

Trabajo de Final de Máster

Análisis de las escalas más utilizadas para valorar el
impacto de las campañas anti-estigma dirigidas a
población general: una revisión sistemática

Autora: Thaïs Matas Torralba

Directora: M^a Ángeles Ruipérez Rodríguez

Tutor o supervisor: Dr. José Manuel Tomás Miguel

Fecha de lectura: 27 de Octubre de 2016



Resumen

Introducción. El estigma en salud mental es uno de los problemas más grandes de ésta, muy por encima de los síntomas propios de la enfermedad o trastorno que se padezca. Las campañas de lucha contra el estigma pueden ir dirigidas a secciones concretas de la población o centrarse en la población general. Sin embargo aún son escasas las investigaciones llevadas a cabo para medir la eficacia de estas campañas. Esta revisión sistemática tiene por objetivo saber cuáles son las escalas más utilizadas para valorar el impacto de las campañas anti-estigma en salud mental, dirigidas a la población general

Método. Revisión sistemática de estudios de evaluación de campañas anti estigma en población general publicados desde 2006. Se ha seguido la guía PRISMA.

Resultados. Los 8 estudios finalmente elegidos en la revisión fueron estudios transversales, incluyeron adultos y tenían como diana la población general. La mayoría fueron llevados a cabo en el Reino Unido en relación a la campaña nacional anti-estigma “Time to Change”. Los resultados obtenidos sugieren que las escalas de valoración más utilizadas como medida del impacto de las campañas anti-estigma son: CAMI, RIBS, MAKS y AMIQ. No obstante, parece haber un vacío en la literatura científica referente a las grandes campañas anti-estigma, salvando las tres campañas mencionadas en la revisión, en Reino Unido, Cataluña y Alemania.

Discusión. El objetivo principal de esta revisión sistemática se ha cumplido. Esta es, probablemente, la primera revisión sistemática centrada en las escalas usadas para campañas anti-estigma dirigidas a población general, y supone un primer paso para estandarizar los métodos de valoración de dichas campañas.

Palabras clave: Estigma, salud mental, población general, campañas anti-estigma, escalas de evaluación.

1. Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Fundamento	6
1.2. Objetivo	13
2. MÉTODO	13
2.1. Diseño.....	13
2.2. Criterios de selección.....	13
2.3. Fuentes de información y búsqueda	14
2.4. Selección de los estudios.....	15
2.5. Proceso de recogida de datos y características codificadas	15
2.6. Riesgo de sesgo en los estudios individuales	15
2.7. Medidas de resultado	15
3. RESULTADOS	15
3.1. Selección de los estudios.....	15
3.2. Características de los estudios	17
4. DISCUSIÓN	22
4.1. Resumen de las evidencias	22
4.2. Limitaciones.....	22
4.3. Conclusiones	23
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXO I: Escala de valoración del riesgo de sesgo para estudios trasversales	30
ANEXO II: Fuentes bibliográficas originales de las escalas utilizadas en la valoración de las campañas anti-estigma	34



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Fundamento

A lo largo de las últimas décadas, se ha escrito y debatido mucho sobre el estigma. Tanto sobre el concepto y las acepciones del término, cómo en relación a los ámbitos que abarca, los colectivos a los que afecta, la dimensión social y cultural del término, así como sobre los conocimientos, sensaciones y consecuencias del engranaje creado en torno a este término y a esta realidad.

En lo referente al significado de la palabra estigma, las perspectivas pasadas nos hablan de que el inicio del uso peyorativo del término estigma, denotando una marca de vergüenza o degradación, apareció a finales del siglo XVI y principios del siglo XVII. Antes de esa época, el término estigma se aplicaba más ampliamente, para indicar tatuajes o marcas que pudieran utilizarse con propósitos decorativos o religiosos, o por motivos utilitarios, como una marca en criminales o esclavos para poder identificarlos cuando se escapaban y para indicar su posición social inferior (Stuart, 2008). Ya desde hace siglos, el concepto de estigma se relaciona con algo negativo que te identifica y de lo que es difícil librarse.

El Webster's New Twentieth Century Dictionary (1983) define estigma como "algo que desvirtúa el carácter o reputación de una persona, grupo, etc., es una marca o señal de vergüenza o reproche que indica que algo no es considerado normal" (Phelan, Stradins, & Morrison, 1998). A día de hoy, el diccionario de la Real Academia Española, define el Estigma como: "Marca o señal en el cuerpo. Desdoro, afrenta, mala fama. Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infame, bien como signo de esclavitud". Son atributos que vincula a la persona con características indeseables.

Según artículo publicado en la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, con el término estigma, se hace referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o "marca" que permite identificarlos (López et al., 2008).

Por su parte, la definición clásica del estigma social, elaborada por E. Goffman en 1963, describe a este fenómeno como "un atributo profundamente desacreditador dentro de



una interacción social particular”. Podemos afirmar, pues, que el estigma es el prejuicio basado en el estereotipo que produce una discriminación lo que provoca rechazo y se puede manifestar en insultos, ataques físicos o verbales.

Tras este repaso por las acepciones y significados sobre el concepto, se destaca que el estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental. Este último sigue siendo, una importante barrera; una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por enfermedades mentales (Granados, López Rodríguez, & Márquez, 2012).

Aunque es esta área de la salud mental donde va a centrarse este documento, es importante destacar, antes de profundizar en ella, que el estigma afecta e impregna a otros colectivos, enfermedades o situaciones sociales, que quedan por tanto gravemente perjudicadas y apartadas de la sociedad, siendo una lucha su integración en la misma y su reivindicación por un trato de respeto e igualdad al resto de las personas. Cabe aquí incluir a las personas afectadas por el VIH, epilepsia, síndrome de Down, cáncer, defectos físicos, pero también se subraya el padecimiento del estigma por otras características como la homosexualidad, el desempleo, la nacionalidad o la religión.

No todas las enfermedades son sujeto de estigma y discriminación. En los países ricos por ejemplo, la depresión, la demencia senil, y los trastornos de la alimentación, como la bulimia y anorexia, son por lo general admitidos con cierta aprehensión pero con tolerancia, mientras que otros, como la esquizofrenia, permanecen asociados con estereotipos negativos tales como violencia y peligrosidad (Angermeyer & Schulze, 2001; Corrigan et al., 2002). Mayor estigma se adjudica a aquellos trastornos por los cuales las personas son consideradas como “responsables” o “culpables” de haberlas adquirido.

