

El estigma del trastorno mental como problema de salud pública: una revisión integradora

RAÚL GONZÁLEZ BELLÉS
raulgbelles@hotmail.com

BEATRIZ DÁMASO VEGA
damaso@uji.es

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales suponen un 19 % de la carga de enfermedad en Europa. Son el motivo principal de años de vida con discapacidad y constituyen una preocupación fundamental de salud pública. La sociedad mantiene prejuicios que desprestigian a los enfermos mentales e incitan a la discriminación. **Objetivos:** Determinar el efecto del estigma de la enfermedad mental sobre la familia, el paciente y los profesionales, describir intervenciones antiestigma e identificar escalas de medición del estigma. **Metodología:** Se realizó una revisión integradora con una búsqueda en las bases de datos PUBMED, SCIELO, CINAHL y la Biblioteca Cochrane para obtener la última evidencia disponible. **Resultados:** Inicialmente se hallaron 4.406 estudios. Tras aplicar los filtros, esta cifra descendió a 2.422 artículos (54,97 %) y únicamente 32 artículos superaron la exclusión y la lectura crítica. **Conclusión:** El estigma supone una carga para la familia y la identificación como enfermo mental repercute negativamente en el individuo. La población presenta actitudes estigmatizantes hacia los profesionales por trabajar en el ámbito de la salud mental. La educación y el contacto intergrupales son intervenciones efectivas para reducir el estigma. Existen escalas que valoran actitudes estigmatizantes, discriminación y estigma internalizado.

Palabras clave: estigma social, trastornos mentales, salud pública, Europa.

Abstract

Introduction: Mental disorders imply 19 % of the disease burden in Europe. They are the main reason for disability-adjusted life years and comprise a major concern of public health. Society maintains prejudices that discredit the mentally ill and encourage discrimination. **Aims:** To determine the effect of mental illness stigma on family, patients and professionals, to describe antistigma interventions and to identify stigma measurement scales. **Methods:** An integrative review was conducted through a search in PUBMED, SCIELO, CINAHL and Cochrane Library databases to obtain the latest available evidence. **Results:** Initially, 4,406

studies were found. After applying filters, this figure decreased to 2,422 articles (54.97 %) and solely 32 articles prevailed after the exclusion and critical appraisal. **Conclusion:** Stigma entails a burden for the family and the identification as mentally ill impacts negatively on the individual. The population features stigmatising attitudes towards professionals due to their work in the mental health field. Education and intergroup contact are effective interventions to reduce stigma. There are scales that assess stigmatising attitudes, discrimination and internalized stigma.

Key Words: Social stigma, mental disorders, public health, Europe.

Introducción

A nivel mundial, más de 650 millones de personas padecen enfermedades mentales comunes. Los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias suponen el 10 % de la carga mundial de enfermedad y 9 de las 20 causas principales de años de vida con discapacidad. En Europa, los trastornos neuropsiquiátricos afectan a un tercio de la población, representan el 3 % de la mortalidad total y originan el 19 % de la carga de enfermedad, posicionándose en segundo lugar de la clasificación tras los trastornos cardiovasculares. Además, son el mayor motivo de años de vida con discapacidad en el ámbito europeo (40 %). Este impacto se ve agravado por la baja disponibilidad de medios sanitarios e implica un desafío para el desarrollo económico, la salud pública y el bienestar de la población (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2019; World Health Organisation 2013; World Health Organisation Regional Office for Europe 2009).

El estigma es un proceso en el que la sociedad identifica atributos indeseables en ciertas personas que percibe como diferentes y pertenecientes a una categoría inferior y se ve legitimada a ejercer poder y devaluar a los miembros de este grupo. Se trata de un fenómeno que depende de la cultura, los procesos cognitivos y las dinámicas de poder entre grupos. Cabe destacar que algunos individuos del grupo estigmatizado son conscientes de la estigmatización y capaces de oponerse a ella. Se estructura en cinco fases: etiquetado, estereotipación, separación, pérdida de estatus y discriminación. En cuanto a los principales tipos de estigma, el estigma público hace referencia a que la población posee unos estereotipos y prejuicios que incitan a la discriminación; el estigma estructural es el hecho de que los empleados de las instituciones y el contexto cultural y político favorecen la existencia de identidades estigmatizadas y diferencias sociales; el estigma por asociación se define como el paso del desprecio social del individuo estigmatizado a otras personas de su entorno cercano (amistades, familiares, profesionales sanitarios...) y el autoestigma o estigma internalizado supone la interiorización de los estereotipos por parte de la persona estigmatizada y está presente en el 40 % de las personas con enfermedad mental (Bos, Pryor, Reeder y Stutterheim 2013; Link y Phelan 2001; Mascayano Tapia, Lips Castro, Mena Poblete y Manchego Soza 2015; Staiger et al. 2018).

