

Índice

INTRODUCCION	- 4 -
Tema a desarrollar y justificación	- 5 -
Objetivos e hipótesis	- 6 -
Objetivo general	- 6 -
Objetivo específico.....	- 6 -
Metodología	¡Error! Marcador no definido.
Metodología de trabajo.....	¡Error! Marcador no definido.
Fuentes de información	- 6 -
Criterios de Inclusión	- 7 -
Variables de Estudio.....	- 8 -
Resultados	¡Error! Marcador no definido.
Discusión.....	- 26 -
Referencias bibliográficas	- 32 -

INTRODUCCION

La exclusión social es generalmente conocida como un factor negativo dentro del ámbito clínico y social, pues se asocia a experiencias de marginación dentro del grupo de personas que sufren de problemas de salud mental. La exclusión social comprende una gama bastante amplia de influencia que abarca desde lo puramente social hasta, lo educativo, lo económico, político, ocio y cultural.

Es necesario enfatizar que la exclusión de personas que presentan algún tipo de patología o situación psicológica considerada como anormal, viene determinada de manera generalizada por comportamientos sociales específicos inherentes a creencias, actitudes, aptitudes y estructuras de comportamiento social que definen la forma en la que los individuos actúan frente a lo considerado como inusual o extraordinario. Estos comportamientos se traducen en los distintos niveles como actitudes prejuiciosas y discriminatorias traducidas en estigmatización. (The National Academies Press, 2016).

Callejas y Piña (2005) determinan que el término “estigma” se refiere a cualquier marca de índole físico relativo a quemaduras o marcas sobre la piel realizadas con objetos punzantes (como navajas) sobre individuos considerados inferiores. Aunque obviamente en la actualidad las marcas físicas de este tipo se han visto eliminadas, el efecto del “estigma” permanece y su aplicación se basa en factores como edad, color, grupo étnico, creencias religiosas o preferencias sexuales, entre otros.

A lo largo de la historia, la estructura social definida por el hombre se ha encontrado influenciada por muchos factores que inducen a la discriminación y estigmatización de las personas consideradas como diferentes, entre los que se pueden mencionar leyes, reglamentos, políticas sociales, normas, entre otros. En este sentido, diferentes autores han definido el hecho de que la exclusión social y el estigma afectan tanto al individuo de manera personal como a la cohesión social que permite que el sujeto se acople a un “todo”. Los aspectos que han sido más estudiados como producto de la estigmatización de personas con alguna patología mental son la exclusión política, el desempleo y la pobreza. Pudiendo entonces decir que en su mayoría, la estigmatización se traduce en exclusión social.

Teniendo en cuenta lo anterior se pueden otorgar diversas definiciones sobre la exclusión social, entre las que se distinguen de manera clave o frecuente las siguientes:

- La exclusión social es multidimensional y dinámica, pues las personas pueden moverse entre ser socialmente aceptadas o no en diferentes periodos de su vida.

- Ocurre en diferentes niveles, afectando no sólo al individuo sino además a sus familiares, personas cercanas y comunidades.

- Existe inclusión selectiva, ya que el individuo puede estar incluido en grupo social determinado de carácter subcultural mientras que al mismo tiempo puede estar excluido de la sociedad en general.

Entender la exclusión social conlleva, de manera implícita, comprender el impacto y las relaciones causales que el estigma y la discriminación tienen dentro de las interrelaciones de los individuos que comprenden cualquier sociedad. En este aspecto, algunos autores han caracterizado al estigma como un factor clave dentro de la exclusión social, otros en cambio, determinan que el estigma y la discriminación son mediadores en este aspecto (The National Academies Press, 2016).

De manera generalizada, se acepta que el estigma y por tanto la exclusión social como factores de riesgo, y a veces una consecuencia inevitable, para cualquier individuo que padezca alguna enfermedad mental o física. A raíz de este hecho, distintos países han tenido la necesidad de pautar sistemas y planes de ayuda para mejorar la inclusión de individuos que presenten alguna patología mental (Hansson, Stjernswärd y Svensson, 2016).

TEMA A DESARROLLAR Y JUSTIFICACIÓN

El tema de la presente investigación está definido como el estudio del estigma que sufren las personas que presentan alguna patología mental. El estudio de esta temática es de gran importancia en el terreno social, pues la adaptación, aceptación e inclusión de estos sujetos determina la disparidad y el injusto trato que puedan presentar. De alguna manera se necesita describir los ámbitos de exclusión que pueden presentar y de qué manera este hecho puede afectar a los individuos que padecen la enfermedad y a sus allegados.

Aunque a nivel mundial los trastornos mentales y sus causas se están dando a conocer, se puede reconocer que el nivel de estigma que sufren las personas afectadas con trastornos mentales es cada vez mayor, y en el caso de enfermedades graves como la esquizofrenia, es especialmente grave, pudiendo existir pacientes que no busquen ayuda médica o apoyo familiar solo por el hecho de evitar la discriminación o rechazo. Esta situación de exclusión, puede tener muchas causas, las

cuales pueden ir desde el poco conocimiento sobre los trastornos mentales en la sociedad hasta el prejuicio preexistente en el hombre que caracteriza y excluye a lo considerado como diferente.

Es necesario realizar una investigación amplia y sustentada que permita determinar los diferentes ámbitos de exclusión y facetas exclusivas dentro de la discriminación y estigmatización que presentan las personas con enfermedades mentales. Estos estudios permiten que los profesionales y personas allegadas a las personas con problemas de salud mental puedan reconocer las afecciones que sufren y la mejor forma de enfrentar estos hechos y planificar metodológicamente la atención que se pretende dar.

OBJETIVO E HIPOTESIS

Objetivo general

- Analizar las investigaciones publicadas entre el 2016 y el 2018 basados en los motivos, efectos y consecuencias del estigma de las personas que presentan alguna afección, enfermedad o patología de carácter mental

Objetivo específico

- Establecer comparaciones entre los aportes presentados en investigaciones publicadas entre el 2016 y 2018, fundamentadas en los problemas concretos que presentan las personas que sufren de enfermedades mentales a causa de la estigmatización social.
- Determinar los ámbitos de exclusión que presentan los individuos que padecen alguna enfermedad mental.
- Definir las formas de exclusión y estigmatización social que padecen las personas que sufren alguna enfermedad mental.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del presente trabajo, se eligió como metodología de estudio la revisión sistemática de literatura científica.

En referencia a la lectura crítica, el análisis estuvo centrado en todos los planteamientos relativos a la exclusión social y estigmatización atribuida a los trastornos mentales, los aspectos de exclusión, las causas, prevención y la promoción de este hecho desde una perspectiva internacional.

Fuentes de información

Para la búsqueda de los artículos de investigación vinculados con el tema se recurrió a las bases de datos de Pubmed. De ahí que para la búsqueda de los artículos seleccionables se utilizó como descriptores los siguientes términos: “stigma”, “social discrimination”, y “mental disorders” De tal manera que considerando el filtro de los años de publicación de entre 2016 y 2018, se obtuvieron los siguientes resultados:

Biblioteca	Año	Cantidad de artículos encontrados	Cantidad de artículos seleccionados
PubMed	2016	101	21
	2017	66	5
	2018	12	1
Total	-	179	27

Después de aplicar los descartes respectivos, se definió un total de 28 artículos a trabajar. Es importante definir, que los años de estudio seleccionados se referirán al año de publicación del artículo en la web PubMed, por lo que pueden encontrarse artículos del año 2015 en el análisis que hagan referencia al grupo de artículos seleccionados para el año 2016.