Volviendo al tema de esta revisión, el estigma en la salud mental es uno de los problemas más grandes de la salud mental, muy por encima de los síntomas propios de la enfermedad o trastorno que se padezca. Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma, el cual causa un sufrimiento aún mayor que los propios síntomas de un trastorno mental.



Tal y como se detalla en el material teórico de este Máster, entre los principales efectos del estigma se destaca su papel en las dificultades de acceso y mantenimiento del empleo, en el acceso a la educación e, incluso, en el acceso a la sanidad. Además, el estigma no sólo dificulta la vida de las personas con trastornos, sino que se extiende a su círculo social, afectando a familiares y profesionales.

Toda esta serie de dificultades y brechas sociales llevan a la persona que tiene un diagnóstico de enfermedad mental, a creerse el rechazo, a llenarse de dudas sobre su valía, capacidades y opción de oportunidades, lo cual le arrastra a algo peor y más perverso que el estigma en sí, y esto es la interiorización del mismo: el auto-estigma.

El auto-estigma es un constructo definido por los prejuicios que están interiorizados, convirtiéndose así en atributos identitarios: la persona se cree estos prejuicios y esta identidad. Así, a todas las barreras que nos impone la sociedad (el estigma) podemos añadir las que uno mismo se impone como resultado del auto-estigma (<http://www.activament.org/es/>).

Actualmente, mientras por un lado avanza el conocimiento científico, por otro, la sociedad sigue anclada en los estereotipos y prejuicios que derivan en discriminación e incluso en no querer contactar ni conocer a las personas que tiene diagnosticada una enfermedad mental.

Las formas de marginación y desprecio mantenidas a lo largo de la historia todavía perviven. Un error muy común es pensar que la enfermedad mental no es “algo que alguien tiene”, sino “algo que alguien es”. Se identifica completamente a la persona con la patología y se lanzan sobre ella todos los prejuicios generados por falsos mitos. Este estigma social es una carga añadida en la persona. Las actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental tienen también un reflejo en la sociedad y en la convivencia diaria, y también en los servicios sanitarios y en las propias consultas de atención primaria y especializada (Magliano et al., 2012).

Asimismo, es de gran importancia enfatizar el estigma que impregna a la política y afecta negligentemente en algunas de sus decisiones a la salud mental, dañando en los últimos años el reconocimiento de muchos de los derechos adquiridos con la Ley General de Sanidad de 1986 (Boletín Oficial del Estado, 1986). En la actualidad y según



algunos autores, la aplicación de políticas de recortes asistenciales y de derechos pueden tener como consecuencia la mayor estigmatización de las personas con enfermedad mental (Girón, 2014). Hace unos años, el proyecto de ley para la reforma del código penal propuesto por Ruiz Gallardón categorizaba a las personas con una enfermedad mental como peligrosas, sin necesidad de haber cometido delito. Calificación que fue retirada tras las protestas de la confederación de asociaciones de familiares, FEAFES, y de la asociación de profesionales de salud mental AEN. Como recientemente ha señalado la Asociación Española de Neuropsiquiatría: "Creemos que existe un planteamiento estratégico en algunos contextos del poder político, económico e incluso técnico, dispuestos a retroceder a concepciones marginadoras, estigmatizantes y precientíficas sobre la salud mental y las personas afectadas, especialmente las más graves" (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2016).

A continuación, y como evidencia a la necesidad de esta revisión, se va a ver qué tipos de acciones se pueden desarrollar a la hora de establecer una estrategia de lucha contra el estigma, detallándose unas recopilaciones sobre las Campañas anti-estigma y las escalas más utilizadas, con el objetivo de indagar en la utilidad de las mismas o no.

1.1.1. CAMPAÑAS DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

Las Campañas de lucha contra el estigma pueden ir dirigidas a secciones concretas de la población como los estudiantes, profesionales, jóvenes,...etc., o centrarse, como es en este caso, en la población general. Se diferencian tres apartados que se corresponden con las estrategias que de forma más común han sido utilizadas en la lucha contra el estigma de la salud mental (Byrne, 2000; Corrigan et al., 2001; López et al., 2008; Muñoz, Guillén, & Pérez-Santos, 2013), a saber: Acción y Protesta Social, Educación y Sensibilización y Contacto e Interacción Social.

1. ACCIÓN Y PROTESTA SOCIAL

Los resultados de estas protestas sociales concretas dan buenos resultados durante un corto espacio de tiempo (en cuanto a que resuelven ciertos problemas legales en torno al acceso a la vivienda, justicia, etc.), pero no una mejora mantenida en cuanto a la disminución de la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (Corrigan et al., 2001; Penn & Couture, 2002). Por otro lado, parece existir una mejora de la autoestima, de la autoeficacia y del empoderamiento de las personas con



problemas de salud mental que adquieren un rol de activistas participando en movimientos de reivindicación (Wahl, 1999).

2. EDUCACIÓN: SENSIBILIZACIÓN, CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN

En la población general, la estrategia educativa es la más recomendada por organismos internacionales y la más utilizada en todo el mundo. En el ámbito internacional, destaca, por su duración y envergadura la Campaña “Esquizofrenia: Abre las Puertas” de la Asociación Mundial de Psiquiatría y, a nivel estatal, la de Reino Unido "Cambiando mentes en cada familia del país" (“Changing Minds: Every Family in the Land”) promovida por el Royal College of Psychiatrists.

Aunque todavía son escasas las investigaciones llevadas a cabo para medir la eficacia de estas campañas de sensibilización, algunos datos son alentadores. Una de las campañas evaluadas recientemente es Time to Change (TTC) realizada a lo largo de tres años (2009-2011) en Inglaterra con una muestra de 1000 participantes de edades comprendidas entre 25 y 45 años. Los autores (Evans-Lacko, Henderson, Thornicroft, & McCrone, 2013a) concluyeron que esta campaña social es una intervención potencialmente eficaz y de bajo coste (para reducir el impacto del estigma en las personas con problemas de salud mental).

