



# EL ESTIGMA ASOCIADO A LOS TRASTORNOS MENTALES: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

---

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada  
en Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Clara  
Aguilar Benages en el curso académico 2019 - 2020.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de María Vicenta Lucas Miralles.

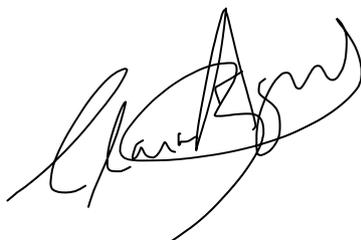
[10 de mayo de 2019]

## **Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG**

Yo, Clara Aguilar Benages con NIF 20922909Q, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2019/2020**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “El estigma asociado a los trastornos mentales: una revisión integradora”, tutelado por el profesor María Vicenta Lucas Miralles, defendido en lengua castellana, en el período de **19 de mayo, 2020**.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Clara Aguilar Benages', with a large, stylized initial 'A'.

Firmado: Clara Aguilar Benages

Castellón de la Plana, 10 de mayo de 2020

## ***Agradecimientos.***

*Después del esfuerzo realizado no solo en este trabajo, sino también a lo largo de estos cuatro años de carrera, es momento de agradecer a todas las personas que me han ayudado durante este tiempo.*

*En primer lugar, agradecer a mi tutora María Vicenta Lucas Miralles la ayuda que me ha proporcionado durante estos meses, ya que sin ella no me hubiera sido posible realizar este trabajo.*

*Por último, también quiero agradecer a mi familia por haberme apoyado durante todos estos años y, en especial, a mis amigas de promoción por haber hecho más llevaderas las interminables horas en la facultad.*

# Índice

Resumen .....	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	8
2.1 Objetivo general. ....	8
2.2 Objetivos específicos .....	8
3. Metodología.....	9
3.1 Diseño de la búsqueda .....	9
3.2 Fases de la búsqueda.....	12
3.3 Estrategia de búsqueda .....	12
3.3.1 PubMed.....	15
3.3.2 Biblioteca Virtual de la Salud.....	17
3.3.3 ScienceDirect.....	19
3.3.4 Biblioteca Cochrane .....	21
3.4 Criterios de selección.....	23
3.4.1 Criterios de inclusión.....	23
3.4.2 Criterios de exclusión .....	23
3.5 Evaluación de la calidad metodológica de los artículos .....	24
4. Resultados.....	26
4.1 Características de los artículos incluidos en el estudio.....	37
4.1.1 Base de datos. ....	37
4.3.2 Tipo de estudio. ....	37
4.3.3 Fecha de publicación .....	38
4.3.4 País de publicación .....	39
4.3.5 Población de estudio .....	39
4.3.6 Trastorno mental estudiado .....	40
4.3.7 Tipo de estigma estudiado .....	41

4.3.8 Temas tratados .....	42
4.2 Síntesis de los artículos incluidos en el estudio.....	44
5. Discusión .....	57
4.1 Actitudes y creencias de la población general sobre los trastornos mentales e influencia de los medios de comunicación. ....	57
4.2 Consecuencias del estigma .....	59
4.2.1 Influencia del estigma sobre la búsqueda de ayuda profesional.....	60
4.2.2 Influencia del estigma sobre la adherencia terapéutica .....	61
4.2.3 Influencia del estigma sobre la gravedad de los síntomas .....	62
4.2.4 Influencia del estigma sobre el pronóstico .....	62
4.2.5 Influencia del estigma en el mercado laboral .....	63
4.2.6 Influencia del estigma en la exclusión social .....	63
4.2.7 Influencia del estigma sobre el riesgo de suicidio.....	64
4.3 Relación del estigma entre el paciente y el cuidador.....	65
4.4 Actitudes y creencias del personal sanitario sobre los trastornos mentales .....	66
4.5 Estigma en los trastornos por consumo de sustancias .....	67
5. Limitaciones en el estudio .....	69
6. Conclusión .....	70
8. Referencias bibliográficas .....	71
9. Anexos.....	75
9.1 Anexo 1.....	75
9.2 Anexo 2.....	80
9.3 Anexo 3.....	86

## Índice de tablas

Tabla 1. Palabras clave en lenguaje natural y Tesoros. Elaboración propia.....	10
Tabla 2. Equivalencias entre las puntuaciones obtenidas con la herramienta CASPe y su calidad metodológica. Elaboración propia.....	25
Tabla 3. Artículos encontrados, recuperados e incluidos. Elaboración propia.....	28
Tabla 4. Puntuaciones de los artículos mediante la planilla CASPe. Elaboración propia. .....	31
Tabla 5. Síntesis de los artículos incluidos en el estudio. Elaboración propia. ....	44

## Índice de figuras

Figura 1. Primera búsqueda. Elaboración propia. ....	13
Figura 2. Segunda búsqueda. Elaboración propia. ....	14
Figura 3. Tercera búsqueda. Elaboración propia. ....	14
Figura 4. Estrategia de búsqueda en PubMed. Elaboración propia. ....	16
Figura 5. Estrategia de búsqueda en la Biblioteca Virtual de la Salud. Elaboración propia. ....	18
Figura 6. Estrategia de búsqueda en ScienceDirect. Elaboración propia. ....	20
Figura 7. Estrategia de búsqueda en la Biblioteca Cochrane. Elaboración propia. ....	22
Figura 8. Diagrama de flujo de los resultados de la revisión bibliográfica. Elaboración propia. ....	30
Figura 9. Artículos seleccionados según la base de datos. Elaboración propia. ....	37
Figura 10. Artículos seleccionados según el tipo de estudio. Elaboración propia. ....	38
Figura 11. Artículos según la fecha de publicación. Elaboración propia. ....	38
Figura 12. Artículos seleccionados según el país de publicación. Elaboración propia. ....	39
Figura 13. Artículos seleccionados según población de estudio. Elaboración propia. ....	40
Figura 14. Artículos seleccionados según trastorno mental estudiado. Elaboración propia. ....	41
Figura 15. Artículos según el tipo de estigma que estudian. Elaboración propia. ....	41
Figura 16. Artículos según temas secundarios estudiados. Elaboración propia. ....	43

Figura 17. Artículos según la consecuencia del estigma que analizan. Elaboración propia.....43

## **Resumen**

**Introducción:** El estigma asociado a los trastornos mentales es un fenómeno complejo y global que constituye un importante problema en los pacientes psiquiátricos, mermando considerablemente su calidad de vida. Esto, a su vez, repercute en los elevados costes asociados a su atención, y en la gran discapacidad y morbi-mortalidad asociada a este grupo de patologías.

**Objetivos:** Analizar el estigma asociado a la enfermedad mental.

**Metodología:** Se realizó una revisión integradora de carácter descriptivo de artículos relacionados con el estigma existente en torno a la enfermedad mental. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos de PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud, ScienceDirect y la Biblioteca Cochrane, utilizando palabras clave relacionadas con el estigma social, el estigma personal y la enfermedad mental.

**Resultados:** Tras la aplicación de los criterios de inclusión establecidos, se seleccionaron y estudiaron un total de 21 artículos. Estos fueron clasificados según: base de datos en la que se obtuvo, tipo de estudio, fecha de publicación, país de publicación, población de estudio, trastorno mental estudiado y temas tratados.

**Conclusiones:** La literatura consultada muestra que el estigma hacia los trastornos mentales sigue siendo un problema en la sociedad actual, y que acarrea graves consecuencias tanto para los pacientes, como para sus familiares. Estas se extienden afectando a las relaciones personales, el mercado laboral, e incluso actuando como una barrera en el acceso a un adecuado tratamiento, entre otras.

**Palabras clave:** Estigma Social, Estereotipo, Prejuicio, Autoimagen, Trastornos mentales, Psiquiatría

## **Abstract**

**Introduction:** The stigma associated with mental disorders is a complex and global phenomenon that constitutes an important problem for psychiatric patients, reducing considerably their quality of life. Furthermore, it affects the economic costs associated with their care, and the great disability and morbidity-mortality associated with this group of pathologies.

**Objectives:** To analyze the stigma associated with mental illness.

**Methodology:** An integrative descriptive review of articles related to the existing stigma surrounding mental illness was carried out. The bibliographic search was accomplished with PubMed, Virtual Health Library, ScienceDirect and the Cochrane Library, using keywords related to social stigma, personal stigma and mental illness.

**Results:** After applying the established inclusion criteria, a total of 21 articles were selected and studied. These were classified according to: the database in which it was obtained, type of study, publication's date, publication country, study's population, mental disorder studied, and covered topics.

**Conclusion:** The spotted literature shows that stigma towards mental disorders continues to be a problem in today's society, and that it has serious consequences for both patients and their families. These spread affecting personal relationships, labor market, and even acting as a barrier in access to adequate treatment, among others.

**Key words:** Social Stigma, Stereotyping, Prejudice, Self Concept, Mental Disorders, Psychiatry.

## **1. Introducción**

La confederación de la salud mental de España define a la enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje o el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (1).

El European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, estima que el 19'5% de los españoles han presentado un trastorno mental alguna vez en su vida (2). Además, de Pedro Cuesta et al. afirman que los trastornos más frecuentes, en orden de prevalencia, son: el episodio depresivo mayor, la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia (3).

Por otra parte, según la Encuesta Nacional de Salud, realizada en el año 2006, la prevalencia de mala salud mental sería del 21'5%. Esta sería más frecuente entre las mujeres (27%), que en los hombres (15'7%), y aumentaría con la edad, sobre todo en las personas mayores de 65 años (2).

Así mismo, más recientemente, la Encuesta Nacional de Salud del año 2011 – 2012 cifró en un 4'74% la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad (3).

Además, esta serie de trastornos no sólo destacan por su elevada prevalencia, sino que suponen, también, unos importantes costes asociados: aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades, a nivel mundial, puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos (2).

Es más, según declaraciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 5 de las 10 primeras causas de discapacidad son debidas a problemas relacionados con la salud mental (4).

A nivel europeo, se estima que las enfermedades mentales producen una carga de enfermedad del 26'6% del total, siendo, con diferencia, las que generan una mayor prevalencia de discapacidad grave y moderada (3).

Siguiendo con este patrón, en el año 2010, en España, únicamente los costes asociados al tratamiento de los trastornos mentales comunes (trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo y somatizaciones) supusieron un 2'2% del producto interior bruto (PIB) de nuestro país, casi la mitad del coste de todos los trastornos mentales. Además, estos representaron la primera causa de discapacidad, siendo la depresión el trastorno más incapacitante (5).

De esta manera, se podría afirmar que la mala salud mental supone un importante problema de salud pública, con un gran impacto en la sociedad.

No obstante, existe un gran desconocimiento de estas patologías por parte de la población, por lo que, cada vez, las actitudes que la sociedad guarda con respecto a aquellos que padecen un trastorno psiquiátrico cobran una mayor importancia (6).

Como consecuencia de una historia repleta de incompreensión hacia la enfermedad mental, la investigación llevada a cabo hasta el momento demuestra que la sociedad presenta una percepción negativa de las personas que padecen estas enfermedades, atribuyéndoles características, como: peligrosidad, extrañeza, imprevisibilidad, imposibilidad de curación o mejoría (6).

Por esta razón, el paciente con enfermedad mental debe enfrentarse a dos tipos de problemas: a los derivados directamente de su enfermedad, y a los relacionados con el estigma (6).

No obstante, antes de entrar en más detalles, es necesario definir correctamente y comprender la naturaleza del estigma.

López et al. definen el estigma como “un conjunto de actitudes, normalmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios por el hecho de que estos presenten algún rasgo diferencial o marca que permita identificarlos” (7,px)

Se trata, por lo tanto, de un proceso de categorización social que simplifica información muy diversa y compleja con una función defensiva para los grupos mayoritarios de una sociedad (7).

Arnaiz et al. y Moloney afirman en sus estudios que la actual conceptualización del estigma de la enfermedad mental se basa en el modelo de Corrigan et al., que explica los componentes cognitivos y conductuales del estigma (8,9):

1. Estereotipos: creencia generalizada, o simplificada, sobre un grupo social, que condicionan la percepción, el recuerdo y la valoración de los miembros de dicho grupo.
2. Prejuicios: implican un acuerdo con el estereotipo, que da lugar a una reacción emocional con respecto a los miembros del grupo.
3. Discriminación: comportamiento asociado a la reacción emocional que supone el prejuicio, muchas veces asociado a la restricción de los derechos y las oportunidades de las personas de dicho grupo.

De esta manera, un conocimiento erróneo sobre un determinado colectivo basado en estereotipos negativos produce reacciones emocionales negativas (prejuicios), lo que genera, a su vez, una conducta de discriminación (9).

Así, esta serie de componentes se interrelacionan formando el proceso de estigmatización, a través del cual se produce y mantiene el estigma hacia un colectivo, y que tiene lugar de la siguiente manera (6,7):

1. Distinción y etiquetado de un grupo de personas.
2. Asociación de características desagradables a las personas etiquetadas.
3. Consideración del grupo como diferente.
4. Repercusiones emocionales que tienen lugar en quien estigmatiza y en quien es estigmatizado.
5. Pérdida de estatus y la discriminación al grupo estigmatizado.
6. Existencia de asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no podría tener lugar.

A su vez, desde una perspectiva social, el estigma puede clasificarse en estigma público, estructural o autoestigma (6,9):

1. Estigma público: reacción negativa de una comunidad ante un colectivo.
2. Estigma estructural: políticas y prácticas de instituciones que restringen las oportunidades de las personas que forman dicho grupo.
3. Autoestigma, o estigma personal: proceso de internalización de dicho estigma por parte del colectivo afectado por éste.

Después de explicar brevemente el complejo proceso de la estigmatización, se debe volver a tratar este tema desde la perspectiva de la salud mental.

Los efectos del estigma sobre este colectivo pueden clasificarse, en términos generales, en: los producidos como consecuencia de la discriminación pública y estructural, y los derivados de la propia auto-estigmatización (9).

Con respecto a los primeros, los pacientes de salud mental deben enfrentarse a una discriminación directa que se manifiesta en la falta de oportunidades de empleo, en la dificultad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias, en el acceso a la vivienda, e incluso en las barreras que encuentran para acceder a un tratamiento (6,10).

Y es que, se ha demostrado que esta discriminación también se manifiesta en el contexto sanitario: los profesionales sanitarios, que deberían ser responsables de su recuperación, comparten, junto con el resto de la población, actitudes estigmatizantes hacia este colectivo, lo que repercute profundamente en su tratamiento (10).

Además, desde una perspectiva pública, cabe destacar el papel que ejercen los medios de comunicación en el mantenimiento de los estereotipos sobre este tipo de colectivo, presentando a las personas que padecen enfermedades mentales bajo tres concepciones generalizadas (8):

1. Maníacos homicidas a los que hay que temer.
2. Espíritus libres y rebeldes.
3. Persona adulta que realiza conductas infantiles.

