómo nos resistimos al estigma.....	6
8	El alcance de las consecuencias de la desigualdad en relación con el estigma...8	
9	Conclusiones para las adicciones.....	9
10	Bibliografía.....	11

El concepto de estigma se ha utilizado con cierta frecuencia en las ciencias sociales en las últimas décadas. No obstante, desde que Goffman lo utilizara por primera vez en su sentido más actual, ha sufrido algunas aportaciones y adaptaciones, si bien su planteamiento inicial no ha dejado de estar presente. Un estigma es un atributo que resta crédito y reduce a quien lo ostenta de una persona normal a otra contaminada, que no cuenta.

El concepto de estigma jugó un papel central en los años 60 en relación a la teoría del [etiquetado](#). Scheff (1996) desarrolló la teoría del etiquetado y su relación con los pacientes mentales, destacando que el origen de que una enfermedad mental se convirtiera en algo estable estaba en las reacciones sociales a la misma, incluyendo el estigma. Proponía que el etiquetado tenía que ver tanto con las características del que etiquetaba como del que sufría un episodio en un contexto social concreto y que estos factores sociales tenían tanto que ver como los síntomas de la enfermedad.

Esta teoría tuvo críticas como las de Walter Gove que argumentaba que si las personas con enfermedad mental eran rechazadas lo eran por los síntomas de la enfermedad. La teoría modificada del etiquetado surgió de este debate para postular un proceso por el que el etiquetado y el estigma no son causa directa de la enfermedad mental, pero el contacto con las instituciones sí que genera un etiquetado que dificulta el acceso posterior al empleo, redes sociales y una autoestima adecuada. Las personas que han sido etiquetadas con la enfermedad mental tienen más posibilidades de prolongar la misma o volver a sufrirla.

El estigma jugó también un papel en la historia del SIDA, así como en la *epidemia de la obesidad*. Los movimientos sociales luchan contra el estigma cuando se trata de las personas homosexuales y el estigma ha sido protagonista -querido o no- en cambiar la historia del consumo de tabaco.

1 Qué es el estigma

Ha habido, como decíamos, varias definiciones. Una que se refería a la marca o estigma asociada negativamente a estereotipos con la propensión de ser usada para discriminar o excluir a otros. Esta interpretación ha generado rechazo y no pocas veces olvido. Una de las primeras razones es que se argumentó que las marcas o el estigma eran algo que la persona poseía (más adelante se mencionarán las consecuencias que este particular tiene sobre las personas que tienen una adicción o que han estado en prisión). En cualquier caso, esto lo que no hace es preguntarse por el proceso social que lleva al estigma; por qué se identifica una característica y no otras. Una segunda razón es que esta definición ponía

demasiado énfasis en el proceso cognitivo de creación de categorías y muy poco en la discriminación y sus efectos en la vida cotidiana.

Para abordar esta discrepancia Link y Phelan en el 2001 propusieron una conceptualización que permitía superponer conceptos como estigma, discriminación, etiquetado y estereotipos.

“El estigma es la coocurrencia de componentes interrelacionados como son etiquetado, estereotipos, separación, reacciones emocionales, pérdida de estatus y discriminación”. Al menos en el campo de la lingüística la [coocurrencia](#) es “la utilización conjunta de dos unidades léxicas (por ejemplo palabras) en una unidad superior, como una palabra o documento”

“En nuestra conceptualización el estigma existe cuando convergen los siguientes elementos. El primer componente, las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. En segundo lugar, las creencias culturales dominantes unen a personas con características indeseables y estereotipos negativos. En tercer lugar las personas son colocadas en distintas categorías para permitir algún grado de separación entre nosotros y ellos. En cuarto lugar las personas etiquetadas experimentan una pérdida de estatus y discriminación que llevan a resultados desiguales. La estigmatización es necesaria para el acceso a poder social, económico o político que se base en la identificación de las diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de las personas etiquetadas hacia la desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación. Por lo tanto utilizamos el término estigma cuando elementos de etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación coocurren en una situación de poder que permite que los mismos se desplieguen¹”.

2 Distinguir y etiquetar diferencias

La mayor parte de las diferencias entre humanos no llaman la atención, pero algunas sí son elegidas como el color de la piel. Esta selección aunque sea sobre características obvias debe ocurrir para que aparezca el estigma y se basa en los siguientes aspectos.