Objetivos

Determinar los factores y repercusión que produce la estigmatización de las enfermedades mentales en Europa sobre el paciente, la familia y los profesionales; describir intervenciones seguras, humanas y efectivas de reducción del estigma del trastorno mental e identificar las principales escalas empleadas para la valoración del estigma.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión integradora orientada mediante la siguiente pregunta clínica en formato PIS: ¿De qué manera influye el estigma del trastorno mental sobre la salud pública?, donde *P* significa población, *I* hace alusión a la intervención y *S* indica la situación. Se realizó una búsqueda en las bases de datos PUBMED, CINAHL, SCIELO y la Biblioteca Cochrane empleando los tesauros MESH y DECS y combinando las palabras clave *social stigma*, *mental disorders* y *public health* con el operador booleano *AND*.

En cuanto a los filtros, los artículos se limitaron por fecha de publicación comprendida en el periodo de 2015 a 2020 (ambos años incluidos) y por idioma (inglés y español). Además, en PUBMED se aplicaron los filtros *Journal Category* (*MEDLINE*, *Nursing journals*), *Species* (*Humans*) y se seleccionó la lengua catalana. Con respecto a CINAHL, se escogieron las bases de datos *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *CINAHL with Full Text*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *APA Psycharticles*, *MEDLINE*, *APA PsychInfo* y *Consumer Health Main Edition*.

El criterio de inclusión fue la utilización de estudios que hicieran referencia al estigma de la enfermedad mental. Respecto a los criterios de exclusión, se rechazaron aquellos artículos basados en enfermedades orgánicas y neurológicas, los estudios cuyo tema principal fuera la perspectiva de género y/u otros colectivos minoritarios, los artículos cuyo reclutamiento de la muestra se realizó en países no europeos y los estudios que empleaban versiones anteriores al DSM-5.

Se realizó una lectura de los títulos seguida de una lectura de los resúmenes y del texto completo y se descartaron los estudios que cumplían los criterios de exclusión, los artículos duplicados o sin acceso a todo el documento. Finalmente, se excluyeron los artículos de diseño incompatible con la lectura crítica o con una calidad metodológica insuficiente valorada con las herramientas CASPE, STROBE y MMAT.

Resultados

Se encontraron un total de 4.406 artículos repartidos en las cuatro bases de datos consultadas. Tras aplicar los filtros, estos resultados fueron reducidos a un 54,97 % ($n = 2.422$). A continuación, en el proceso de exclusión se descartaron 2.390 estudios, quedando un 1,32 % ($n = 32$) de dichos resultados con filtros. En la figura 1 se puede apreciar cómo evoluciona la cantidad de estudios desde el inicio de la búsqueda hasta la lectura crítica.

De los 32 artículos obtenidos, un 93,75 % ($n = 30$) se extrajeron de PUBMED, mientras que únicamente un 6,25 % ($n = 2$) procedían de CINAHL. Ningún artículo de

SciELO y la Biblioteca Cochrane cumplió los requisitos, por lo que fueron todos excluidos. Respecto al año de publicación, un 9,38 % (n = 3) se publicó en 2015, un 21,88 % (n = 7) se halló en 2016, un 25 % (n = 8) pertenece al año 2017, un 28,13 % (n = 9) se obtuvo de 2018 y los estudios publicados en 2019 abarcaron un 15,63 % (n = 5).

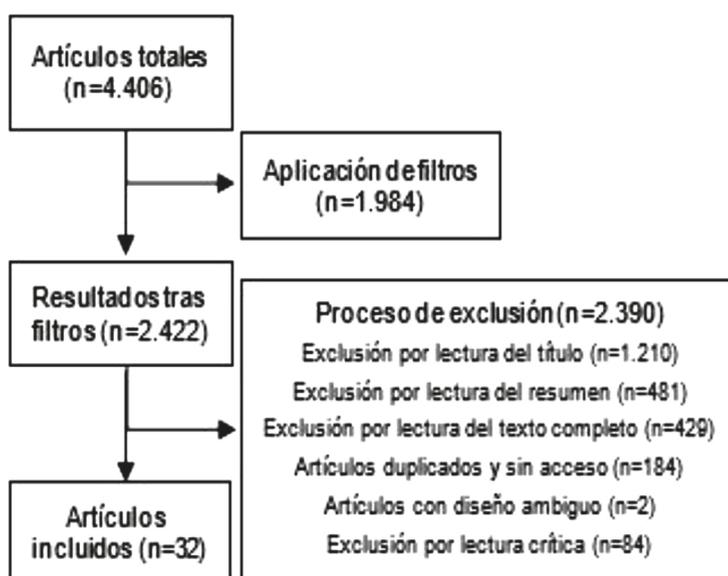


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de estudios

En referencia al diseño de los estudios, un 15,63 % (n = 5) del total de artículos elegidos fueron revisiones, otro 15,63 % (n = 5) constituyeron ensayos clínicos, un 21,88 % (n = 7) se clasificaron como estudios de cohortes, un 6,25 % (n = 2) fueron estudios de casos-controles, un 12,5 % (n = 4) de los artículos recopilados fueron estudios cualitativos y un 3,13 % (n = 1) supusieron evaluaciones económicas. En cuanto a los estudios transversales (n = 6) y de métodos mixtos (n = 2), representan un 18,75 % y un 6,25 % de los artículos seleccionados, respectivamente.