Por otro lado, la autoestigmatización, como se ha comentado anteriormente, se da cuando las personas estigmatizadas comparten los estereotipos de los demás y los vuelven contra sí mismos. Esta cobra una especial importancia en estos pacientes, ya

que conduce a una pérdida de la autoestima y a la aparición de sentimientos de vergüenza, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. Esto supone que menos del 25% de los afectados por este tipo de patologías sean diagnosticados y tratados correctamente en los países occidentales (4).

Además, el autoestigma supone un factor de estrés importante, aumentando el riesgo de recaídas, e incluso de suicidio (7).

De esta manera, el enfermo mental debe enfrentarse a todos estos tipos de exclusión, que, en muchas ocasiones, generan un mayor sufrimiento, que los síntomas de la patología que padecen (6).

Para finalizar, y a partir de lo descrito hasta el momento, se pueden deducir que los problemas de salud mental afectan de manera importante a la población general y generan una gran discapacidad. Y, en segundo lugar, el estigma existente actúa como una barrera en la correcta atención y calidad de vida de estos pacientes, lo que, a su vez, repercute en los elevados costes asociados a su atención, y a la gran discapacidad y morbi-mortalidad asociada a este grupo de patologías (6).

Por lo tanto, cualquier intento por hacer frente a este problema de salud pública implica el esfuerzo por mejorar las actitudes sociales negativas que se engloban bajo el término estigma (6).

Por todas estas razones, se considera necesaria la realización de una revisión bibliográfica que permita la actualización de los conocimientos sobre el estigma en la enfermedad mental.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general.**

Analizar el estigma asociado a la enfermedad mental mediante una revisión bibliográfica.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Conocer las actitudes y creencias que tiene la población general sobre los trastornos mentales y determinar la influencia que ejercen los medios de comunicación.
2. Evaluar las consecuencias que el estigma tiene sobre los pacientes con enfermedad mental.
3. Valorar la relación del estigma entre el paciente y el cuidador.
4. Determinar las actitudes y creencias que tienen los profesionales sanitarios con respecto a los trastornos mentales.
5. Identificar el grado de estigma que padecen los pacientes diagnosticados con un trastorno por consumo de sustancias.

### **3. Metodología**

#### **3.1 Diseño de la búsqueda**

En este estudio se realizó una revisión integradora de carácter descriptivo de diferentes artículos relacionados con el tema a tratar: el estigma existente en torno a la enfermedad mental.

Con este fin, se diseñó una estrategia de búsqueda basada en la formulación de una serie de palabras clave relacionadas con los principales componentes sobre los que trata esta investigación y que pueden asociarse, principalmente, en los siguientes grupos:

1. El estigma social.
2. El autoestigma.
3. La enfermedad mental.

Tras determinar estas palabras clave, y con el objetivo de utilizar una misma terminología en las búsquedas realizadas en diferentes bases de datos, se procedió a seleccionar tesauros asociados a estos términos entre los Descriptores de Ciencias de la salud (DeCS), utilizados en la Biblioteca Virtual de la Salud y SciELO, y los Medical Subject Headings (MeSH), utilizados en PubMed y la Biblioteca Cochrane.

A continuación, en la Tabla 1, pueden observarse las palabras clave utilizadas en la estrategia de búsqueda junto con sus respectivos tesauros.

Tras el establecimiento de los diferentes descriptores, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica durante el mes de febrero de 2020 consultando en diferentes bases de datos, entre las que se incluyen: PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud, ScienceDirect, Biblioteca Cochrane y SciELO.

**Tabla 1.** Palabras clave en lenguaje natural y Tesauros. Elaboración propia.

<b>Lenguaje natural</b>		<b>Tesauros</b>		
		<b>MeSH</b>	<b>DeCS castellano</b>	<b>DeCS inglés</b>
<b>Estigma social</b>	Estigma social	Social stigma	Estigma social	Social stigma
	Percepción social	Social Perception	Percepción social	Social Perception
	Estereotipo	Stereotyping	Estereotipo	Stereotyping
	Prejuicio	Prejudice	Prejuicio	Prejudice
	Actitud	Attitude	Actitud	Attitude
	Distancia social	Social distance	Distancia social	Social distance
<b>Autoestigma</b>	Autoconcepto	Self concept	Autoimagen	Self concept
	Autoestigma / Self stigma			

Estigma personal / Personal stigma				
<b>Enfermedad mental</b>	Pacientes psiquiátricos	Mentally Ill Persons	Enfermos mentales	Mentally Ill Persons
	Enfermedad mental	Mental disorders	Trastornos mentales	Mental disorders
	Psiquiatría	Psychiatry	Psiquiatría	Psychiatry

### **3.2 Fases de la búsqueda**

Para llevar a cabo la selección de los artículos destinados a realizar esta revisión de la literatura, se realizarán los siguientes pasos:

1. Primera fase: uso de la estrategia de búsqueda en bases de datos electrónicas especializadas.
2. Segunda fase: aplicación de los criterios de inclusión año de publicación, idioma, disponibilidad y tipo de artículo.
3. Tercera fase: lectura del título y resumen, excluyendo aquellos artículos no relacionados con el tema a tratar.

### **3.3 Estrategia de búsqueda**

Para la realización de este trabajo se planteó una estrategia basada en el diseño de tres búsquedas diferentes, estando cada una de ellas orientada a obtener la máxima información posible sobre un aspecto determinado del estigma.

En primer lugar, y con el fin de obtener información sobre el estigma social, se realizó una búsqueda mediante la combinación de sus descriptores, con los correspondientes al grupo de los trastornos mentales.

Para ello, se realizó una búsqueda de los términos relacionados con el estigma social: “social stigma”, “social perception”, “stereotyping”, “prejudice”, “attitude” y “social distance”, combinados mediante el operador boleano “OR”.

Posteriormente, se realizó la búsqueda de los términos relacionados con los enfermos mentales: “mentally ill persons”, “mental disorders” y “psychiatry”, combinándoles posteriormente a través del operador boleano “OR”.

Tras esto, las anteriores búsquedas se relacionaron mediante el operador boleano “AND”, con la finalidad obtener información exclusivamente sobre el estigma social. Ver Figura 1.

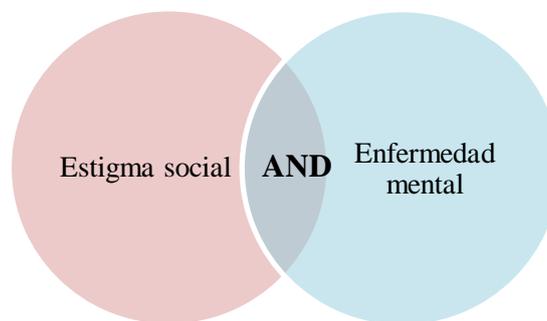
En segundo lugar, con el objetivo de obtener información sobre el estigma personal, se llevó a cabo una búsqueda combinando las palabras clave asociadas a este término, con los descriptores correspondientes al grupo de la enfermedad mental.

Así, se realizó la búsqueda de los términos relacionados con el autoestigma: “self concept”, “self stigma” y “personal stigma” en lenguaje natural y controlado, combinándoles posteriormente a través del operador booleano “OR”.

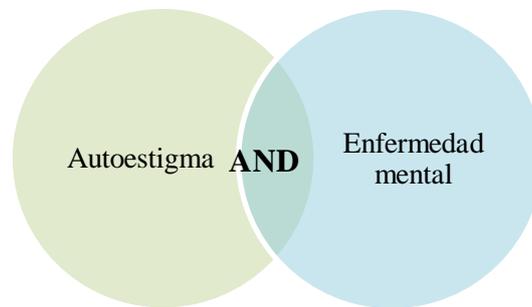
Y de la misma manera, se relacionó con los términos relacionados con la enfermedad mental a través del operador booleano “AND”, obteniéndose así resultados relacionados exclusivamente con el autoestigma. Ver Figura 2.

Finalmente, y con el objetivo de agrupar los diferentes componentes de la búsqueda, se combinaron las diferentes estrategias mediante el operador “AND”. Ver Figura 3.

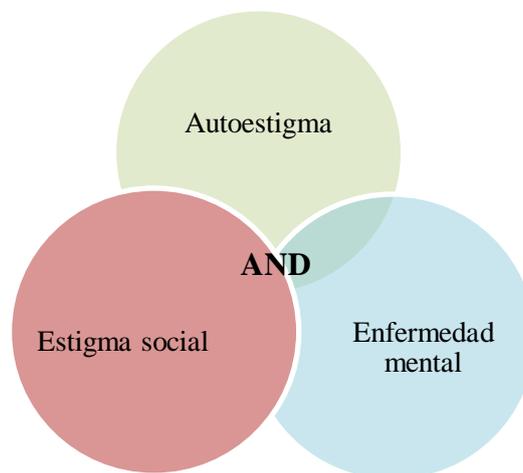
**Figura 1.** Primera búsqueda. Elaboración propia.



**Figura 2.** Segunda búsqueda. Elaboración propia.



**Figura 3.** Tercera búsqueda. Elaboración propia.



### **3.3.1 PubMed**

En esta base de datos se utilizaron las palabras en lenguaje natural, así como los descriptores MeSH.

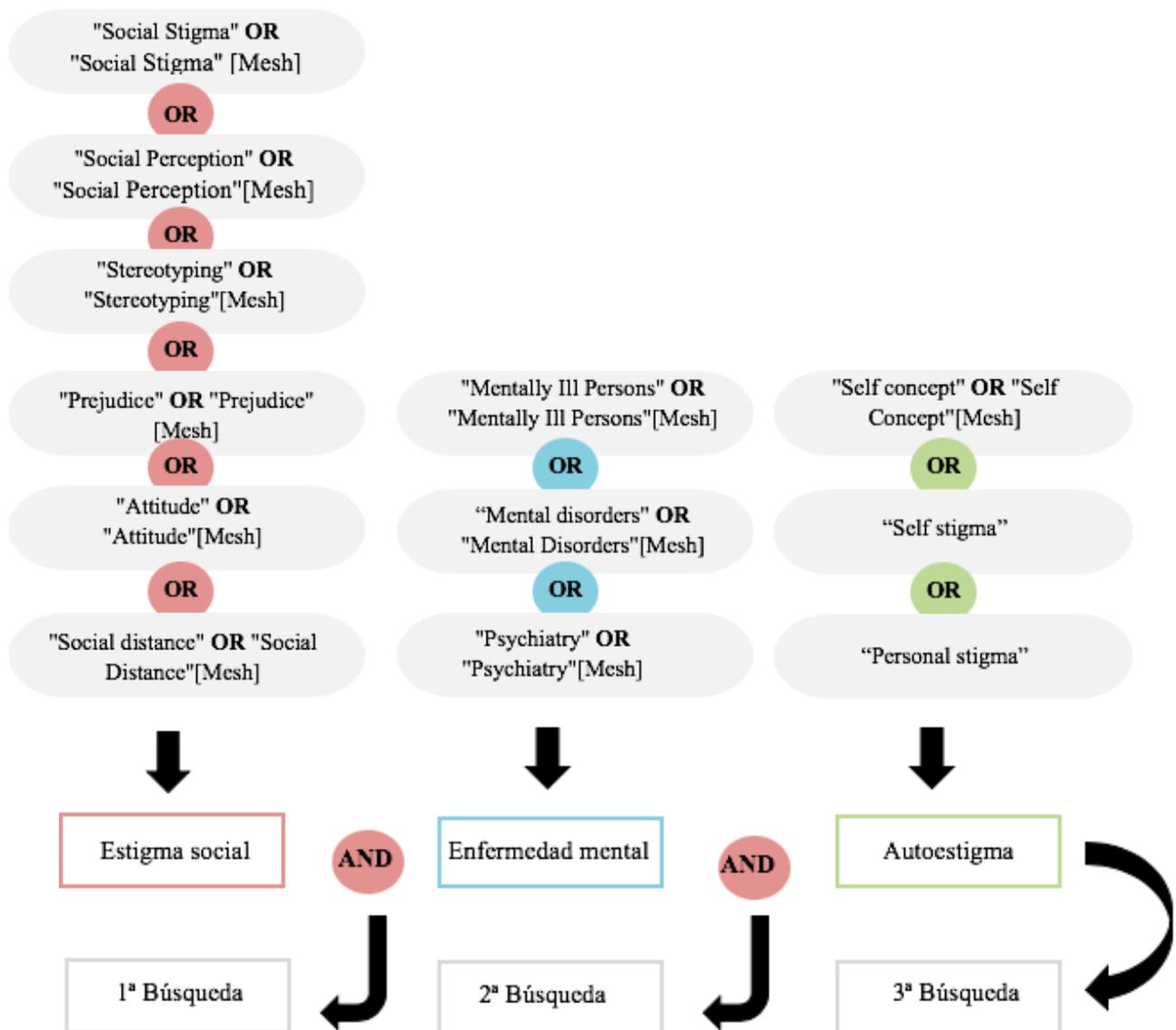
En todas las búsquedas se aplicaron los siguientes filtros automáticos:

1. Fecha de publicación: 5 años de antigüedad.
2. Tipos de estudios:
  - a. Ensayos clínicos.
  - b. Revisiones
  - c. Revisiones sistemáticas.
3. Estudios en seres humanos.
4. Idiomas:
  - a. Español.
  - b. Inglés.
5. Disponibilidad de los artículos en texto completo.

Posteriormente, se llevó a cabo la lectura del título y resumen de los artículos obtenidos con las diferentes estrategias de búsqueda con el objetivo de seleccionar únicamente aquellos relacionados con el tema.

En la siguiente Figura 4, se encuentra explicado de forma más visual.

Figura 4. Estrategia de búsqueda en PubMed. Elaboración propia.



### **3.3.2 Biblioteca Virtual de la Salud**

En esta base de datos se realizó la búsqueda haciendo uso de los descriptores DeCS asociados a las palabras clave formuladas previamente.