Criterios de Inclusión e exclusión

Los criterios de inclusión que fueron considerados para la delimitación de los artículos seleccionables de acuerdo al tema fueron los siguientes:

1. Solo artículos publicados entre 2016 y 2018.
2. Todos los artículos tratados se refieren no solo al hecho de padecer una enfermedad mental, sino además incluyen el componente de exclusión y estigmatización social hacia los sujetos que padecen este tipo de enfermedad.
3. Se excluyen artículos donde no se orienta el estudio a variables sociales y psicológicas de manera conjunta.
4. Artículos escritos en inglés o español.
5. Se excluyen artículos dirigidos exclusivamente a autoestigma.
6. Se descartan artículos enfocados al estigma por adicciones.
7. Se excluyeron estudios militares.

Variables de Estudio

A los efectos de la lectura crítica de los artículos, el análisis y la sistematización de la información que se proporcionan en los artículos seleccionados, se tomaron en cuenta las siguientes variables:

1. La exclusión de personas con problemas de salud mental.
2. Los ámbitos de exclusión a los cuales están sometidos estos sujetos.
3. Las estrategias de lucha que se han desarrollado en diferentes países y localidades alrededor del mundo para hacer frente a este hecho.

RESULTADOS.

Con respecto al estigma y la discriminación, Shimotsu y Horikawa (2016) se centraron en determinar la relación entre la autoestima, la depresión y el autoestigma, considerando la reducción del autoestigma como una alternativa terapéutica. Para su investigación utilizaron una muestra de 110 sujetos, los cuales estaban comprendidos entre 54 hombres y 56 mujeres en una edad promedio de 45,65 años. Estos participantes estaban diagnosticados de la siguiente manera: 83 con trastornos del estado de ánimo; 22 con trastornos neuróticos, relacionado con el estrés, o trastornos somatomorfos; y 5 con otros trastornos. Para el estudio se emplearon la Escala de Devaluación y Discriminación, la Escala de actitud disfuncional, la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Este estudio concluyó, a través del Modelado de ecuaciones estructurales, que el autoestigma tiene el potencial de mediar en la relación entre los esquemas cognitivos y la depresión, y por otra parte que la depresión y el autoestigma tienen una influencia similar en la autoestima. Por consiguiente, al mejorar la autoestigma, los síntomas depresivos se reducirán.

Por otro lado, Kao *et al.* (2016) se enfocaron en examinar la incidencia del autoestigma en la relación del estigma público y las consecuencias psicosociales. Para esto, los investigadores tomaron una muestra de 251 participantes, de los cuales 151 eran pacientes psiquiátricos ambulatorios, diagnosticados de patología psicótica y los 100 pacientes restantes, en las mismas condiciones pero sin diagnóstico psicótico. Se utilizó el cuestionario de escala de percepción del estigma psiquiátrico, la escala de autoestima Rosenberg, El inventario de depresión de Beck y la determinación subjetiva de la calidad de vida. Se obtuvo como resultado, que los pacientes con diagnóstico de trastornos psicóticos presentaban niveles altos en la escala de percepción del estigma

psiquiátrico, sin embargo, esta población presentó bajos niveles en indicadores de depresión y niveles mayores de autoestima y calidad de vida. Finalmente se evidenció que el auto-estigma incide en el estigma público y las consecuencias psicosociales independientemente del diagnóstico del paciente.

El efecto de la estigmatización y la discriminación no solo repercute en el trato que se le da a los pacientes con patología mental, sino que además puede afectar las oportunidades laborales de las personas con enfermedades mentales, es por esto que Brouwers *et al.* (2016) realizaron un estudio enfocándose en los pacientes con trastorno depresivo mayor y la prevalencia de la discriminación laboral en 35 países distintos, tales como Japón, Inglaterra, Venezuela, Finlandia, Alemania, Holanda, Egipto y Turquía, entre otros, con la finalidad de extraer datos acerca de la experiencia de la discriminación laboral en países de desarrollo alto, medio o bajo. En este estudio se aplicó la Escala de discriminación y estigma (Disc-12), el Índice de Desarrollo humano (IDH) y la Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI), la investigación se constituyó con una muestra de 834 personas que habían presentado depresión mayor en los últimos 12 meses. Este trabajo concluyó que el 62,5% de los participantes había experimentado discriminación anticipada o percibía que lo discriminaban en el ambiente laboral a causa de la enfermedad mental. Asimismo, un tercio de la población reportó haber sido víctima de discriminación anticipada ante una oportunidad de empleo. Con respecto a esta variable, en los distintos niveles de desarrollo de los países estudiados se obtuvo que tanto aquellos que puntuaron alto, medio y bajo en el IDH, experimentaban altos niveles de discriminación en sus áreas de trabajo.

Hipes *et al.* (2016) realizaron una investigación de campo que analizaba la discriminación y el estigma en el mercado laboral de personas con algún trastorno mental. La metodología de investigación consistió en crear dos perfiles falsos de sujetos con las mismas capacidades y conocimientos de donde se derivaron cuatro condiciones: un sujeto con enfermedad mental; un sujeto con enfermedad mental que busca empleo desde casa; un sujeto con lesión física; y por último un sujeto con lesión física que busca empleo desde casa.

Seguidamente, los perfiles se subieron a una página de empleos reconocida, y los investigadores cuantificaron el número de llamadas devueltas. Se evidenció la existencia de discriminación y estigmatización con respecto a las enfermedades mentales y como consecuencia se determinó que las personas que padecen algún tipo de patología mental tenían menos probabilidades de devolución de llamadas. Las personas con enfermedades mentales tienen un 14,81% de devolución de llamadas, en comparación con las personas con antecedentes de lesión física que tienen un 21,86% de probabilidades de devolución de llamada. De igual manera se

evidenció una menor probabilidad de devolución de llamadas para trabajos en casa por parte de las personas con alguna condición mental.

En otro contexto, Morgan *et al.* (2016) estudiaron la naturaleza de la discriminación y el tratamiento positivo en pacientes que presentaban alguna patología y que acudían a recursos de salud mental. Para esto, se entrevistó por vía telefónica de manera aleatoria a un total de 5520 personas mayores de 18 años, de los cuales 1381 fueron clasificados por tener algún problema de salud mental. Se concluyó en la investigación que el 40,4% experimentaron un tratamiento positivo de parte de los profesionales de salud, y solo un 11,8% tuvieron experiencias discriminatorias.

En este ámbito, Ye *et al.* (2016) elaboraron un estudio sobre el estigma y la discriminación experimentada por personas que padecen enfermedades mentales graves y persistentes en entornos de tratamiento comunitario. Los investigadores se plantearon como objetivo describir las experiencias discriminatorias percibidas por 50 personas mayores de 18 años, clasificados en 86% con un diagnóstico primario de esquizofrenia y el 14% con trastorno esquizoafectivo. Este estudio concluyó que el 80% de los sujetos referían haber experimentado conductas discriminatorias en al menos un área de su vida. La experiencia discriminatoria más común representada con un 50% fue la de ser evitado, por otra parte se evidencia una discriminación anticipada representada por 50% por lo cual los sujetos de estudio tendían a mantener en secreto su diagnóstico. En otro aspecto, el 24,48% expresó percibir discriminación por parte de sus vecinos y el 23,46% por parte de sus familiares.