Los indicadores que utilizaron para valorar los beneficios fueron:

Conocimientos sobre salud mental.

Actitudes relacionadas con salud mental derivadas de las atribuciones de responsabilidad/no responsabilidad y peligrosidad /no peligrosidad.

Intención de conducta relacionada con salud mental (vivir con, trabajar con, vivir cerca de y mantener una relación con una persona con problemas de salud mental).

Se sabe que los programas de sensibilización de larga duración que consisten no sólo en transmitir información, sino que aportan conocimientos sobre salud mental a través de la discusión, la participación en pequeños foros, la presentación o el testimonio de personas con problemas de salud mental, son útiles para reducir el estigma social (Estroff, Penn, & Toporek, 2004; Rüsich, Angermeyer, & Corrigan, 2005). De todos modos, la estrategia de educación, por sí sola, no puede garantizar la erradicación total



de estereotipos, prejuicios o actitudes de discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (López et al., 2008).

3. CONTACTO E INTERACCIÓN SOCIAL.

Una tercera estrategia de lucha contra el estigma se basa en el contacto y la interacción social que, según numerosos autores (Clement et al., 2012), provoca un impacto más amplio y mantenido que las estrategias basadas en la educación, aunque el contacto directo, supera al contacto a través de vídeo (Corrigan, 2012).

En una investigación realizada por la Fundación Cattell Psicólogos de Murcia en colaboración con la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia (Martínez-Hidalgo, Lorenzo, & Regadera, 2015), se evalúa la eficacia de un programa de contacto entre personas “con” y “sin” problemas de salud mental, llevado a cabo durante cinco meses de encuentros semanales de dos horas de duración, sugiriéndose en los resultados que el contacto aumenta el nivel de autoestima y disminuye el estigma en ambos grupos de personas. El dato más relevante es la disminución del nivel de auto-estigma, observado en el 76% de los participantes con problemas de salud mental (cuadros clínicos: Esquizofrenia, Depresión, Trastorno de Ansiedad, Síndrome de Ásperger) remitidos por los centros de salud mental y los departamentos de orientación de centros educativos de la Región de Murcia.

4. ESTRATEGIAS COMBINADAS

En varios países del mundo se utilizan estrategias combinadas con intervenciones en distintos niveles y canales de difusión. Como ya se ha comentado, la mayor parte de las campañas inciden en la vía educativa, y, a veces, éstas se enriquecen y amplían con ingredientes de protesta y/o del contacto directo con personas con problemas de salud mental; por ejemplo, dentro de España, en Madrid se realizan actividades de sensibilización promovidas por la Consejería de Asuntos Sociales, en Cataluña, Obertament, como alianza de entidades que luchan contra el estigma desde el año 2010, realiza este tipo de estrategias combinadas, al igual que 1 de cada 4 promovido por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía (desde el año 2007). (<http://www.1decada4.es/>)



En junio de 2012 se creó la Alianza Global contra el estigma en el marco de la V Conferencia Internacional Juntos contra el estigma organizada por la Comisión de Salud Mental de Canadá y la Asociación Mundial de Psiquiatría. El objetivo de la Alianza es compartir el aprendizaje a nivel internacional para mejorar la vida de las personas que sufren el estigma y la discriminación. Inglaterra, Escocia, Canadá, Dinamarca, EE.UU., Australia y Nueva Zelanda son los países del grupo central de la Alianza. Otros países incluidos en esta Alianza por las campañas contra el estigma que llevan a cabo son: España, Países Bajos, Suecia, Suiza, Gales, Irlanda e Irlanda del Norte (Martínez-Hidalgo et al., 2015).

En general, se puede afirmar que las campañas de información y educación al público general han tenido muy poco efecto para cambiar el estigma y la discriminación asociada con los trastornos mentales (J. C. Phelan & Link, 1998; M. Phelan et al., 1998). Resulta claro que queda mucho por hacer para saber con más certeza cuáles son los medios más efectivos para combatir el estigma asociado con las enfermedades mentales (Crisp, 2000). El diseño de intervenciones efectivas en contra del estigma y la exclusión social depende, en última instancia, de nuestro mejor entendimiento del estigma no solo como un atributo simple e individual, sino también como el resultado de procesos sociales y culturales más complejos.

Por todo lo expuesto anteriormente, se subraya la cuantiosa bibliografía que existe sobre el concepto de estigma y también sobre las acciones a desarrollar para intentar erradicarlo, pero en cambio todavía son escasas las investigaciones llevadas a cabo para medir la eficacia de estas campañas (Mehta et al., 2015). Además, la mayor parte de las campañas anti-estigma han estado centradas en poblaciones específicas (Clement et al., 2013; Thornicroft et al., 2016).

Es por esto que esta revisión sistemática se realiza con la intención de poner el foco en la importancia de saber cuáles son las escalas más utilizadas para la evaluación de las campañas anti-estigma dirigidas a la población general y así poder determinar, en posteriores investigaciones, el grado de eficacia de las mismas.



1.2. Objetivo

Analizar la bibliografía científica publicada respecto a cuáles son las escalas más utilizadas para valorar el impacto de las campañas anti-estigma en salud mental, dirigidas a la población general.

2. MÉTODO

2.1. Diseño

Para el diseño metodológico se ha utilizado una revisión sistemática. Para la realización de este trabajo se ha seguido la guía PRISMA (Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analysis of Studies That Evaluate Health Care Interventions) (Liberati et al., 2009; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & for the PRISMA Group, 2009), actualmente el estándar de oro de las guías de recomendación para el informe de las revisiones sistemáticas y meta-análisis.

2.2. Criterios de selección

Los criterios seguidos para la selección de los estudios son los siguientes:

Se seleccionarán los estudios observacionales y experimentales sobre campañas anti-estigma que tengan como objetivo informar de campañas anti-estigma dirigidas a la población general, que incluyan adultos mayores de 18 años en el entorno donde se haya llevado a cabo dicha campaña (intervención). Se incluirán los estudios que hayan utilizado anuncios en TV, anuncios en carteles, panfletos, talleres, intervenciones telefónicas o vía postal como formas de intervención y que tuvieran como medidas de resultado escalas validadas o ad-hoc sobre aspectos relacionados con el estigma y la discriminación.