Asociación de las diferencias con atributos negativos. Las diferencias etiquetadas deben ser asociadas a estereotipos negativos. Se pueden asociar varios y con diferente fuerza.

¹ Traducción propia aproximada

Separar “nosotros” de “ellos”. Esto puede variar desde formas suaves de separación a considerar que los otros no son humanos plenos.

Respuestas emocionales. Las personas que estigmatizan pueden sentir emociones de enfado, disgusto, ansiedad, pena o miedo. Es importante porque la persona estigmatizada lo nota y puede sentir vergüenza, alienación, enfado y miedo. Las emociones son importantes para la desigualdad porque comunican arriba y normal, abajo y diferente.

Pérdida de estatus y discriminación. Cuando las personas son etiquetadas y dejadas de lado sobre la base de características no deseadas se construye racionalmente la devaluación, expulsión y exclusión. Cuando devaluación, discriminación y exclusión se generalizan, se establece un patrón persistente de relaciones sociales desiguales y se crean estructuras de desventaja. Una vez que las estructuras se asientan realimentan las etiquetas, estereotipos y emociones negativas hacia las personas desaventajadas y los grupos estigmatizados.

3 La dependencia del estigma en la diferencia de poder entre los grupos

Link and Phelan (2001) introdujeron la diferencia de poder y su relación con el estigma, es decir, si este depende de cuestiones culturales y sociales, económicas y de poder político. Los pacientes psiquiátricos pueden estigmatizar a sus médicos, pero es evidente que dicha estigmatización tendrá un efecto mucho menor sobre aquellos que cuando son los pacientes los estigmatizados. Por ponerlo de otra manera, la estigmatización en este caso no existe puesto que los pacientes psiquiátricos no tienen el suficiente poder cultural, social o económico como para que sus etiquetas y estereotipos tengan la consecuencia de algún tipo de discriminación.

4 Cómo las circunstancias estigmatizantes se diferencian entre si

Jones et al. (1984) establecen 6 dimensiones para determinar cómo las circunstancias estigmatizantes se diferencian:

Visibilidad-ocultación. Hay cuestiones más visibles que otras, por ejemplo haber estado en la cárcel o determinadas enfermedades mentales frente a una

desfiguración facial. Si la cuestión no es visible la persona debe elegir entre grados de confianza como para dar a conocer su circunstancia o anticipar posibles explicaciones si hubiera dudas en los otros.

Recorrido. Se refiere a la posibilidad de que la circunstancia sea reversible o no. Las adicciones y la criminalidad están en algún lugar entre medias, son reversibles pero se suelen establecer etiquetas del tipo un adicto es un adicto de por vida.

Disruptividad. Se refiere a la dificultad añadida para las relaciones personales. Es muy posible que una persona frente a un estigma visible de otra se sienta incómoda. Normalmente la disruptividad lleva una carga de expectativas de las personas sobre las cosas como deben ser que una vez activada dificulta que las relaciones personales transcurran con suavidad. Imaginemos una cara muy desfigurada.

Estética. Diferentes marcas suponen una reacción instintiva de disgusto.

Orígenes. Algunas marcas como lesiones físicas no se consideran culpa de quien las tiene pero otras como la obesidad o el abuso de sustancias sí. De acuerdo a la teoría de la [atribución](#) (Weiner et al. 1988) culpa, enfado o castigo se dirigen más hacia aquellas cosas que se supone están bajo el control de la persona.

Peligro. Tendemos a alejarnos de aquello que asociamos a peligro y si el estigma de una persona así se ve, intentaremos alejarnos de ella.

5 Por qué se estigmatiza

Phelan et al. proponen tres objetivos

1. Explotación, dominación o mantener abajo a las personas
2. Reforzar las normas sociales y mantener a las personas dentro
3. Evitar la enfermedad o mantener a las personas lejos

Explotación: Una de las razones por las que se puede estigmatizar es para crear una desigualdad que te beneficia. La riqueza, el poder y el estatus se pueden conseguir cuando grupos dominantes explotan a otros y la estigmatización permite crear legitimaciones que perpetúen desigualdades en función de una supuesta inferioridad intelectual, de carácter o competencias.