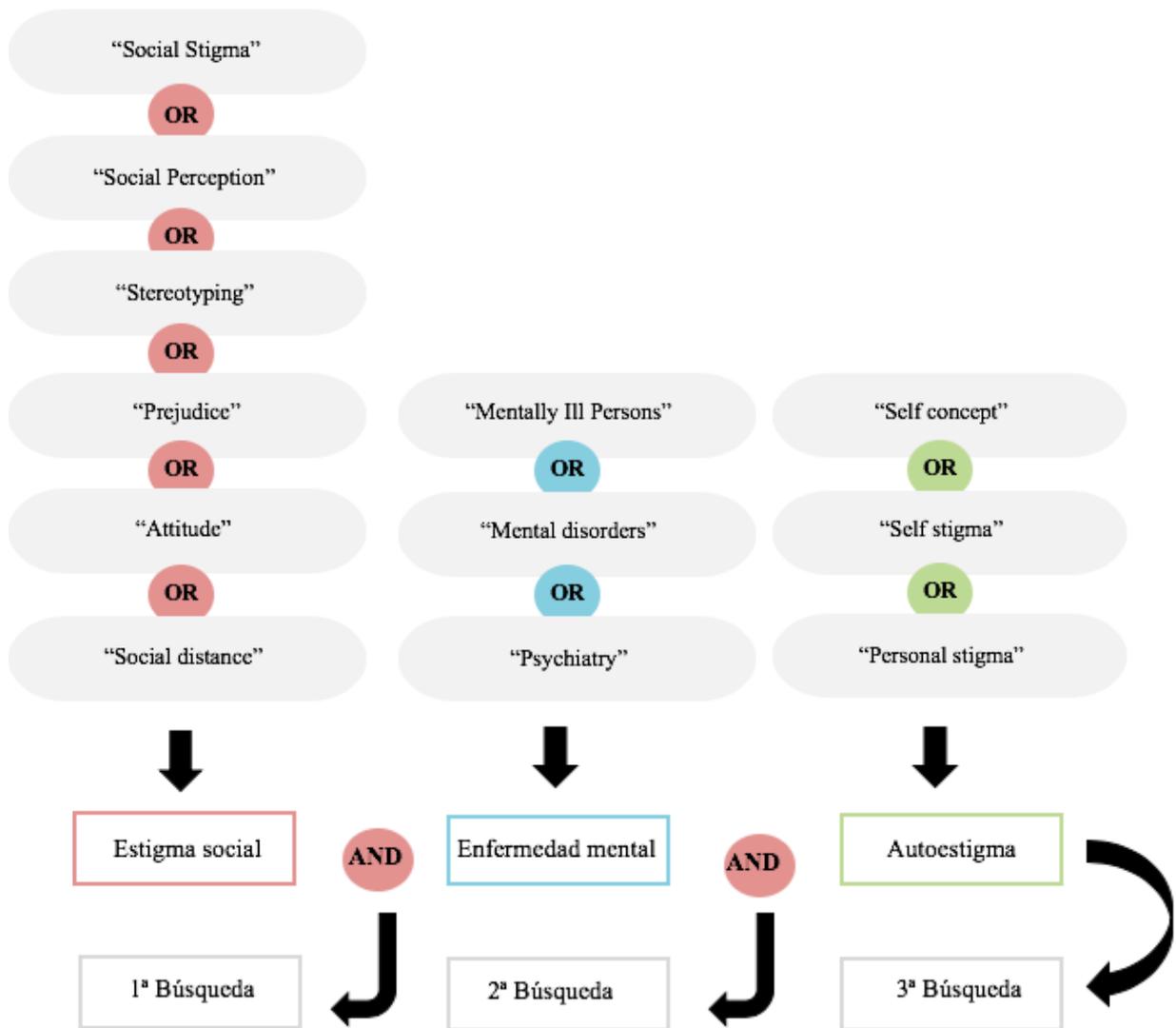
Posteriormente se lleva a cabo la aplicación de los siguientes filtros automáticos:

1. Fecha de publicación: últimos 5 años.
2. Texto completo.
3. Tipos de estudios:
  - a. Estudio de cohorte.
  - b. Revisiones sistemáticas evaluadas.
4. Idiomas:
  - a. Inglés.
  - b. Español.

Finalmente, se realiza un filtrado automático de los artículos obtenidos mediante la lectura del título y resumen, determinando así si están relacionados con el tema a tratar, y excluyendo aquellos que se hayan repetidos.

A continuación, se encuentra detallado de forma más visual en la Figura 5.

Figura 5. Estrategia de búsqueda en la Biblioteca Virtual de la Salud. Elaboración propia.



### **3.3.3 ScienceDirect**

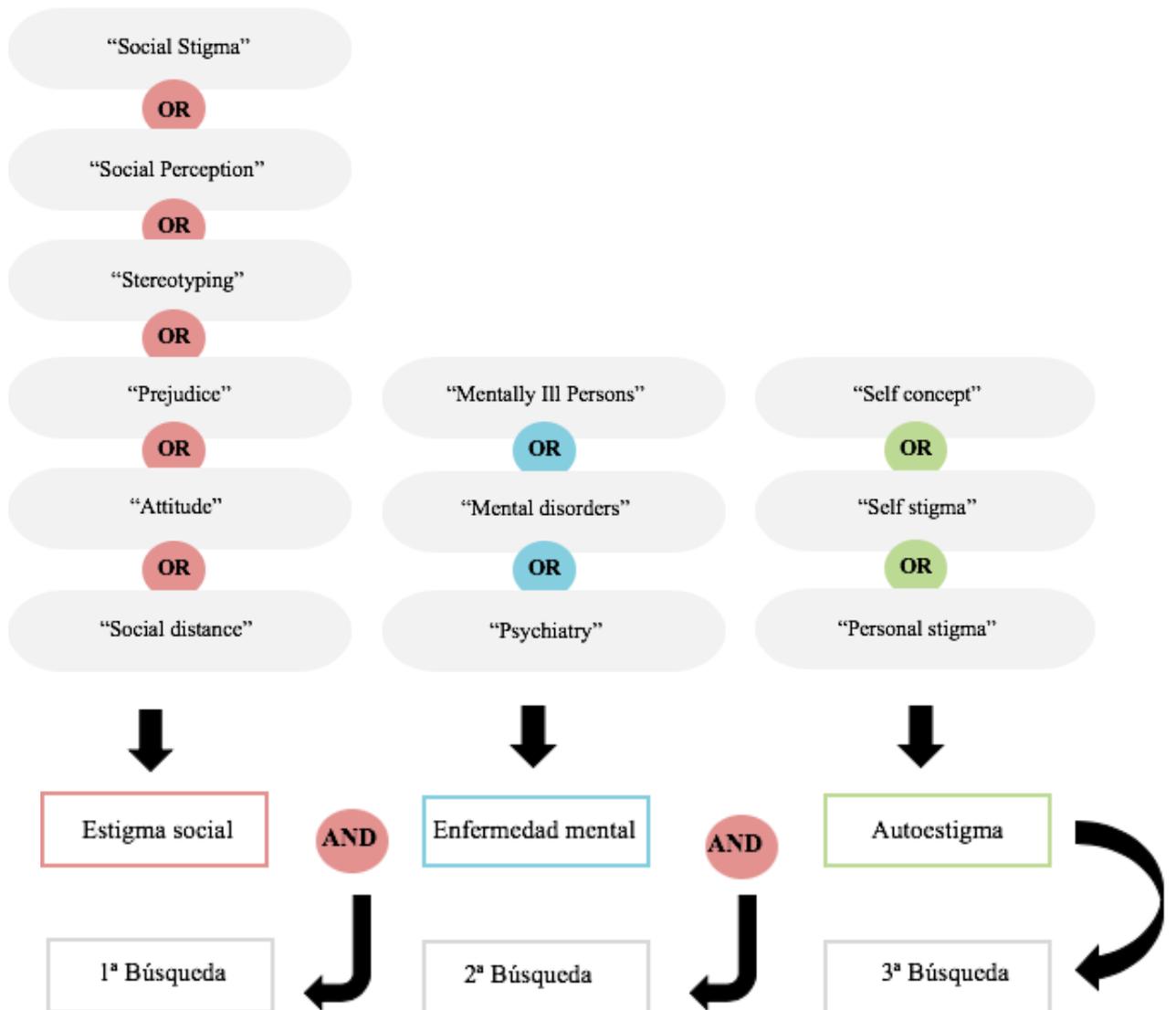
Se realizó la búsqueda mediante la combinación de las palabras clave en su forma natural, aplicando posteriormente los siguientes filtros automáticos:

1. Fecha de publicación: últimos 5 años.
2. Tipos de estudios:
  - a. Review articles.

Tras esto, se lleva a cabo la lectura del título y resumen de los estudios, con el objetivo de seleccionar aquellos relacionados con el tema y eliminar los artículos duplicados.

Esta estrategia de búsqueda puede verse más detalladamente en la Figura 6, situada a continuación.

**Figura 6.** Estrategia de búsqueda en ScienceDirect. Elaboración propia.



### **3.3.4 Biblioteca Cochrane**

En esta base de datos, para realizar las diferentes búsquedas, se utilizaron los descriptores MeSH.

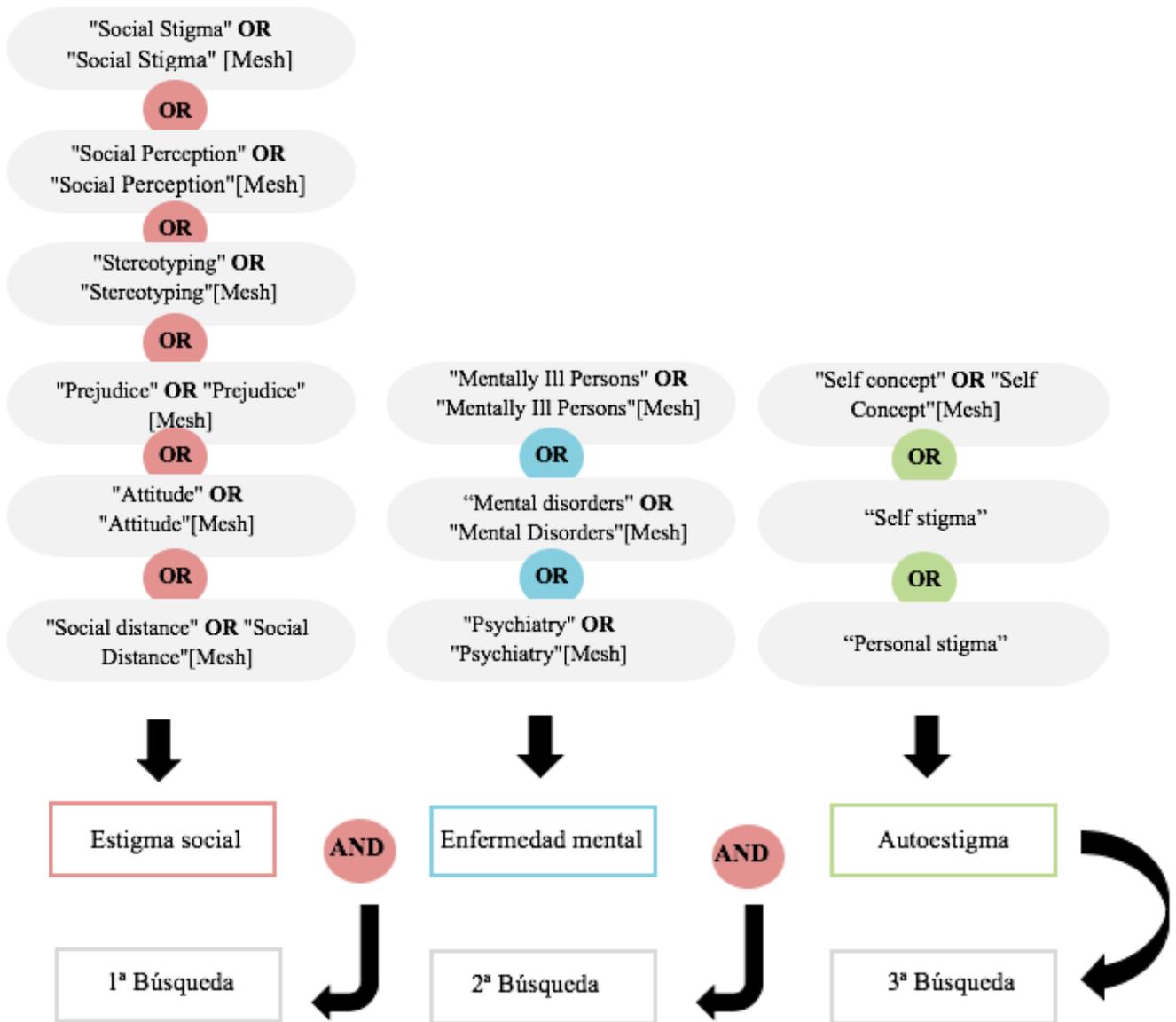
Se aplicaron los siguientes filtros automáticos:

1. Fecha de publicación: 5 años de antigüedad.

Posteriormente, se llevó a cabo la lectura del título y resumen de los artículos obtenidos con las diferentes estrategias de búsqueda con el objetivo de seleccionar únicamente aquellos relacionados con el tema.

En la siguiente Figura 7, se encuentra explicado de forma más visual.

Figura 7. Estrategia de búsqueda en la Biblioteca Cochrane. Elaboración propia.



### **3.4 Criterios de selección**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión**

Una vez diseñada la estrategia de búsqueda, se decide aplicar una serie de criterios de inclusión que deben cumplir los artículos obtenidos mediante la búsqueda para ser incluidos en la revisión. Estos son:

1. Año de publicación: se establece un período máximo de 5 años de antigüedad.
2. Idioma: únicamente se incluyen aquellos artículos disponibles en inglés, español o catalán.
3. Disponibilidad: se seleccionan únicamente aquellos artículos a los que se puede acceder a una lectura completa.
4. Tipo de artículo: se priorizan las revisiones bibliográficas, o revisiones sistemáticas, los ensayos clínicos, así como los estudios de cohortes, como las principales fuentes de las que obtener información para realizar este trabajo.
5. Temática: únicamente se incluyen aquellos artículos que guardan relación con el tema a tratar.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión**

Se consideran como criterios de exclusión:

1. Año de publicación: se eliminan aquellos artículos publicados fuera del período de tiempo establecido, descartando los documentos publicados antes del 2015.
2. Disponibilidad: se excluyen aquellos estudios no recuperables a texto completo.
3. Temática: se descartan aquellos artículos que no tratan el estigma asociado a la enfermedad mental. Por ello, se descartan automáticamente aquellos

artículos que tratan el estigma asociado a enfermedades no mentales de manera exclusiva, aquellos artículos que únicamente traten la enfermedad mental sin tener en cuenta el estigma asociado, así como los que se limiten a proporcionar intervenciones destinadas a reducir dicho estigma.

4. Artículos cuyos resultados no puedan aplicarse a nuestro medio debido a las diferencias con la población de estudio. Así, se descartan aquellos artículos que no tienen población occidental como sujetos de estudio.
5. Estudios que se encuentren repetidos durante la búsqueda.

### **3.5 Evaluación de la calidad metodológica de los artículos**

La evaluación de la calidad metodológica de los artículos se lleva a cabo mediante las herramientas proporcionadas por la organización CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), eligiendo la planilla adecuada para cada tipo de estudio:

1. 10 preguntas para ayudarte a entender una revisión (Anexo 1).
2. 11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes (Anexo 2).
3. 11 preguntas para dar sentido a un ensayo clínico (Anexo 3).

Estas están compuestas por diez u once preguntas, siendo las primeras dos o tres preguntas consideradas como preguntas de eliminación. De esta manera, si alguna de estas preguntas es respondida de forma negativa no será necesario seguir respondiendo a las siguientes.

Al no existir un consenso en cuanto a la puntuación mínima que deben obtener los estudios para considerar que cuentan con una buena calidad, se establecen los puntos de corte especificados en la Tabla 2:

**Tabla 2.** Equivalencias entre las puntuaciones obtenidas con la herramienta CASPe y su calidad metodológica. Elaboración propia.

<b>Calidad metodológica alta</b>	7 – 11
<b>Calidad metodológica baja</b>	3 – 6

Por lo tanto, se consideró que, para que los artículos seleccionados hasta el momento se incluyeran dentro de esta revisión integradora de la literatura, debían obtener una puntuación equivalente a una calidad metodológica alta, es decir, una puntuación igual, o superior a 7.