Discusión y conclusiones

Factores y repercusión del estigma público

El desconocimiento de la enfermedad mental y la percepción de conductas anómalas por parte de la sociedad dan origen al estigma (Henderson 2016). El público general piensa que los enfermos mentales son culpables de su enfermedad, violentos, peligrosos e impredecibles (Birtel, Wood y Kempa 2017; Boerema et al. 2016; Palacios-Ceña et al. 2018; Roe y Yamin 2017). Además, las atribuciones causales biogenéticas favorecen la creencia de que los individuos con enfermedad mental no pueden cambiar y se ven limitados por su condición (Longdon y Read 2017).

El estigma se relaciona con una calidad de vida inferior, soledad, vergüenza, retraimiento social y una baja autoestima (Birtel, Wood y Kempa 2017; Hansson, Lexén y Holmén 2017; Oexle et al. 2017; Zäske et al. 2019). Por otra parte, Oexle et al. (2017) desarrollaron un modelo que explica que cuando las personas etiquetadas como *enfermas mentales* perciben el estigma desean mantener en secreto su condición y esto hace que aumente su desesperanza, que se relaciona con la ideación suicida.

Cabe destacar que las personas que han sido ingresadas de manera involuntaria alguna vez o diagnosticadas hace un mayor periodo de tiempo reportan haber sido discriminadas en más ocasiones (Henderson 2016). Además, se ha hallado que una mayor edad, unos niveles más elevados de adaptación social, una mayor gravedad del episodio de psicosis, una menor autoestima, la percepción de la propia enfermedad mental como modificable y la asociación con una etiología natural y explicable predisponen a que el individuo sufra una mayor carga debida a experiencias de estigma (Zäske et al. 2019).

Repercusión del estigma estructural

La estigmatización produce problemas de inclusión social y dificulta la obtención de un empleo, una vivienda digna, asistencia sanitaria y formación (Birtel, Wood y Kempa 2017; Morgiève et al. 2019; Pérez-Garín, Molero y Bos 2015; Sastre-Rus et al. 2019). En concreto, el estigma constituye una barrera para recibir tratamiento de salud mental (Salaheddin y Mason 2016).

En relación a la injusticia epistémica, las declaraciones de las personas con enfermedad mental no se consideran válidas por el hecho de ser enfermas mentales (Newbigging y Ridley 2018). Respecto a la atención de salud mental, los pacientes se sienten discriminados cuando los profesionales recurren a medidas de coerción, prestan excesiva atención a su diagnóstico y sus síntomas y se muestran negativos sobre su pronóstico (Henderson 2016).

En cuanto a los medios de comunicación, sus reportes agravan los prejuicios por su carácter peyorativo y sus referencias constantes a la incapacidad, rareza y peligrosidad (Henderson 2016; Rüsck y Xu 2016) y se utilizan palabras relacionadas con la esquizofrenia de manera excesiva e inadecuada (Palacios-Ceña et al. 2018).

Repercusión del estigma por asociación

La imagen estereotipada del personal psiquiátrico que muestran los medios audiovisuales contribuye a la visión negativa que posee la población sobre estos profesionales, afecta a la relación terapéutica y fomenta el distanciamiento de la asistencia de salud mental (Ebsworth y Foster 2017).

En el ámbito familiar, según Krupchanka et al. (2016), las familias ocultan que uno de sus miembros tiene esquizofrenia, disminuyen sus interacciones sociales, optan por no participar en eventos sociales y se encargan de que la persona con esquizofrenia se arregle y se comporte apropiadamente fuera del núcleo familiar. Schuy et al. (2018) coinciden en que se reducen las relaciones sociales para evitar el estigma y especifican

que los familiares de exsoldados con enfermedad mental también responden a la estigmatización con ira, secretismo, resignación o aceptación. Por otra parte, la familia se siente ansiosa por un futuro incierto, frustrada, sola, sin esperanza y fatigada y un miembro de la familia se encarga exclusivamente del cuidado de la persona con esquizofrenia, se resigna a no tener vida propia, es rechazado por la sociedad y le cuesta exteriorizar sus necesidades (Krupchanka et al. 2016). Cabe resaltar que los antecedentes familiares de enfermedad mental se relacionan con la presencia de estigma implícito (González-Sanguino et al. 2019).

