

*Trabajo de final de máster*

**Cuando el estigma se aplica a uno mismo: una  
revisión bibliográfica del autoestigma en Salud  
Mental**

**Autora: Nuria Martín Agudiez**

**Director: Mikel Munarriz Ferrandis**

**Fecha de lectura: Noviembre de 2017**



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**



## **Resumen**

### **Introducción**

El auto- estigma podría definirse como un proceso desadaptativo en el que la persona acepta prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de su autoconcepto.

El proceso de construcción del autoestigma está formado por varias etapas: la toma de conciencia, la creencia del mismo, la puesta en práctica creyendo que el estereotipo muestra una descripción de sí mismo, llegando así a la aplicación del estigma hacia sí mismo.

Se ha encontrado una prevalencia de actitudes autoestigmatizantes en personas con un trastorno mental grave que varía entre un 36% y un 42%.

### **Método**

Para realizar la revisión bibliográfica se han seleccionado estudios clínicos que hayan analizado las consecuencias del autoestigma, en salud mental. Se han incluido estudios hasta este año 2017, sin restricciones de idioma ni limitaciones en el tipo de estudio.

### **Resultados**

El autoestigma tiene efectos negativos en las personas con un trastorno mental grave, pudiendo llegar a ser la barrera más grande para su recuperación.

Las repercusiones asociadas al autoestigma más relevantes son una menor calidad de vida, una autoestima y autoeficacia más baja, un empoderamiento y un soporte social más bajo y una elevada severidad de la sintomatología psiquiátrica.

Además el autoestigma está relacionado con un funcionamiento tanto social como laboral menor.

### **Discusión**

Las intervenciones que se han desarrollado hasta el momento para trabajar el autoestigma, suelen compartir una base de psicoeducación, y el empoderamiento de la persona, utilizando diversas estrategias de actuación para conseguir que la persona adopte un rol más activo.

El empoderamiento personal se situaría en el extremo opuesto del autoestigma. Las personas que presentan un nivel elevado de empoderamiento, tienen bajos niveles de autoestigma.

Además, las personas con TMG que se identifican y apoyan en los grupos de apoyo refieren menos autoestigma. El apoyo social está relacionado con una mejora de autoestima, con recuperación y bienestar de las personas.

**Palabras clave:** autoestigma, trastorno mental grave, empoderamiento.



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Justificación de la revisión bibliográfica.....	6
1.2 Estigma en Salud Mental: una breve reseña.....	6
1.2.1 Definición de estigma.....	6
1.2.2 Consecuencias del estigma.....	6
1.2.3 Distribución del estigma dentro de los trastornos mentales.....	7
1.2.4 El proceso de estigmatización.....	7
2. MÉTODO.....	8
2.1 Fuentes de información y búsqueda bibliográfica.....	8
3. AUTOESTIGMA.....	8
3.1 Definición de autoestigma.....	8
3.2 Prevalencia del autoestigma.....	11
3.3 Proceso de formación del autoestigma.....	11
3.4 Evolución: de la discriminación al estigma internalizado.....	13
3.5 Repercusiones del autoestigma en la persona.....	14
3.6 Áreas afectadas por el estigma.....	16
3.7 Autoestigma y afectación en la calidad de vida de la persona.....	19
3.8 Autoestigma entre los diferentes trastornos mentales.....	21
3.9 Déficit cognitivos autopercebidos en el autoestigma.....	22
3.10 Estrategias para manejar el estigma y el autoestigma.....	24
3.10.1 Manejo del estigma: una breve orientación.....	24
3.10.2 Pautas de manejo del autoestigma.....	26
4. CONCLUSIONES.....	33
5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	34
6. BIBLIOGRAFÍA.....	36
7. ANEXOS.....	49



## **CUANDO EL ESTIGMA SE APLICA A UNO MISMO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL AUTOESTIGMA EN SALUD MENTAL.**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. Justificación de la revisión bibliográfica**

La presente revisión surge debido a que, en la práctica clínica cotidiana se puede apreciar un reseñable número de pacientes que han llegado a interiorizar los estereotipos existentes sobre la salud mental en nuestra sociedad, con las repercusiones negativas asociadas que esto conlleva. Es por ello que nos planteamos que sería interesante poder conocer lo que estipula la literatura científica sobre el autoestigma en salud mental.

#### **1.2. Estigma en Salud Mental: una breve reseña**

##### **1. 2. 1. Definición de estigma**

El estigma puede definirse como aquel atributo que asocia o une a una persona con características indeseables o que generan rechazo (Muñoz, Guillén, & Pérez-Santos, 2013).

El estigma asociado a la enfermedad mental tiene efectos muy perjudiciales en las personas con diagnóstico de trastorno mental grave (TMG en adelante), afectando, entre otras áreas al área laboral, a su salud y a sus metas en la vida, sobre todo a la autonomía (Arboleda-Flórez & Sartorius, 2008).

El estigma en salud mental suele percibir a las personas con enfermedad mental como peligrosas, impredecibles, con carácter débil o defectuoso, traduciéndose todo esto en miedo a ser discriminado o rechazado (Corrigan & Rao, 2012).

##### **1. 2. 2. Consecuencias del estigma**

Existe una relación significativa entre salud mental y estigmatización (Mak, Poon, Pun, & Cheung, 2007). Es innegable, que el estigma que padecen las personas con una enfermedad mental repercute negativamente en el bienestar de la persona.

Los estereotipos y los prejuicios sobre las personas con una enfermedad psiquiátrica generalmente los perciben y juzgan como personas agresivas, peligrosas, irresponsables,



irracional y también con una conducta algo impredecible (Gray, 2002).

Concretamente, dentro de las repercusiones psicológicas que se pueden apreciar en las personas que sufren estigma y tienen una enfermedad mental, derivadas de la exclusión sufrida es reseñable la baja autoestima y la sensación de incompetencia que llegan a interiorizar al integrar los mensajes negativos que reciben de la sociedad, sin olvidar el pesimismo y la sensación de desesperación. Como consecuencia de esto, las personas se aíslan, imposibilitando su integración social y produciendo un importante daño emocional (Hinshaw & Stier, 2008).

Una de las consecuencias más nocivas del estigma es su afectación a la recuperación de las personas, es decir, afecta a su capacidad de reconstrucción de la identidad con el soporte del grupo social (Slade et al., 2012).

### **1. 2. 3. Distribución del estigma dentro de los trastornos mentales**

El estigma en salud mental, varía dependiendo del tipo de trastorno de que se trate. Se ha podido comprobar que los trastornos psicóticos son más estigmatizantes que los trastornos del estado de ánimo. (Granello, & Wheaton, 2001).

### **1. 2. 4. El proceso de estigmatización**

Hasta que se llega a la construcción del estigma, suelen darse los siguientes pasos (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004):

- Etiquetado cognitivo: Se realiza la selección en función de aquellas características sociales más sobresalientes.
- Estereotipia: se acompaña de una representación negativa la categorización.
- Separación cognitiva: se comienzan a crear dos grupos separados y diferenciados.
- Reacciones emocionales negativas.
- Pérdida de estatus del grupo que padece la estigmatización.
- Discriminación conductual.



## **2. MÉTODO**

### **2. 1. Fuentes de información y búsqueda bibliográfica**

Para realizar la revisión bibliográfica se han seleccionado estudios clínicos que hayan tenido como objeto analizar las consecuencias del estigma y, más concretamente del autoestigma, en salud mental, es decir, principalmente en las personas con diagnóstico de enfermedad mental. Se han incluido estudios hasta este año 2017, sin restricciones de idioma ni limitaciones en el tipo de estudio.

Para la búsqueda se utilizaron las bases de datos siguientes: Apa psycnet , MEDLINE, MEDLINE complete, PsycINFO, PsycARTICLES y Social Sciences Full Text.

Se ha buscado en bases de datos de acceso libre para alumnos de la Universidad Jaume I de Castellón y la Universidad de Girona.

## **3. AUTOESTIGMA**

### **3. 1. Definición de autoestigma**

En ocasiones, son las propias personas con un trastorno mental quienes internalizan los estereotipos dando lugar al autoestigma.

El auto- estigma podría definirse como un proceso desadaptativo en el que la persona acepta prejuicios sociales e integra esta creencia como parte de su autoconcepto. (Livingston & Boyd, 2010a).

Otra definición de autoestigma lo describe como la internalización de estereotipos negativos, actitudes y percepciones de las personas que forman parte de un grupo que es socialmente devaluado (Corrigan, 2004).

El autoestigma internalizado se refiere, por tanto, al fenómeno en el cuál los estereotipos negativos de la enfermedad mental como por ejemplo la peligrosidad o la incompetencia, son no sólo aceptados sino también incorporados a la identidad de las personas que han sido diagnosticadas con trastornos mentales graves (Boyd Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Corrigan, Watson, & Barr, 2006a).

El autoestigma es un proceso de varias fases de duración en las que la persona se atribuye a sí misma e internaliza una etiqueta socialmente perjudicial, con la creencia de que los demás lo despreciarán o tendrán actitudes negativas hacia su persona (Margetić,



Jakovljević, Ivanec, Margetić, & Tošić, 2010; Yanos, Roe, & Lysaker, 2010).