Se excluirán, asimismo, editoriales, comentarios, revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios clínicos aleatorizados sobre poblaciones específicas. Los criterios de inclusión no valoran los resultados obtenidos dado que no se pretende valorar la efectividad de las campañas sino la metodología utilizada para la evaluación de su impacto.

Por último, el criterio temporal elegido será el de los estudios publicados entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2016, en inglés, castellano y francés. La fecha de



inicio elegida se debe a la publicación del primer informe de la Organización Mundial de la Salud respecto al estigma en la enfermedad mental (WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 2005).

2.3. Fuentes de información y búsqueda

Para la búsqueda se han utilizado las siguientes bases de datos: PsycNet (antiguo psycinfo), MEDLINE, Cochrane database, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Social Science Citation Index (SSCI), psycritiques, violence and abuse abstracts, psycarticles, mla international bibliography, mla directory of periodicals, gender studies database, ERIC, education source, ebook academic, clinical and collection, academic search premier y ageline.

Las búsquedas se han realizado a través del buscador de Medline (pubmed), Cochrane plus y EBSCOhost. También se han utilizado fuentes externas como páginas web sobre salud mental, bancos de instrumentos: CIBERSAM [<http://bi.cibersam.es/>], bibliopro [<http://bibliopro.org/buscador/>] y el banco de instrumentos sobre salud mental comunitaria del King's College [<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/cmh/research-projects/CMH-Research-Projects.aspx>].

Los criterios de búsqueda utilizados en todos los registros y bases de datos anti estigma han sido: “campaign”, “mental health”, “stigma”, “social stigma”, “assessment”, “health impact assessment”, “evaluation”.

Como ejemplo, las estrategias de búsqueda en la base de datos EBSCOhost han sido:

- Palabras clave: **anti-stigma AND mental health**
- Límites: idiomas: inglés, castellano, francés. Publicados en los últimos 10 años
- Palabras clave: **anti-stigma AND mental health AND Campaign**
- Límites: idiomas: inglés, castellano, francés. Publicados en los últimos 10 años
- Palabras clave: **stigma AND mental health AND Campaign**
- Límites: idiomas: inglés, castellano, francés. Publicados en los últimos 10 años
- Palabras clave: **stigma AND assessment AND campaign**
- Límites: 2006-2016, inglés, castellano, francés, solo publicaciones académicas
- Palabras clave: **stigma AND evaluation AND campaign**
- Límites: 2006-2016, inglés, castellano, francés, solo publicaciones académicas



2.4. Selección de los estudios

Debido a la naturaleza de este trabajo, una sola investigadora realizó la valoración de todos los títulos, resúmenes y artículos completos para su inclusión en el análisis.

2.5. Proceso de recogida de datos y características codificadas

Se ha utilizado una hoja de datos para la extracción de la información de los artículos seleccionados, desarrollada específicamente para la revisión, y que ha incluido los siguientes ítems:

1. Tipo de estudio
2. Tema del estudio (campañas anti-estigma)
3. Población/participantes relacionados con el área de la revisión
 - a. Rango de edad de los participantes
 - b. Tipo de muestra (de población general, profesionales de salud mental, pacientes, colegios, etc.)
 - c. Número de participantes
4. Tipo de intervención de la campaña
5. Medidas de resultado utilizadas
 - a. Referencias de las medidas utilizadas
 - b. Validación de la medida utilizada

2.6. Riesgo de sesgo en los estudios individuales

Para comprobar la validez de los estudios elegibles, y debido a que actualmente no existen criterios estándar para la valoración de la calidad de los estudios transversales, se han utilizado las guías de valoración de estudios del instituto Joanna Briggs (*Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition*, 2016). La escala se muestra en el ANEXO I.

2.7. Medidas de resultado

Las principales medidas de resultado para esta revisión han sido las escalas utilizadas para la valoración de las campañas anti-estigma.

3. RESULTADOS

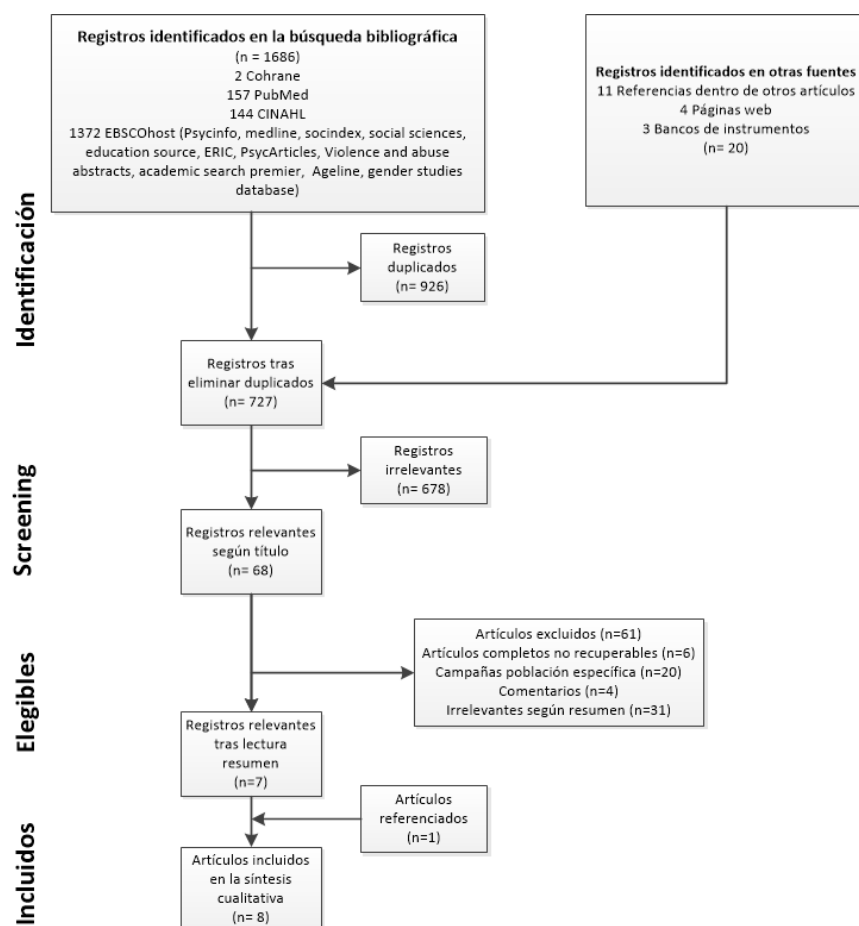
3.1. Selección de los estudios

La búsqueda en las bases de datos antes mencionadas dio como resultado 1686 artículos originales distribuidos de la siguiente manera: la biblioteca Cochrane obtuvo 2