Factores y repercusión del autoestigma

El estigma internalizado produce una reducción de autoestima, autoeficacia y esperanza y un aumento de la vergüenza y la culpabilidad por la propia condición. De esta manera, los individuos minimizan los contactos con el público general porque perciben el entorno como adverso y temen que se les discrimine, viendo en última instancia dificultada su recuperación. Las personas con mayor autoestigma son aquellas que reciben pensión por incapacidad o carecen de empleo. Además, se ha encontrado una asociación positiva entre la duración de la esquizofrenia y los niveles de autoestigma (Kalisova, Michalec, Hadjipapanicolaou y Raboch 2018). Paralelamente, el autoestigma guarda una relación negativa con el equilibrio afectivo, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico (Pérez-Garín, Molero y Bos 2015). Asimismo, el estigma internalizado se relaciona con una conducta menos activa en las citas con el psiquiatra, que deriva en una toma de decisiones más paternalista (Hamann, Bühner y Rüschi 2017).

Intervenciones de reducción del estigma público

Las iniciativas orientadas a la disminución del estigma público son principalmente la protesta, cuya evidencia es escasa; la educación, que es más efectiva en personas jóvenes y el contacto, que tiene un mayor impacto sobre la población adulta, origina actitudes positivas, debe basarse en relaciones horizontales en un contexto de igualdad y reciprocidad, contar con el amparo de las instituciones y podría ser útil para abordar la estigmatización implícita (Longdon y Read 2017; Rüschi y Xu 2016). Las intervenciones antiestigma deben ser dirigidas, creíbles y emplear el contacto directo (Pérez-Garín, Molero y Bos 2015).

Por lo que respecta a las campañas antiestigma, la campaña de concienciación *OBERTAMENT* utilizó los medios de comunicación y consiguió incrementar la intención de cercanía social y las actitudes de benevolencia hacia los enfermos mentales en el público general (Rubio-Valera et al. 2016). Respecto a las intervenciones específicas de trastornos, la campaña *Open the Doors* mejora las actitudes hacia las personas con esquizofrenia tras el contacto y la educación. Además, la Alianza Nuremberg contra la Depresión es una campaña educativa a nivel poblacional que informa de que la depresión es tratable e interviene sobre los medios de comunicación mejorando la cobertura sobre el suicidio, forma al personal de atención primaria en la detección y la atención del paciente con depresión y logró una disminución notable de la tasa de actos suicidas

en un periodo de 2 años (Henderson 2016). Por otra parte, el proyecto *Ospi-Europe* proporciona información sobre la depresión, reduce las actitudes estigmatizantes con otra campaña de concienciación, ofrece ayuda a familias y pacientes, forma a médicos sobre el tema y disminuye la disponibilidad de medios letales y el estigma personal y percibido (Kohls et al. 2017).

En cuanto a las intervenciones educativas, según Casañas et al. (2018), la intervención *EspaiJove.net* distribuye conocimientos sobre salud mental y ofrece talleres formativos a familiares, estudiantes y profesionales. Esta iniciativa es dirigida por enfermeras de salud mental que han recibido un entrenamiento práctico y teórico de 24 horas, ha demostrado validez y es útil, novedosa y capaz de disminuir la estigmatización. Por su parte, Campos et al. (2018) plantean otra intervención que fomenta la alfabetización en salud mental denominada *Finding Space for Mental Health*, que incide en el reconocimiento de la enfermedad, potencia los comportamientos no estigmatizantes favoreciendo la inclusión social y promueve la disminución de estereotipos y la adquisición de primeros auxilios en salud mental y técnicas de autoayuda. Cabe mencionar que algunas iniciativas existentes dirigidas a la alfabetización en salud mental se centran en la premisa de que *el trastorno mental es una enfermedad como cualquier otra*, que disminuye la culpa, pero aumenta la exclusión (Longdon y Read 2017).

En cambio, el curso de Primeros Auxilios en Salud Mental (MHFA) es una formación de 12 horas que se basa en el plan de acción *ALGEE*, potencia la alfabetización en salud mental y logra una mayor capacidad de brindar primeros auxilios en salud mental, una reducción de las actitudes estigmatizantes y un aumento de la confianza de apoyo a amistades con trastorno mental (Davies, Beever y Glazebrook 2018).

En relación a las intervenciones basadas en el contacto, *Crazy'App* es una encuesta en línea que valora las creencias causales de la sociedad respecto a la enfermedad mental después de la visualización de vídeos de personas con trastorno mental contando su historia, mejora la empatía y disminuye la distancia social hacia los enfermos mentales (Morgiève et al. 2019).