Cuando una persona internaliza el estigma, no sólo considera que ese estereotipo es cierto, sino que además considera que lo es para sí mismo.

El autoestigma disminuye la autoestima, la autoeficacia y por ende traduciéndose en un descenso del respeto a uno mismo (Corrigan, Larson, & Rüschi, 2009).

El autoestigma mina la confianza de la persona en conseguir sus metas y actuar de forma exitosa y eficaz, disminuyendo por este motivo la autoeficacia, trayendo como consecuencia fracasos laborales y la no asunción de objetivos vitales (Rüschi et al., 2014a).

Es decir, el daño que sufren las personas con autoestigma se extiende de lo emocional a lo conductual, pudiendo llegar a sentir desánimo en perseguir las metas personalmente importantes (Corrigan, Bink, Schmidt, Jones, & Rüschi, 2016).



<b>Cuadro resumen de las principales definiciones de autoestigma</b>	
<b>Autor /es principal/es y año</b>	<b>Características más relevantes de la definición</b>
Boyd Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003  Corrigan, Watson, & Barr, 2006	<u>Incorporación de los estereotipos negativos</u> de la enfermedad mental a la <u>identidad</u> de las personas con trastorno mental grave.
Corrigan, 2004	<u>Internalización de estereotipos negativos</u> , actitudes y percepciones de las personas que forman parte de un grupo que es <u>socialmente devaluado</u> .
Livingston & Boyd, 2010	Proceso desadaptativo de <u>aceptación de prejuicios</u> sociales e integración de esta creencia como parte de su autoconcepto.
Margetić, Jakovljević, Ivanec, Margetić, & Tošić, 2010  Yanos, Roe, & Lysaker, 2010	Proceso de <u>autoatribución</u> e <u>internalización</u> de una etiqueta socialmente perjudicial, con la creencia de que los demás lo despreciarán o tendrán actitudes negativas hacia su persona.

Tabla 1: Cuadro resumen de propia creación



### **3. 2. Prevalencia del autoestigma**

En recientes estudios europeos, se ha encontrado una prevalencia de actitudes autoestigmatizantes en personas con un trastorno mental grave que varía entre un 36% y un 42% (Brohan, Elgie, Sartorius, & Thornicroft, 2010; West, Yanos, Smith, Roe, & Lysaker, 2011). Resultados similares han sido reportados por otros estudios, que sitúan el autoestigma, en niveles de moderados a elevados, en más de la mitad de las personas con esquizofrenia o un trastorno psicótico (Corrigan et al., 2011).

Los pacientes con trastorno mental grave como esquizofrenia (Kamaradova et al., 2016; Yanos et al., 2010), trastorno bipolar (Hajda, Kamaradova, & Prasko, 2016) y trastorno depresivo mayor (Alonso et al., 2008), han sido las personas que más han aquejado y sufrido tanto el estigma como el autoestigma.

### **3. 3. Proceso de formación del autoestigma**

El autoestigma tiene efectos negativos en las personas con un trastorno mental grave, pudiendo llegar a ser la barrera más grande para su recuperación (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008).

No podemos obviar que la discriminación tiene bastante importancia en el proceso de internalización del estigma, no es suficiente para poder explicar cómo se llega a introyectar el estigma (Krajewski, Burazeri, & Brand, 2013). Es decir, podríamos decir que la discriminación sería necesaria pero no suficiente para comprender en proceso de la autoestigmatización.

Una persona pasa por una serie de etapas hasta llegar a desarrollar un autoestigma, empezando por ser conscientes de las etiquetas de la sociedad, pasando a estar de acuerdo con las mismas, aplicándoselas a sí mismos con el resultado de una baja autoestima consecuente (Corrigan, Rafacz, & Rüsche, 2011).

Diversos estudios han tratado de conocer y comprender el autoestigma, concretamente para saber qué estereotipos lo conforman. El grupo de investigación de Ritsher (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003; Ritsher & Phelan, 2004) llevó a cabo una escala precisamente con ese objetivo. La escala está compuesta por las siguientes subescalas:

- Alienación: consiste en la experiencia subjetiva de no considerarse un miembro



con pleno derecho de la sociedad, de ser inferior, incluso de tener una especie de identidad estropeada.

- Aprobación del estereotipo: el grado de acuerdo a los estereotipos existentes.
- Experiencia de discriminación: la percepción subjetiva de creer ser tratado de forma negativa por los demás.
- Retiro social: mide el grado en el que la persona afectada evita los encuentros sociales para evitar el rechazo de los otros.
- Resistencia al estigma: mide la experiencia de resistirse o no verse afectado por el estigma.

El trabajo sobre devaluación y discriminación percibida muestra que el autoestigma es un fenómeno que se va gestando y construyendo de manera progresiva (Corrigan, Watson, & Barr, 2006b; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007).

En el doloroso proceso de construcción del autoestigma existen varias etapas, siendo la primera de ellas la toma de conciencia. Posteriormente, cuando la persona con una enfermedad mental ha tomado conciencia, pasa al segundo paso de estar de acuerdo, por lo que cree que el estereotipo es cierto. El acuerdo lleva a ponerlo en práctica, aplicarlo, creyendo que el estereotipo muestra una descripción de sí mismo, llegando así al autoestigma, aplicando el estigma hacía sí mismo (Corrigan et al., 2011).

La internalización de los estereotipos sobre enfermedad mental por parte de las personas que sufren de un trastorno mental grave, puede mermar seriamente su autoestima.

El equipo de Corrigan *et al.* (2011), llevó a cabo una investigación para estudiar precisamente el modelo progresivo de formación del autoestigma y su impacto en las personas con un trastorno mental grave. Teniendo en cuenta las etapas de la gestación del autoestigma (toma de conciencia de estereotipos, aceptación de los mismos, aplicación a uno mismo y disminución de la autoestima), planteaban la hipótesis de que se encontrarían más asociaciones entre etapas proximales que distales.

Los resultados obtenidos plantean que, la división de las etapas en dos conjuntos entre el acuerdo y aplicación, resultó ser significativa. Las etapas posteriores (autoaplicación y daño de autoestima) tuvieron una asociación significativa con la desesperación.

La evaluación de la percepción existente sobre los estereotipos no es suficiente para



poder entender su impacto.

Cuando las personas se autoaplican estas creencias tan dolorosas es cuando puede ser apreciable el daño que hace sobre su autoestima.

Se ha encontrado también que, algunas personas con trastorno mental han desarrollado el autoestigma ante la expectativa de que van a ser maltratados o devaluados socialmente, sin haber llegado a sufrir discriminación por su trastorno mental (Corrigan & Rao, 2012).

### **3. 4. Evolución: de la discriminación al estigma internalizado**

Los estudios que se han encargado de medir la discriminación conjuntamente con el estigma anticipado, han encontrado altos niveles de ambos en las personas con un trastorno mental grave, si bien es cierto que los niveles de estigma anticipado son más altos que las experiencias de discriminación reales (Cechnicki, Angermeyer, & Bielańska, 2011).

En el estudio realizado por Quinn, Williams & Weisz (2015), se plantearon como objetivo conocer las relaciones entre la discriminación a las personas con una enfermedad mental, la discriminación anticipada, el estigma social anticipado y el estigma internalizado. Para ello diferenciaron entre discriminación anticipada (hace referencia a la preocupación sobre actos discriminatorios agudos, que son poco probables que ocurran, como el hecho de que no te alquilen una casa o que te echen del trabajo por tu trastorno mental) y el estigma social anticipado (se trata de preocupaciones sobre la devaluación más “cotidianas” no tan agudas como en el caso anterior, como serían el que las otras personas no se relacionen con ellos interpersonalmente o que les traten con menos respeto que a los demás). Hasta ahora las investigaciones se han centrado en investigar la relación existente entre el estigma internalizado y la discriminación en salud mental, pero no se ha tenido en cuenta el impacto que puede tener el estigma anticipado (Drapalski et al., 2013). Precisamente en la investigación de Drapalski *et al.*, encontraron una relación significativa entre el estigma internalizado y la discriminación en una muestra de personas con trastorno mental grave pero no encontraron relación entre el estigma internalizado y el propio



autoconcepto de la persona, algo que sería lógico esperar si consideramos que la internalización del estigma es el resultado de autoaplicarse el estigma.

Por todo esto es importante conocer si el estigma internalizado guarda relación, al menos en cierto modo, con la preocupación y, por ende, anticipación de experiencias de rechazo y discriminación que pueden tener las personas con un trastorno mental grave.

Los resultados obtenidos por la investigación de Quinn, Williams & Weisz (2015) muestran que número elevado de los participantes del estudio habían sufrido tanto discriminación como estigma anticipado. La mitad de los participantes habían sufrido discriminación por su enfermedad mental, siendo las experiencias sufridas más transmitidas las siguientes: no ser contratado para un trabajo, ser molestado por la policía, ser despedido del trabajo y recibir una atención médica inadecuada o de poca calidad. Como conclusiones a este estudio, se obtuvo que las personas que habían aquejado de más experiencias discriminatorias por su enfermedad mental también anticipaban más discriminación futura, lo que hace a su vez que estas personas consideren con más probabilidad que los otros les devalúen si conocen su enfermedad mental. Además se comprobó en las personas con un trastorno mental que, cuanto más estigma anticipen las personas, más internalizan el estigma.