Por su parte, Hamilton *et al.* (2016) realizaron un análisis cualitativo para determinar la discriminación a usuarios de servicios de salud mental. Para este estudio, cuatro investigadores capacitados para investigaciones cualitativas realizaron entrevistas a 85 sujetos, de los cuales solo se transcribieron 50 entrevistas. Se obtuvo como resultado que los comportamientos discriminatorios eran difíciles de definir para los entrevistados, a su vez se evidenció falta de apoyo tanto en las áreas de servicios de salud mental, como por parte de los amigos y familiares. Además se halló que la discriminación afectaba a la salud mental de los entrevistados, por lo cual no es solo un conflicto ético, sino también sanitario.

Uno de las áreas más importante en la vida del ser humano, es la sexualidad y no se puede desligar de las enfermedades mentales. Debido a esto, Wainberg *et al.* (2016) se enfocó en la relación entre el género, la enfermedad mental y el estigma en la sexualidad de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los investigadores tomaron una muestra de estudio de 641 adultos que presentaban algún tipo de enfermedad mental grave, distribuyéndose los diagnósticos de la siguiente manera: 33,0% con esquizofrenia; 21,7% trastorno bipolar; 20,3% depresión no psicótica; 10,3% depresión psicótica; 6,2% trastornos de ansiedad; 4,8% psicosis no especificada; 3,1%

presentaban trastorno esquizoafectivo; y 0.6% otros diagnósticos, quienes eran sexualmente activos y que asistían a alguna de las 8 clínicas psiquiátricas públicas en Rio de Janeiro. Se aplicó el cuestionario de Estigma Sexual sobre enfermedad mental para la obtención de datos. Se obtuvo como resultado altos niveles en la escala de discriminación individual, presentándose valores comprendidos entre el 49,1% a 63,8% de la muestra evaluada, en mayor proporción en pacientes con trastornos mentales graves sobre los pacientes de trastornos mentales no graves. Por otra parte, del 49% al 81% expresó que los pacientes psiquiátricos indistintamente del diagnóstico no serían un buen compañero sexual para una persona sin enfermedad mental, por consiguiente entre el 34% y 44% de los pacientes ocultaron su diagnóstico ante posibles parejas sexuales, lo cual demuestra la discriminación sexual y estigmatización sexual sobre las enfermedades mentales

En este mismo contexto, Wilson et al. (2016) realizaron un trabajo que se enfocaba en el impacto de la discriminación en la salud mental de personas transgénero, teniendo en cuenta la posible presencia trastorno depresivo, trastorno por estrés postraumático y pensamientos suicidas relacionados por la condición transgenero. Los investigadores utilizaron una población de 216 jóvenes sexualmente activos y que además eran VIH negativos, en el área de la Bahía de San Francisco, en una edad comprendida entre los 16 y 24 años. Se obtuvo como resultado que el 26,2% reportaron discriminación racial; el 45,9% discriminación por la cualidad transgénero; y 15,9% discriminación racial relacionada al transgénero. Se determinó que aquellas personas con mayor nivel de discriminación (en el caso de las personas trans) experimentaban altos niveles de estrés. Por otra parte, se evidenció que a mayores niveles de discriminación racial, se presentaban altos índices de angustia, estrés post-traumático y estrés por pensamiento suicida. Por último, se determinó que a mayor discriminación transracial, mayores son los niveles de tendencias a estrés post-traumático y estrés por pensamientos suicidas.

Holley *et al.* (2016) realizaron una investigación de enfoque cualitativo que tenía como objetivo evaluar la discriminación a personas con alguna enfermedad mental asociada a la raza u orientación sexual. La muestra obtenida fue de 20 sujetos de estudios que cumplían con los criterios de tener más de 18 años, poseer una enfermedad mental o un familiar que la tuviese, y además ser de color o ser homosexual. El estudio determinó que existe una discriminación ante los pacientes con enfermedades mentales, en específico por parte de los profesionales de la salud manifestada en conductas de evitación, violación de privacidad, falta de respeto, condescendencia y estimación de inferioridad intelectual. Se pudo reconocer de igual forma que estos hechos se desarrollaban de manera más frecuente en sujetos del género masculino. Asimismo, con relación a las variables color y orientación sexual, los investigadores llegaron a la conclusión que las personas homosexuales con

alguna patología mental experimentaban mayor nivel de discriminación, sin embargo, no se observó que el color aumentara la probabilidad de ser discriminado.

En otro contexto y refiriendo el estudio a la estigmatización según la localidad y origen de las personas, surge lo analizado por Dieujuste (2016) quien realizó una investigación de carácter cualitativo siguiendo el modelo de Walker y Avant (2011) el cual tenía como objetivo informar sobre el análisis conceptual del estigma de la enfermedad mental en haitianos estadounidenses, con la finalidad de poder brindar información a enfermeras de distintos centros hospitalarios. Se obtuvo como resultado que existe una estigmatización por parte de los haitianos estadounidenses con respecto a las enfermedades mentales debido a las creencias culturales propias de este grupo social. Se demostró que este hecho dificulta el tratamiento efectivo ante este tipo de enfermedades, por lo cual el investigador recomendó informar a las enfermeras acerca de la estigmatización de la enfermedad mental de este grupo cultural, comprendiendo la cultura de los haitianos, generando capacidades en las enfermeras para detectar la estigmatización en pacientes y poder generar conductas que mitiguen las dificultades del estigma en el tratamiento.

Desde la perspectiva cultural, Tzouvara *et al.* (2016) partieron del interés de realizar una revisión sistemática acerca de la estigmatización de la enfermedad mental en la cultura griega, permitiendo determinar la influencia de la cultura griega en el estigma que se tiene sobre las enfermedades mentales y la comprensión de las mismas. Se extrajeron 2806 estudios, de los cuales solo 18 cumplieron con los criterios de inclusión. Los análisis determinaron que la presencia de estigma sobre las enfermedades mentales se encontraba entre niveles moderados y altos en la cultura griega, específicamente en las áreas de discriminación social y restricción, distancia social y autoritarismo. Es necesario añadir que se evidenciaban niveles altos de estigma sobre la enfermedad mental por parte de profesionales de la salud y policías, y además se descubrieron niveles altos en cuanto a la discriminación laboral a personas con alguna discapacidad mental. A pesar de los resultados anteriores, se evidenciaron algunos indicadores de actitud de apoyo social ante las personas con algún tipo de trastorno mental.

Siguiendo el orden de ideas, Corker *et al.* (2016) se enfocaron en los niveles de discriminación percibidos relacionados con la enfermedad mental por las personas ubicadas en Inglaterra en un periodo correspondido entre los años 2008 y 2014. Se procedió a entrevistar a aquellas personas que acudían por servicios de salud en el transcurso de los años descritos. Se aplicó la Escala de discriminación y estigma (DISC-12) para la recolección de datos.

Los hallazgos que se obtuvieron en esta investigación informaron de que los niveles de discriminación disminuyeron desde los datos arrojados en el 2008 a los datos que se tienen del 2014, sin embargo, no representa una diferencia significativa. Además, no se evidencia una

disminución constante de la discriminación percibida y anticipada. Es importante acotar que a nivel social se presentaron diversos cambios que pudieron incidir en la disminución de esta variable.