Los artículos obtuvieron las siguientes puntuaciones, especificadas en la Tabla 4 en el apartado de resultados.

## **4. Resultados**

Mediante la combinación de las diferentes búsquedas y la aplicación de los filtros automáticos especificadas en cada base de datos, se obtienen un total de 5.149 artículos (N).

De este total, un 69'35% de los artículos (n = 3.571) se identificaron a través de la estrategia de búsqueda centrada en el estigma social, un 22'82% (n = 1.175) mediante la búsqueda del autoestigma, y finalmente un 7'83% (n = 403) se obtuvo mediante la combinación de ambas búsquedas.

Del total de artículos encontrados inicialmente (n = 5.149), un 83'10% (n = 4279) fueron obtenidos de la base de datos de PubMed, un 0'1% (n = 4) se recuperaron de la Biblioteca Virtual de la Salud, un 2'35% (n = 121) de ScienceDirect, y un 14'47% (n = 745) de la Biblioteca Cochrane.

Posteriormente, tras el filtrado manual de los artículos (lectura del título y del resumen), y la eliminación de aquellos artículos que estuvieran duplicados, se recuperan un 0'62% (n = 32) del total de artículos encontrados inicialmente. De estos 32 artículos recuperados, el 90'63% (n = 29) corresponden a la base de datos de PubMed, el 6'25% (n = 2) a ScienceDirect y el 3'13% (n = 1) a la Biblioteca Virtual de la Salud.

De los artículos recuperados en la base de datos de PubMed (n = 29), se excluyeron un total de 11 artículos (37'93%). De estos, 6 (50'54%) fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión: 3 artículos (27'3%) fueron excluidos por no estar relacionados con el tema a tratar, 2 (18'2%) por no ser aplicables a nuestro medio, y 1 (9'1%) fue descartado por no cumplir con el criterio de año de publicación. Los otros 5 (45'45%) artículos, fueron excluidos por no cumplir con la calidad metodológica establecida.

Los artículos recuperados correspondientes a las bases de datos de ScienceDirect y de la Biblioteca Virtual de la Salud cumplieron con los criterios de inclusión, y además presentaron la calidad metodológica adecuada, por lo que todos fueron incluidos en el estudio.

En la siguiente tabla (Tabla 3) se encuentra la relación entre artículos recuperados, excluidos e incluidos. Así mismo, el proceso de obtención de los artículos con los que se realizará el trabajo queda reflejado de una forma más visual en el diagrama detallado en la Figura 8.

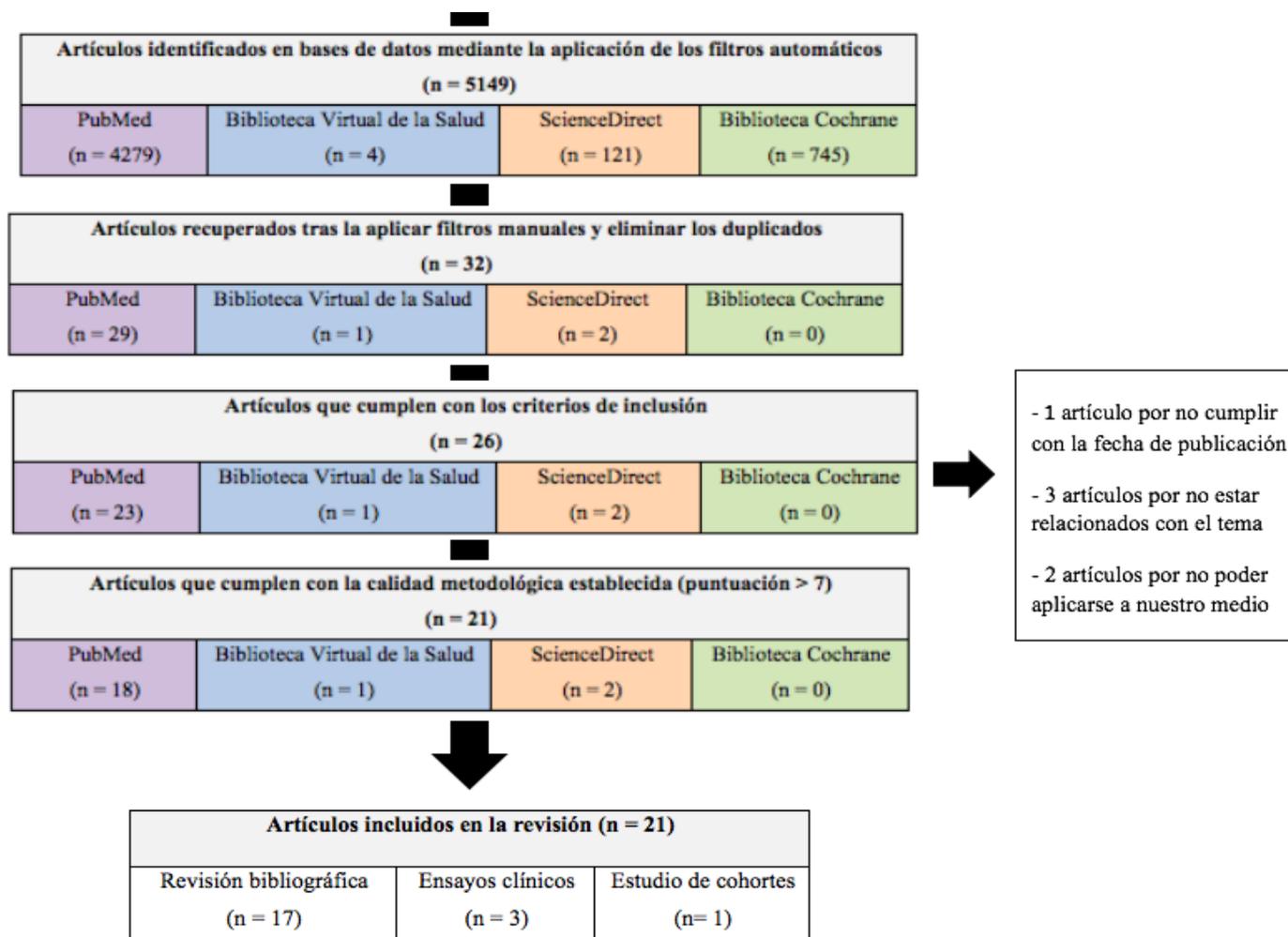
**Tabla 3.** Artículos encontrados, recuperados e incluidos. Elaboración propia.

Base de datos	Artículos encontrados	Artículos recuperados tras filtrado manual	Artículos excluidos tras la recuperación: criterios de exclusión					Artículos excluidos tras lectura crítica	Total de artículos excluidos	Incluidos
			Año de publicación	No texto completo	No r/c el tema	No aplicables a nuestro medio	Duplicados			
<b>PubMed</b>	4279 (83'10%)	29 (90'63%)	1 (9'1%)	0	3 (27'3%)	2 (18'2%)	0	5 (45'45%)	11 (37'93%)	<b>18 (85'71%)</b>
<b>Biblioteca Virtual de la Salud</b>	4 (0'1%)	1 (3'13%)	0	0	0	0	0	0	0	<b>1 (4'76%)</b>
<b>ScienceDirect</b>	121 (2'35%)	2 (6'25%)	0	0	0	0	0	0	0	<b>2 (9'52%)</b>

*El estigma asociado a los trastornos mentales: una revisión integradora*

<b>Biblioteca Cochrane</b>	745 (14'47%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL:</b>	5.149	32	1 (9'1%)	0	5 (45'45%)	0	0	5 (45'45%)	11 (34'38%)	<b>21 (65'63%)</b>

**Figura 8.** Diagrama de flujo de los resultados de la revisión bibliográfica. Elaboración propia



A continuación, se detallan las puntuaciones que obtuvieron los artículos recuperados al valorar su calidad metodológica:

**Tabla 4.** Puntuaciones de los artículos mediante la planilla CASPe. Elaboración propia.

Revisiones	Preguntas de la herramienta CASPe “10 preguntas para ayudarte a entender una revisión”										TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
“Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug – and alcohol – use disorders.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	9
“The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review.”	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	8
“How does psychiatric diagnosis affect young people’s self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	9

“Loneliness in psychosis: a systematic review.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
“A Systematic Review of Dementia-Related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial?”	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	8
“Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis.”	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9
“El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio.”	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	7
“Medical students and stigma of depression. Part 2. Self-stigma.”	✓	✗									1
“Medical students and stigma of depression. Part 1. Stigmatization of patients.”	✓	✗									1
“Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review.”	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	8

“Public and Healthcare Professionals’ Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review.”	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	8
“Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	9
“Stigma and substance use disorders: an international phenomenon.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	9
“Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	9
“Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review.”	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✗	✓	✓	✓	7
“Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture.”	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✗	✓	✓	✓	7

“Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma and Informal Caregiver Mental Health”	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9
“The stigma of mental disorders. A millennia-long history of social exclusions and prejudices.”	✓	✗									1
“The Stigma of Mental Illness in Children & Adolescents: A Systematic Review.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	9
“The Stigma of Personality Disorders.”	✓	✗									1
“Social exclusion in adult informal carers: A systematic narrative review of the experiences of informal carers of people with dementia and mental illness.”	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✓	✓	✓	8
“The stigma of dementia.”	✓	✗									1

Ensayos clínicos	Preguntas de la herramienta CASPe “11 preguntas para dar sentido a un ensayo clínico”											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
“Effects of stigmatizing media coverage on stigma measures, self-esteem, and affectivity in persons with depression – an experimental controlled trial.”	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	9
“Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study.”	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	8
“The stigma of mental illness in the labor market.”	✓	✓	✓	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9

Estudios de cohortes	Preguntas de la herramienta CASPe “11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes”											TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
“Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis.”	✓	✓	✓	✗	✓	✗	✓	✓	✓	✓	✓	8

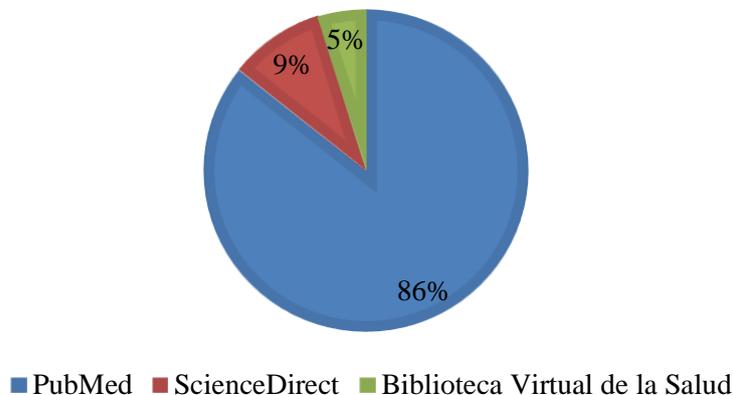
#### **4.1 Características de los artículos incluidos en el estudio**

A continuación, se lleva a cabo la clasificación de los artículos incluidos finalmente en el estudio, que representan un 0'41% (n = 21) de los encontrados inicialmente, mediante las siguientes características: base de datos, tipo de estudio, fecha de publicación, país de publicación, población de estudio, trastorno mental estudiado y temas tratados.

##### **4.1.1 Base de datos.**

De estos artículos, un 85'71% (n = 18) corresponden a la base de datos PubMed, un 9'52% (n = 2) a ScienceDirect y un 4'76% (n=1) a la Biblioteca Virtual de la Salud. Ver Figura 9.

**Figura 9.** Artículos seleccionados según la base de datos. Elaboración propia.

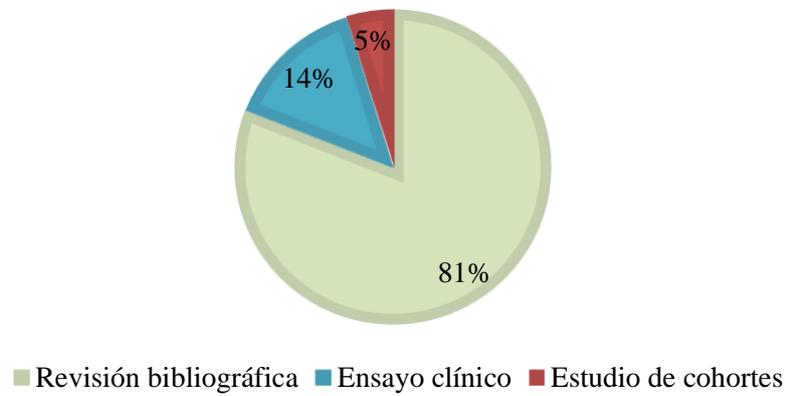


##### **4.3.2 Tipo de estudio.**

Así mismo, cabe destacar que la mayoría de los artículos seleccionados para llevar a cabo este estudio fueron revisiones bibliográficas, representando un 80'9% de los artículos seleccionados (n = 17). Los ensayos clínicos representaron un 14'28% (n = 3), y los estudios de cohortes un 4'76% (n = 1).

Esto se encuentra explicado de forma más visual en la Figura 10.

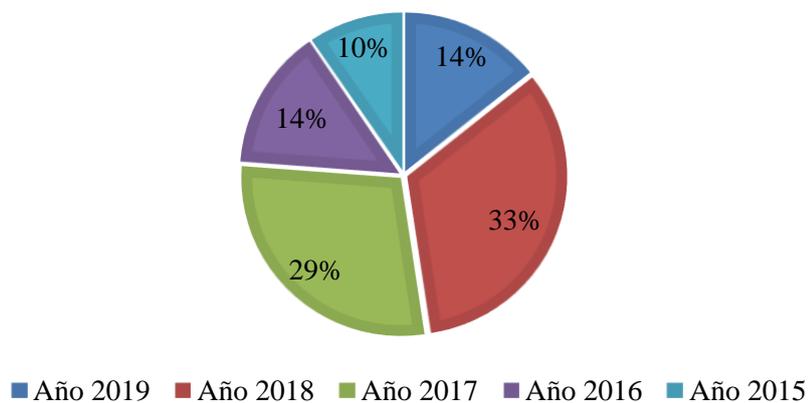
**Figura 10.** Artículos seleccionados según el tipo de estudio. Elaboración propia.



#### **4.3.3 Fecha de publicación**

Con respecto a la fecha de publicación de estos, un 14'3% (n = 3) fue publicado en 2019, un 33'3% (n = 7) en 2018, un 28'6% (n = 6) en 2017, un 14'3% (n = 3) en 2016 y un 9'52% (n = 2) en 2015. Ver Figura 11.