Por lo tanto, se puede concluir que, sufrir discriminación puede que no lleve directamente a internalizar los estereotipos negativos sobre la salud mental. Es posible que la internalización de los estereotipos negativos se produzca cuando, una vez sufrida la discriminación, se anticipe y prevea que se va a sufrir más estigma social y más discriminación.

Se ha podido comprobar que el estigma tanto el anticipado como el internalizado, afecta a diferentes aspectos del tratamiento como son la adherencia al mismo, el cumplimiento, la efectividad del mismo, así como a las relaciones interpersonales y a las percepciones de cuidado (Tucker et al., 2013).

### **3. 5. Repercusiones del autoestigma en la persona**

La respuesta a la discriminación no es la misma en todas las personas con un trastorno mental. Si bien es cierto que para muchas personas sufrir discriminación supone un gran



costo emocional, en otros casos no sólo no se produce este daño sino que se empoderan de esta experiencia (Brohan et al., 2010).

Pero en este apartado analizaremos el daño que produce cuando la persona interioriza esta discriminación, es decir, cuando la persona ya padece autoestigma.

Dentro de las repercusiones que se asocian al autoestigma se encuentran las siguientes: una menor calidad de vida, una autoestima y autoeficacia más baja, un empoderamiento y un soporte social más bajo y una elevada severidad de la sintomatología psiquiátrica. (Livingston & Boyd, 2010a)

Además el autoestigma está relacionado con un funcionamiento tanto social como laboral menor (Alonso et al., 2009; Perlick et al., 2001).

El auto- estigma también se ha relacionado tanto con el suicidio como con tener historial de intentos de suicidio. (Drapalski et al., 2013; Kamaradova et al., 2015).

En el estudio de Yanos *et al.* (Yanos et al., 2008) se planteaban dos modelos acerca de cómo el auto- estigma afecta a la funcionalidad de pacientes con trastorno mental grave. Como consecuencia del modelo uno, se reforzó la creencia de que el estigma internalizado actuaba incrementando la evitación social activa y los síntomas depresivos además de disminuir el afrontamiento. Los resultados del modelo dos iban en la línea del modelo uno, y además dieron más fuerza a la hipótesis de que la sintomatología positiva afecta a la autoestima.

Se ha comprobado que el auto- estigma y los déficits en cognición social y metacognición en la esquizofrenia son factores de riesgo para la conversión a la depresión (Lysaker et al., 2013a). Los pacientes con esquizofrenia que se caracterizaban por tener un buen insight y una depresión moderada informaban de un mayor autoestigma que aquellos con un insight pobre y una depresión menor.

Los niveles elevados de autoestigma están relacionados con niveles más elevados de psicopatología, depresión, ansiedad social, baja autoestima, un peor funcionamiento tanto ocupacional como social como motivacional, menor esperanza, menos soporte social, peor cooperación y adherencia en el tratamiento y peores resultados del mismo, y, todo ello por ende, repercutiendo en una peor calidad de vida (Cavelti, Kvrjic, Beck, Rüschi, & Vauth, 2012; Kamaradova et al., 2016; Yen et al., 2009).



Todo lo anteriormente descrito es posible que conduzca a las personas que lo sufren al aislamiento social, evitando relacionarse no sólo con amistades sino también con su propia familia (Schulze & Angermeyer, 2003).

Dentro del daño que el autoestigma produce en la persona, es muy llamativa la disminución de la autoestima y la autovalía, algo que hace mella en la creencia y en la esperanza de la persona de poder conseguir sus objetivos. Una de las dificultades para poder medirlo es poder separar los efectos del autoestigma de los síntomas de la depresión, los cuáles también disminuyen la autoestima de la persona (Corrigan et al., 2011).

Aunque no todas las personas con un trastorno mental que perciben y sufren estereotipos por parte de su entorno internalizan el estigma (Camp, Finlay, & Lyons, 2002), se ha encontrado que, alrededor de entre un tercio y la mitad de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia sienten vergüenza a causa de su trastorno (Gerlinger et al., 2013).

La teoría biosocial de personalidad de Cloninger (Cloninger, Przybeck, & Svrakic, 1994), puede resultar muy útil para poder identificar qué variables de personalidad podrían estar más relacionadas con la internalización del estigma. Los rasgos de personalidad que se han encontrado en las personas con un trastorno mental afectadas de autoestigma han sido unos elevados niveles de prevención del daño y niveles bajos en las variables autodirección y persistencia (Sirey et al., 2001).

### **3. 6. Áreas afectadas por el estigma**

Recientes investigaciones han revelado la disminución tan relevante en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia (Holubova et al., 2016).

Existen varios factores que pueden repercutir en la calidad de vida de una persona con esquizofrenia. Entre estos factores estarían: la severidad de la psicopatología, la comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad social o la depresión, el número de hospitalizaciones, el nivel educativo bajo, el estar desempleado, no tener pareja y la baja autoestima (Gerlinger et al., 2013; Wang, Petrini, & Morisky, 2017; Wartelsteiner et al., 2016).



En los pacientes con esquizofrenia se ha encontrado una conexión entre los niveles de esperanza, depresión y autoestigma (Schrank, Amering, Hay, Weber, & Sibitz, 2014). Más concretamente, se ha hallado que el estigma internalizado actúa como moderador entre la visión que la persona tiene de sí misma, el funcionamiento social, la esperanza y la autoeficacia, factores que, a su vez influyen en la calidad de vida (Hanzawa et al., 2012).

Se ha encontrado evidencia sólida de que un factor que afecta a la calidad de vida de las personas con esquizofrenia es el autoestigma (Livingston & Boyd, 2010b; Vrbova et al., 2016).

Es innegable que el estigma tiene repercusiones negativas sobre la persona que lo padece. Si bien cada persona puede verse afectada de una forma diferente, la literatura coincide en señalar que las áreas más afectadas por el estigma son las que se detallan a continuación:

En primer lugar una de las principales esferas afectadas en una persona con trastorno mental que además está estigmatizada es la laboral. Es innegable que las creencias estereotipadas que aún en la actualidad existen respecto a las personas con un trastorno mental, les suponen una limitación importante de cara a poder encontrar y mantener un empleo.

Stuart (2006) plantea que las personas con trastorno mental padecen principalmente dos tipos de discriminación. Una sería discriminación directa y hace referencia a las actitudes de prejuicio por parte de los compañeros de trabajo y de las personas encargadas de contratar, y otra sería una discriminación indirecta como resultado de la exclusión que históricamente han sufrido las personas con trastorno mental debidas a unas inadecuadas políticas de contratación.

Si concretamos un poco más, dentro del ámbito laboral una de las mayores dificultades que encuentran las personas con trastorno mental es a la hora de buscar empleo. Una posible explicación podría ser que los empresarios tienden a percibir a las personas con enfermedad mental con mayores probabilidades de no acudir al trabajo y, además les perciben como personas impredecibles e incluso peligrosas (Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B., 2003).



Del mismo modo, a los empleados diagnosticados con algún trastorno mental, el miedo por las consecuencias que ello pudiera tener les impide poder hablar sobre su enfermedad, no sólo a los superiores sino también a los propios compañeros (Putman, 2008).

Además, no podemos olvidar que las interferencias en el desempeño laboral pueden venir por las complicaciones que la propia enfermedad le pueda ocasionar a la persona (Sanjuan, 2011).

Si partimos de la base de que el trabajo está relacionado con la salud psicológica de las personas, la exclusión sufrida en esta área por las personas con una enfermedad mental les aísla socialmente y disminuye la autoconfianza, dificultando aún más su inclusión social y laboral (Stuart, 2006).

Otra de las áreas más afectadas por el estigma en las personas con una enfermedad mental son las relaciones interpersonales. La explicación a este suceso viene por un lado dada por la carencia de apoyo y la falta de comprensión que reciben del entorno, así como también por las secuelas de la propia enfermedad (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich, & King, 2004). No todos los trastornos mentales reciben la misma respuesta del entorno, siendo las respuestas hacia la depresión más positivas por parte de amigos y familiares e incluso que compañeros del trabajo en comparación a las recibidas por parte del entorno de las personas con diagnóstico de esquizofrenia (Putman, 2008). Es posible que la enfermedad mental más estigmatizada sea la esquizofrenia puesto que es la que se relaciona más con la violencia. (DePonte et al., 2000).

En lo que respecta al contexto sanitario, nos encontramos con la preocupante realidad de que un porcentaje inferior al 30% de personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental busca tratamiento (Martin, Pescosolido, & Tuch, 2000). La explicación que se ha encontrado a este suceso es que, es posible que las personas, para evitar ser estigmatizadas o rechazadas socialmente, eviten acudir al tratamiento que deberían recibir (Schumacher, Corrigan, & Dejong, 2003).