resultados, en el buscador de MEDLINE, pubmed, 157 resultados, en CINAHL, 144 resultados, y en la búsqueda conjunta de las bases de datos de EBSCOhost, 1372 resultados. Del total de 1686 artículos encontrados, 926 artículos fueron registros duplicados que fueron eliminados por lo que quedaron 727 artículos para revisar. Al mismo tiempo se consultaron las referencias de 4 páginas web sobre el estigma y la discriminación(<http://www.endvawnow.org>, <http://ec.europa.eu/>, <https://amsm.es/>, <https://postpsiquiatria.blogspot.com.es/>) 3 páginas web sobre bancos de instrumentos (CIBERSAM, BIBLIOPRO y King's College) y se incluyeron 11 referencias dentro de otros artículos consultados previamente para afinar la búsqueda en las bases de datos. En total 18 fuentes fueron añadidas a las 727 ya disponibles, tras lo cual se realizó un cribado a través de los títulos de los artículos, y se excluyeron 678 registros por ser irrelevantes para los objetivos de esta revisión, es decir que no estudiaban campañas anti estigma, o bien eran comentarios a otros artículos, o bien trataban sobre el estigma en otras enfermedades como el VIH/SIDA, la epilepsia o el cáncer. En el siguiente paso se examinaron los resúmenes de los 68 artículos relevantes según el título y se excluyeron 61 artículos por las siguientes razones: en 6 artículos fue imposible recuperar el texto completo y no había suficientes datos en el resumen, en 20, el público objetivo de la campaña fue distinto de la población general, las poblaciones diana más frecuentes fueron profesores de escuela, profesionales de la salud mental, alumnos de instituto y personas con trastorno mental diagnosticado. 4 artículos resultaron ser comentarios a otros artículos y no trabajos originales y 31 registros no cumplían alguno de los criterios de selección mencionados por lo que fueron excluidos. Finalmente, tras la lectura de los 7 artículos elegidos para la revisión y sus referencias, se encontró un artículo referenciado que también cumplió los criterios de selección, por lo que fue incluido en el último paso. En total, se incluyeron en la revisión sistemática 8 estudios. No se obtuvieron registros de estudios no publicados. El proceso seguido para la selección de estudios se muestra a través del diagrama de flujo de la *figura 1*.

Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios



3.2. Características de los estudios

3.2.1. Métodos y participantes

Los 8 estudios finalmente incluidos en la revisión fueron estudios trasversales (de medidas pre-post o pre-durante-post pero con distintas muestras) publicados en inglés, con un total de 29 136 participantes, en un rango de participantes de 250 a 13 600. Todos los estudios incluyeron adultos mayores de 18 años y un estudio incluyó desde la edad de 15 años hasta los 45 años (Rubio-Valera et al., 2016). Todos los estudios tenían como diana la población general, y escogieron a los participantes de forma aleatoria. Todos los estudios salvo uno (Makowski et al., 2016) incluyeron tanto hombres como



mujeres y medidas estandarizadas de valoración del estigma, así como medidas no estandarizadas sobre el conocimiento de la campaña anti-estigma y otras variables. La *tabla 1* muestra el riesgo de sesgo estimado para cada estudio. Los estudios están listados en orden de publicación, del más reciente al menos reciente. La valoración del riesgo de sesgo de cada estudio se realizó según la guía de valoración del riesgo de sesgo del instituto Joanna Briggs, para estudios transversales (*Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition*, 2016). Se requirió una puntuación de 4 o más como indicador de riesgo bajo de sesgo, y su consecuente inclusión en esta revisión.

La mayoría de los estudios fueron llevados a cabo en el Reino Unido en relación a la campaña nacional anti-estigma "Time to Change". Aunque en Alemania se ha llevado a cabo una campaña similar, solo uno de los estudios se ha publicado en inglés (Makowski et al., 2016), no se ha incluido en esta revisión otro que se publicó en alemán (Záske, Freimüller, Wölwer, & Gaebel, 2014).

Con formato: Fuente: 12 pto

Código de campo cambiado

Con formato: Fuente: 12 pto

Tabla 1: Valoración del riesgo de sesgo para cada estudio (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition, 2016)

Estudio/ítem	1	2	3	4	5	6	7	8	Total*	Incluido
(Rubio-Valera et al., 2016)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(Makowski et al., 2016)	X	X	-	X	X	X	X	X	7	Sí
(Evans-Lacko, Corker, Williams, Henderson, & Thornicroft, 2014)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(Evans-Lacko, Malcolm, West, et al., 2013)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(Evans-Lacko et al., 2012)	X	¿?	X	X	¿?	¿?	X	X	4	Sí
(Evans-Lacko, London, Little, Henderson, & Thornicroft, 2010)	X	X	X	X	X	X	X	X	8	Sí
(Abraham et al., 2010)	-	X	X	X	-	-	X	X	5	Sí

*Valoración de 4 o más significa riesgo de sesgo medio o bajo.

3.2.2. Intervención

Todos los estudios analizaron el impacto de campañas para reducir el estigma sobre población general, cuyas intervenciones consistieron en acciones que utilizaban anuncios de TV, pancartas, folletos repartidos en diferentes tipos de centros, talleres presenciales dirigidos por voluntarios o anuncios de radio a nivel nacional excepto los



estudios piloto de Cambridge (Evans-Lacko, London, et al., 2010) y de valoración del efecto de la promoción para la posterior puesta en marcha de una campaña anti-estigma (Abraham et al., 2010), que consistieron en acciones locales.