**Figura 11.** Artículos según la fecha de publicación. Elaboración propia.

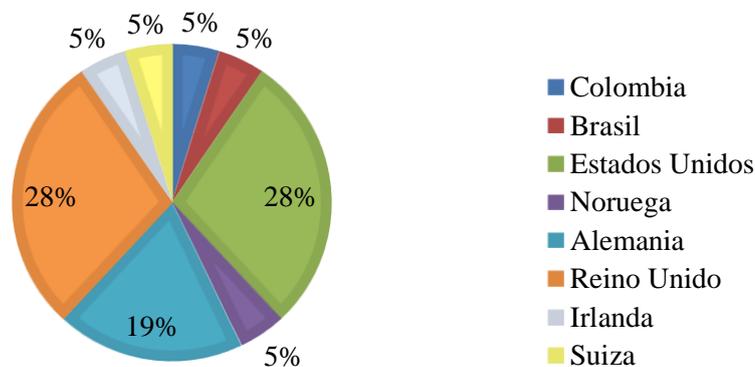


#### **4.3.4 País de publicación**

Con lo que respecta al país de publicación, la mayoría de los artículos fueron publicados en Estados Unidos ( $n = 6$ ) y el Reino Unido ( $n=6$ ), representando cada uno de ellos un 28'6% del total de artículos utilizados. Por otro lado, un 19% fueron publicados en Alemania ( $n = 4$ ).

Finalmente, en Colombia, Brasil, Noruega, Irlanda y Suiza se publicaron un 4'8% ( $n = 1$ ) en cada uno de ellos. En la Figura 12 se puede ver la distribución de los artículos según el país de publicación.

**Figura 12.** Artículos seleccionados según el país de publicación. Elaboración propia.



#### **4.3.5 Población de estudio**

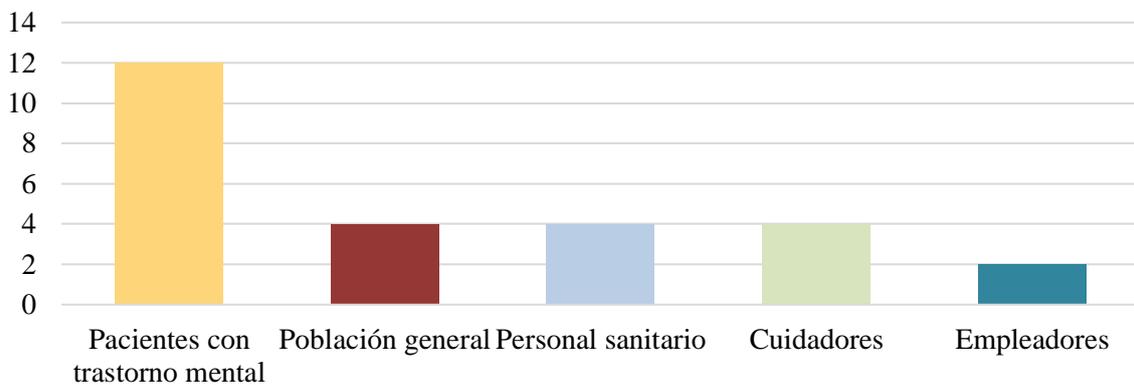
Se identifican 5 poblaciones de estudio diferentes entre los artículos seleccionados: pacientes con trastornos mental, población general, cuidadores, personal sanitario y empleadores.

En el 57'1% ( $n = 12$ ) de los artículos seleccionados los pacientes con trastorno mental son la población de estudio, y en el 14'3% ( $n = 3$ ) lo son los cuidadores. El personal sanitario es la población de estudio en el 4'8% ( $n = 1$ ) de los artículos, al igual que la población general. Finalmente, los empleadores también son la población de estudio en el 4'8% ( $n = 1$ ).

No obstante, se debe tener en cuenta que algunos de los artículos estudian diferentes tipos de poblaciones. Así, un 4'8% (n = 1) de los artículos estudian a la población general y al personal sanitario; otro 4'8% (n = 1) estudia a la población general, al personal sanitario y a los cuidadores; finalmente, el mismo porcentaje (n = 1) estudia de manera conjunta a la población general, a los empleadores y al personal sanitario.

De esta manera, las personas con trastorno mental son tratadas en un total de 12 artículos, la población general en 4, al igual que el personal sanitario, y los cuidadores. Finalmente, los empleadores son población de estudio en 2 de los artículos seleccionados. Ver Figura 13.

**Figura 13.** Artículos seleccionados según población de estudio. Elaboración propia.

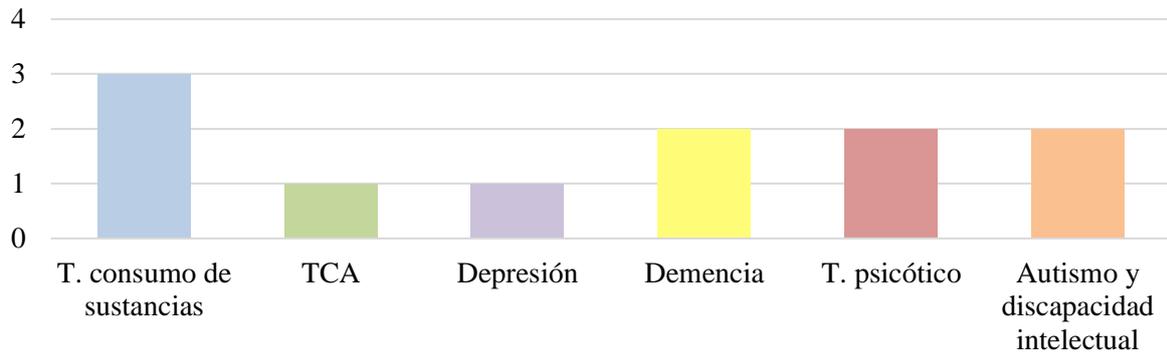


#### **4.3.6 Trastorno mental estudiado**

Varios de los artículos estudiados, concretamente un 62% (n = 13), tratan el estigma centrado en un trastorno mental en concreto. De estos, un 23'1% (n = 3) se centran en los pacientes con trastorno por consumo de sustancias, un 7'7% (n = 1) estudian el estigma asociado a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), y el mismo porcentaje trata la depresión.

Finalmente, la demencia, el trastorno psicótico, y el autismo y la discapacidad intelectual son tratados, cada uno, en un 15'8% de los artículos (n = 2). Ver figura 14.

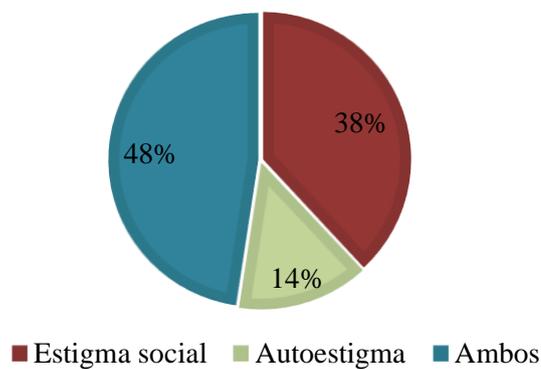
**Figura 14.** Artículos seleccionados según trastorno mental estudiado. Elaboración propia.



#### 4.3.7 Tipo de estigma estudiado

Tras la lectura de los diferentes artículos incluidos en el estudio, se identificó si estos habían estudiado el estigma social, el autoestigma, o ambos. De esta manera, se observó que, de los 21 artículos, un 38'1% (n = 8) trataba sobre el estigma social, un 14'3% (n = 3) sobre el autoestigma, y un 47'6% (n = 10) hablaba sobre ambos. Ver Figura 15.

**Figura 15.** Artículos según el tipo de estigma que estudian. Elaboración propia.



#### **4.3.8 Temas tratados**

Posteriormente, se identificaron otros temas secundarios con el objetivo de clasificar los artículos por bloques temáticos. Estos temas, de acuerdo con los objetivos del estudio, fueron organizados de la siguiente manera:

1. Actitudes y creencias que mantiene la población general sobre los trastornos mentales.
2. Influencia que ejercen los medios de comunicación.
3. Consecuencias del estigma.
4. Relación del estigma entre el paciente y el cuidador.
5. Actitudes y creencias de los profesionales sanitarios sobre los trastornos mentales.
6. El estigma en los trastornos por consumo de sustancias.

Con respecto al primer tema, se identificaron 10 artículos (47'6%). De los artículos incluidos en el estudio, 5 estudios (23'8%) analizaron la influencia que los medios de comunicación tenían sobre el estigma.

La mayoría de los artículos trató en mayor, o menor medida, las consecuencias que el estigma tenía sobre los pacientes con trastornos mentales, incluyéndose 14 artículos (66'67%) en este tema. Entre sus consecuencias, las más identificadas fueron:

1. Influencia del estigma sobre la búsqueda de ayuda o tratamiento, analizado en 8 artículos diferentes.
2. Influencia del estigma sobre la adherencia terapéutica, analizado en 3 estudios.
3. Influencia del estigma sobre la gravedad de los síntomas del trastorno, 3 artículos.
4. Influencia del estigma sobre el pronóstico o evolución del paciente, 3 artículos.
5. Influencia sobre las consecuencias en el mercado laboral, analizado en profundidad en 2 artículos.
6. Influencia sobre la exclusión social, 4 artículos.
7. Influencia sobre el riesgo suicida, 2 artículos.

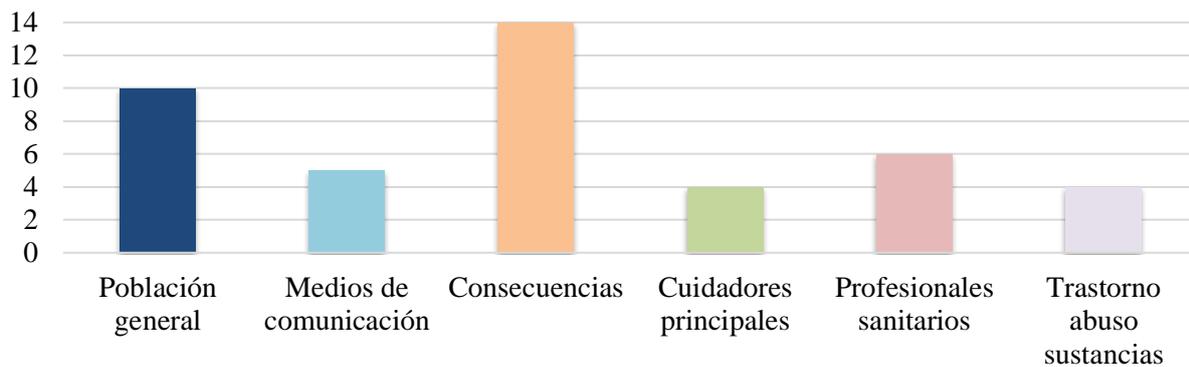
Posteriormente, con respecto al estigma asociado a los cuidadores principales, un total de 4 artículos (19%) fueron incluidos en este grupo.

El estigma asociado a los trastornos por uso de sustancias también fue identificado como un tema importante entre los artículos incluidos en el estudio. Y es que, aunque en este caso sólo se incluyeron 4 artículos (19%) en este tema, 3 de estos trataron exclusivamente el estigma asociado a este tipo de trastorno de forma exhaustiva.

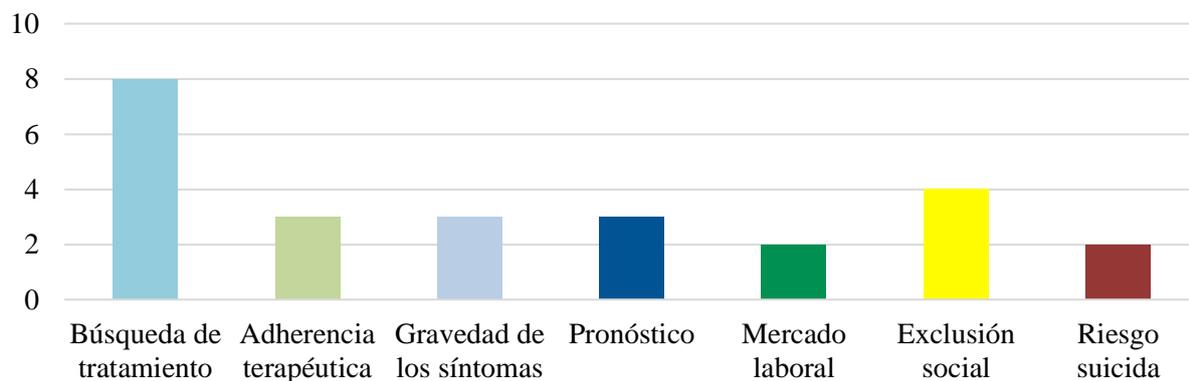
Finalmente, el nivel de estigma que los profesionales sanitarios presentaban hacia los pacientes con enfermedad mental fue analizado en 6 artículos diferentes (28'6%), pero únicamente en 2 de forma exclusiva.

La distribución de estos artículos en bloques temáticos se explica más visualmente en la Figura 16 y 17.

**Figura 16.** Artículos según temas secundarios estudiados. Elaboración propia.



**Figura 17.** Artículos según la consecuencia del estigma que analizan. Elaboración propia



## 4.2 Síntesis de los artículos incluidos en el estudio

A continuación, en la Tabla 5, se presenta una breve síntesis de los artículos incluidos en este estudio.

**Tabla 5.** Síntesis de los artículos incluidos en el estudio. Elaboración propia.

<b>Título</b>	<b>Autor/es</b>	<b>Año</b>	<b>Fuente</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados</b>
<b>“Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug – and alcohol – use disorders.”</b>	Hammarlund R., Crapanzano K., Luce L. et al.	2018	Substance abuse and rehabilitation	Revisión bibliográfica	Se realizó la búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus y PsychINFO databases. Se emplearon las siguientes palabras clave: estigma social, autoestigma, dependencia, adicción y abuso. Se seleccionaron 31 estudios cualitativos y 33 estudios cuantitativos.	El estigma puede definirse con frecuencia como una barrera en el tratamiento. No obstante, el grado de impacto puede variar ampliamente.