Es estigma que padecen las personas con enfermedades mentales también puede proceder del propio personal sanitario. Concretamente, se ha comprobado que los médicos tienen estereotipos negativos acerca de las personas con una enfermedad



mental (Corrigan, 2002), existiendo marcados prejuicios a este colectivo por parte de las enfermeras, principalmente expresados a través de la hostilidad, y mediados por el miedo y la culpa, lo cual acaba influyendo de manera negativa en el tratamiento recibido por las personas con enfermedad mental (Ross & Goldner, 2009).

Por último, pero no menos importante, los medios de comunicación tienen un papel relevante de cara a contribuir o, por el contrario desmentir, la creencia existente en la población general acerca de la violencia con la que se identifica a las personas con una enfermedad mental (Sampietro, 2010). Los medios de comunicación los muestran como personas peligrosas y violentas, incluso llegando a presentarlos como asesinos en potencia, influenciando negativamente a la percepción y por ende, las relaciones personales, favoreciendo actitudes de rechazo y discriminatorias (Sieff, 2003).

### **3. 7. Autoestigma y afectación en la calidad de vida de la persona**

Recientemente se ha llevado a cabo un estudio para explorar la relación entre la calidad de vida, los rasgos de personalidad y la esperanza con el autoestigma en pacientes diagnosticados con algún trastorno del espectro esquizofrénico (Vrbova et al., 2017).

Los resultados de este estudio muestran que la calidad de vida es menor en aquellos pacientes con un elevado número de hospitalizaciones psiquiátricas, los que tomaban unas dosis más elevadas de antipsicóticos y aquellos cuyo trastorno psiquiátrico era más grave. Del mismo modo, los síntomas afectivos tales como ansiedad social, depresión y ansiedad, repercutían negativamente en la calidad de vida. En cuanto a los rasgos de personalidad, el que mostró relación con una menor calidad de vida fue evitación del daño. Las personas que tienen puntuaciones elevadas en el rasgo de evitación del daño son vulnerables al rechazo y las críticas de los demás, precisando más señales de apoyo y seguridad acerca de lo adecuado de su forma de actuar (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). Cloninger consideraba que el rasgo de personalidad de evitación del daño es hereditario y poco proclive a las modificaciones a lo largo de la vida, mostrando una elevada afectación a estímulos aversivos y a la tendencia evitativa (Cloninger et al., 1993).

Por último, otro de los aspectos que influyen negativamente en la calidad de vida es el



autoestigma. El nivel de autoestigma tiene correlaciones negativas significativas con la calidad de vida, algo ya obtenido en otros estudios (Holubova et al., 2016). Lo que se desconoce es si la disminución en la calidad de vida es una consecuencia del autoestigma, o, por el contrario, el autoestigma es una consecuencia de una pobre calidad de vida.

Por el contrario, la calidad de vida era mayor en los pacientes que obtenían puntuaciones más elevadas en los rasgos de personalidad de autodirección y persistencia, los que contaban con una mayor esperanza, y aquellos que estaban trabajando.

Un resultado llamativo de este estudio es que la percepción subjetiva de la severidad de la enfermedad varía significativamente de la evaluación psiquiátrica objetiva, lo que podría ser consecuencia de una baja conciencia de enfermedad de estos pacientes esquizofrénicos.

<b>FACTORES QUE REPERCUTEN EN UNA MENOR CALIDAD DE VIDA DE LA PERSONA CON UN TRASTORNO MENTAL</b>	
<b>Variables</b>	<b>Relación con una menor calidad de vida</b>
Trastorno psiquiátrico, tratamiento y hospitalizaciones	<ul style="list-style-type: none"><li>- Elevado número de hospitalizaciones psiquiátricas.</li><li>- Uso elevado de antipsicóticos.</li><li>- Mayor gravedad trastorno psiquiátrico.</li></ul>
Síntomas afectivos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedad social.</li><li>- Depresión</li><li>- ansiedad</li></ul>
Rasgos de personalidad	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evitación del daño</li></ul>
Autoestigma	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se desconoce si el autoestigma es causa o efecto de una menor calidad de vida.</li></ul>

Tabla 2: Cuadro resumen de propia creación



### **3. 8. Autoestigma entre los diferentes trastornos mentales**

En el estudio de Grambal *et al.* (2016) se realizó una comparativa del auto- estigma en diferentes trastornos mentales, concretamente entre el trastorno límite de personalidad, los trastornos psicóticos, el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad. Para ello se utilizó, entre otras escalas, un cuestionario que mide específicamente el estigma internalizado, el ISMI (Internalized stigma of mental illness Scale).

Este cuestionario consta de cinco subescalas: la subescala de alienación (mide la experiencia de sentirse descalificado o no sentirse un miembro de la sociedad con pleno derecho por su enfermedad mental), la subescala de aprobación del estereotipo (la cual mide el grado en que el individuo está de acuerdo con los estereotipos ampliamente aceptados sobre las personas con enfermedad mental), la subescala de discriminación percibida (mide la afectación y la sensibilidad del paciente a la forma en que las demás personas la tratan, suponiendo que saben de su enfermedad mental), la escala de retiro social (mide la medida en la que las personas con una enfermedad mental evitan las interacciones con otros no para cargarlos con sus problemas mentales o porque temen el rechazo en caso de que las personas de su alrededor se enteren de la enfermedad mental) y la subescala de resistencia al estigma (mide el grado en el que el paciente no se ve afectado por autoestigma) (Boyd Ritsher *et al.*, 2003).

Los resultados de este estudio muestran diferencias entre grupos en las puntuaciones de la escala ISMI entre los pacientes con trastorno límite y los pacientes con trastorno de ansiedad. Se hallaron también diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de esta escala entre las personas con o sin pareja. Los factores encontrados que correlacionan de forma más potente con el autoestigma son el número de hospitalizaciones, la severidad del trastorno mental y el estar sin pareja. La relación entre el número de hospitalizaciones previas y el autoestigma podría explicarse a través de considerar, tanto la persona afectada como sus allegados, el mayor número de hospitalizaciones como un requisito que va unido a la creencia de que la enfermedad es más seria (Grambal *et al.*, 2016)

En este estudio no se encontró que los resultados de la escala ISMI correlacionaran con la edad, el sexo ni el nivel educativo, obteniendo resultados similares a los de otros



estudios que tampoco encuentran correlaciones entre autoestigma y factores demográficos (Holubova et al., 2016; Ociskova, Prasko, & Kamaradova, 2015). Un apoyo importante a estos datos proviene de un meta- análisis de 127 artículos sobre estigma y autoestigma, principalmente llevados a cabo en países desarrollados, que no encontraron ninguna relación significativa entre los principales factores demográficos como la edad, el sexo y la educación y el autoestigma (Livingston & Boyd, 2010a)

Sin embargo, existen otros estudios que difieren en estos resultados. Se ha encontrado, por ejemplo, unas puntuaciones más elevadas en la escala ISMI en mujeres en comparación con hombres, así como se encontró también que el autoestigma disminuye cuando se incrementan los niveles de educación (Girma et al., 2013).

El hallazgo del estudio de Grambal *et al.* (2016) acerca de que el desempleo está conectado con elevados niveles de autoestigma, parece encontrar soporte en otros estudios anteriores (Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai, & Thornicroft, 2012).

Los resultados de estos estudios ponen de manifiesto la importancia y la necesidad de llevar a cabo programas de empleo para mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad mental, a la par que también se reduciría el autoestigma (Bond, Drake, & Becker, 2008).

### **3. 9. Déficit cognitivos autopercebidos en el autoestigma**

Se ha señalado que los déficit cognitivos autopercebidos juegan un papel importante en la vulnerabilidad (Schultze-Lutter, 2009), la severidad de los síntomas (Sellwood et al., 2013), en la adherencia al tratamiento, el resultado funcional (Verdoux, Monello, Goumilloux, Cougnard, & Prouteau, 2010) y en el estado de remisión (Naber, 2008) de los pacientes con esquizofrenia.

Se ha mostrado que la relación entre los déficit cognitivos subjetivos y el estigma internalizado afecta significativamente a varios aspectos funcionales como la calidad de vida (Sibitz et al., 2011).

Se considera que los pacientes con esquizofrenia interiorizan el estigma asociado a su enfermedad mental, teniendo esto como consecuencia una disminución de su autoestima, y por ende una peor calidad de vida (Sibitz et al., 2011; Watson et al.,



2007).