Asimismo en el continente europeo, Aznar-Lou *et al.* (2016) investigaron acerca del estigma con respecto a la enfermedad mental en Cataluña a través de la medición de actitudes como autoritarismo, benevolencia, y apoyo a la atención de salud mental comunitaria, además se indagó acerca del comportamiento previsto ante las enfermedades mentales y la experiencia de discriminación. Se obtuvieron resultados significativos, evidenciándose puntuaciones altas en la escala de benevolencia para enfermedad mental, independientemente del género y grupo étnico. Es realmente importante destacar que los resultados son positivos en comparación con otros estudios realizados en España. De igual forma, se evidenció que el nivel educativo es determinante en el nivel de la actitud benevolente. Además, otro factor determinante en la estigmatización ante la enfermedad mental que se representó en la muestra evaluada, guardaba relación con otro origen cultural de los sujetos evaluados, específicamente de países africanos y asiáticos, quienes refirieron mayores niveles de estigmatización. Por lo tanto, se plantea que la solución para mitigar el estigma ante la enfermedad mental se basa en generar educación en las poblaciones, para la comprensión y generar contactos con personas con patologías mentales.

Patten *et al.* (2016) se encargaron de describir el estigma percibido por la población canadiense en general en relación con sujetos diagnosticados con patologías mentales, para lo cual se utilizó una muestra constituida por ciudadanos que viviesen en cualquiera de las 10 provincias por un tiempo mínimo de 15 años, además se excluyeron los casos de personas que viven en reservas y otros asentamientos aborígenes, miembros de tiempo completo de las Fuerzas canadienses y residentes de instituciones. Se realizaron un total de 25113 entrevistas, de las cuales la mayoría (87%) se realizaron en persona. La encuesta incluyó una adaptación canadiense del World Mental Health (WMH), Composite International Diagnostic Interview (CIDI) y la Escala de Experiencias de Salud Mental para la recolección de datos. Por medio del análisis estadístico se determinó que el 17,9% de las mujeres habían recibido atención de salud mental y al 46,7% se les administró tratamiento. Asimismo, el 24,4% de este grupo refirió haber experimentado algún tipo de discriminación debido a su salud mental. Por otra parte, a nivel general, adultos mayores de 55 años expresaron haber experimentado discriminación y estigmatización. Es importante resaltar el hecho de que el estudio permitió determinar que las áreas con mayor estigmatización son el área laboral, el área escolar, las relaciones familiares y las relaciones de pareja.

En relación a este área, Thornicroft *et al.* (2015), han tratado el tema del estigma y la discriminación en relación a las personas que han sido diagnosticadas de algún trastorno mental. Los prejuicios asociados a las personas con problemas de salud mental han aumentado

constantemente en las últimas décadas. En investigaciones recientes llevadas a cabo por estos autores, se han encontrado varios enfoques teóricos relacionados con la salud mental, estigma y la discriminación que se han desarrollado, dando importancia a los estereotipos (creencias negativas sobre un grupo), prejuicio (acuerdo con creencias estereotipadas o reacciones emocionales negativas como miedo o enojo, o ambos) y discriminación (consecuencia del comportamiento de los prejuicios, como la exclusión de oportunidades sociales y económicas). Por otra parte, cabe destacar la relevancia de la conceptualización del autoestigma, el cual se genera cuando las personas con enfermedad mental aceptan las creencias desacreditadoras (estereotipos) sustentados en contra de ellos. Esta respuesta a el prejuicio puede llevar a consecuencias de comportamiento adversas, como no solicitar trabajo (Thornicroft, *et al.*, 2015).

En esta revisión bibliográfica, se presentan los hallazgos obtenidos de diversas fuentes donde se estudia esta variable respecto a las personas con diagnóstico de trastorno mental, lo que da pie para diferentes investigaciones y aportaciones para facilitar las políticas de sensibilización hacia estas personas. En este sentido, Thornicroft, *et al.* (2015), para definir a los individuos discriminadores y prejuiciosos emplean una definición desarrollada por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE): definiendo que las personas prejuiciosas, mantiene tres niveles descriptivos. En primer lugar, describe problemas (dominio) cognitivo y se refiere a problemas de conocimiento, ignorancia; en segundo lugar, problemas actitudinales (prejuicio dominio afectivo o emocional); y, en tercer lugar, problemas de comportamiento (acciones encaminadas al rechazo). En diversas investigaciones se ha registrado desventajas en las relaciones personales, educación y trabajo, además se observa un incremento de rechazo por parte de las personas que puede generar la pérdida de empleos, reducción o retiro de ingresos o limitaciones en el acceso de viviendas (Thornicroft, *et al.*, 2015)

Por otra parte, el estigma y la discriminación afectan igualmente a los familiares y los cuidadores de la persona diagnosticada, experimentando sentimientos de vergüenza y culpa, lo que puede denominarse discriminación directa. Se realizó una revisión sistemática que conglomeraran de forma estructurada intervenciones anti-estigma que proporcionaran buena evidencia de la eficacia a corto plazo en países de alto ingreso económico; también, se lleva este criterio de búsqueda bibliográfica para países de bajo ingreso donde se empleen intervenciones anti-estigma. Se pueden resumir los siguientes datos. Las intervenciones usualmente pueden afectar el dominio cognitivo, que pertenece al área de conocimiento a corto y medio plazo, aunque con menos frecuencia existen mejoras actitudinales o mejora del prejuicio (afectividad). La variación de resultados apunta a la orientación del investigador respecto a la intervención de una de las tres dimensiones más intensamente que las otras; adicionalmente, se halló que las sociedades con menor

ingreso suelen ser más prejuiciosas y discriminativas que las que poseen mayor ingreso. Finalmente, como intervención más efectiva se encontró el contacto social como forma de obtener efectos más positivos, favoreciendo los grupos familiares de la persona con diagnóstico y a la persona en sí misma. Se plantea que las sesiones psicoeducativas suelen disminuir el estigma significativamente. En virtud de lo expuesto, los autores concluyen que las intervenciones dan resultado a corto plazo en el conocimiento y comportamiento que se sostiene a medio plazo, además, las sesiones de contacto social demuestran un impacto significativo siendo en vivo o filmadas (Thornicroft, *et al.*, 2015).

En la misma línea de hallazgos, los autores Malli, Forrester-Jones y Murphy (2015), plantean que el estigma puede ser generado mediante la construcción social compleja que involucra elementos cognitivos, afectivos y conductuales de la persona que estigmatiza. Así como en los hallazgos de Thornicroft, Malli y colaboradores sostienen que el estigma está dividido en diferentes dimensiones, a saber: el componente cognitivo, el componente afectivo y conductual. El cognitivo es de conocimiento y creencias negativas estereotipadas. En este sentido, los estereotipos son esquemas cognitivos que reflejan atributos y características distintivas que posee una persona, por tanto, son empleadas mediante la ignorancia y falta de conocimiento hacia la persona estigmatizada, en este caso, el enfermo mental. Respecto al dominio afectivo, son los sentimientos y emociones de naturaleza negativos que la persona estigmatizadora engendra como respuesta al encuadre de estereotipos negativos. Finalmente, la dimensión de comportamiento, se asocia con discriminación de conducta hacia el objeto o persona estigmatizada, pudiendo segregarlos y coaccionando contra ellos. En este caso, se enfocaron en casos de síndrome de Tourette, el cual implica un trastorno durante el desarrollo neurológico que se expresa mediante tics involuntarios repentinos y repetitivos, en este sentido, este síndrome es de naturaleza bio-psico-social por lo que involucra la interacción de las personas con este diagnóstico con su entorno. Para encontrar el prejuicio, discriminación y estigmatización en las personas con este diagnóstico los autores, revisaron tres bases de datos electrónicas que incluían una amplia revisión de artículos literarios y bibliográficos respecto al tema, revistas como PsycINFO, PubMed y Web de la Ciencias, se encontraron búsquedas centradas en Tourette y estigma.