También cabe mencionar la iniciativa de convivencia a corto plazo del programa *Meet the Hospital* dirigida a la recuperación, que genera un clima de compañerismo y solidaridad y supone un impacto emocional y un aprendizaje mutuo (Palacios-Ceña et al. 2018). Por otra parte, las prácticas creativas permiten adquirir habilidades sociales, distraer a la persona con trastorno mental de sus delirios, dotar de sentido a las propias vivencias y promover la empatía, la motivación, la conexión social, el empoderamiento, la atención y la recuperación mutua (Saavedra, Pérez, Crawford y Arias 2018).

Intervenciones de reducción del estigma estructural

La defensa independiente de salud mental, del inglés *independent mental health advocacy* (IMHA), consiste en un servicio que permite reivindicar que los enfermos mentales son personas, dotarles de control, esperanza y confianza para expresarse y someter a examen la relación terapéutica (Newbigging y Ridley 2018).

A continuación, a modo de propuestas de mejora de recursos de salud mental, los familiares de personas con esquizofrenia solicitan una información adecuada, disponible y suministrada de manera sensible, recomendaciones de tratamiento y gestión de

crisis, consejos de comunicación y apoyo a la independencia y socialización del individuo con esquizofrenia (Krupchanka et al. 2016).

Los profesionales sanitarios deben ser educados en habilidades sociales y en marcos explicativos psicosociales para que crean más en la recuperación de las personas con esquizofrenia y les asignen una menor peligrosidad e impredecibilidad (Longdon y Read 2017; Pranckeviciene et al. 2018). Asimismo, los médicos de atención primaria han de saber identificar la angustia psicológica (Salaheddin y Mason 2016). Se debe hacer frente a la escasez de profesionales de salud mental y se requiere investigación sobre el efecto de las iniciativas de disminución del *burnout* en la asistencia sanitaria (Ebsworth y Foster 2017; Henderson 2016).

Intervenciones de reducción del estigma internalizado

Para tratar de disminuir el autoestigma se ha creado la intervención Desarrollo Narrativo y Terapia Cognitiva (NECT), que está compuesta por 20 reuniones, origina un entorno grupal propicio para la implicación de los pacientes e incrementa la calidad de vida, la esperanza y la autoestima (Hansson, Lexén y Holmén 2017). Esta iniciativa es viable y efectiva, permite una interacción auténtica y que el individuo con problemas de salud mental se sienta comprendido (Roe y Yamin 2017).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se basa en la atención plena para aumentar la empatía, la autocomprensión y la flexibilidad psicológica y disminuir el autoestigma en individuos con trastorno por uso de sustancias (Birtel, Wood y Kempa 2017; Rüsche y Xu 2016).

Por otro lado, los Programas de Servicios Dirigidos por Usuarios (COSPS) consisten en la creación de un grupo de apoyo que promueve el empoderamiento de sus miembros y en la iniciativa *Honest, Open, Proud*, personas con trastorno mental se ayudan mutuamente en sus decisiones de divulgación y se consigue disminuir el estigma internalizado y el estrés del estigma. Además, se ha hallado que la normalización permite disminuir el estigma internalizado, la ansiedad y la vergüenza sin que esto afecte al reconocimiento del problema de salud mental (Hamann, Bühner y Rüsche 2017; Rüsche y Xu 2016).

Escalas de medición del estigma público

En respuesta al último objetivo de la presente revisión, la traducción al español abreviada de 9 ítems del Cuestionario de Atribución-27 (AQ-9) se utiliza para medir el estigma en base al grado de asignación de ciertas reacciones emocionales y conductas (González-Sanguino et al. 2019). No obstante, Sastre-Rus et al. (2019) hacen alusión a que con esta escala es posible evaluar la medida en la que los profesionales sanitarios respaldan ciertos estereotipos.

La escala de Actitudes Comunitarias hacia los Enfermos Mentales de 26 ítems (CAMI-26) mide las actitudes de la sociedad respecto a la enfermedad mental y la sub-escala de conducta intencionada de la Escala de Conducta Reportada e Intencionada

(RIBS) evalúa cómo se comportarían los encuestados en un hipotético futuro si tuvieran que vivir cerca o con alguien con un trastorno mental (Rubio-Valera et al. 2016).

En su estudio, Boerema et al. (2016) valoraron el nivel de cercanía social que se está dispuesto a alcanzar con una persona con depresión utilizando la Escala de Distancia Social (SDS). En cambio, la Escala de Discriminación y Estigma (DISC), además de medir la distancia social, valora la discriminación anticipada, experimentada y positiva y precisa ser calificada por un entrevistador (Henderson 2016).

Respecto al estigma implícito, se valora mediante el Test de Asociación Implícita (IAT), que es una herramienta *online* que pide a los participantes que categoricen adjetivos *malos* y *buenos* y palabras relacionadas con la *enfermedad mental* y *enfermedad física* en 2 grupos de manera rápida haciendo uso de un teclado (González-Sanguino et al. 2019).