Se ha encontrado que el estigma internalizado puede actuar como mediador o moderador en la relación entre la visión y el funcionamiento social , así como entre la severidad de los síntomas y la calidad de vida (Chan & Mak, 2014)

Si partimos de la base de que la disfunción cognitiva es un componente que forma parte de los síntomas de la esquizofrenia y además que, ciertas experiencias subjetivas también funcionan como rasgos fundamentales específicos de la esquizofrenia, (Kim, Byun, Ann, & Lee, 2010; Klosterkötter, Schultze-Lutter, & Ruhrmann, 2008), es posible plantear la hipótesis de que el déficit cognitivo autopercebido sea una variable importante asociada al estigma internalizado que sienten las personas con esquizofrenia. En un reciente estudio (Shin, Joo, & Kim, 2016) donde se investigó si el déficit cognitivo autopercebido tenía relación con el estigma internalizado, así como con la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia encontrando una asociación significativa, es decir, se identificó el estigma internalizado como mediador parcial de la relación entre los déficits cognitivos autopercebidos y la calidad de vida. Los resultados sugieren que, con independencia de la severidad de los síntomas, la propia percepción de tener limitaciones cognitivas, está fuertemente asociada con el autoestigma, lo que conlleva que el paciente se sienta poco eficaz en el ámbito social así como que se sienta con poca valía personal.

Los resultados de este estudio mostraron el papel mediador que el autoestigma tiene entre los déficits cognitivos autopercebidos y la calidad de vida. La explicación sería que los déficits cognitivos autopercebidos repercutirían negativamente en el autoestigma, afectando éste a su vez a la calidad de vida de la persona. Estos resultados vienen avalados por otro estudio que concluyó que el autoestigma actúa como un mediador importante en la evolución clínica de los pacientes con esquizofrenia (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007).

Otros síntomas que también se han encontrado asociados con los déficits cognitivos autopercebidos son los síntomas depresivos y ansiosos, ya que los pacientes son más propensos a atribuir sus dificultades a los déficits cognitivos (Sellwood et al., 2013).

La percepción que los pacientes tienen sobre sus propias dificultades cognitivas tiene un



impacto negativo significativo sobre la calidad de vida (Caqueo-Urizar, Boyer, Baumstarck, & Gilman, 2015). Estos datos concuerdan con lo obtenido en otros estudios donde se demostró que el autoestigma correlacionaba significativamente de forma negativa con la calidad de vida y el bienestar subjetivo en la esquizofrenia (Mosanya, Adelufosi, Adebowale, Ogunwale, & Adebayo, 2014; Pérez-Garín, Molero, & Bos, 2015).

Un hallazgo encontrado en varias investigaciones es la relación mutua que tiene el autoestigma con los síntomas depresivos y ansiosos, es decir, estos síntomas anímicos es posible que propicien que una persona se perciba a sí misma de una forma más negativa, del mismo modo que, las personas que sufren autoestigma son más proclives a tener sintomatología anímica de corte ansioso y/ depresivo (Lysaker et al., 2013b; Schrank et al., 2014).

Es por ello que se debe tener en cuenta que los pacientes con esquizofrenia sufrirán un mayor autoestigma cuando se perciben a sí mismos con déficits cognitivos.



Diagrama 1 de creación propia

### 3. 10. Estrategias para manejar el estigma y el autoestigma

#### 3. 10. 1. Manejo del estigma: una breve orientación

Las estrategias que se pueden emplear para manejar el estigma podrían dividirse en varios niveles dependiendo de la propia fuente desde las que se gesten y desarrollen. Heijnders y Van der Meij (2006) consideran el estigma como una construcción social, es decir, no es algo inherente a la persona, por lo tanto, las estrategias dirigidas a erradicarlo deben ser sociales y no únicamente enfocadas a que la persona defienda sus derechos. Estas autoras hablan de los siguientes niveles de estrategias:



Las estrategias desarrolladas a nivel individual se dirigen a la persona afectada y tendrían el objetivo de mejorar el estado psicológico y anímico de las personas afectadas. Del mismo modo, el ponerse en contacto con un grupo de iguales, es decir, de personas que también estén aquejadas con una enfermedad mental, pertenecerían a un nivel interpersonal. Entre las estrategias comunitarias se encontrarían aquellas cuyo objetivo es concienciar a la población de la salud mental así como ofrecer información a las personas con una enfermedad mental sobre qué hacer en las situaciones en las que son discriminados. El último nivel estaría la intervención gubernamental donde se incluirían leyes en contra de la estigmatización (Heijnders & Meij, 2006)

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, para poder acabar con el estigma sería necesario poder realizar una intervención en todos los niveles de forma que estuvieran implicadas el mayor número de personas posible.

Se ha encontrado en un reciente metaanálisis que las intervenciones educativas en combinación con otras modalidades de intervención, se han asociado a una reducción del estigma tanto público como personal, pero no se encontraron evidencias acerca de la efectividad de estas intervenciones en el autoestigma (Griffiths, Carron-Arthur, Parsons, & Reid, 2014).



NIVELES DE INTERVENCIÓN EN EL ESTIGMA		
Nivel intervención	Colectivo al que va dirigido	Objetivo de la intervención
Individual	Se dirige directamente sobre la persona afectada por el estigma.	- Mejorar estado psicológico y anímico de la persona
Interpersonal	Personas afectadas por una enfermedad mental (grupo de iguales).	- Mejora de las relaciones interpersonales
Comunitaria	Dirigida a la población general y personas afectadas por la enfermedad mental.	- Concienciar a la población de la salud mental - Dar pautas a las personas con una enfermedad mental sobre cómo actuar ante una discriminación.
Gubernamental	Población general	- Desarrollar leyes en contra de la estigmatización

Tabla 3: cuadro resumen creación propia.

### 3. 10. 2. Pautas de manejo autoestigma

El estigma internalizado se forma por la aplicación directa de los estereotipos y de la devaluación social a uno mismo y, por lo tanto se harían necesarias intervenciones que vayan más allá de las medidas educativas y el entrenamiento. Para algunas personas, la discriminación por la enfermedad mental les sirve para validar las creencias negativas que tiene hacia sí mismo, mientras que para otras personas la discriminación valida la devaluación social de su grupo, pero no de sí mismos, no se incluyen ellos mismos (Quinn, Williams, & Weisz, 2015).

La incorporación de elementos de discriminación anticipada y de estigma social en los tratamientos nos puede ayudar a obtener una información más concreta de las experiencias de las personas y servir como elementos diferenciales en la intervención



(Stathi, Tsantila, & Crisp, 2012; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe, & Lysaker, 2015).

Además, si tenemos en cuenta que la capacidad metacognitiva es un factor importante que influye en el autoestigma (Shin et al., 2016), sería viable pensar que una terapia metacognitiva, o una terapia de reflexiva acerca de la propia visión metacognitiva podría ayudar a mejorar e incrementar la calidad de vida (Lysaker et al., 2015).

En una revisión reciente de las intervenciones dirigidas para trabajar el autoestigma en salud mental (Yanos et al., 2015) se seleccionaron seis enfoques tras la revisión de la literatura:

1- Autoconcepto saludable (Nombre original del programa: “Healthy Self-concept”)

Es un modelo manualizado y estandarizado de formato grupal, de doce semanas de duración, dirigido a las personas que han experimentado recientemente su primer episodio psicótico. Los fundamentos teóricos del grupo no quedan claramente recogidos, sí que parece haber aspectos en los que se basan, que son los siguientes (McCay et al., 2006; McCay et al., 2007):

- Desarrollar una interpretación personal aceptable sobre la experiencia de la enfermedad
- Minimizar actitudes autoestigmatizantes
- Desarrollar un sentido de futuro, esperanzas y sueños
- Búsqueda y desarrollo de metas significativas para el desarrollo personal
- Reducir actitudes de hundimiento

Cada uno de los temas es trabajado durante dos semanas, siendo la primera semana del tratamiento de introducción y la última se usa a modo de resumen de lo abordado. Este modelo no plantea un entrenamiento o formación concreta por ejemplo en reestructuración cognitiva para su impartición.

Se han medido los resultados de este programa en dos estudios. Los resultados de ambos estudios nos hacen concluir que se trata de un modelo prometedor de cara a trabajar el autoestigma sobre todo en el colectivo de personas que acaban de sufrir su



primer brote psicótico, mejorando no sólo el impacto del autoestigma sino también siendo beneficioso en el funcionamiento social y en los síntomas psiquiátricos.

## 2- Programa de Reducción del Autoestigma (Nombre Original “Self Stigma Reduction Program”)

Se trata de un programa manualizado de 16 semanas de duración, de las cuales 12 sesiones se realizan de forma grupal y 4 de manera individual (Fung, Tsang, & Cheung, 2011).

Este programa se basa en la idea de que las personas con autoestigma tienen mayores probabilidades de tener una visión más pobre acerca de los posibles beneficios de la participación en intervenciones psicosociales. El programa consta de diferentes herramientas: terapia cognitivo conductual, psicoeducación, entrevista motivacional, entrenamiento en habilidades sociales y la fijación y planificación de objetivos. Por lo tanto, el programa estaría estructurado del siguiente modo: las dos primeras sesiones se dedican a la psicoeducación sobre el estigma y la recuperación, las cinco sesiones siguientes tratan sobre como el autoestigma y el estigma social pueden suponer una barrera para la recuperación, y se proporcionan estrategias para combatir el autoestigma, utilizando principalmente la entrevista motivacional y las herramientas cognitivo conductuales. Posteriormente le siguen dos sesiones de entrenamiento en habilidades sociales en las que se abordan situaciones sociales estigmatizantes, las dos sesiones siguientes se centrarán en el establecimiento de objetivos y el plan de acción consecuente para los mismos y una última sesión que se usa a modo de repaso del modelo. Estas serían las sesiones grupales que irían seguidas de cuatro sesiones individuales como una forma de seguimiento (Fung et al., 2011).