<p><b>“The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review.”</b></p>	<p>Crapanzano K., Hammarlund R., Ahmad B. et al.</p>	<p>2018</p>	<p>Substance abuse and rehabilitation</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se llevó a cabo una búsqueda en PubMed, Scopus y PsychINFO databases. Se emplearon las siguientes palabras clave: estigma social, autoestigma, dependencia, adicción y abuso. Se seleccionaron 8 estudios cualitativos, 9 estudios cuantitativos y 1 estudio de metodología mixta.</p>	<p>Se observó que las experiencias de estigma eran comunes entre estos pacientes y que podían afectar negativamente al tratamiento. También se apunta a un efecto directo del estigma sobre los resultados clínicos.</p>
<p><b>“How does psychiatric diagnosis affect young people’s self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature.”</b></p>	<p>O’ Connor C., Kadianaki I., Maunder K. et al.</p>	<p>2018</p>	<p>Social Science and Medicine</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se llevó a cabo una búsqueda en PsychINFO databases, PsycARTICLES, Academic Search Complete, Social Sciences Full Text, Embase, MEDLINE, PubMed central, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, y Arts &amp; Humanities Citation Index, Se incluyeron un total de 38 estudios.</p>	<p>El diagnóstico psiquiátrico puede amenazar y devaluar el autoconcepto de los jóvenes, así como conducir a la alienación social, invalidación y estigmatización.</p>

<p><b>“Loneliness in psychosis: a systematic review.”</b></p>	<p>Lim M., Gleeson J., Alvarez-Jimenez M. et al.</p>	<p>2018</p>	<p>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se llevó a cabo una búsqueda en PubMed, SCOPUS, PsychINFO y Web of Science, utilizando las siguientes palabras clave: soledad, aislamiento social, solitario, psicosis, trastornos psicóticos, esquizofrenia o psicótico. También se consultaron revistas relevantes. Se incluyeron 10 estudios.</p>	<p>En las personas con psicosis, la soledad puede verse influenciada por factores psicológicos y sociales, como el aumento de la depresión, la psicosis y la ansiedad, el apoyo social insuficiente, la mala calidad de vida, el estigma internalizado, la discriminación percibida y la baja autoestima.</p>
<p><b>“A Systematic Review of Dementia-Related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial?”</b></p>	<p>Herrmann L., Welter E., Leverenz J. et al.</p>	<p>2018</p>	<p>The American Journal of Geriatric Psychiatry</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se consultó en CINAHL, Cochrane Media Library, PubMed and PsychINFO, utilizando los siguientes términos: enfermedad de Alzheimer, demencia, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo, estigma y minorías. Finalmente se incluyen 51 artículos.</p>	<p>El estigma actúa como barrera en la búsqueda de ayuda y tratamiento. Las actitudes stigmatizantes parecen ser peores en aquellos con un conocimiento limitado de la enfermedad, sin contacto con personas</p>

						afectadas por la enfermedad, en hombres y en individuos jóvenes. También se apunta a la existencia de actitudes estigmatizantes entre los profesionales sanitarios.
<b>“Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis.”</b>	Schnyder N., Panczak R., Groth N. et al	2017	British Journal of Psychiatry	Revisión bibliográfica	Se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, PsychINFO y EMBASE. Se seleccionaron un total de 27 artículos. Posteriormente se realizó un metanálisis de acuerdo con los tipos de estigma.	Las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental se asocian a una búsqueda de ayuda menos activa por parte de estos pacientes. No obstante, el autoestigma mostró una relación insignificante.
<b>“El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como</b>	Campo-Arias A. y Herazo E.	2015	Revista Colombiana de Psiquiatría	Revisión bibliográfica	Se realizó una búsqueda en MEDLINE con los descriptores estigma, trastornos mentales y suicidio, o tasa de suicidio. Se incluyen dos estudios.	Se evidenció que las personas con estigma internalizado realizaron más intentos de suicidio, y que las tasas de suicidio era mayores en los

<p><b>factor de riesgo de suicidio.”</b></p>						<p>países con mayor estigma percibido.</p>
<p><b>“Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review.”</b></p>	<p>Gronholm P., Thornicroft G., Laurens K. et al.</p>	<p>2017</p>	<p>Psychological Medicine</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se consultó en CINAHL, EMBASE, Medline, PsychINFO y Sociological Abstracts, obteniéndose un total de 40 estudios. Esto se complementó con la búsqueda de referencias y la consulta de expertos en el tema.</p>	<p>El estigma en la enfermedad mental influye notablemente sobre el reconocimiento de síntomas tempranos, así como a la búsqueda de ayuda y el acceso a la atención sanitaria.</p>
<p><b>“Public and Healthcare Professionals’ Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review.”</b></p>	<p>Reas D.</p>	<p>2017</p>	<p>Nutrients</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se consultó en diferentes bases de datos como PsychINFO, MEDLINE y PubMed, utilizando los siguientes términos: trastorno por atracón, atracón, estigma, actitudes, conocimiento, percepciones y alfabetización en salud mental. Fueron revisados un total de 13 artículos.</p>	<p>El trastorno por atracón es percibido como menos perjudicial, menos grave y más fácil de tratar. Así mismo, apunta a la existencia de un bajo nivel de conciencia con respecto a este trastorno, tanto en población general</p>

						como entre los profesionales sanitarios.
<b>“Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature.”</b>	Carrara BS., y Ventura CAA.	2017	Archives of Psychiatric Nursing	Revisión bibliográfica	Se utilizaron las bases de datos PubMed Web of Science, CINAHL y LILACS, haciendo uso de los siguientes términos: autoestigma, estigma internalizado, enfermo mental, trastorno mental, servicios de salud y cuidados de salud. Se seleccionaron un total de 9 artículos.	Se identificó que aquellos individuos con un menor nivel de autoestigma presentaban una mejor adherencia al tratamiento.
<b>“Stigma and substance use disorders: an international phenomenon.”</b>	Yang L., Wong L., Grivel M. et al.	2017	Current Opinion Psychiatry	Revisión bibliográfica	Se realizó una búsqueda en PubMed, PsychINFO y Web of Science, haciendo uso de los siguientes términos: alcoholismo, abuso de alcohol, dependencia al alcohol, alcohólico, droga, sustancia, abuso de drogas, dependencia a drogas, adicto, estigma, estereotipo, prejuicio, distancia social y	El estigma afecta a las políticas públicas a la hora de asignar recursos, así como a la capacidad de los sanitarios no especializados para detectar y tratar estos trastornos. Por otro lado, también puede limitar a la disposición de las personas

					población. Finalmente, se revisaron 18 artículos.	afectadas por estos problemas para buscar tratamiento.
<b>“Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review.”</b>	Mitter N., Ali A. y Scior K.	2019	Research in Developmental Disabilities	Revisión bibliográfica	Se consultó en PsychINFO, ERIC ProQuest y SCOPUS, utilizando los términos: discapacidad intelectual, retraso mental, discapacidad de aprendizaje, autismo, trastorno del espectro autista, trastorno del desarrollo, discapacidad de desarrollo, estigma, discriminación, prejuicio y actitud. Se incluyeron 10 artículos pertenecientes a 8 estudios.	Los cuidadores familiares experimentan consecuencias derivadas del estigma. Así, mismo identifica una serie de variables psicosociales asociadas al desarrollo de este estigma y de sus consecuencias
<b>“Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review.”</b>	Vistorte AOR., Ribeiro WS., Jaen D. et al.	2018	The International Journal of Psychiatry in Medicine	Revisión bibliográfica	Se realizó una búsqueda en Medline, Lilacs, IBECs, Index Psicologia, CUMED, MedCarib, Sec. ESt Saúde SP, WHOLIS, Hanseníase, LIS-Localizador de Informação em Saúde, PAHO, CVSO-Regional y Latindex, utilizando términos relacionados con el	Las actitudes estigmatizantes hacia las personas con trastornos mentales son comunes entre los médicos de atención primaria, especialmente entre los profesionales más mayores y

					estigma la atención primaria y la salud mental. Finalmente se incluye un total de 11 artículos.	con menos experiencia. Esto actúa como una barrera importante a la hora de que los pacientes reciban el tratamiento que necesitan.
<b>“Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture.”</b>	Tzouvara V., 2016 Papadopoulos C. y, Randhawa G.	International Journal of Social Psychiatry	Revisión bibliográfica	Se realizó una búsqueda en MEDLINE, PsychINFO, SocINDEX and CINAHL, utilizando los términos griego, salud mental, mental, actitud o estigma. Se incluyen un total de 18 artículos relacionados con la prevalencia del estigma público en la población griega.	Se identificaron niveles moderados y altos de estigma en todos los grupos estudiados: población general, estudiantes, profesionales de la salud, agentes de policía, empleadores y familiares. Este se manifestó especialmente en términos de discriminación social, distancia social y autoritarismo.	

<p><b>“Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma and Informal Caregiver Mental Health”</b></p>	<p>Papadopoulos C., Lodder A., Constantinou G. et al.</p>	<p>2019</p>	<p>Journal of Autism and Developmental Disorders</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se consultó en las bases de datos PubMed, PsychINFO, CINAHL, ScienceDirect, ERIC and SOCIndex, utilizando términos relacionados con el estigma, los cuidadores y el autismo. Se seleccionaron un total de 12 artículos.</p>	<p>El impacto del estigma relacionado con el autismo sobre el cuidador es significativo. En él influyen variables modificables como la desesperanza, la autoestima y la autocompasión, así como otros no modificables, como el género, la cultura, la carga financiera y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.</p>
<p><b>“The Stigma of Mental Illness in Children &amp; Adolescents: A Systematic Review.”</b></p>	<p>Kaushik A., Kostaki E. y Kyriakopoulos M.</p>	<p>2016</p>	<p>Psychiatry Research</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Se realiza una búsqueda en PubMed, PsychINFO y la Biblioteca Cochrane utilizando términos relacionados con el estigma, la enfermedad mental, y niños o adolescentes. Se incluyen un total de 42 artículos.</p>	<p>La estigmatización afecta tanto a niños como a adultos, existiendo grandes paralelismos entre la estigmatización en ambos grupos. No obstante, se observó que las actitudes</p>

						autoestigmatizantes eran menores en los niños.
<b>“Social exclusion in adult informal carers: A systematic narrative review of the experiences of informal carers of people with dementia and mental illness.”</b>	Greenwood N., Mezey G. y Smith R.	2018	Maturitas	Revisión bibliográfica	Se consultó en las bases de datos Medline, Embase, PsychINFO, CINAHL Plus, SSCI, AMED y ASSIA, utilizando términos relacionados con los conceptos de cuidador, exclusión social y demencia, o enfermedad mental. Se incluyen un total de 5 estudios.	El estigma, junto con las dificultades financieras, el aislamiento social, y las actividades de ocio, fue identificado como uno de los principales desafíos a los que se deben enfrentar los cuidadores de personas con demencia o enfermedad mental, afectando considerablemente a su bienestar.
<b>“Effects of stigmatizing media coverage on stigma measures, self-esteem, and affectivity in persons with depression – an</b>	Goepfert N., von Heydendorff	2019	BMC Psychiatry	Ensayo clínico	El estudio se realizó sobre 180 pacientes diagnosticados con depresión o distimia. Su objetivo era el de investigar los efectos directos que los medios de comunicación podían tener	El primer grupo mostró un mayor nivel de concordancia con los estereotipos asociados

<p><b>experimental controlled trial.”</b></p>	<p>S. y Dre ßing H.</p>		<p>sobre las personas con depresión. Para ello, estos fueron distribuidos de forma aleatoria en 3 grupos: el primer grupo visualizo un corto sobre un evento negativo relacionado con la depresión, el segundo grupo sobre un evento negativo no relacionado con la depresión, y el tercero sobre un evento sin relación con la depresión.</p>	<p>a la depresión que los otros grupos.</p>
<p><b>“Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study.”</b></p>	<p>Oexle N., Müller M., Kawohl W. et al.</p>	<p>2018 European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</p>	<p>Ensayo clínico Se examinó el efecto del autoestigma en la recuperación de 222 pacientes con enfermedad mental durante el transcurso de 2 años, controlando la edad, el sexo, los síntomas y la recuperación, medida mediante la Recovery Assessment Scale.</p>	<p>Se observó que aquellos pacientes que mostraron un mayor grado de autoestigma al inicio del estudio, presentaron una menor recuperación después de primer año. No obstante, esta diferencia deja de ser significativa después del segundo año. Por otro lado, aquellos pacientes que</p>

						presentaron un aumento del autoestigma durante el transcurso del estudio, presentaron una menor recuperación hasta 2 años después.
<b>“The stigma of mental illness in the labor market.”</b>	Hipes C., Lucas J., Phelan J. et al.	2016	Social Science Research	Ensayo clínico	El objetivo de este estudio es el de evaluar el efecto que tienen las etiquetas sobre las enfermedades mentales en la discriminación laboral. Para ello, se enviaron solicitudes ficticias a 635 ofertas de trabajo, algunas de ellas indicaban una historia de enfermedad mental, y otras una historia de lesiones físicas.	Los resultados mostraron una discriminación significativa hacia los aspirantes con historia de enfermedad mental.
<b>“Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course</b>	Schomerus G., Van de Auwera S.,	2015	Acta Psychiatrica Scandinava	Estudio de cohortes	Se utilizaron datos de 3 encuestas poblacionales idénticas que se realizaron en Alemania en 1990, 2001 y 2011 respectivamente. Posteriormente,	Independientemente de los efectos de la cohorte y el período, se observó un aumento en el deseo de

<b>of life? An age-period-cohort analysis.”</b>	Matschinger H. et al.	se realizó un estudio de cohortes de la edad y el periodo, determinando la asociación entre la edad y el período con el deseo de distancia social con una persona con esquizofrenia, o depresión.	distancia social con la edad. En el caso de la esquizofrenia, también se observó un mayor deseo de distancia social con el tiempo.
---	--------------------------	---	--

## **5. Discusión**

En el siguiente apartado, se procede a describir los resultados más relevantes obtenidos en el estudio. Estos se agrupan en función a los objetivos planteados por el trabajo:

### **4.1 Actitudes y creencias de la población general sobre los trastornos mentales e influencia de los medios de comunicación.**

Schnyder et al. (11) ponen de manifiesto que el estigma hacia la enfermedad mental sigue siendo una realidad hoy en día: únicamente un 7% de la población mundial cree que una enfermedad mental puede superarse. La incurabilidad, o cronicidad de los trastornos psiquiátricos, supone uno de los muchos estereotipos atribuidos a esta serie de patologías, siendo unas de las principales manifestaciones del estigma. Otros autores, O'Connor et al. (12), también señalan algunos de los estereotipos que más frecuentemente se asociaron con las enfermedades mentales, entre los que cabe destacar atributos de agresión y violencia, falta de fiabilidad, volatilidad, poca inteligencia, escasas habilidades sociales, incompetencia y desobediencia.

No obstante, tal y como apuntan Campo-Arias et al. (13), estas creencias falsamente atribuidas, así como el nivel de estigma que padecen, varían en función del trastorno clínico implicado. O'Connor et al. (12) corroboran esta afirmación, especificando además que, entre las enfermedades mentales comunes más castigadas se encuentran la esquizofrenia, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos por abuso de sustancias.

Con respecto a los pacientes con TCA, Reas (14) afirma que, a menudo, deben afrontar actitudes estigmatizantes y estereotípicas que no se dan en otros trastornos. Entre las principales características asociadas, cabe destacar la identificación del trastorno con una búsqueda de atención por parte del enfermo, o como un problema autoimpuesto.

Siguiendo con este grupo de patologías, Reas (14) especifica que el trastorno por atracón se asoció especialmente con falta de disciplina, algo que únicamente 1 de cada 10 personas atribuirían estas a una persona con esquizofrenia.

Por lo tanto, no es de extrañar que, observando la gran prevalencia de estereotipos que se atribuyen a las personas con enfermedad mental, Campo-Arias et al. (13) señalen que hasta el 72% de las personas que reúnen criterios de trastorno depresivo, y algo más del 85% de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia son víctimas de alguna forma de discriminación.

Algunas de estas actitudes estigmatizantes se manifiestan, en términos generales, en forma de deseo de distancia social, autoritarismo y discriminación social, tal y como Tzouvara et al. (15) afirman en su estudio, en el que valoraron la prevalencia del estigma hacia la enfermedad mental en Grecia, identificándose niveles catalogado como altos-moderados.

No obstante, estas actitudes no se reparten de un modo uniforme entre toda la población, y son varios los autores, Schynder et al., Reas, Kaushik et al., Carrara et al., Herrmann et al., Schomerus et al., Papadopoulos et al., y Goepfert et al. (11,14,16–21), que identifican una serie de factores asociados al desarrollo de un mayor grado de actitudes estigmatizantes.