Oexle et al. (2017), en su estudio, señalan que el estigma percibido es posible medirlo mediante el Cuestionario de Discriminación y Devaluación Percibida (PDDQ). Por otro lado, el estigma experimentado puede medirse con la escala de Carga debida a Experiencias de Estigma (B-STE) (Zäske et al. 2019).

En referencia a las escalas específicas de trastornos, es posible evaluar el estigma percibido de un individuo con trastorno por uso de sustancias con la Escala de Estigma Percibido del Abuso de Sustancias (PSAS) (Birtel, Wood y Kempa 2017). En cambio, Wood et al. ponen en práctica la medida: Entrevista Semiestructurada del Estigma (SIMS) como instrumento con una consistencia interna óptima, una buena fiabilidad test-retest y entre evaluadores y una gran sensibilidad al cambio para medir la estigmatización en individuos con psicosis. Por otro lado, según Kohls et al. (2017), las actitudes hacia las personas con depresión se pueden medir con la Escala de Estigma de la Depresión (DSS), la cual fue sometida a una evaluación psicométrica por parte de Boerema et al. (2016). De este último instrumento es destacable la subescala de estigma personal, que presenta una consistencia interna óptima (Davies, Beever y Glazebrook 2018).

Escalas de medición del estigma estructural

En primer lugar, se halla la subescala de *estigma del tratamiento* de 12 ítems de la escala Evaluación de Barreras para Acceder a la Atención (BACE) de 30 ítems, que permite medir si la anticipación del estigma supone una barrera para la futura búsqueda de asistencia de salud mental (Salaheddin y Mason 2016). Por otra parte, según Wright et al. (2015), la Valoración de Costes de Discriminación (CODA) determina la influencia de la discriminación en términos económicos en el acceso a la vivienda y la atención sanitaria, en el ámbito financiero y laboral y en la implicación en actividades sociales.

En referencia a los profesionales, Sastre-Rus et al. (2019) mencionan la escala *Opening Minds* para proveedores de Atención Sanitaria (OMS-HC), que detecta la carencia de compasión, responsabilidad social o empatía de los profesionales hacia personas con problemas de salud mental y presenta una buena consistencia interna, validez estructural y validez de contenido.

Escala de valoración del estigma por asociación

Scocco et al. (2019) hacen referencia a la escala de Estigma del Superviviente del Suicidio (STOSS), que es una herramienta con una fiabilidad adecuada para comparar grupos que permite evaluar la percepción de actitudes estigmatizantes hacia los individuos afligidos por el suicidio.

Escalas de medición del autoestigma

Respecto a las herramientas de valoración del estigma internalizado más habituales, se encuentran la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMS), el Inventario de Experiencias Estigmatizantes (ISE) y la Escala de Estigma (SS) (Kalisova, Michalec, Hadjipapanicolaou y Raboch 2018; Wood et al. 2016). Además, se detecta la versión corta de la Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental (SSMIS-SF), que consta de las subescalas *concienciación, acuerdo, aplicación y daño a la autoestima* y presenta una validez y consistencia interna apropiadas (Hansson, Lexén y Holmén 2017).

Por último, se identifica la subescala de *Alienación* de la escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI), que mide el sentimiento de no pertenencia a la sociedad y presenta buena consistencia interna. Esta herramienta también cuenta con las subescalas *Respaldo de Estereotipos, Experiencia de Discriminación, Retraimiento Social y Resistencia al Estigma* (Pérez-Garín, Molero y Bos 2015).

Conclusiones

El estigma del trastorno mental constituye una lacra social que tiene un impacto negativo sobre la persona con problemas de salud mental. La familia y los profesionales sanitarios pueden perpetuar el estigma y/o padecerlo en forma de estigma por asociación. Respecto a las iniciativas de reducción de los distintos tipos de estigma, se fundamentan en la educación y el contacto. Además, se han identificado escalas que valoran los diferentes componentes del estigma. La investigación futura debería llevar a cabo una evaluación a más largo plazo de la efectividad de las intervenciones antiestigma y valorar si se ha producido un cambio conductual hacia una menor discriminación.