## 3- Acabar con el autoestigma (Nombre original: “Ending Self- Stigma”)

Es un programa manualizado de impartición grupal. Consta de nueve sesiones de unos 90 minutos cada una, que se suele llevar a cabo con una periodicidad semanal.

Las sesiones combinan estrategias de impartición de información, con compartir experiencias, soporte mutuo, discusión ejercicios interactivos, práctica de estrategias y tareas para casa.



Este programa nace a través de un grupo de investigadores en salud mental, algunos que habían vivido experiencias de enfermedad mental y muchos con experiencia en atender y proporcionar cuidados en salud mental, pasando también los participantes del programa a colaborar en la revisión del mismo.

Este programa ofrece una amplia gama de estrategias para que aprendan a reducir el autoestigma y el daño asociado al mismo.

Los principios, y por ende, las estrategias en las que se basa este programa provienen de la investigación del estigma social y del autoestigma en la enfermedad mental y en otras identidades que también suelen ser víctimas de la marginación. Utiliza, así mismo paradigmas de empoderamiento, terapia cognitivo conductual y psicoeducación.

El grupo se caracteriza por su flexibilidad, pero el orden y la temática de las sesiones suele ser: en la sesión 1 se hablan sobre los mitos y estereotipos, en las sesiones 2 y 3 se usan estrategias cognitivas conductuales para cambiar los pensamientos autoestigmatizantes, en la sesión 4 se fortalecen y refuerzan los aspectos positivos de uno mismo, en la sesión 5 se trabaja el sentido de pertenencia y también se trabaja sobre la reducción de la alienación en la comunidad, en la sesión 6 se aplica lo de la sesión anterior pero a la familia y amigos, en la sesión 7 se responden a los prejuicios sociales y a la discriminación, la sesión 8 se dedica a repasar y practicar las estrategias anteriores y, finalmente la sesión 9 se dan pautas a los participantes para que puedan ser capaces de continuar reduciendo y trabajando el autoestigma.

El único estudio que consta con resultados de la impartición de este programa (Lucksted et al., 2011), es un estudio piloto en una pequeña muestra, que obtuvo resultados positivos pues se produjo una reducción significativa en el estigma internalizado y un incremento significativo en que las personas del estudio se orientaran a la recuperación del apoyo social percibido.

#### 4- Mejora Narrativa y Terapia Cognitiva (Nombre original: “Narrative Enhancement and cognitive Therapy”, NECT)

Este programa fue creado para trabajar sobre el impacto que tenía el estigma en la identidad (Yanos et al., 2008).



Es un programa estructurado y manualizado con un formato grupal de 20 sesiones de duración. Cada una de las sesiones podría dividirse en cinco etapas diferenciadas. En la primera etapa, las personas pueden hablar de sí mismas y su experiencia con la enfermedad mental y los tratamientos. Además se les anima a que puedan reflexionar sobre su propia experiencia, sabiendo la base constructivista que sustenta el programa. La segunda etapa es más estructurada y se basa en la psicoeducación sobre el estigma y el autoestigma, concretamente se trabajan los mitos y las creencias erróneas que existen acerca de la enfermedad mental. Además, en este espacio los participantes pueden compartir experiencias personales estigmatizantes y se trabaja sobre el riesgo que supone dirigir esas actitudes estigmatizantes hacia uno mismo. Se recalca que el autoestigma es una construcción social derivada del estigma público.

La tercera etapa se centra en las técnicas cognitivo conductuales, concretamente se enseñan y practican técnicas cognitivas para abordar las creencias estigmatizantes. La cuarta etapa es central en este programa y se centra en la mejora narrativa. Para ello, los participantes cuentan historias personales y se reflexiona sobre ellas. La idea es que las personas consigan ser capaces de construir un significado de sus experiencias y desarrollar una narrativa privada de autoestigma, con significado y comprensible para los demás. Esto se hará con la ayuda y el feedback tanto de los facilitadores del grupo como, por supuesto, del resto de miembros. Construir y compartir una narrativa ayuda a dar sentido a situaciones complicadas que generalmente tienen asociada una carga emocional importante.

El programa termina como empieza, es decir, permitiendo a los participantes que describan y compartan sus experiencias con la enfermedad mental y los tratamientos, pudiendo compararse las respuestas que se dieron al principio con las que la persona da al finalizar la sesión.

#### 5- Programa Enorgulleciéndose (Nombre real “Coming Out Proud”)

Es un programa manualizado, de formato grupal que destaca por su brevedad ya que únicamente dura 3 sesiones de unas dos horas cada una, y son impartidas por personas que han vivido la experiencia de una enfermedad mental.



La novedad de este programa (P. W. Corrigan, Kosyluk, & Rüsçh, 2013), reside en que anima a las personas con una enfermedad a que, lejos de esconderse, puedan explorar e incluso divulgar lo que les ocurre como una manera de enfrentarse al autoestigma.

La idea de trabajo de este programa proviene de la investigación realizada con personas con una orientación sexual minoritaria o con una primera experiencia en salud mental, donde se vio que utilizaban como estrategia perjudicial el ocultarlo por temor al estigma social que podrían recibir y que anticipaban. Por tanto, podríamos resumir la idea principal del programa en apoyar a las personas con una enfermedad mental en su decisión personal de divulgarlo, empoderándolas y transmitiéndolas información (Rüsçh et al., 2014b). Es un programa que se enfoca en la concienciación, y se apoya en el trabajo con pares, es por ello que la única estrategia en la que podríamos decir que se apoya es en la entrevista motivacional, sobre todo en lo que respecta a la toma decisonal sobre la divulgación.

Esta es precisamente la temática abordada en la primera sesión: la consideración de los pros y los contras de la divulgación, donde, a través de un debate se plantean cómo enfocar su enfermedad mental. La segunda sesión hace referencia a diferentes maneras de hacer la divulgación, en una escala de cinco, que van desde el secreto hasta la difusión pública de sus experiencias, y los pros y contras de cada uno de los niveles progresivos, así como las posibles respuestas a las reacciones que se pueden encontrar. La última sesión se denomina “contando tu historia” pues en esta sesión se trabajan diferentes formas de contar la propia historia.

El beneficio de este programa se encontraría principalmente en la reducción del estrés que proviene del estigma (Rüsçh et al., 2014b).

#### 6- Intervención Anti- estigma foto voz (Nombre real: “Anti- stigma Photovoice Intervention”).

Lo que hace único y diferencial a este programa es que los participantes toman fotos y graban las narrativas que les permiten contar su experiencia (Russinova et al., 2014).

Este programa desarrollado por Russinova *et al.*, es una intervención grupal de 10 semanas de duración que son dirigidos por pares (personas que han pasado por esa



experiencia) entrenados. Ha sido adaptado como modelo de intervención pues se creó como una metodología de investigación que trata de empoderar a las personas para que tomen conciencia de sus fortalezas y lo hagan a través de un diálogo crítico (Catalani & Minkler, 2010).

En las sesiones se proporciona psicoeducación del estigma y se enseña a los participantes a usar la metodología del programa con voz y fotos, donde se les insta a fotografiar aquellos objetos o eventos de su vida cotidiana que les preocupan o son importantes para ellos. Se les anima a que generen narrativas de ellos mismos que estén relacionadas con las fotos. La narrativa para cada foto se sustenta en una serie de preguntas basadas en el acrónimo SHOWED (las preguntas son: ¿qué ves aquí?, ¿qué está pasando realmente aquí?, ¿cómo se relaciona esto con nuestras vidas?, ¿por qué existe este problema?, ¿cómo puede esta imagen educar a otros? y ¿qué podemos hacer al respecto?) (Yanos et al., 2015).

Como se puede apreciar, los modelos planteados para trabajar el autoestigma son muy diferentes entre sí, pero si tienen algunos aspectos en común que son los que siguen:

1. El uso de psicoeducación para trabajar los mitos existentes alrededor de la enfermedad mental. Se ayuda a las personas a desarrollar habilidades para tener un pensamiento crítico que les permita rechazar, en lugar de interiorizar, las conductas y creencias estigmatizantes.
2. Técnicas cognitivas que otorgan herramientas prácticas para no sólo identificar sino también para combatir el autoestigma, más concretamente algunos pensamientos y creencias estigmatizantes.
3. Técnicas narrativas que permitan a la persona convertirse en un agente protagonista de su propia vida.
4. Técnicas de toma de decisiones y de establecimiento de metas y objetivos, así como estrategias y herramientas de empoderamiento y que incrementen la esperanza y la motivación.



#### 4. CONCLUSIONES

Existe una relación significativa innegable entre salud mental y estigmatización (Mak, Poon, Pun, & Cheung, 2007).