Uno de los factores analizados es el sexo. Con respecto a este, varios de los artículos analizados en este estudio apuntaban a que los hombres presentan actitudes más estigmatizantes que las mujeres, tal y como señalan Reas, Kaushik et al., Carrara et al. y Herrmann et al. (14,16–18).

Schomerus et al. (19) analizaron el factor edad haciendo uso de los datos de tres encuestas realizadas en 1990, 2001 y 2011, en las que se utilizó a la misma población. Observaron como el deseo de distancia social hacia este colectivo se incrementaba a lo largo de la vida, cosa que también afirman Carrara et al. (17) en su estudio.

Schomerus et al. (19) tratan de explicar este fenómeno a través del siguiente modelo: las personas con una mayor edad tienden a priorizar aquellos contactos sociales que no desencadenan emociones negativas.

Por otro lado, en su estudio, Herrmann et al. (18) apunta a que aquellas personas que mantenían contacto con pacientes afectados por demencia presentaban actitudes menos negativas. Estos resultados, podrían extrapolarse al resto de trastornos psiquiátricos si consideramos los resultados de Papadopoulos et al. (20), que

consideraban que los niveles más elevados de estigma se correlacionaban con un escaso nivel de alfabetización en salud mental.

No obstante, en contraposición, Schnyder et al. (11) afirman que la concepción biológica de las enfermedades mentales, que implica un cierto grado de conocimiento sobre estas, se correlaciona con mayores niveles de estigma.

Finalmente, tal y como señalan Schnyder et al., Kaushik et al., Herrmann et al. y Goepfert et al. (11,16,18,21), cabe destacar el papel que ejercen los medios de comunicación en el desarrollo de estereotipos sobre la población, ya que en muchas ocasiones asocian la enfermedad con peligrosidad, delincuencia y carga social.

Además, los medios de la comunicación también demostraron tener efecto sobre los propios pacientes favoreciendo el incremento del autoestigma, como demuestran Goepfert et al. (21) en su estudio.

#### **4.2 Consecuencias del estigma**

O'Connor et al., Tzouvara et al., Carrara et al. y Oexle et al. (12,15,17,22) identifican efectos asociados al estigma social, entre los que se incluyen: desventajas en entornos interpersonales, laborales, educativos, de salud y de bienestar social, exclusión social o menor adherencia terapéutica.

No obstante, tal y como apuntan Oexle et al. (22) en su estudio, una de las consecuencias más graves del estigma es, sin lugar a duda, que este sea interiorizado por la persona portadora del atributo estigmatizado, dando lugar al autoestigma.

Este tipo se relaciona negativamente con el bienestar, pudiendo afectar a la calidad de vida, búsqueda de ayuda profesional, rendimiento general, autoestima, autoeficacia, esperanza, recuperación, y al funcionamiento general, tal y como señalan Carrara et al., Goepfert et al. y Oexle et al. (17,21,22).

Además, O'Connor et al. (12) afirman que esta produce efectos negativos sobre la autoimagen, especialmente en niños y adolescentes, observando como muchos

pacientes se atribuían características, como: inferior, inadecuado, defectuoso, no inteligente, o indigno de sentir felicidad.

Así mismo, tal y como apuntan Campo-Arias et al., Carrara et al. y Oexle et al. (13,17,22) niveles elevados de autoestigma también se asocian directamente con un mayor riesgo de comportamiento suicida, así como un menor grado recuperación, y un incremento de los síntomas psiquiátricos.

A continuación, se detallan aquellas consecuencias sobre las que se indagará en mayor profundidad:

#### **4.2.1 Influencia del estigma sobre la búsqueda de ayuda profesional**

Schynder et al. (11) afirman que la instauración de un tratamiento precoz es un factor determinante en la recuperación de los pacientes con trastornos mentales, y es que la ausencia, o retraso en la instauración de este puede agravar todavía más la enfermedad, así como su carga y costes asociados.

Además, Schynder et al. (11) también señalan que las personas que no reciben tratamiento presentan una mayor probabilidad de presentar un mal funcionamiento interpersonal y familiar, presentando menores expectativas de vida.

Schynder et al. y Carrara et al. (11,17) asocian esta ausencia de búsqueda de ayuda profesional con diversos factores, como son el deseo de manejar su problema por sí mismos, la baja alfabetización en salud mental, los factores financieros, reacciones negativas por parte de los familiares, y factores sociodemográficos como la edad (mayor edad), o el nivel educativo (menos recursos).

Así mismo, la mayor parte de los autores consultados coinciden en que el estigma supone una importante barrera a la hora de acceder a los servicios de salud mental (11,13,14,17–19,23,24).

Schnyder et al. (11) hacen mayor hincapié y afirman que mayores niveles de estigma, especialmente social, se asociaban a una búsqueda menos activa de tratamiento. No obstante, encontraron una escasa asociación con el autoestigma. Esto se debe a que las

personas que manifiestan niveles elevados de estigma social hacia este colectivo quieren evitar el contacto y asociación con el grupo estigmatizado y, por lo tanto, evitan el tratamiento.

Esta hipótesis también es apoyada por Gronholm et al. (23). Estos hacen referencia a diversos artículos en los que hipotetizan que este retraso en la búsqueda de ayuda profesional se debe al deseo de los pacientes a evitar que se asocie su figura con un diagnóstico de enfermedad mental, o con los servicios de salud mental, con el objetivo de evitar el etiquetado negativo que habían anticipado.

Finalmente, tal y como apuntan autores como Herrmann et al. (18), cabe destacar que el nivel de estigma entre los profesionales sanitarios podría ser un factor determinante a la hora de acceder a un tratamiento adecuado, pero esto será analizado más en adelante.

#### **4.2.2 Influencia del estigma sobre la adherencia terapéutica**

Campo-Arias et al., Tzouvara et al. y Carrara et al. (13,15,17) consideran que una de las principales consecuencias del estigma es la existencia de un menor grado de adherencia terapéutica. No obstante, los autores difieren con respecto al tipo de estigma que podría resultar más influyente sobre esta característica:

Carrara et al. (17) en su estudio, observaron que el autoestigma era el tipo de estigma que más se asociaba con la baja adherencia terapéutica. Así mismo, señalan que esta relación se da como consecuencia del deseo de los enfermos mentales de ocultar su diagnóstico para evitar la discriminación.

Mientras, Campo Arias et al. (13) afirman que el incumplimiento del plan terapéutico se produce como consecuencia de un rechazo del diagnóstico formal, lo que podría identificarse más como una consecuencia del estigma social, ya que aquí, el paciente intenta evitar el contacto e identificación con el colectivo estigmatizado.

### **4.2.3 Influencia del estigma sobre la gravedad de los síntomas**

Tres de los artículos analizados encuentran una asociación clara entre el estigma y el agravamiento de los síntomas, tal y como señalan Reas, Carrara et al. y Lim et al. (14,17,25)

Por un lado, Carrara et al. (17), en su estudio, afirman que las personas diagnósticas con esquizofrenia, o trastorno esquizoafectivo, con niveles altos de autoestigma son más propensos a la exacerbación de los síntomas.

Así mismo, Reas (14) afirma que el estigma tenía numerosos efectos adversos sobre la calidad de vida y la salud mental, produciendo, incluso, un empeoramiento de la patología en el caso de los TCA.

En el caso de los trastornos psicóticos, Lim et al. (25) hacen referencia a diversos estudios donde experiencias como la soledad, el sentimiento de inferioridad y las creencias negativas sobre sí mismo, estrechamente asociadas con el autoestigma, daban lugar a una mayor prevalencia de sintomatología negativa.

### **4.2.4 Influencia del estigma sobre el pronóstico**

Lim et al. (25) señalan que niveles elevados de autoestigma pueden influir negativamente en el proceso de recuperación de los pacientes. Argumenta que niveles bajos de autoestima están directamente relacionados con peores resultados clínicos.

Además, como afirman Carrara et al. (17), el autoestigma puede favorecer que los pacientes eludan actividades sociales que tendrían un impacto positivo sobre su evolución como consecuencia de sentimientos de vergüenza y autodevaluación.

Esta autodevaluación, al mismo tiempo, podría llevar al paciente a cuestionar su capacidad para recuperarse, como apuntan Carrara et al. y Oexle et al. (17,22)

#### **4.2.5 Influencia del estigma en el mercado laboral**

Los artículos estudiados apuntan a que la discriminación laboral es una de las consecuencias más graves del estigma. Según Tzouvara et al. y Hipes et al. (15,26) la mayoría de los empleadores afirma que no ofrecería un puesto de trabajo a alguien que padeciera un trastorno mental.

Tzouvara et al. (15) hacen referencia a un estudio reciente publicado en Estados Unidos, en el que se afirma que cerca del 80% de las personas con trastornos mentales estaban en situación de desempleo, a pesar de que la mayoría estaban dispuestas y eran capaces de hacerlo.

Así mismo, Hipes et al. (26), en su estudio, enviaron solicitudes ficticias a ofertas de trabajo, tanto a aquellas que ofertaban puestos presenciales, como telemáticos. Algunas de estas solicitudes mostraban un historial de enfermedad mental, y otras uno de enfermedad física.

De esta manera, Hipes et al. (26) no solo observaron que aquellos currículums con un historial de enfermedad mental recibieron menos respuestas, sino que, además, al observar que este patrón también se repetía en las ofertas de teletrabajo, consideraron que la negativa a emplear este colectivo se debía tanto al deseo de distancia social, como a la existencia de menores expectativas de competencia para el puesto.

#### **4.2.6 Influencia del estigma en la exclusión social**

La exclusión social afecta a una amplia gama de aspectos en la vida personal, incluyendo las actividades económicas, educativas, políticas, de ocio o culturales, así como a las relaciones sociales (27).

En el caso de las personas con trastornos mentales, Lim et al. y Greenwood et al. (25,27) afirman que son uno de los colectivos que más padece sus efectos, siendo el deseo de distancia social asociado al proceso de estigmatización el principal desencadenante.

Además, en el caso de niños y adolescentes afectados por este tipo de patologías, O'Connor et al. (12) afirman que el estigma favorece el desarrollo de conductas de acoso escolar por parte de compañeros o amigos y que, además, este puede impactar negativamente sobre su educación.

No obstante, no solo el estigma social ejerce un papel importante en la exclusión social y, por ejemplo, Lim et al. (25) afirman que la depresión y la ansiedad son, en el caso de los trastornos psicóticos, uno de los principales factores de riesgo para la soledad.

Estos factores están estrechamente relacionados con los niveles elevados de autoestigma, por lo que también se podría deducir que aquellos pacientes que presenten niveles elevados de autoestigma podrían padecer una mayor exclusión social, tal y como señalan Lim et al. (25) en su estudio.

#### **4.2.7 Influencia del estigma sobre el riesgo de suicidio**

Campo-Arias et al. (13) observaron como los trastornos mentales incrementan, de manera significativa, la posibilidad de un episodio autolesivo. Además, trata de relacionar este fenómeno con el estigma mediante dos mecanismos diferentes:

El primer mecanismo involucra a aquellos pacientes que presentan niveles elevados de autoestigma. Estos, al presentar un mayor deterioro de la calidad de vida, tienen una mayor probabilidad de desarrollar episodios depresivos, y con ello también se incrementa la posibilidad de cometer intentos de suicidio y suicidio consumado (13).

El segundo de esos mecanismos relaciona la conducta suicida con el estigma social, y explica que el incremento de conductas autolesivas se debe al retraso en la búsqueda de ayuda profesional y al rechazo del diagnóstico, que lleva a su vez a un incumplimiento del tratamiento y, con ello, al empeoramiento de los síntomas, elevando el riesgo de suicidio (13).

En relación con el estigma social, Schomerus et al. (19) también concluyen que aquellos pacientes que padecen unos mayores niveles de este presentan mayor riesgo de suicidio.

### **4.3 Relación del estigma entre el paciente y el cuidador**

Los cuidadores informales suelen ser miembros de la familia que se encargan del cuidado de personas enfermas, o ancianas, que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria, administrar tratamiento, o acudir a servicios de salud, entre otras (27).

Herrmann et al., Papadopoulos et al., Greenwood et al. y Mitter et al. (18,20,27,28) apuntan que los cuidadores informales de aquellas personas con trastornos mentales también pueden padecer las consecuencias del estigma.

Greenwood et al. (27) analizan el estigma asociado a los cuidadores de personas con demencia, encontrando niveles elevados de desempleo y exclusión social entre ellos, lo que corroboran Papadopoulos et al. (20) en su estudio. Además, hacen referencia a varios autores que han argumentado que el estigma es uno de los principales factores desencadenantes de esta situación.

Por otro lado, Papadopoulos et al. (20) también hacen hincapié en los efectos que el estigma tiene sobre el bienestar de estos cuidadores, encontrando que este está relacionado con la aparición de mayor depresión, estrés, carga psicológica y un menor grado de salud mental en general.

No obstante, tanto estos autores, como Mitter et al. (28), señalan que esta relación no es unidireccional, y del mismo modo que el estigma favorece la mala salud mental, factores modificables asociados a esta, como la autoestima o la percepción de control, hacen que los cuidadores presenten una mayor vulnerabilidad ante el estigma.

Además, Papadopoulos et al. (20) también señalan factores no modificables que influyen sobre estas consecuencias, como son el género del cuidador (femenino), la carga financiera, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la cultura, en la que también hacen hincapié Herrmann et al. y Mitter et al. (18,28)

Esta misma relación bidireccional podría aplicarse también a la exclusión social, como apuntan Greenwood et al. (27), ya que afirman que la exclusión social es tanto una consecuencia, como un factor de riesgo de la mala salud mental.

Además, el estigma asociado a los cuidadores no solo acarrea graves consecuencias sobre su salud mental, sino que afectan a toda la población, y como apuntan Greenwood et al. (27) en su estudio, esta situación genera unas pérdidas anuales de 5'3 mil millones de libras en el Reino Unido.

#### **4.4 Actitudes y creencias del personal sanitario sobre los trastornos mentales**

La literatura consultada no solo apunta a que los profesionales sanitarios no se encuentran libres de actitudes estigmatizantes, sino que Tzouvara et al., Herrmann et al., y Vistorte et al. (15,18,24) señalan que estos presentan actitudes más estigmatizantes que la población general, especialmente los profesionales de atención primaria.

Herrmann et al. (18) hacen referencian a una encuesta en la que se demuestran que este fue uno de los colectivos que mayores niveles de estigma manifestaron hacia las personas con demencia. Así mismo, Reas (14), también demuestra que los profesionales sanitarios muestran creencias estigmatizantes hacia los pacientes con TCA, etiquetándolos como vanidosos y manipulativos, entre otros.

Al igual que en la población general, la falta de conocimientos sobre salud mental actúa como un factor de riesgo en el desarrollo de esta serie de actitudes, tal y como señalan Herrmann et al. y Vistorte et al. (18,24) Y esta falta de conocimientos, combinada con la presencia de actitudes estigmatizantes, están asociadas con el desarrollo de mayores niveles de autoestigma entre los pacientes y un menor grado de recuperación, tal y como afirma Reas (14).