Código de campo cambiado

Algunos de los estudios tomaron medidas antes y después de la campaña anti-estigma (Evans-Lacko et al., 2012; Evans-Lacko, Malcolm, West, et al., 2013; Makowski et al., 2016), otros tomaron medidas sistemáticas cada año durante una serie (Evans-Lacko et al., 2014; Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013), algunos tomaron medidas pre-durante la campaña y al terminar la campaña (Evans-Lacko, London, et al., 2010), otro comparó a quienes recordaban la campaña con quienes no (Rubio-Valera et al., 2016) y finalmente dos tomaron solo una medida (Abraham et al., 2010; Clement et al., 2013) tras la finalización de la campaña anti-estigma.

Código de campo cambiado

Código de campo cambiado

3.2.3. Medidas de resultado

En cuanto a las medidas de resultado, la mayor parte de los estudios se centraron en el conocimiento de la enfermedad mental (MAKS, Mental Illness Knowledge Scale), la intención de comportamiento (RIBS, Reported and Intended Behaviour Scales) y en las actitudes hacia la enfermedad mental (CAMI, Community attitudes towards the mentally ill scale) (Evans-Lacko, Malcolm, West, et al., 2013; Evans-Lacko et al., 2014; Evans-Lacko, London, et al., 2010; Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013), algunos solo incluyeron el RIBS (Evans-Lacko et al., 2012), o bien un cuestionario screening (AMIQ, Attitudes to Mental Illness Questionnaire) (Abraham et al., 2010) y finalmente el estudio alemán valoró el deseo de distancia social y la reacción emocional ante la enfermedad mental con cuestionarios ad-hoc. Todos utilizaron preguntas ad-hoc para valorar el conocimiento y la familiarización con la campaña anti-estigma. Tres estudios valoraron la franqueza (propensión a hablar de su enfermedad mental si alguna vez se la diagnosticaran) (Evans-Lacko et al., 2012; Evans-Lacko, Malcolm, West, et al., 2013; Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013), uno valoró la familiaridad con los problemas de salud mental (Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013). El cuestionario AMIQ-5, utilizado en un estudio (Abraham et al., 2010), valoró las actitudes estigmatizantes hacia personas con enfermedad mental.

Un último apunte, se utilizaron dos versiones de la escala CAMI, una completa en tres estudios (Evans-Lacko, Malcolm, West, et al., 2013; Evans-Lacko, Henderson, &



Thornicroft, 2013; Evans-Lacko, London, et al., 2010) y una versión de 26 ítems en otros 2 estudios (Evans-Lacko et al., 2014; Rubio-Valera et al., 2016). En el anexo II pueden encontrarse las referencias de los artículos de validación de las escalas utilizadas en los diferentes estudios. La *tabla 2* muestra un resumen de los datos extraídos de los estudios analizados, en referencia a sus resultados.

Código de campo cambiado

La escala MAKS es un cuestionario sobre conocimiento respecto a las enfermedades mentales. La herramienta evalúa y realiza un seguimiento de los conocimientos sobre salud mental en relación al estigma. Está orientada al público general y se suele usar en combinación con otras herramientas que miden actitudes y conductas (Evans-Lacko, Little, et al., 2010).

Las escalas RIBS ha sido diseñada para valorar y realizar un seguimiento del comportamiento en relación a la discriminación, dentro de la salud mental, en la población general (Evans-Lacko et al., 2011).

Las escalas MAKS y RIBS son de libre acceso en su versión en inglés y están disponibles a través de la web (<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/cmh/CMH-Measures.aspx>)

La escala CAMI fue desarrollada en 1981 y constaba de 40 ítems que valoran las actitudes de la población general hacia las personas con enfermedad mental (Taylor & Dear, 1981). La revisión de 26 ítems es una actualización más reciente que se ha utilizado en la campaña Time To Change y OBERTAMENT (Evans-Lacko, Henderson, Thornicroft, & McCrone, 2013b; Rubio-Valera et al., 2016).

La escala AMIQ consta de 5 ítems y es un instrumento de valoración rápida (screening) de las actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental (Luty, Fekadu, Umoh, & Gallagher, 2006).

El *anexo II* muestra las fuentes bibliográficas de origen de las escalas revisadas.

Tabla 2: Resumen de datos de los estudios seleccionados para la revisión

Estudio	Diseño	Intervención	N	Participantes	Medidas de resultado	Escalas utilizadas	Medidas validadas
1 (Rubio-Valera et al., 2016)	Trasversal una medida	Intervención en los medios de comunicación de masas, anuncios de TV, radio y cartelera	829+190=1019	Población general de 15 a 45 años	Penetración de la campaña a través de preguntas respecto a si recordaban algo de la campaña, y qué recordaban. Medida del estigma y la intención con los cuestionarios. Resultado, los que estaban al tanto de la campaña tenían mejor actitud y contención de conducta, tamaño del efecto pequeño para actitud y medio para el comportamiento	Reconocimiento campaña, CAMI-26, RIBS	Sí, todas
2 (Makowski et al., 2016)	Trasversal	Vídeos cortos, cartelera, pósters, anuncios en periódicos, en exhibiciones y en la web con mensajes sobre la enfermedad mental, búsqueda de atención médica, disponibilidad de la ayuda y alta prevalencia de la enfermedad mental	2654	Población general mayor de 18 años	Conocimiento de la campaña, reacciones emocionales, deseo de distancia social, adscripción de características a las personas con enfermedad mental	Reconocimiento de la campaña, deseo de distancia social y reacción emocional	Sí y no
3 (Evans-Lacko et al., 2014)	Trasversal 8 medidas*	Anuncios en TV, radio, cartelera, redes sociales, web, viñetas con escenas, vídeos, enlaces a largometrajes.	1700x8	Población general mayor de 18 años	Conocimiento de la campaña, intención de comportamiento, actitudes hacia la enfermedad mental, conocimiento de la salud mental. Medidas del cambio en relación a la crisis económica	Reconocimiento de la campaña, MAKS, CAMI-26, RIBS	Sí, todas
4 (Evans-Lacko, Malcolm, West, et al., 2013)	Trasversal	Talleres con más de 100 personas, con situaciones relacionadas con el estigma y la enfermedad mental y marketing social (TV, anuncios, radio, cine, impresos, anuncios online, etc.)	4000	Población general mayor de 18 años, en especial 20-40 años	Conocimiento espontaneo de la campaña, conocimiento relacionado con la salud mental, actitud, intención de comportamiento, componente social, calidad y cantidad de contacto, cambio de actitud, revelación.	MAKS, CAMI, RIBS, preguntas sobre cambio de actitud, franqueza y familiaridad con los problemas de salud mental	Sí, todas excepto las preguntas independientes
5 (Evans-Lacko, Henderson, & Thornicroft, 2013)	Trasversal 4 medidas*	Anuncios en TV, radio, cine, impresos, anuncios online.	1700x4	Población general mayor de 18 años	Actitudes, intención de comportamiento, familiaridad con los problemas de salud mental	MAKS, RIBS, CAMI, preguntas sobre cambio de actitud, franqueza y familiaridad con los problemas de salud mental	Sí, todas menos las preguntas independientes
6 (Evans-Lacko et al., 2012)	Trasversal 2 medidas*	Dos tipos: The Roadshow (12 eventos durante un mes donde 100 voluntarios con experiencia reparten postales, tarjetas, materiales de publicidad, etc.) y Time to Get Moving (200 actividades de masas una semana al año, con partidos de fútbol, talleres de baile, etc).	403	Población general mayor de 18 años	Presencia y calidad del contacto social, intención de comportamiento, intención de revelación de problemas mentales en el futuro, enganche con la campaña	RIBS, Cuestionario sobre revelación, cuestionario sobre calidad de contacto social.	Solo RIBS
7 (Evans-Lacko, London, et al., 2010)	Trasversal 3 medidas*	Intervención piloto de Time to Change 4 semanas en Cambridge	92+198+120=410	Población general mayor de 18 años	Conocimiento de salud mental, actitudes, intención de comportamiento, distancia social	MAKS, CAMI, RIBS	Todas
8 (Abraham et al., 2010)	Trasversal	Efecto de la promoción de la puesta en marcha de la campaña anti-estigma Time to Change	250	Población general mayor de 18 años	Efecto de la promoción de Time to change	AMIQ-5	Sí