Reforzar normas sociales: Tenemos normas escritas y no escritas para casi todo y si no se cumplen se puede achacar a la falta de moralidad o carácter de quien las transgrede. El estigma es un mecanismo de control, si te sales de los límites se te aplica para inmediatamente pasar a ser reprobado y de esta forma se refuerza el poder de la norma.

Mantener lejos: La ventaja de evitar enfermedades en algunos casos se transforma en un rechazo a lo que se desvía de lo normal y puede convertirse en presión para que el individuo siga con su desviación pero lejos.

6 Cómo produce desigualdad el estigma

Se reconocen cuatro formas fundamentales: Discriminación directa de persona a persona, discriminación que opera a través del individuo estigmatizado, discriminación en la interacción, discriminación estructural

De persona a persona. Una persona une estereotipos y actitudes a una etiqueta y se produce el modelo clásico de prejuicios y discriminación. Estamos - desafortunadamente- acostumbrados a ver que un inmigrante o una persona sin hogar reciben una agresión o a que aun inmigrante no le alquilan una casa. Pero esta es la punta del iceberg, realmente no sabemos cuántas veces no nos seleccionan para un puesto de trabajo; muchas veces no es un proceso directo y como [Bourdieu](#) (1990) decía, parece que existe mucha discriminación oculta.

Cuando el proceso opera a través de la persona estigmatizada. Las personas conocen los estereotipos concretos que se maneja socialmente sobre un estigma y se comportan en función de los mismos. Hay estudios que demuestran que cuando un afroamericano sabe que está haciendo una prueba que habla de su inteligencia, tiene unos resultados inferiores que cuando hace la misma prueba sin saber que mide la inteligencia (Steele and Aronson 1995). Las personas sienten la amenaza de ser evaluados en función del estereotipo y se producen dos situaciones: la primera que al afrontar una tarea el rendimiento sea inferior y segundo que habiendo vivido la experiencia varias veces la persona tira la toalla y asume el estereotipo.

Para una persona que sabe que se puede ver afectada por los comportamientos que acompañan a un estigma, suele resultar un problema para la confianza y la autoestima en su relación personal con otros. Ello supone círculos sociales más pequeños, comprometer su calidad de vida, baja autoestima, síntomas de depresión, desempleo y pérdida de ingresos.

La tercera forma de discriminación aparece en la **interacción entre personas con estigma y las que no**. Una persona ante otra con un estigma puede comportarse de manera diferente, puede tener dudas, actuar de forma más agresiva y con superioridad o hacerlo de manera excesivamente cariñosa. La persona con un estigma se puede comportar de forma reservada y poco cálida generando el efecto de no caer bien. Esta forma de relación repetida en el tiempo acaba dejando al estigmatizado fuera, excluido.

Discriminación estructural. Ocurre cuando una política social, una ley o la práctica discriminan a los grupos estigmatizados. Hatzenbuehler et al. (2009, 2010 , 2012) muestran que las tasas de ansiedad, depresiones, consumo de sustancias y menor cuidado de la salud se pueden relacionar con leyes o prácticas discriminatorias. Esta discriminación estructural no necesita siempre de una intervención directa de otra persona en una relación cara a cara. Resulta, por ejemplo, que está detrás de la exclusión residencial por la que se concentra un determinado tipo de personas en zonas con mayores tasas de delincuencia o de contaminación o con mayores prevalencias de alguna enfermedad. El caso es que este mecanismo no se ve a simple vista, se detecta por un proceso de reflexión y análisis. Y a la vez resulta especialmente cómodo para los que ejercen discriminación y se pueden ocultar detrás de la circunstancias estructurales para su propio beneficio. Lo que sí está claro es que se relaciona con las desigualdades sociales.

7 Cómo nos resistimos al estigma

Podemos hablar de formas de respuesta individual o grupal

Las respuestas basadas en el individuo. La idea de cómo las personas se resisten a la estigmatización ha sido central en las teorías desde el inicio. Un ejemplo lo tenemos en la desviación secundaria de la teoría clásica de la etiquetación.

La respuesta al estigma fue también estudiada por Link et al. (1989, 1991, 2002) mediante estudios empíricos que intentaban dar cuenta del afrontamiento del estigma en el marco de la teoría de etiquetado modificada. Se estudiaba el secreto (la ocultación de las etiquetas), la educación (proveer información para contrarrestar los estereotipos) y la retirada (evitar posibles situaciones de rechazo) y se medían también las estrategias adicionales de afrontamiento o desafío y distanciamiento.