Los resultados se obtienen mediante la medición de la discriminación a través de una encuesta, en la cual los informantes eran padres. Las preguntas fueron enfocadas sobre el tema de los prejuicios y el trato negativo. Se encontró que la mayoría de los padres experimentó que sus hijos eran discriminados y tratados de forma distinta debido a sus tics. Por otra parte, otros hallazgos obtenidos de la revisión bibliográfica expresaban que un cuarto de las personas con Tourette informaban ser el objetivo de intimidación, cabe destacar que estas estimaciones se

obtuvieron de información de los padres a través de los informes de intimidación que resultaban en una victimización de la persona con el diagnóstico. Sin embargo, los estudios actuales se limitan a obtener solamente los informes de victimización a partir de burlas, pero no sobre los elementos cualitativos que enriquecerían la investigación para conocer el origen del estigma. Como conclusión, hace falta mayores investigaciones sobre los orígenes del estigma, sin embargo, se conoce que está presente, por tanto, se deben tomar en cuenta los motivos, los mecanismos y razonamientos involucrados en la exclusión de personas con este síndrome en su interacción social, con la finalidad de generar intervenciones efectivas y personalizadas dirigidas a reducir los conceptos erróneos que conducen al estigma social asociado a la condición (Malli, Forrester-Jones, & Murphy, 2015).

De Viva, Sheerin, Southwick, Roy, Pietrzak, & Harpaz-Rotem (2016), indagaron sobre el estigma hacia las personas veteranas que sirvieron en las Operaciones de Libertas Iraqui (OIF), Libertas Duradera (OEF) y Nuevo Amanecer (OND) por sus siglas en inglés, que fueron diagnosticados de trastorno de estrés postraumático, depresión, y trastornos de ansiedad y que no accedieron a atención. Estudios recientes indican que veteranos inscritos en el Departamento de Asuntos de Veteranos, cuyos diagnósticos eran entre un 66 y 88% de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), habían recibido algún servicio de salud mental. Sin embargo, después de la derivación inicial para iniciar el tratamiento, muchos de ellos abandonaban el seguimiento posteriormente. Inferen que la causa del abandono de los tratamientos es producto de las creencias negativas respecto a la psicoterapia, por la asociación con niveles altos de estigma negativo hacia la misma en la muestra de O.E.F Y O.I.F. El papel de la resiliencia es fundamental para determinar las posibles acciones a llevar a cabo por la persona a quien le han acontecido una serie de eventos traumáticos (De Viva, Sheerin, Southwick, Roy, Pietrzak, & Harpaz-Rotem 2016). Desde esta perspectiva la resiliencia juega un papel indispensable sobre tomar la ayuda o no, ya que las personas resilientes evitan buscar ayuda porque se consideran capaces de afrontar de forma adecuada la adversidad. El objetivo de este estudio fue examinar cuan potencialmente modificables son las variables, incluida la resiliencia, el apoyo social, el apoyo de la unidad militar, las preocupaciones sobre el estigma y la personalidad relacionadas con la salud mental.

Para la consecución del experimento se llevó a cabo una serie de mediciones con sub escalas y pruebas de personalidad, logrando responder a las hipótesis planteadas. La primera hipótesis no fue apoyada, ya que la búsqueda de apoyo social se relaciona con la estabilidad emocional en el uso de tratamiento, sin embargo, en dirección opuesta de la hipótesis; participantes que utilizaron atención puntúan más bajo en todas las medidas. En la segunda hipótesis, se halló que existen en los participantes creencias positivas sobre el cuidado de la salud mental y el tratamiento, no

obstante, el nivel de estigma no fue más bajo entre este grupo de veteranos, es decir, que aunque existen creencias positivas de la terapia el estigma negativo predomina. En conclusión, los veteranos no asisten a tratamiento aunque tengan creencias positivas por el nivel de estigma negativo del mismo, es decir, que aunque el tratamiento sea favorable la negatividad de la valoración social generada por los niveles de resiliencia influyen en las creencias y decisiones de ir a tratamiento o no.

En este sentido, Ungar, Kaank, & Szeto (2016), establecieron una investigación sobre las consideraciones teóricas y prácticas para combatir el estigma de las personas con diagnóstico mental y la salud mental. En principio, estos autores destacan al estigma como una preocupación para las personas que viven con enfermedades, ya que el estigma opera a nivel estructural, es decir, discriminatorio a nivel de políticas y leyes de exclusión, a nivel personal en actitudes o conductas perjudiciales que aumentan la distancia y niveles intrapersonales, como por ejemplo, el autoestigma y los efectos que esto conlleva. De manera que, cada vez se vuelve más preocupante el estigma y la discriminación que se presentan en las personas que padecen de una enfermedad mental porque afecta a las políticas que se llevan a cabo, la calidad de vida de la persona, de sus familiares, de la rehabilitación, entre otras. En virtud de lo expuesto, los autores han observado que existe poca literatura respecto a cómo construir y entregar programas definidos de anti-estigma exitosos basados en la atención médica, y no solamente a ellos, sino a los proveedores de servicios de salud en general, ya que un área en particular donde se presenta el estigma como lugar clave es en las áreas de atención médica Horsfall et al., 2010; Lauber et al., 2006; Ross y Golsner 2009; Thornicroft et al., 2010 c.p. Ungar, Kaank, & Szeto (2016).

Entonces, los profesionales de la salud médica, son el entorno clave para la reducción del estigma, es decir, que son un grupo objetivo importante para la generación de programas anti-estigma. Cabe destacar que los proveedores de atención médica, en general, son personas que cumplen con su trabajo pero que inadvertidamente refuerzan el estigma social en las personas con diagnósticos de enfermedad mental. De modo que, la presente investigación plantea una serie de consideraciones para el diseño y la implementación de medidas por el sector de salud para el anti-estigma. Para ello se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva donde se encontraron diferentes formas y estrategias metodológicas para el favorecimiento positivo de los grupos o personas que asisten a los centros de atención médica. En primer lugar, los enfoques basados en el contacto, que involucran personas con experiencia de enfermedad mental compartiendo sus experiencias personales sobre la enfermedad y la recuperación, logrando que se pueda disminuir la ansiedad, aumentar la empatía y hacer conexiones personales y mejoras en la comprensión del trastorno (Ungar, Kaank, & Szeto, 2016).

En segundo lugar, la estigmatización de los profesionales puede afectar claramente a la evaluación y tratamiento de los casos, por eso se recomienda mejorar la comunicación y las habilidades interpersonales del contacto de manera que los pacientes, adquieran actitudes más positivas y observen que se reduce el distanciamiento social. En tercer lugar, el marketing estratégico del programa puede atraer a los principiantes. En efecto, alcanzar los niveles deseados de asistencia al programa sigue siendo un desafío continuo para muchos programas anti-estigma dirigido a los proveedores de atención médica. En cuarto lugar, se deben tener en cuenta los factores a nivel de grupo porque las variaciones en términos de homogeneidad pueden ser un determinante de la efectividad del programa anti-estigma. Un quinto elemento que facilita el aumento del estigma en los grupos sanitarios es el abordaje de los mismo bajo consideraciones de paradigmas o reduccionismos que intentan explicar los comportamientos y tratamientos que deben llevarse a cabo. Como análisis concluyente, combatir el estigma en el cuidado de la salud no es un actividad fácil. La realidad a la que se enfrenta el personal de salud es programada, competitiva, posee múltiples enfoques,... Entonces, atacar el estigma requiere una atención multidimensional, de manera integral desde el cambio estructural (Ungar, Kaank, & Szeto, 2016).