*Se ha tomado como estudio trasversal dado que aunque se han tomado varias medidas, se ha realizado una sola medida con cada muestra.



4. DISCUSIÓN

4.1. Resumen de las evidencias

Los resultados obtenidos sugieren que las escalas de valoración de estigma (y de los constructos más directamente relacionados) más utilizadas como medida del impacto de las campañas anti-estigma son: CAMI, RIBS, MAKS y AMIQ. Son escalas validadas utilizadas principalmente para la campaña “Time To Change” del Reino Unido, y también en la campaña OBERTAMENT de Cataluña. En los últimos años se ha adaptado la escala CAMI a una versión reducida de 26 ítems que se utiliza cada vez con más frecuencia.

También se han utilizado con mucha frecuencia cuestionarios desarrollados ad hoc para cada estudio, pero después no se han publicado datos de fiabilidad o validez por lo que es imposible contrastar la calidad de los mismos. También se utilizan preguntas sencillas sobre el conocimiento de la campaña.

Por otra parte, según los resultados de la búsqueda realizada, la mayoría de los estudios de valoración del impacto de campañas anti-estigma se han realizado sobre poblaciones específicas, especialmente sobre usuarios y profesionales de salud y sobre alumnos en colegios o institutos. Parece haber un vacío en la literatura científica referente a las grandes campañas anti-estigma, salvando las tres campañas mencionadas en la revisión, en Reino Unido, Cataluña y Alemania. Es llamativo que solo tres países acumulen la mayor parte de los estudios sobre estigma a nivel poblacional en los últimos diez años.

4.2. Limitaciones

Las limitaciones más importantes de este estudio son: la concreción de los términos utilizados para la búsqueda bibliográfica y la restricción temporal. Se ha revisado la literatura correspondiente a los últimos diez años de investigación por lo que, de haber artículos relevantes publicados anteriormente a 2006, se han perdido. Sin embargo, para la revisión se han utilizado las bases de datos de revistas científicas más importantes (MEDLINE, PsycNET, Cochrane, etc.). No obstante, es posible que se hayan perdido estudios debido a que solo se han utilizado términos de búsqueda relacionados con el tema del trabajo, pero no otros que, con menor relación, podrían esconder estudios candidatos a ser incluidos. Además, la búsqueda se ha restringido a los artículos



publicados en inglés, castellano y francés por lo que algunos estudios relevantes escritos en otros idiomas podrían haber quedado excluidos. Por último, aunque se ha buscado dentro de la literatura publicada en las bases de datos más amplias y también en páginas web de referencia en cuanto al estigma y la discriminación, se han omitido los estudios no publicados por lo tanto es posible que algunos estudios hayan quedado excluidos.

4.3. Conclusiones

El objetivo principal de esta revisión sistemática, que fue valorar las escalas más utilizadas en la evaluación del impacto de las campañas anti-estigma centradas en la población general, se ha cumplido. Tras valorar los criterios de calidad y selección, nuestra revisión ha identificado 8 estudios de calidad, con más de 30 000 participantes estudiados, en las bases de datos científicas actualmente más importantes.

Los resultados de la revisión indican que en los últimos diez años se han realizado numerosas campañas anti-estigma atendiendo a diferentes poblaciones y ámbitos dentro de Europa, sin embargo, solo unas pocas campañas se han centrado en la población general. Además, en dichas campañas se han utilizado principalmente 4 escalas estandarizadas (RIBS, MAKS, CAMI y AMIQ) y numerosos cuestionarios ad-hoc.

Esta es, probablemente, la primera revisión sistemática centrada en las escalas usadas para campañas anti-estigma dirigidas a población general, y supone un primer paso para estandarizar los métodos de valoración de dichas campañas, sin embargo sería recomendable ampliar el número de términos de búsqueda e idiomas tenidos en cuenta para establecer conclusiones más firmes.