El desafío es una forma activa de enfrentar el comportamiento estigmatizador. Se puede desafiar señalando un comportamiento estigmatizador diciendo que no se está de acuerdo con el contenido del estigma o desaprobando comportamientos estigmatizantes. El distanciamiento es una separación cognitiva de las personas potencialmente estigmatizadas del grupo estigmatizado. De esta forma se esquivo el estereotipo que se pueda aplicar a uno diciendo que no se es como ellos, *tus estereotipos no se me pueden aplicar*.

Link et al. (1991) concluyeron que los intentos de enfrentar el estigma de manera individual no son muy eficaces. Las mejores soluciones son las que desafían las concepciones sociales y las que introducen reequilibrios de poder.

Thoits (2011) introdujo una nueva orientación para determinar si los esfuerzos individuales tienen resultados. Señala lo que ella denomina asociación moderada entre la estigmatización percibida y la experimentada y concluye que todo lo que no sea una asociación perfecta indica que algunas personas luchan para contrarrestar los efectos del estigma en su autoestima.

Identifica dos formas de resistencia que se superponen en algún grado con los conceptos de desafío y distanciamiento de Link; desviar impidiendo o rechazando la dañina penetración de la fuerza de su influencia y desafiando o confrontando esa influencia. Al desviar, una persona responde diciendo *esa no soy yo y esa es sólo una parte pequeña pero poco importante de mi o mis problemas son otros*. Desviar ofrece la posibilidad de reducir dramáticamente o eliminar las potenciales amenazas para la autoestima. El desafío descrito por Thoits se diferencia de la idea de Link porque supone un esfuerzo por 1) comportándose de maneras que contradigan los estereotipos 2) educar a otros para que se alejen de las perspectivas estereotipadas 3) enfrentarse a las personas que expresan prejuicios o se comportan discriminado 4) participando en sensibilización o activismo.

Hasta qué punto y bajo qué condiciones la resistencia individual al estigma puede proteger la autoestima u otras consecuencias no tiene todavía una solución empírica definitiva. Una conjetura es que los esfuerzos individuales generalmente fracasarán. En el estudio de Link se mostraba como las tres estrategias (secreto, retirada, educación) no resultaban útiles para reducir el estrés ni contrarrestaban las consecuencias negativas para el empleo de personas con enfermedad mental.

Además, aunque hay algo seductor en la idea de luchar contra el estigma se debe mantener presente que los estigmatizadores buscan de forma activa sus propios intereses al mismo tiempo. Dado que los estigmatizadores quieren mantener a las personas abajo, dentro o lejos, es muy posible que contrarresten los esfuerzos de grupos estigmatizados ejerciendo su poder. Las diferencias de poder entre el grupo estigmatizador y el estigmatizado hacen que las acciones individuales desequilibren poco esa balanza.

Resistencia basada en el grupo y movimientos sociales. Sin embargo la resistencia grupal ha mostrado su eficacia a largo plazo y ha tenido algunos éxitos aunque sean parciales como el de los Derechos Civiles o el del movimiento de gays y lesbianas. Recordemos que es la acción colectiva sostenida en el tiempo lo que produce el estigma pues altera las relaciones de poder entre grupos. Por lo tanto, existen posibilidades de cambiar las inclinaciones de excluir de los grupos con poder. Esto no significa que la acción colectiva sea lineal hacia el éxito, más bien sufre distintos ajustes, subidas y bajadas, comienzos y recomienzos a veces perdiendo terreno y otras generándolo.

Pero lo más frecuente es que los movimientos sociales se dirijan directamente a resistir el poder de la estigmatización buscando cambios sostenidos en el tiempo.

Las investigaciones (Jasper 2011) muestran cómo se repite que los movimientos sociales de los grupos estigmatizados busquen el cambio pasando desde la vergüenza al orgullo para lo que tienen acciones y rituales que pretenden producir impactos morales que capten a nuevos miembros mientras mantienen a los antiguos.