En otros estudios se ha demostrado que la intervención sobre los centros de atención sanitaria disminuyen el estigma hacia las personas con enfermedades mentales, en evidencia, está el estudio llevado por Faghir, Jacobsson y Edin-Liljegren (2015). En él se estudia el cambio de actitud hacia las personas con trastornos mentales que reciben tratamiento psiquiátrico del año 1976 al 2014. Para ello definieron su marco conceptual, donde establecen que el estigma suele definirse como una “marca de deshonra asociada”. Ésta puede ser a una circunstancia, calidad o persona en particular, observando que cada vez han sido más los casos referidos sobre estigma social para las personas con trastornos mentales, obstaculizando la recuperación y el tratamiento exitoso. Además, han sido juzgados por los medios, manteniendo los prejuicios contra estas personas que a menudo son tratados como extraños y ridiculizados. El objetivo de este estudio fue analizar y comparar los hallazgos en los estudios de seguimiento de Vilhemnima, que se centran en las actitudes hacia las personas con trastornos mentales y opciones de tratamiento psiquiátrico. Para ello, se envió un cuestionario postal a una muestra aleatoria de 500 personas entre los 18 y 70 años en la comunidad de Vilhemina (Suecia). Con la ayuda del registro público sueco se envió el mismo cuestionario empleado en 1976 y en el año 2003. Debido a la baja tasa de respuesta del año 2003, se realizó el estudio en el año 2014 con la participación de 240 personas de 500 representando un 48%.

El cuestionario estaba compuesto de cuatro preguntas para reunir información de fondo sobre los participantes y 21 preguntas sobre puntos de vista acerca de enfermedades mentales y personas con dichas patologías. Dentro de los resultados, se realizaron un total de 41 entrevistas

telefónicas, 10 personas no querían participar, las 12 restantes participaron en una entrevista. El resto sentía que no tenía suficiente conocimiento sobre el objeto de estudio. Finalmente, como discusiones y conclusiones, metodológicamente el estudio fue llevado en una ciudad pequeña de Suecia, que es representativa para el país pero las preguntas pudieron no ser las más ideales. Por otra parte, en general, las actitudes de 2014 son más similares a las actitudes de 1976 que de 2003. En 2003, los encuestados fueron más negativos en lo que respecta a la disposición de mantener trato y contratar a personas con enfermedades mentales, y, especialmente con temas sobre si las personas mentalmente enfermas son más violentas. Respecto a la atención psiquiátrica también hay un estigma negativo en 2003, 1976 y 2014. Se recomienda que la alfabetización pública sobre los trastornos mentales, lo cual parece ser un remedio contra la estigmatización.

En relación a lo anterior, se llevó a cabo otro estudio sobre la experiencia subjetiva y resolutiva en temas de estigmatización con personas con diagnóstico de esquizofrenia. Mora-Rios, Ortega-Ortega, & Natera (2015), plantean que la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales más graves con mayores efectos incapacitantes en la sociedad, una de las principales causas es la exclusión social que es producto de una serie de factores estructurales e individuales que cooperan para afectar la experiencia subjetiva de un individuo, dando lugar a la internalización de los enfermos mentales, producto de los prejuicios sociales vinculados a la psiquiatría y tratamiento farmacológico. Este estudio parte de un proyecto multicultural, donde participa Canadá y México, con la finalidad de investigar los procesos de estigmatización de la enfermedad mental en los diferentes grupos de la población (por ejemplo, familiares, pacientes, trabajadores de salud y la población en general), para promover medidas que reduzcan la estigmatización social de las personas con este tipo de trastornos psiquiátricos. El estudio se llevó a cabo con pacientes ambulatorios de cuatro centros de atención especializada, dentro de ellos 23 personas con diagnóstico de esquizofrenia.

Se confirma que existe a nivel estructural un estigma y discriminación hacia la enfermedad mental, así como una dinámica de los procesos de exclusión social por los cuales sus dimensiones individuales y socioculturales están relacionadas. Muchos de los participantes manifestaban que su experiencia se debía a problemas de “nervio” que se originan en lo religioso o mágico, experiencias de brujería o en algunos casos se definía como intentos de buscar atención de los familiares y allegados mediante el beneficio secundario. El 87% de los participantes declararon que habían sido objeto de estigma y discriminación al menos una vez en sus vidas. Las principales fuentes fueron la familia extendida a los cuidadores y se tomaron en cuenta formas comunes de violencia simbólica, infantilización y provocación directa. Esto significa que el conocimiento respecto a estos trastornos

no necesariamente genera actitudes y prácticas favorables hacia las personas con una enfermedad mental (Mora-Rios, Ortega-Ortega, & Natera, 2015).

Por otro lado, los investigadores Stolzenburg, Freitag, Evans-Lacko, Muehlan, Schmidt, & Schomerus (2017), continuaron los estudios sobre el estigma social en las personas con enfermedades mentales tomando en cuenta la autoetiquetación o autoestigmatización como criterio de enfermedad mental. Definen que la autoidentificación como potencial para tener una enfermedad mental ha sido conceptualizada en dos modelos teóricos importantes. Se puede destacar el modelo de Thoits del proceso de autoetiquetado en la enfermedad mental, donde sugiere que las personas pueden autoetiquetarse porque se observan, clasifican sus comportamientos, pensamientos y sentimientos desde la perspectiva de la comunidad más amplia y cercada. Este estudio busca examinar hasta qué punto el estigma es una barrera para el autoetiquetado de una enfermedad mental en personas con problemas de salud mental no tratados.

Con la finalidad de responder a lo planteado, se emplearon participantes con una enfermedad mental actualmente no tratada en las primeras etapas del proceso de etiquetarse a si mismo, como por ejemplo, considerar que tiene un problema de salud mental. Para esto se invitaron personas con síntomas depresivos, en los anuncios aparecían los síntomas pero no el diagnóstico. En virtud de ello, se halló que los problemas de salud mental no tratados pueden constituir una barrera para la búsqueda de ayuda. La evitación de etiquetas como reacción al estigma parece ser no solamente una decisión activa para evitar el estigma de otros, sino también un fenómeno intrapersonal que implica actitudes de evitación estigmatizadora. Cabe destacar que el tratamiento preciso para problemas de salud mental muestra asociaciones positivas con las etapas de autoetiquetado, es decir, el estigma es una barrera para buscar la ayuda, las actitudes personales están modificadas por el contexto sociocultural y reflejan las actitudes del público aunque se intenten evitar (Stolzenburg, Freitag, Evans-Lacko, Muehlan, Schmidt, & Schomerus, 2017).

Aunado a las investigaciones mencionadas, Grover *et al.* (2017) definen el estigma como el prejuicio hacia las enfermedades mentales presentes en la población general, lo que conlleva a la discriminación de las personas con enfermedades mentales. El objetivo del estudio es proporcionar evidencia sobre el estigma que se presenta en los diferentes servicios psiquiátricos, ya que existe evidencia limitada al respecto. Para ello, el estudio implicó la evaluación del estigma experimentado por pacientes con trastornos mentales severos y a sus cuidadores. Dentro de los resultados, muchos de los participantes experimentan un alto nivel de alienación, aprobación de estereotipos, experiencias de discriminación o estigma total. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia sufren mayor estigma que los que son diagnosticados de bipolaridad o depresión.