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A., Easow, J. M., Ravichandren, P., Mushtaq, S., Butterworth, L., & Luty, J. (2010). Effectiveness and confusion of the Time to Change anti-stigma campaign. *The Psychiatrist*, 34(6), 230-233. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.027052>
- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4-5), 469-486. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00079-6)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2016, junio 5). Manifiesto en torno a la coerción en los servicios de salud mental. Recuperado 16 de octubre de 2016, a partir de <https://aen.es/blog/2016/06/05/manifiesto-en-torno-a-la-coercion-en-los-servicios-de-salud-mental/>
- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (1986).
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric treatment*, 6(1), 65-72.
- Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S., ... Thornicroft, G. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), N.PAG-N.PAG.
- Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Flach, C., Lazarus, A., de Castro, M., ... Thornicroft, G. (2012). Filmed v. live social contact interventions to reduce stigma: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 57-64.
- Corrigan, P. W. (2012). Research and the elimination of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 7-8. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103382>
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... others. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., ... Kubiak, M. A. (2002). Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28(2), 293-309. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006939>



- Crisp, A. (2000). Changing minds : every family in the land: An update on the College's campaign. *Psychiatric Bulletin*, 24(7), 267-268. <https://doi.org/10.1192/pb.24.7.267>
- Estroff, S. E., Penn, D. L., & Toporek, J. R. (2004). From stigma to discrimination: an analysis of community efforts to reduce the negative consequences of having a psychiatric disorder and label. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 493.
- Evans-Lacko, S., Corker, E., Williams, P., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2014). Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: An analysis of survey data. *The Lancet Psychiatry*, 1(2), 121-128. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70243-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70243-3)
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, 55, s51-57. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112979>
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., Thornicroft, G., & McCrone, P. (2013a). Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202(Suppl 55), S95-S101. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.113746>
- Evans-Lacko, S., Henderson, C., Thornicroft, G., & McCrone, P. (2013b). Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009-2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202(s55), s95–s101.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(7), 440-448.
- Evans-Lacko, S., London, J., Japhet, S., Rüsçh, N., Flach, C., Corker, E., ... Thornicroft, G. (2012). Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC Public Health*, 12, 489-489. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-489>
- Evans-Lacko, S., London, J., Little, K., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term



- campaigns work? *BMC Public Health*, 10, 339-344.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-339>
- Evans-Lacko, S., Malcolm, E., West, K., Rose, D., London, J., Rüsch, N., ... Thornicroft, G. (2013). Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 202(Suppl 55), S77-S88. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126672>
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(3), 263-271.
- Girón, M. (2014, marzo 15). Políticas coercitivas en salud mental. Recuperado a partir de <http://vientosur.info/spip.php?article8849>
- Granados, G., López Rodríguez, M., & Márquez, V. (2012). Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones en la salud mental. En *Almería: I Congreso Nacional de Sensibilización al Estigma Social en Salud Mental*. Recuperado a partir de <http://www.acmcb.es/files/425-8229-DOCUMENT/actitudesalumnoscreenciasenfermeria.pdf>
- Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition*. (2016). Australia: The Joanna Briggs Institute. Recuperado a partir de <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48–83.
- Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., & Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *The Psychiatrist*, 30(7), 257–260.



- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., Campitiello, F., ... others. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 169–181.
- Makowski, A. C., Mnich, E. E., Ludwig, J., Daubmann, A., Bock, T., Lambert, M., ... von dem Knesebeck, O. (2016). Changes in beliefs and attitudes toward people with depression and schizophrenia – results of a public campaign in Germany. *Psychiatry Research*, 237, 271-278. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.029>
- Martínez-Hidalgo, M. N., Lorenzo, E., & Regadera, J. J. (2015). Diseño de un programa de sensibilización y educación para la salud mental y el bienestar emocional: Programa Educativo #SoycomoTu. Fundación Cattell Psicólogos. Recuperado a partir de <http://fundacioncattellpsicologos.org/proyectos/investigacion-y-desarrollo/estigma-y-salud-mental/>
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A.-C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ... Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377-384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & for the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339(jul21 1), b2535-b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Muñoz, M., Guillén, A. I., & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 10–19.
- Penn, D. L., & Couture, S. M. (2002). Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 20–21.
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (1998). The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(13), S7-S12. <https://doi.org/10.1007/s001270050204>



- Phelan, M., Stradins, L., & Morrison, S. (1998). Towards a global definition of patient centred care. *Psychiatry*, *155*, 974–6.
- Rubio-Valera, M., Fernández, A., Evans-Lacko, S., Luciano, J. V., Thornicroft, G., Aznar-Lou, I., & Serrano-Blanco, A. (2016). Impact of the mass media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the population of Catalonia, Spain. *European Psychiatry*, *31*, 44-51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.10.005>
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, *20*(8), 529–539.
- Stuart, H. (2008). Lucha contra la estigmatización causada por trastornos mentales: perspectivas pasadas, actividades presentes y direcciones futuras. *World Psychiatry*, *6*(3), 185-188.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, *7*(2), 225-240.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet (London, England)*, *387*(10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia bulletin*, *25*(3), 467.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health. (2005). *Mental health : facing the challenges, building solutions : report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Recuperado a partir de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- Zäske, H., Freimüller, L., Wölwer, W., & Gaebel, W. (2014). Antistigma-kompetenz in der psychiatrischen versorgung: Ergebnisse der pilotierung einer berufsgruppen-übergreifenden weiterbildung. = Anti-stigma competence for mental health professionals: Results of a pilot study of a further education programme for people working in psychiatric and psychosocial settings. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, *82*(10), 586-592. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1385130>





**ANEXO I: Escala de valoración del riesgo de sesgo para estudios
transversales**

**JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross
Sectional Studies**

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)



Explanation of analytical cross-sectional studies critical appraisal

How to cite: The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2016 edition. Australia: The Joanna Briggs Institute; 2016.

Analytical cross-sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?



It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics.

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those



involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section of cohort studies should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilising regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.



ANEXO II: Fuentes bibliográficas originales de las escalas utilizadas en la valoración de las campañas anti-estigma

MAKS	Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. <i>Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie</i> , 55(7), 440-448.
RIBS	Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Flach, C., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2011). Development and psychometric properties of the reported and intended behaviour scale (RIBS): a stigma-related behaviour measure. <i>Epidemiology and Psychiatric Sciences</i> , 20(3), 263-271.
AMIQ	Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., & Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. <i>The Psychiatrist</i> , 30(7), 257-260.
CAMI-26	Rüsch, N., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. <i>Psychiatric Services (Washington, D.C.)</i> , 62(6), 675-678. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0675
CAMI	Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 7(2), 225-240.