El autoestigma no sólo repercute en una menor calidad de vida para la persona, sino que además merma la autoestima y la autoeficacia, presentando una sintomatología psiquiátrica más severa y un menor soporte social. (Livingston & Boyd, 2010a).

Del mismo modo, el autoestigma está relacionado con un funcionamiento tanto social como laboral menor. (Alonso et al., 2009; Perlick et al., 2001).

El empoderamiento personal se situaría en el extremo opuesto del autoestigma. Las personas que presentan un nivel elevado de empoderamiento, tienen bajos niveles de autoestigma (Watson et al., 2007).

Las personas con TMG que se identifican y apoyan en los grupos de apoyo refieren menos autoestigma (Corrigan, 2006), concretamente las investigaciones han encontrado que el apoyo social está relacionado con una mejora de autoestima, con recuperación (Hendryx, Green, & Perrin, 2009), bienestar (McCorkle, Rogers, Dunn, Lyass, & Wan, 2008) y el uso de los servicios de salud mental (Schutt & Rogers, 2009), en las personas con un TMG.

Las intervenciones que se han desarrollado hasta el momento para trabajar el autoestigma, pese a presentar elementos diferenciales, suelen compartir una base de psicoeducación, y el empoderamiento de la persona, utilizando diversas estrategias de actuación para conseguir que la persona adopte un rol más activo.

La realización de la siguiente revisión bibliográfica me ha permitido poder reflexionar sobre el sufrimiento y las limitaciones que supone a una persona llegar a creerse y aplicar sobre sí mismo el estigma existente, llegando a integrar en su propia identidad todos estos prejuicios. Y para mí el problema es precisamente ese, que la persona llega a conformar su identidad en base a la enfermedad mental y, sobre todo a las limitaciones que se le asocian. Es como si la persona en sí desapareciese y se transformara en un enfermo mental que espera ser rechazado por la sociedad y que, como una forma de protegerse de este rechazo que anticipan, terminan aislándose y confirmando así tristemente su creencia sobre sí mismos.



Es por ello que creo que, la intervención sobre el autoestigma debe realizarse en todos los niveles, es decir, no sería suficiente intervenir únicamente con la persona con enfermedad mental, o solamente con la sociedad, sino que la intervención eficaz sea integral. En primer lugar, creo que es importante que la persona sea vista como tal, y no como un enfermo mental, y este mensaje debe llegar tanto a la persona con enfermedad mental como a toda la comunidad.

Desde mi punto de vista, cuando a una persona la diagnostican una enfermedad mental, es posible que necesite un tiempo para poder aceptar esto y, sobre todo poder entender qué le ocurre. Mi experiencia en salud mental es que, todavía está muy arraigada la visión del trabajo con la sintomatología de la persona, en lugar de poder explorar y fomentar sus fortalezas y sus recursos.

Y precisamente esta revisión me ha dado argumentos para pensar que es necesario que la persona se empodere, y pueda vivirse y sentirse de otra manera, con una identidad integrada, no limitada por su enfermedad mental. Está claro que la persona debe saber lo que le ocurre, conocer en sí misma cómo experimenta el malestar, los síntomas de alerta pero, lo debe conocer para poder poner en marcha todo su potencial y sus recursos. Este es el primer paso para poder abolir el estigma y el autoestigma, pero obviamente aunque es necesario no es suficiente. Por ello hace falta también poder intervenir a nivel comunitario y social, pudiendo proveer de una información correcta que acabe con los estereotipos y las creencias erróneas tan alejadas de la realidad, y que tanto sufrimiento crean.

Finalmente, me gustaría añadir que considero que es necesaria otra forma de enfocar y trabajar por parte de los profesionales que nos dedicamos a trabajar en salud mental, no limitados por la enfermedad sino viendo el potencial de la persona y pudiéndoselo transmitir, así como también devolverle el control sobre sí mismos y su vida.

## **5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

Se hace necesaria más investigación acerca de los programas antiestigma, para poder determinar qué intervenciones son las más eficaces y sobre todo para quién (características demográficas, diagnóstico, tipo de autoestigma, etc.). Se deberían



incorporar nuevas estrategias de evaluación para poder conocer de este modo las fluctuaciones por las que pueda pasar el autoestigma (Ben-Zeev, Frounfelker, Morris, & Corrigan, 2012).

Sería interesante y necesario poder conocer cuál es la relación entre autoestigma y calidad de vida. Se sabe que la relación es inversamente proporcional, pero se desconoce la explicación de este fenómeno, es decir, se ignora si es el autoestigma el que disminuye la calidad de vida de la persona, o si una persona con una calidad de vida menor es más proclive a desarrollar autoestigma.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, J., Buron, A., Bruffaerts, R., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.-P., ... the World Mental Health Consortium. (2008). Association of perceived stigma and mood and anxiety disorders: results from the World Mental Health Surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(4), 305–314. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01241.x>
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J. M., de Girolamo, G., ... Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, *118*(1), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.006>
- Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2008). *Understanding the stigma of mental illness: theory and interventions*. John Wiley & Sons. Retrieved from <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nwAhtrxiFkC&oi=fnd&pg=PR5&dq=understanding+the+stigma+of+mental+illness+theory+and+interventions&ots=A-F8pnZMY5&sig=JLpUcpiDLzJgbxGKdjUGD17YAZg>
- Ben-Zeev, D., Frounfelker, R., Morris, S. B., & Corrigan, P. W. (2012). Predictors of self-stigma in schizophrenia: New insights using mobile technologies. *Journal of Dual Diagnosis*, *8*(4), 305–314.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(4), 280–290. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.280.290>
- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, *122*(1), 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Camp, D. L., Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health



- problems. *Social Science & Medicine*, 55(5), 823–834.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00205-2)
- Caqueo-Urizar, A., Boyer, L., Baumstarck, K., & Gilman, S. E. (2015). Subjective perceptions of cognitive deficits and their influences on quality of life among patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 24(11), 2753–2760.  
<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1019-2>
- Catalani, C., & Minkler, M. (2010). Photovoice: A Review of the Literature in Health and Public Health. *Health Education & Behavior*, 37(3), 424–451.  
<https://doi.org/10.1177/1090198109342084>
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E.-M., Rüsçh, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.001>
- Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielańska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(7), 643–650.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0230-2>
- Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2014). The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research*, 23(9), 2559–2568. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0695-7>
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., & Svrakic, D. M. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Robert\\_Cloninger/publication/264329741\\_TCI-Guide\\_to\\_Its\\_Development\\_and\\_Use/links/53d8ec870cf2e38c6331c2ee/TCI-Guide-to-Its-Development-and-Use.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Robert_Cloninger/publication/264329741_TCI-Guide_to_Its_Development_and_Use/links/53d8ec870cf2e38c6331c2ee/TCI-Guide-to-Its-Development-and-Use.pdf)
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>



- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and Serious Mental Illness: Treatment Partnerships and Community Opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73(3), 217–228. <https://doi.org/10.1023/A:1016040805432>
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of Consumer-Operated Services on Empowerment and Recovery of People With Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493–1496. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1493>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsçh, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rüsçh, N. (2013). Reducing Self-Stigma by Coming Out Proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794–800. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301037>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006a). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006b). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>



- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., & King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 184*(2), 176–181. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services, 64*(3), 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine, 42*(8), 1741–1752. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Cheung, W. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research, 189*(2), 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.013>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry, 12*(2), 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., & Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International Journal of Mental Health Systems, 7*, 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-21>
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., ... Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder - cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 2439–2448. <https://doi.org/10.2147/NDT.S114671>
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine,*



95(2), 72–76.

- Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A., & Gilheany, B. (2003). A mental health service users perspective to stigmatisation. *Journal of Mental Health, 12*(3), 223–234. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118212>
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry, 13*(2), 161–175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Hajda, M., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2016). Self-stigma, treatment adherence, and medication discontinuation in patients with bipolar disorders in remission – a cross-sectional study. *European Psychiatry, 33*, S405–S406. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1160>
- Hanzawa, S., Nosaki, A., Yatabe, K., Nagai, Y., Tanaka, G., Nakane, H., & Nakane, Y. (2012). Study of understanding the internalized stigma of schizophrenia in psychiatric nurses in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66*(2), 113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02307.x>
- Heijnders, M., & Meij, S. V. D. (2006). The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine, 11*(3), 353–363. <https://doi.org/10.1080/13548500600595327>
- Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36*(3), 320–329. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*(1), 367–393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>
- Holubova, M., Prasko, J., Latalova, K., Ociskova, M., Grambal, A., Kamaradova, D., ... Hruby, R. (2016). Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient Preference and Adherence, 10*, 265–274. <https://doi.org/10.2147/PPA.S96201>



- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Grambal, A., Sigmundova, Z., Ociskova, M., & Zapletalova, J. (2015). Self-stigma and Suicidality in Patients with Neurotic Spectrum Disorders. *European Psychiatry, 30*, 1795. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)32108-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)32108-8)
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., ... Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence, 10*, 1289–1298. <https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Kim, J.-H., Byun, H.-J., Ann, J.-H., & Lee, J. (2010). Relationship Between Subjective Experiences and Psychopathological Dimensions in Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(10), 952–957. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.495940>
- Klosterkötter, J., Schultze-Lutter, F., & Ruhrmann, S. (2008). Kraepelin and psychotic prodromal conditions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 258*(2), 74. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-2010-5>
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research, 210*(3), 1136–1146. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin, 30*(3), 511–541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010a). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010b). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>



- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., Deforge, B., & Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 51.
- Lysaker, P. H., Kukla, M., Belanger, E., White, D. A., Buck, K. D., Luther, L., ... Leonhardt, B. (2015). Individual Psychotherapy and Changes in Self-Experience in Schizophrenia: A Qualitative Comparison of Patients in Metacognitively Focused and Supportive Psychotherapy. *Psychiatry*, 78(4), 305–316. <https://doi.org/10.1080/00332747.2015.1063916>
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192–199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., Wierwille, J., & Dimaggio, G. (2013a). Depression and insight in schizophrenia: Comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophrenia Research*, 148(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.025>
- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hasson-Ohayon, I., Kukla, M., Wierwille, J., & Dimaggio, G. (2013b). Depression and insight in schizophrenia: Comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles. *Schizophrenia Research*, 148(1), 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.025>
- Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65(2), 245–261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>
- Margetić, B. A., Jakovljević, M., Ivanec, D., Margetić, B., & Tošić, G. (2010). Relations of internalized stigma with temperament and character in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 603–606.