En este mismo sentido, Brondani, Alan y Donell (2017) realizaron un estudio donde perseguían como objetivo principal la exploración de las formas en que son estigmatizadas las personas que sufren o han sufrido algún trastorno mental, relativo a una historia médica de adicciones específicas dentro del contexto del cuidado médico y del cuidado dental. Para realizar este estudio, los autores recurrieron al uso de entrevistas semi-estructuradas grabadas en audio, aplicadas de manera específica a los pacientes que acudieron a dos centros de tratamiento comunitario ubicados en Vancouver, Canadá.

La estructura de la mencionada entrevista se basó en preguntas dirigidas a la determinación de factores relativos a las experiencias vividas por los sujetos al ser atendidos dentro de los mencionados centros con la finalidad de buscar atención o ayuda a problemas médicos y odontológicos. Los factores tomados en cuenta incluían factores como el etiquetado, el estereotipado, la exclusión, la discriminación y el desequilibrio de poder.

La muestra estuvo constituida por un total de 25 pacientes con edades comprendidas entre los 23 y los 67 años. La mayoría de estos sujetos tenía una historia auto declarada de depresión combinada con el uso de alcohol, cocaína y crack. De igual forma, la mayor parte del grupo solo buscaba asistencia odontológica para resolver problemas de carácter urgente. Tras realizar un análisis exhaustivo de las entrevistas realizadas, se pudo determinar que los participantes percibían el estigma cuando fueron negativamente estereotipados como “indignos”, etiquetados como “diferentes”, excluidos del proceso de toma de decisiones, “tratados injustamente” y al sentirse de variadas formas totalmente impotentes para interactuar de manera normal con los sistemas de salud. De manera contraria, se pudo denotar igualmente experiencias positivas relativas a situaciones de empatía, seguridad y buena comunicación.

En este mismo contexto, Waugh, Lethem, Sherring y Henderson (2017) realizaron un estudio exploratorio donde buscaron determinar las experiencias y actitudes de profesionales de la salud ante colegas o compañeros de trabajo que padecen o han padecido enfermedades mentales. Para realizar esta investigación, se realizaron una serie de entrevistas semi-estructuradas a 24 profesionales de la salud dentro del Reino Unido, específicamente en Londres. Todos trabajadores del NHS (National Health Service) o Servicio Nacional de Salud del mencionado país.

Todas las entrevistas fueron transcritas y estudiadas según temáticas planteadas en la estructura que permitieron definir una serie de conclusiones inherentes a diferentes partes del trabajo planteado. En este sentido, en el análisis de resultados se determinó que los participantes se mostraban receptivos al tratar con personas en el ámbito laboral que padecen alguna enfermedad mental. Sin embargo, describieron que existían otros compañeros de trabajo que sí tenían actitudes negativas hacia estas personas. Se determinó de igual forma, que los sujetos que padecían la

enfermedad decidieron pensar con bastante meticulosidad el hecho de revelar esta situación a sus compañeros de trabajo, evaluando las ventajas y desventajas que pudieran existir. De manera generalizada se pudo determinar, que los profesionales de la salud temen ser estigmatizados y discriminados a causa de que sea revelada su condición mental.

Asimismo, Morgan, Reavley, Jorm y Beatson (2017) realizaron un estudio afín a los mencionados donde buscaron determinar el alcance y la naturaleza de la discriminación y el trato positivo y apoyo dado a sujetos que padecen enfermedades de esta índole por sus familiares, amigos y allegados. Para ello se realizó una encuesta telefónica a un total de 5220 adultos australianos, donde de manera inclusiva se determinó que 1381 personas de éstas padecían de alguna enfermedad o problema mental.

Los seleccionados fueron entrevistados acerca de su experiencia en lo respectivo al trato positivo y discriminación respecto a su condición, por parte de sus amigos, familiares y allegados. Se analizaron desde una perspectiva macro las encuestas realizadas. En los resultados de las encuestas se pudo constatar que los principales diagnósticos de salud vinieron determinados principalmente por trastornos de depresión y ansiedad, donde más de la mitad de los entrevistados afirmaron haber estado sometidos a tratamientos en los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que fue realizado el proceso de encuesta.

El 74,1 % de los entrevistados refirió que recibe apoyo familiar y de los amigos cercanos, donde se proporcionaba apoyo emocional y el constante contacto telefónico y personal. Sin embargo, el 25,8% de los entrevistados afirmaron ser constantemente discriminados por sus amigos y familiares por su comportamiento, lo que trajo consigo la reducción o corte total del contacto con éstos. Los entrevistados en varias ocasiones denotaron que sus familiares y amigos indicaban que estos padecimientos no eran causa suficiente para mostrar un mal trato hacia ellos, siendo **éste** un factor importante en lo que a comprensión se trata.

Krupchanka, *et. al* (2017) investigaron la experiencia del estigma entre familiares de pacientes con esquizofrenia en Bielorrusia, con el fin de poder formular recomendaciones para intervenciones anti-estigma. Para llevar a cabo el estudio, se realizó una encuesta tematizada en diferentes partes dirigida a un total de 20 familiares de pacientes con la característica mencionada. En el análisis de los resultados fue posible determinar que en el desarrollo de la vida pública de los familiares se encuentran en mayor proporción dificultades relativas a:

1) La atención en salud mental, pues se presentaban constantes dificultades en el contacto directo con profesionales especializados en este área, obteniéndose en consecuencia información errónea. Además de esto, existía la ausencia de servicios apropiados de cuidado a largo plazo. 2) Empleo para personas que viven con esquizofrenia. 3) Contacto con la policía

En lo concerniente a las estrategias para la realización de un planteamiento anti-estigma se pudo denotar la existencia de resignación y aceptación pasiva por parte de los afectados, así como autosuficiencia en el desarrollo de sus actividades y contención emocional durante las crisis. A pesar de lo descrito, los participantes sugirieron en el proceso de entrevista una serie de intervenciones que podrían reducir la carga que el estigma trae consigo.

En otro contexto, Yoko et. al (2016) realizaron un estudio donde buscaban determinar el prejuicio y la discriminación hacia personas que padecían las etapas tempranas de esquizofrenia, revelando las características en cada etapa clínica de la mencionada enfermedad. Los autores realizaron una encuesta con la finalidad de examinar los estigmas hacia personas con experiencias psicóticas, estado mental en riesgo de psicosis, esquizofrenia y depresión. Los participantes de la investigación fueron distribuidos de la siguiente manera: 149 personas del público en general, 97 pacientes y 119 profesionales en el área de la psiquiatría. De manera general, se pudo observar que los prejuicios contra las personas que presentaban experiencias psicóticas eran más suaves e iban aumentando de manera gradual en los sujetos con estado mental en riesgo de psicosis, seguido por los que presentaban depresión y finalmente los diagnosticados de esquizofrenia. Al comparar la estigmatización del público en general con la producida por los profesionales psiquiátricos, se determinó que los sujetos con experiencias psicóticas sufrían mayor aceptación por parte del público en general. Sin embargo se determinó que la estigmatización era mayor por parte del público en general en pacientes que sufrían esquizofrenia que por el personal médico que atendía este tipo de casos.