Referencias bibliográficas

- Birtel, Michèle Denise, Lisa Wood y Nancy J. Kempa. 2017. «Stigma and social support in substance abuse: implications for mental health and well-being». *Psychiatry Research*, 252 (June 2017): 1-8.
- Boerema, Anke M., Kim van Zoonen, Pim Cuijpers, C.J.M. Holtmaat, Lidwine B. Mokkink, Kathleen Margaret Griffiths y Annet M. Kleiboer. 2016. «Psychometric properties of the Dutch Depression Stigma Scale (DSS) and associations with personal

- and perceived stigma in a depressed and community sample». *pLos One*, 11(8): e0160740.
- Bos, Arjan E. R., John B. Pryor, Glenn D. Reeder y Sarah E. Stutterheim. 2013. «Stigma: Advances in Theory and Research». *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1): 1-9. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01973533.2012.746147>.
- Campos, Luisa, Pedro Dias, Ana Duarte, Elisa Veiga, Cláudia Camila Dias y Filipa Palha. 2018. «Is it possible to “Find space for mental health” in young people? Effectiveness of a school-based mental health literacy promotion program». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7): 1426.
- Casañas, Rocío, Victoria-Mailen Arfuch, Pere Castellví, Juan-José Gil, María Torres, Àngela Pujol, Gemma Castells, Mercè Teixidó, Maria Teresa San-Emeterio, Hernán María Sampietro, Aleix Causa, Jordi Alonso y Lluís Lalucat-Jo. 2018. «“EspaiJove.net”- A school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial». *BMC Public Health*, 18(1): 939.
- Davies, E. Bethan, Emmeline Beever y Cris Glazebrook. 2018. «A pilot randomised controlled study of the mental health first aid eLearning course with UK medical students». *BMC Medical Education*, 18(1): 45.
- Ebsworth, Sarah J. y Juliet L.H. Foster. 2017. «Public perceptions of mental health professionals: stigma by association?». *Journal of Mental Health*, 26(5): 431-441.
- González-Sanguino, Clara, Manuel Muñoz, Miguel Ángel Castellanos, Eloísa Pérez-Santos y Teresa Orihuela-Villameriel. 2019. «Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness». *Psychiatry Research*, 272 (December 2018): 663-668.
- Hamann, Johannes, Markus Bühner y Nicolas Rüschi. 2017. «Self-stigma and consumer participation in shared decision making in mental health services». *Psychiatric Services*, 68(8): 783-788.
- Hansson, Lars, Annika Lexén y Joacim Holmén. 2017. «The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: a randomized controlled study of a self-stigma intervention». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11): 1415-1423.
- Henderson, Claire. 2016. «Disorder-specific differences». En *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?*, ed. Wolfgang Gaebel, Wulf Rössler y Norman Sartorius. Switzerland: Springer International Publishing.
- Kalisova, Lucie, Jiri Michalec, Demetra Hadjipapanicolaou y Jiri Raboch. 2018. «Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness». *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4): 374-380.
- Kohls, Elisabeth, Evelien Coppens, Juliane Hug, Eline Wittevrongel, Chantal Van Audenhove, Nicole Koburger, Ella Arensman, András Székely, Ricardo Gusmão y Ulrich Hegerl. 2017. «Public attitudes toward depression and help-seeking: Impact of the OSPI-EUROPE depression awareness campaign in four European regions». *Journal of Affective Disorders*, 217(September 2016): 252-259.
- Krupchanka, Dzmitry, N. Kruk, J. Murray, Silvia Davey, Nikita Bezborodovs, Petr Winkler, L. Bukelskis y Norman Sartorius. 2016. «Experience of stigma in private life of re-

- latives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5): 757-765.
- Link, Bruce George y Jo Carol Phelan. 2001. «Conceptualizing Stigma». *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Longdon, Eleanor y John Read. 2017. «'People with problems, not patients with illnesses': Using psychosocial frameworks to reduce the stigma of psychosis». *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54(1): 24-30.
- Mascayano Tapia, Franco, Walter Lips Castro, Carlos Mena Poblete y Cristóbal Manchego Soza. 2015. «Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones». *Actualización por temas Salud Mental*, 38(1): 53-58. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019. *Encuesta Nacional de Salud Ense, España 2017: Serie informes monográficos. #1 Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>.
- Morgiève, Margot, Karim N'Diaye, Apolline Nguyen-Khac, Luc Mallet y Xavier Briffault. 2019. «'Crazy'App: A web survey on representations and attitudes toward mental disorders using video testimonies». *Encéphale*, 45(4): 290-296.
- Newbigging, Karen y Julie Ridley. 2018. «Epistemic struggles: The role of advocacy in promoting epistemic justice and rights in mental health». *Social Science & Medicine*, 219 (December 2018): 36-44.
- Oexle, Nathalie, Vladeta Ajdacic-Gross, Reinhold Kilian, Mario Müller, Stephanie Rodgers, Ziyang Xu, Wulf Rössler y Nicolas Rüschi. 2017. «Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation». *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(1): 53-60.
- Palacios-Ceña, Domingo, Emilio Andrés Martín-Tejedor, Ana Elías-Elispuru, Amaia Garate-Samaniego, Jorge Pérez-Corrales y Elena García-García. 2018. «The impact of a short-term cohousing initiative among schizophrenia patients, high school students, and their social context: A qualitative case study». *PLoS One*, 13(1): e0190895.
- Pérez-Garín, Daniel, Fernando Molero y Arjan E.R. Bos. 2015. «Internalized mental illness stigma and subjective well-being: The mediating role of psychological well-being». *Psychiatry Research*, 228(3): 325-331.
- Pranckeviciene, Aiste, Kristina Zardeckaite-Matulaitiene, Rasa Marksaityte, Aukse Endriulaitiene, Douglas R. Tillman y David D. Hof. 2018. «Social distance in Lithuanian psychology and social work students and professionals». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(8): 849-857.
- Roe, David y Amit Yamin. 2017. «Desarrollo Narrativo y Terapia Cognitiva (NECT): Una intervención grupal para reducir el auto-estigma en personas con trastornos mentales severos». *Vertex*, 28(135): 384-390.
- Rubio-Valera, Maria, Ana Fernández, Sara Evans-Lacko, Juan Vicente Luciano, Graham Thornicroft, Ignacio Aznar-Lou y Antoni Serrano-Blanco. 2016. «Impact of the mass media Obertament campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain». *European Psychiatry*, 31(January 2016): 44-51.