8 El alcance de las consecuencias de la desigualdad en relación con el estigma

Normalmente se estudia un estigma relacionado con una circunstancia como puede ser la salud mental o la preferencia sexual y se ve cómo afecta a unos resultados concretos, por ejemplo sobre los ingresos, el alojamiento o las relaciones sociales. Muchos otros factores además del estigma pueden influir en esos resultados, lo que nos lleva a la errónea conclusión de que el estigma, si bien puede contribuir a las desigualdades sociales, tiene efectos relativamente modestos comparados con los demás factores.

Sin embargo, el resultado es muy distinto si ampliamos la mirada y tomamos el proceso de estigmatización y cómo este genera toda una serie de desigualdades. Lo primero es que el estigma puede afectar a muchos resultados distintos y no sólo uno, por ejemplo, un mismo estigma puede afectar a las posibilidades de empleo, de vivienda y de relaciones sociales. Y segundo, al estudiar un resultado particular puede ser que influyan muchas circunstancias estigmatizadoras, por ejemplo, la influencia sobre el empleo de ser extranjera.

Hatzenbuehler et al. (2013) concluyen que dado que el estigma influye en muchos dominios de la vida (recursos, relaciones sociales, actitudes de afrontamiento) y como tiene un impacto corrosivo en la salud de las poblaciones, debe ser un concepto más usado en los estudios sobre determinantes de salud y otras desigualdades.

9 Conclusiones para las adicciones

Hemos visto cómo el estigma está íntimamente relacionado también con las adicciones. La persona con una adicción es estigmatizada o puede serlo y ser apartada por ello. Si bien una adicción es un proceso reversible, socialmente predomina la idea de que se es adicto toda la vida y ello lleva a miedo al contagio, miedo a comportamientos peligrosos y, no pocas veces, como resultado de la acción del consumo, a unos signos externos sobre el cuerpo que son claramente identificados y rechazados.

Uno de los dilemas es, tal vez, considerar la adicción como enfermedad o no. Tiene innegables ventajas sobre todo porque se amplían de esa forma las posibilidades de conseguir dinero para el tratamiento, lo que, por sí mismo, tal vez debería ser revisado. Pero, sobre todo para la rehabilitación y reinserción tiene también innegables perjuicios, muchos de los cuales salen a la luz cuando examinamos desde la perspectiva del estigma. Si hacemos un paralelismo con la investigación que se ha realizado en el tema de la salud mental y el estigma, es evidente que muchas cosas son extrapolables, empezando por el etiquetado no como causante de la enfermedad pero sí responsable de que la recuperación y vuelta a la vida normalizada se vea obstaculizado. A fin de cuentas, la definición de salud y enfermedad no es sólo científica sino también política (Navarro), entrando en juego todo el sistema de poder.

La cuestión adquiere un carácter muy distinto cuando la adicción es considerada una enfermedad crónica. En tal caso, si es la norma, si es aceptado y reforzado socialmente, los adictos y las adictas se enfrentarán a la estigmatización y desigualdad, pudiendo llegar incluso a interiorizarlo y justificar los mismos. Deberíamos preguntarnos si es justamente esta consideración de la adicción como una enfermedad crónica lo que acaba convirtiendo la misma precisamente en una enfermedad crónica.

El problema de la culpa es una diferencia con respecto a la mayor parte de los análisis sobre salud mental. Al pensar que la adicción es un proceso bajo control de la persona, puede ser moralmente rechazable, síntoma de debilidad de carácter y toda una serie de pensamientos que justifican la exclusión; a fin de cuentas no es genético o la genética no es determinante. Cuando trabajas con adicciones siempre te llama la atención, sin embargo, que ese pensamiento se quede en tal punto y no sea visto como todo lo contrario, una fortaleza de carácter poco corriente la de abandonar la adicción.

Desde varios puntos de vista, la visión que se insinúa en el texto sobre analizar los efectos del estigma desde una perspectiva más amplia es de aplicación tanto para

el adicto que se rehabilita como para la prevención. Es más fácil de ver, puesto que se habla en muchas ocasiones, que una adicción repercute en varios ámbitos de la vida de la persona y que al superarla también. Reduce el ámbito de las relaciones personales, mina la autoestima, tiene consecuencias directas sobre las posibilidades de empleo y alojamiento... A raíz de las líneas anteriores, todo esto vemos que está relacionado con el estigma.