Además, esta no es la única consecuencia asociada a los niveles elevados de estigma entre los profesionales sanitarios y, como se había apuntado anteriormente, varios autores como Reas, Tzouvara et al., Herrmann et al., Vistorte et al. y Yang et al. (14,15,18,24,29), consideran que las creencias estigmatizantes tienden a distanciar, aún más, a las personas con trastornos mentales de la atención médica que necesitan.

Por otro lado, Vistorte et al. (24), en el contexto de la atención primaria, afirman que una de las consecuencias más comunes que tuvo el estigma entre estos profesionales

fue la atribución de signos y síntomas de enfermedades físicas a los trastornos mentales que padecían, así como el infratratamiento de los pacientes con depresión.

Esto es de gran importancia, y es que, como afirman Tzouvara et al. y Carrara et al. (15,17) en sus estudios, los profesionales sanitarios, y en especial la enfermería, desempeñan un papel fundamental en el tratamiento, la recuperación y la mejora de la calidad de vida de este colectivo.

#### **4.5 Estigma en los trastornos por consumo de sustancias**

Tal y como se ha comentado anteriormente, el trastorno por consumo de sustancias es uno de los más estigmatizados. Yang et al. (29) afirman que el público tiene una visión muy estigmatizante de esta clase de trastornos, siendo vistos como peligrosos e impredecibles, entre otras condiciones.

Así mismo, Crapanzano et al. (30) corroboran esta afirmación al hacer referencia a un estudio de la OMS, en el que los trastornos por abuso de sustancias fueron considerados como el primero, o el segundo, de los trastornos más estigmatizados en 12 de los 14 países estudiados.

Ambos autores, tanto Yang et al., como Crapanzano et al. (30) consideran que estos niveles tan elevados de estigma se deben a que los participantes, en muchas ocasiones, suelen culpar a este colectivo de su condición, o suponen que la mayoría de los afectados pertenecen a una raza/etnia, o condición social, considerada como inferior, o más conflictiva.

Estos estereotipos, al igual que en el resto de los trastornos mentales, dan lugar a una reacción emocional, como miedo, o deseo de distancia social lo que, a su vez, desencadena actitudes discriminatorias que, como señalan Crapanzano et al. (30) afectan a todos los aspectos de la vida: empleo, relaciones sociales y salud, entre otros.

Una de las principales consecuencias del estigma analizadas en este colectivo por Crapanzano et al. y Hammarlund et al. (30,31) es su influencia en la búsqueda de tratamiento, siendo identificado como una de las principales barreras en su acceso.

Además, Yang et al. (29) también afirman que el estigma no solo influiría a los propios pacientes a la hora de iniciar esta búsqueda, sino que puede dificultar la creación de políticas que favorezcan el acceso a este tratamiento.

Finalmente, el estigma también puede influir notablemente sobre la recuperación de este colectivo, ya que como afirman Crapanzano et al. (30), influye considerablemente sobre variables como: deseo de continuar con el tratamiento, compromiso con el tratamiento y autoeficacia.

## **5. Limitaciones en el estudio**

Es importante considerar las diferentes limitaciones que han aparecido durante la realización de este trabajo.

El establecimiento de los diferentes criterios de inclusión y exclusión ha reducido considerablemente la cantidad de estudios que han podido utilizarse en esta revisión integradora. La gran cantidad de información disponible acerca del estigma relacionado con los trastornos mentales ha obligado a limitar la búsqueda a los últimos 5 años, eliminando, por lo tanto, todos aquellos artículos publicados de forma previa, que también hubieran podido suponer una aportación importante para este estudio.

Así mismo, la escasa familiaridad con el uso de las diferentes bases de datos empleadas puede haber limitado los resultados obtenidos en las diferentes búsquedas.

## **6. Conclusión**

En el presente estudio, hemos podido evidenciar como el estigma hacia los trastornos mentales sigue siendo una realidad muy presente en la sociedad.

A partir de la literatura seleccionada, podemos deducir que la población general todavía mantiene creencias y estereotipos sobre este colectivo que acaban generando discriminación en diversas áreas sociales, como las relaciones personales, los medios de comunicación o el mercado laboral, entre otras.

Esto acarrea graves consecuencias para el bienestar de las personas estigmatizadas, pudiendo actuar como barrera a la hora de acceder a los servicios de salud mental, e influyendo negativamente sobre factores como la adherencia terapéutica, la gravedad de los síntomas o el riesgo suicida. En definitiva, las manifestaciones del estigma contribuyen a reducir notablemente la calidad de vida y las oportunidades de este colectivo.

Además, el estigma asociado a las personas con trastornos mentales es un problema cuyas dimensiones alcanzan también a los familiares y cuidadores principales, que acaban viviendo experiencias similares de exclusión social y mermando también su salud mental.

No obstante, parece importante señalar que las personas con diferentes trastornos mentales no se enfrentan a las mismas actitudes estigmatizadoras: el tipo de trastorno mental y la gravedad atribuida modifica las actitudes que se mantienen hacia ella.

Así, sin lugar a duda, los artículos estudiados parecen apuntar a que el trastorno por consumo de sustancias es uno de los que más padece las consecuencias de este fenómeno social.

Finalmente, cabe destacar que los profesionales sanitarios, especialmente aquellos con una escasa formación en salud mental y los profesionales de atención primaria, también suelen mantener creencias negativas sobre este colectivo, y que estas resultan especialmente perjudiciales para el paciente dado el importante papel que estos profesionales juegan en su tratamiento y recuperación.

## **8. Referencias bibliográficas**

1. Confederación Salud Mental España. ¿Qué es el trastorno mental? [Internet]. Salud mental España y los problemas de salud mental. 2015. Disponible en: <https://consaludmental.org/informate/>
2. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013 [Internet]. Ministerio de Sanidad Política social e Igualdad; 2011. p. 16-8. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
3. De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biológica* [Internet]. 2016;23(2):67-73. doi: 10.1016/j.psiq.2016.03.001
4. Lucas Miralles MV. Cuidados en Salud Mental [apuntes]. 3º Curso Grado en Enfermería 2018-19, Universidad Jaime I, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. 2018. [inédito]
5. Ruiz-Rodríguez P, Cano-Vindel A, Muñoz Navarro R, Medrano L, Moriana JA, Buiza Aguado C, et al. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y estrés* [Internet]. 2017;23(2):118-23. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.003
6. Giraldo Baena B, Villar Navarro JI. Percepción social y estigma de la enfermedad mental. Implicaciones en su atención. *Bibl Lascasas* [Internet]. 2018;14:1-7. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12153>
7. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental . Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2008;28(1):43-83. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004)

8. Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. Norte Salud Ment [Internet]. 2006;26:49-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
9. Moloney P. La salud mental y el estigma en europa [Internet]. 12 artículos que conectan salud mental con deporte & actividad física. Red Europea de Deporte y Salud Mental; 2018. p. 75-7. Disponible en: <https://mensproject.eu/wp-content/uploads/policy-papers-es.pdf>
10. Magallares Sanjuan A. El estigma de los trastornos mentales : discriminación y exclusión social. Quad Psicol [Internet]. 2011;13(2):7-17. doi: 10.5565/rev/qpsicologia.816
11. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 2 de abril de 2017;210(4):261-8. doi: 10.1192/bjp.bp.116.189464
12. O'Connor C, Kadianaki I, Maunder K, McNicholas F. How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. Soc Sci Med [Internet]. septiembre de 2018;212:94-119. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.011
13. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. octubre de 2015;44(4):243-50. doi: 10.1016/j.rcp.2015.04.003
14. Reas DL. Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. Nutrients [Internet]. 21 de noviembre de 2017;9(11):1267. doi: 10.3390/nu9111267
15. Tzouvara V, Papadopoulos C, Randhawa G. Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 17 de mayo de 2016;62(3):292-305. doi: 10.1177/0020764016629699
16. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M. The stigma of mental illness in

- children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Res* [Internet]. septiembre de 2016;243:469-94. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.042
17. Carrara BS, Ventura CAA. Self-stigma, mentally ill persons and health services: An integrative review of literature. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. abril de 2018;32(2):317-24. doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.001
  18. Herrmann LK, Welter E, Leverenz J, Lerner AJ, Udelson N, Kanetsky C, et al. A Systematic Review of Dementia-related Stigma Research: Can We Move the Stigma Dial? *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. marzo de 2018;26(3):316-31. doi: 10.1016/j.jagp.2017.09.006
  19. Schomerus G, Van der Auwera S, Matschinger H, Baumeister SE, Angermeyer MC. Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. noviembre de 2015;132(5):357-64. doi: 10.1111/acps.12401
  20. Papadopoulos C, Lodder A, Constantinou G, Randhawa G. Systematic Review of the Relationship Between Autism Stigma and Informal Caregiver Mental Health. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 19 de abril de 2019;49(4):1665-85. doi: 10.1007/s10803-018-3835-z
  21. Goepfert NC, von Heydendorff SC, Dreßing H, Bailer J. Effects of stigmatizing media coverage on stigma measures, self-esteem, and affectivity in persons with depression – an experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 7 de diciembre de 2019;19(1):138. doi: 10.1186/s12888-019-2123-6
  22. Oexle N, Müller M, Kawohl W, Xu Z, Viering S, Wyss C, et al. Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 10 de marzo de 2018;268(2):209-12. doi: 10.1007/s00406-017-0773-2
  23. Gronholm PC, Thornicroft G, Laurens KR, Evans-Lacko S. Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: a systematic review. *Psychol Med* [Internet]. 15 de agosto de 2017;47(11):1867-79. doi:

10.1017/S0033291717000344

24. Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari JJ. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 28 de julio de 2018;53(4):317-38. doi: 10.1177/0091217418778620
25. Lim MH, Gleeson JFM, Alvarez-Jimenez M, Penn DL. Loneliness in Psychosis: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018;53:221-38. doi: 10.1007/s00127-018-1482-5
26. Hipes C, Lucas J, Phelan JC, White RC. The stigma of mental illness in the labor market. *Soc Sci Res* [Internet]. marzo de 2016;56:16-25. doi: 10.1016/j.ssresearch.2015.12.001
27. Greenwood N, Mezey G, Smith R. Social exclusion in adult informal carers: A systematic narrative review of the experiences of informal carers of people with dementia and mental illness. *Maturitas* [Internet]. junio de 2018;112:39-45. doi: 10.1016/j.maturitas.2018.03.011
28. Mitter N, Ali A, Scior K. Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review. *Res Dev Disabil* [Internet]. junio de 2019;89:10-21. doi: 10.1016/j.ridd.2019.03.001
29. Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. septiembre de 2017;30(5):378-88. doi: 10.1097/YCO.0000000000000351
30. Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. diciembre de 2018;10:1-12. doi: 10.2147/SAR.S183252
31. Hammarlund RA, Crapanzano KA, Luce L, Mulligan L, Ward KM. Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug- and alcohol-use disorders. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. noviembre de 2018;9:115-36. doi: 10.2147/SAR.S183256

## 9. Anexos

### 9.1 Anexo 1



#### PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

#### 10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

##### **Comentarios generales**

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

*¿Son válidos esos resultados?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Son aplicables en tu medio?*

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

1

Esta plantilla debería citarse como:

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

## A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

### Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</b></p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La población de estudio.</li><li>- La intervención realizada.</li><li>- Los resultados ("outcomes") considerados.</li></ul>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</b></p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.</li><li>- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.</li></ul>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

**¿Merece la pena continuar?**

**Preguntas detalladas**

<p><b>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</b></p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qué bases de datos bibliográficas se han usado.</li><li>- Seguimiento de las referencias.</li><li>- Contacto personal con expertos.</li><li>- Búsqueda de estudios no publicados.</li><li>- Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés.</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</b></p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los resultados de los estudios eran similares entre sí.</li><li>- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados.</li><li>- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados.</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

## B/ ¿Cuáles son los resultados?

### 6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

*PISTA: Considera*

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

### 7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

*PISTA:*

*Busca los intervalos de confianza de los estimadores.*

## C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p><b>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li><li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</b></p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>

## 9.2 Anexo 2



### PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

#### 11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes

##### **Comentarios generales**

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Cohortes:

*¿Son válidos los resultados del estudio?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Pueden aplicarse a tu medio?*

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son “de eliminación” y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.

1

## A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

### Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de*

- La población estudiada.
- Los factores de riesgo estudiados.
- Los resultados "outcomes" considerados.
- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?

2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.*

- ¿La cohorte es representativa de una población definida?
- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?
- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?
- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?

*¿Merece la pena continuar?*

**Preguntas de detalle**

**3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?**

SÍ       NO SÉ       NO

*PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:*

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

<p><b>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</b></p>	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO SÉ	<input type="checkbox"/>	NO
<p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p>						
<p>- <i>Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.</i></p>						
<p><i>Lista:</i></p>						

<p><b>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.</i></li><li>- <i>Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.</i></li><li>- <i>En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?</i></li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>B/ ¿Cuáles son los resultados?</b></p>	
<p><b>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</b></p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>¿Cuáles son los resultados netos?</i></li><li>- <i>¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?</i></li><li>- <i>¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?</i></li></ul>	
<p><b>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</b></p>	

## C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p><b>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</b></p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?</li> <li>- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?</li> </ul> <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</b></p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.</li> <li>- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.</li> <li>- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</b></p>	

### 9.3 Anexo 3



## PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

### 11 preguntas para entender un ensayo clínico

#### **Comentarios generales**

- Para valorar un ensayo hay que considerar tres grandes epígrafes:

*¿Son válidos los resultados del ensayo?*

*¿Cuáles son los resultados?*

*¿Pueden ayudarnos estos resultados?*

Las 11 preguntas de las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a centrarte en esos aspectos de modo sistemático.

- Las primeras tres preguntas son de eliminación y pueden ser respondidas rápidamente. Si la respuesta a las tres es "sí", entonces vale la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En itálica y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

Esta plantilla debería citarse como:

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.5-8.

## A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

### Preguntas "de eliminación"

<p><b>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</b></p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La población de estudio.</li> <li>- La intervención realizada.</li> <li>- Los resultados considerados.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</b></p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p><b>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</b></p> <p><i>- ¿El seguimiento fue completo?</i>  <i>- ¿Se interrumpió precozmente el estudio?</i>  <i>- ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

**Preguntas de detalle**

<p><b>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los pacientes.</li> <li>- Los clínicos.</li> <li>- El personal del estudio.</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</b></p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>

**B/ ¿Cuáles son los resultados?**

<p><b>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</b></p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i></p> <p><i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p>	
<p><b>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</b></p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>	

## C/¿Pueden ayudarnos estos resultados?

<p><b>9 ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?</b></p> <p><i>¿Crees que los pacientes incluidos en el ensayo son suficientemente parecidos a tus pacientes?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>10 ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</b></p> <p><i>En caso negativo, ¿en qué afecta eso a la decisión a tomar?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO SÉ      <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><b>11 ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</b></p> <p><i>Es improbable que pueda deducirse del ensayo pero, ¿qué piensas tú al respecto?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ      <input type="checkbox"/> NO</p>