- Rüsch, Nicolas y Ziyang Xu. 2016. «Strategies to Reduce Mental Illness Stigma». En *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?*, ed. Wolfgang Gaebel, Wulf Rössler y Norman Sartorius. Switzerland: Springer International Publishing.
- Rüsch, Nicolas, Karsten Heekeren, Anastasia Theodoridou, Mario Müller, Patrick W. Corrigan, Benjamin Mayer, Sibylle Metzler, Diane Dvorsky, Susanne Walitza y Wulf Rössler. 2015. «Stigma as a stressor and transition to schizophrenia after one year among young people at risk of psychosis». *Schizophrenia Research*, 166(1-3): 43-48.
- Saavedra, Javier, Elvira Pérez, Paul Crawford y Samuel Arias. 2018. «Recovery and creative practices in people with severe mental illness: evaluating well-being and social inclusion». *Disability and Rehabilitation*, 40(8): 905-911.
- Salaheddin, Keziban y Barbara Mason. 2016. «Identifying barriers to mental health help-seeking among young adults in the UK: a cross-sectional survey». *British Journal of General Practice*, 66(651): e686-e692.
- Sastre-Rus, Meritxell, Alejandro García-Lorenzo, María-Teresa Lluich-Canut, Joaquín Tomás-Sábado y Edurne Zabaleta-Del-Olmo. 2019. «Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review». *Journal of Advanced Nursing*, 75(9): 1838-1853.
- Schuy, Katrin, Simone Dors, Loni Brants, Marie Horzetzky, Gerd Willmund, Andreas Ströhle, Peter Zimmermann, Heinrich Rau y Stefan Siegel. 2018. «Stigma and its impact on the families of former soldiers of the German Armed Forces: An exploratory study». *Military Medical Research*, 5(1): 40.
- Scocco, Paolo, Antonio Preti, Stefano Totaro, Patrick W. Corrigan, Cristina Castriotta, Francesca Bianchera, Silvia Facchini, Alessandro Ferrari, Manuela Guadagnini, Elena Toffol, Luigi Zerbinati y Tea Mareschi. 2019. «Stigma, grief and depressive symptoms in help-seeking people bereaved through suicide». *Journal of Affective Disorders*, 244(February 2019): 223-230.
- Staiger, Tobias, Tamara Waldmann, Nathalie Oexle, Moritz Wigand y Nicolas Rüsch. 2018. «Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: the role of double stigma for job- and help-seeking behaviors». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(10): 1091-1098. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1535-9>.
- Wood, Lisa, Eilish Burke, Rory Byrne, Gabriela Enache y Anthony P. Morrison. 2016. «Semi-structured Interview Measure of Stigma (SIMS) in psychosis: Assessment of psychometric properties». *Schizophrenia Research*, 176(2-3): 398-403.
- World Health Organisation (WHO). 2013. *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva (Switzerland). Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=9A0AB17B3151C72A23DF2238ABF60E75?sequence=1.
- World Health Organisation Regional Office for Europe. 2009. *The European Health Report 2009*. Copenhagen (Denmark). Recuperado de: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf.
- Wright, Steve, Claire Henderson, Graham Thornicroft, Jessica Sharac y Paul McCrone. 2015. «Measuring the economic costs of discrimination experienced by people with

mental health problems: development of the Costs of Discrimination Assessment (CODA)». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5): 787-795.

Zäske, Harald, Michael Linden, Detlef Degner, Maria Jockers-Scherübl, Stefan Klingberg, Joachim Klosterkötter, Wolfgang Maier, Hans-Jürgen Möller, Heinrich Sauer, Andrea Schmitt y Wolfgang Gaebel. 2019. «Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4): 459-468.