Pero además, está de sobra probado que las desigualdades y la exclusión son un factor de riesgo para el desarrollo de una adicción. Vivir, por ejemplo, en barrios concretos que sufren desigualdades en salud y económicas amplía las posibilidades. El estigma amplía la posibilidad de relacionar el desarrollo de adicciones directamente con él mismo.

Lo anterior nos sitúa ante un tira y afloja clásico entre el tratamiento individual de las adicciones y el comunitario. Desde una perspectiva de salud pública concreta habría que hacer más esfuerzos en el comunitario sin abandonar los individuales y desde luego partir del estigma podría ser una opción. La adicción se padece de manera individual, si bien innegablemente tiene repercusiones en todo el entorno comunitario del adicto o de la adicta. También se busca culpar al individuo que es adicto y menos veces se buscan las causas comunitarias. Es más sencillo, al menos para nuestras culturas, hablar de culpas que de responsabilidades y encontrarlas en la persona resulta rápido y cómodo. Revisar, por ejemplo, valores hedonistas y consumistas en su relación con la adicción podría suponer hasta un riesgo para el sistema productivo, lo cual no parece una opción viable.

Esto nos lleva al papel de los movimientos sociales y en particular al papel de las ONG. Si aceptamos que afrontar la estigmatización de manera individual es mucho menos eficaz que hacerlo desde el grupo o hacia la colectividad, nos invita a pensar sobre el rol que pueden y deben jugar las organizaciones. Podríamos decir que una buena parte de las mismas se dirigen hacia los derechos de las personas con adicción y esto se materializa sobre todo en la obtención de recursos suficientes para el tratamiento adecuado. La duda es si en realidad deberíamos dedicar una parte de nuestros esfuerzos a ser un movimiento social que luche por cambiar las formas de estigmatización y todas sus consecuencias sobre la desigualdad y la exclusión que sufren las personas con una adicción. Convertirnos en movimiento social implicaría la lucha a largo plazo por modificar la imagen de lo que es una adicción, batalla que, de antemano, parece titánica por no decir imposible, dado todo el entramado de estigmas, estereotipos, exclusiones... que existen y son socialmente aceptados y confirmados. De lo que sí hablamos es de la participación en las organizaciones de las personas directamente afectadas. Esto se convierte, siguiendo toda la secuencia de estas líneas, en una estrategia prioritaria que debería hacer cambiar a las organizaciones, convertirlas en movimientos sociales y establecer una batalla por la definición del mundo moviendo las bases de la estigmatización desde la raíz. Ello supondría una incomodidad para el poder cuyo precio puede ser muy alto.

Por último, el ejemplo del tabaco utilizado en el texto nos pone de nuevo delante de casi nuestra mayor contradicción cuando tratamos con las adicciones. El estigma puede ayudar a no entrar en un consumo por las sanciones sociales y riesgo de exclusión que hacerlo supone. Pero por otro lado, construido el sistema de estigmatización, es él mismo quien perjudica al que desarrolla una conducta adictiva por todas las cuestiones mencionadas. En este sentido, la prevención y el tratamiento digamos que se muestran hasta tirando hacia extremos opuestos. Aunque la inversión en prevención fuera mayor, cosa que siempre dicha nunca ocurre, quien se saliera de los límites seguiría viéndose afectado por la desigualdad y exclusión, rechazado y apartado con todas sus consecuencias; es una medida de control social para mantener dentro de la norma.

10 Bibliografía

- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago: Aldine (reprinted 1984).
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Jones, E. A., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738-748.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Stanford: Stanford University Press.
- Steele, C.M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797-811.
- Hatzenbuehler, M. L. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics*, 127(5), 896-903.
- Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2009). State-level policies and psychiatric morbidity in lesbian, gay, and bisexual populations. *American Journal of Public Health* 99(12), 2275-2281.
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2010). The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: A prospective study. *American Journal of Public Health*, 100(3), 452-459.
- Hatzenbuehler, M. L., O'Leirigh, C., Grasso, C., Mayer, K., Safren, S., & Bradford, J. (2012). Effect of same-sex marriage laws on health care use and expenditures in sexual minority men: A quasi-natural experiment. *American Journal of Public Health*, 102(2), 285-291.
- Hatzenbuehler, M. L., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.
- Jasper, J. M. (2011). Emotions and social movements: Twenty years of theory and research. *Annual Review of Sociology*, 37, 285-303.

Carlos López