<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.02.010>

- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of Fear and Loathing: The Role of “Disturbing Behavior,” Labels, and Causal Attributions in Shaping Public Attitudes toward People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(2), 208–223. <https://doi.org/10.2307/2676306>
- McCay, E., Beanlands, H., Leszcz, M., Goering, P., Seeman, M. V., Ryan, K., ... Vishnevsky, T. (2006). A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 105.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., ... Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3), 212–220. <https://doi.org/10.5172/jamh.6.3.212>
- McCorkle, B. H., Rogers, E. S., Dunn, E. C., Lyass, A., & Wan, Y. M. (2008). Increasing Social Support for Individuals with Serious Mental Illness: Evaluating the Compeer Model of Intentional Friendship. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 359. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9137-8>
- Mental illness and employment discrimination: Current Opinion in Psychiatry. (n.d.). <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d>
- Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebowale, O. T., Ogunwale, A., & Adebayo, O. K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 377–386. <https://doi.org/10.1177/0020764013491738>
- Muñoz, M., Guillén, A., & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 10–19.
- Naber, D. (2008). Subjective effects of antipsychotic drugs and their relevance for compliance and remission. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(3), 174–176. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001238>



- Ociskova, M., Prasko, J., & Kamaradova, D. (2015). Relationship between personality and self-stigma in mixed neurotic spectrum and depressive disorders—cross sectional study. *Act Nerv Super Rediviva*, 57(1–2), 22–29.
- Pérez-Garín, D., Molero, F., & Bos, A. E. R. (2015). Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Research*, 228(3), 325–331. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.029>
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salah, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627–1632.
- Quinn, D. M., Williams, M. K., & Weisz, B. M. (2015). From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103–108. <https://doi.org/10.1037/prj0000136>
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Ross, C. A., & Goldner, E. M. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558–567. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., ... Corrigan, P. W. (2014a). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 391–397. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135772>
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., ... Corrigan, P. W. (2014b). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled



- trial. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 391–397.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135772>
- Russinova, Z., Rogers, E. S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M., & Mueser, K. T. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Peer-Run Antistigma Photovoice Intervention. *Psychiatric Services*, 65(2), 242–246.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200572>
- Sampietro, H. M. (2010). Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita?, *I2(1)*, 95–107.
- Sanjuan, A. M. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social, *I3(2)*, 7–17.
- Schrank, B., Amering, M., Hay, A. G., Weber, M., & Sibitz, I. (2014). Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(3), 271–279.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796013000322>
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective Symptoms of Schizophrenia in Research and the Clinic: The Basic Symptom Concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 5–8.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn139>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299–312.  
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)
- Schumacher, M., Corrigan, P. W., & Dejong, T. (2003). Examining Cues that Signal Mental Illness Stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(5), 467–476. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.5.467.22926>
- Schutt, R. K., & Rogers, E. S. (2009). Empowerment and peer support: structure and process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness. *Journal of Community Psychology*, 37(6), 697–710.  
<https://doi.org/10.1002/jcop.20325>
- Sellwood, W., Morrison, A. P., Beck, R., Heffernan, S., Law, H., & Bentall, R. P.



- (2013). Subjective Cognitive Complaints in Schizophrenia: Relation to Antipsychotic Medication Dose, Actual Cognitive Performance, Insight and Symptoms. *PLOS ONE*, 8(12), e83774. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083774>
- Shin, Y.-J., Joo, Y.-H., & Kim, J.-H. (2016). Self-perceived cognitive deficits and their relationship with internalized stigma and quality of life in patients with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1411–1417. <https://doi.org/10.2147/NDT.S108537>
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., ... Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26(1), 28–33. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>
- Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*, 12(3), 259–269. <https://doi.org/10.1080/0963823031000118249>
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 479–481.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Boutillier, C. L., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Stathi, S., Tsantila, K., & Crisp, R. J. (2012). Imagining intergroup contact can combat mental health stigma by reducing anxiety, avoidance and negative stereotyping. *The Journal of Social Psychology*, 152(6), 746–757.
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520.
- Verdoux, H., Monello, F., Goumilloux, R., Cougnard, A., & Prouteau, A. (2010). Self-



- perceived cognitive deficits and occupational outcome in persons with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 178(2), 437–439. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.031>
- Vrbova, K., Kamaradova, D., Latalova, K., Ociskova, M., Prasko, J., Mainerova, B., ... Tichackova, A. (2016). Self-Stigma and adherence to medication in patients with psychotic disorders—cross-sectional study. *European Psychiatry*, 33, S316.
- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M., ... Latalova, K. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 567–576. <https://doi.org/10.2147/NDT.S122483>
- Wang, X. Q., Petrini, M. A., & Morisky, D. E. (2017). Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences*, 19(2), 142–148. <https://doi.org/10.1111/nhs.12286>
- Wartelsteiner, F., Mizuno, Y., Frajo-Apor, B., Kemmler, G., Pardeller, S., Sondermann, C., ... Hofer, A. (2016). Quality of life in stabilized patients with schizophrenia is mainly associated with resilience and self-esteem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(4), 360–367. <https://doi.org/10.1111/acps.12628>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Research and Action*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 171.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73–93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between



Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437–1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>

Yen, C.-F., Chen, C.-C., Lee, Y., Tang, T.-C., Ko, C.-H., & Yen, J.-Y. (2009). Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1033–1039. <https://doi.org/10.1002/da.20413>



## 7. ANEXOS

Cuadro resumen de elaboración propia sobre los principales programas de intervención sobre el autoestigma.

<b>Programa</b>	<b>Formato</b>	<b>Características</b>	<b>Resultados</b>
Autoconcepto saludable	Manualizado y estandarizado.  Formato grupal.  Doce semanas de duración	Dirigido a personas que han debutado con un primer episodio psicótico	Se han encontrado beneficios en el funcionamiento social y en los síntomas psiquiátricos.
Reducción autoestigma	Manualizado  16 semanas de duración: 12 sesiones grupales y 4 individuales	Integrado por: terapia cognitivo conductual, psicoeducación, entrevista motivacional, entrenamiento en habilidades sociales y la fijación y planificación de objetivos	
Acabar con el autoestigma	Manualizado  Impartición grupal  Consta de nueve sesiones de unos 90 minutos cada una	Combinan estrategias de impartición de información, con compartir experiencias, soporte mutuo, discusión ejercicios interactivos, práctica de estrategias y tareas para casa.	Se ha encontrado una reducción significativa en el estigma internalizado y un incremento significativo en la recuperación del apoyo social percibido
Mejorar la narrativa y terapia cognitiva	Estructurado y manualizado  Formato grupal  20 sesiones de duración.	El objetivo es que las personas logren construir un significado de sus experiencias y desarrollar una narrativa privada de autoestigma, con significado y comprensible para los demás.	



Programa enorgulleciéndose	Manualizado formato grupal  destaca por su brevedad: 3 sesiones de dos horas.  Impartido por personas que han vivido alguna experiencia de enfermedad mental	Insta a las personas con una enfermedad a que, puedan explorar e incluso divulgar lo que les ocurre como una manera de enfrentarse al autoestigma.  Se enfoca en la concienciación, y se apoya en el trabajo con pares	Reducción del estrés proveniente del estigma.
Intervención antiestigma foto voz	Intervención grupal 10 semanas de duración  dirigidos por pares entrenados	Se creó como una metodología de investigación que trata de empoderar a las personas para que tomen conciencia de sus fortaleza y ha sido adaptado como modelo de intervención.  Se les anima a que generen narrativas de ellos mismos que estén relacionadas con las fotos de objetos o eventos de su vida cotidiana que son importantes para ellos.	



UNIVERSITAT  
JAUME I

*Máster Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental  
Comunitaria. Universidad Jaume I de Castellón.*