TABLA RESUMEN

AUTOR/ES.	TIPO DE ESTUDIO	POBLACION DE ESTUDIO	OBJETIVO DEL ESTUDIO.
1-Shimotsu y Horikawa (2016)	Estudio transversal. Escalas.	Población clínica	Relación autoestigma y depresión y autoestima.
2-Kao et al. (2016)	Estudio transversal Cuestionarios	Población clínica	Relación autoestigma, estigma público y calidad de vida
3-Brouwers et al.	Estudio	Población clínica	Relación depresión y discriminación laboral

(2016)	transversal. Escalas		
4-Hipes <i>et al.</i> (2016)	Investigación de campo	Supuestos clínicos.	Discriminación y estigma laboral
5-Morgan <i>et al.</i> (2016)	Estudio transversal. Entrevistas telefónicas.	Población general, grupo de pacientes ambulatorios	Tratamiento positivo y discriminación en recursos de Salud Mental
6-Ye <i>et al.</i> (2016)	Estudio cualitativo. Relato de experiencias.	Población clínica	Experiencias discriminatorias y estigma.
7-Hamilton <i>et al.</i> (2016)	Estudio cualitativo. Relato de experiencias.	Población clínica, estudio cualitativo	Discriminación a usuarios de Salud Mental
8-Wainberg <i>et al.</i> (2016)	Estudio transversal. Cuestionarios.	Hospitalizados	Género y estigma sexual
9-Wilson <i>et al.</i> (2016)	Estudio cualitativo.	Población transgénero.	Discriminación de personas transgenero en Salud mental
10-Holley <i>et al.</i> (2016)	Estudio Cualitativo	Población clínica.	Estigma por raza, orientación sexual y enfermedad mental
11-Dieujuste (2016)	Estudio Cualitativo	Enfermería.	Influencia cultura y estigma
12-Tzouvara <i>et al.</i> (2016)	Revisión sistemática	Población general griega.	Influencia cultura y estigma
13-Corker <i>et al.</i> (2016)	Estudio longitudinal	Usuarios servicios salud general	Niveles de discriminación
14-Aznar-Lou <i>et al.</i>	Estudio transversal.	Población general.	Estigma a través de autoritarismo, benevolencia y

Máster en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria.
ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL Y SU INTIMA RELACIÓN CON LA EXCLUSIÓN SOCIAL.

(2016)	Escalas.		apoyo a salud mental comunitaria
15-Patten <i>et al.</i> (2016)	Estudio transversal. Escalas.	Población general	Nivel de discriminación y áreas psicosociales afectadas
16-Thornicroft <i>et al.</i> (2015)	Revisión sistemática	x	Conceptualización del estigma y dominios. Intervenciones antiestigma
17-Malli, Forrester-Jones y Murphy (2015)	Revisión bibliográfica,	Síndrome de Tourette	Niveles de estigmatización. Conceptualización del estigma.
18-De Viva, Sheerin, 19-Southwick, Roy, Pietrzak, & Harpaz-Rotem (2016)	Estudio experimental	Veteranos con TPET, depresión y ansiedad.	Estigma y resiliencia, apoyos sociales y personalidad.
20-Ungar, Kaank, & Szeto (2016)	Revisión sistemática	x	Prácticas para combatir el estigma
21-Faghir, Jacobsson y Edin-Liljegren (2015)	Estudio longitudinal.	Población general	Intervenciones en centros de atención sanitaria como antiestigma
22-Mora-Rios, Ortega-Ortega, & Natera (2015)	Estudio cualitativo.	Familia de personas con esquizofrenia	Estigma y la exclusión social a personas con esquizofrenia.
23-Stolzenburg, Freitag, Evans-Lacko, Muehlan, Schmidt, & Schomerus (2017)	Estudio cualitativo.	Población no tratada	Nivel de estigma dependiente de autoetiqueta o autoestigma
24-Grover <i>et al.</i> (2017)	Estudio transversal.	Población clínica y cuidadores.	Estigma en servicios psiquiátricos
25-Brondani, Alan y Donell (2017)	Estudio cualitativo.	Población clínica.	Estigma en adicciones, en clínicas odontológicas

26-Waugh,, Lethem, Sherring y Henderson (2017)	Estudio cualitativo.	Población profesional y que padece enfermedad mental.	Estigma en personas con enfermedad mental trabajadores del sistema de Salud.
27- Morgan, Reavley, Jorm y Beatson (2017)	Estudio cualitativo. Encuestas telefónicas.	Población general.	Valorar el alcance de la discriminación por allegados.
28- Krupchanka, et. al (2017)	Estudio transversal	Familiares de pacientes	Intervenciones antiestigma
29- Yoko et. al (2016)	Estudio transversal	Población clínica.	Valorara estigma en los diferentes etapas del desarrollo de la psicosis.

DISCUSIÓN

A partir de la revisión bibliografica expuesta en los apartados anteriores cabe destacar diferentes aspectos relacionados sobre el estigma que sufren las personas que han sido diagnosticadas de enfermedades mentales.

Inicialmente, el estigma social incluye elementos cognitivos, afectivos y conductuales que modulan la interacción de las personas respecto a la persona que padece el diagnóstico de enfermedad mental. Estas variables se manifiestan de forma significativa en la vida de la persona con una enfermedad mental, ya que el diagnóstico en sí mismo es una etiqueta que conlleva a diferentes connotaciones, las cuales juegan un papel fundamental en el momento de interactuar con una persona con dicho diagnóstico.

Evidentemente, los elementos cognitivos conllevan una serie de pautas de conocimiento que condicionan a los individuos. A su vez están sumidos en ignorancia o falta de conocimiento en profundidad de los trastornos mentales. Es habitual la confusión de trastornos o las creencias negativas asociadas a éstos. La siguiente reacción o nivel explicativo es el prejuicio afectivo que se genera posteriormente al reconocimiento cognitivo, por lo que al cargarse emocionalmente en

forma de rechazo, desagrado, miedo puede modular inmediatamente comportamientos que es el tercer nivel explicativo del estigma social. La persona suele discriminar comportamientos con la finalidad de ir en contra de aquel que posee el estigma o etiqueta, provocando coacción y represalias por el estigma.

No solamente cabe destacar el estigma en sí mismo, es importante destacar que éste es una reacción producto de una construcción social compleja, experimentada igualmente por los familiares de la persona que está sujeta a una etiqueta. Como bien se ha mencionado, éstos pueden experimentar culpa por lo que le sucede a la persona estigmatizada. No cabe duda, que las personas estigmatizadas suelen verse afectadas en gran medida en las diferentes esferas vitales. Es decir, el funcionamiento vital suele verse obstaculizado por el estigma y sus consecuencias, observando que la persona se aísla o busca evitar los ambientes a los cuales debe exponerse, lo que facilita que los familiares o allegados adopten actitudes de sobreprotección o rechazo por la misma condición de enfermedad mental.

Como parte de este problema, se observa que no solamente la persona puede ser víctima constante del juicio que realizan los otros respecto a lo que le acontece; también, es claro que las autoetiquetas o autoestigmatizaciones juegan un papel preponderante para la creencia de la persona. En la medida que la persona crea que los atributos y juicios que realizan otros sean verdaderos o ciertos, más se refuerza el estigma social. La autoestigmatización es un arma de doble filo que permite al individuo etiquetarse de diferentes formas, tomando en cuenta que algunas etiquetas suelen ser menos negativas que otras, sin embargo, al estar expuesto sobre un entorno hostil donde recibe continuamente observaciones de rechazo y exclusión las creencias sobre lo que se cree de sí mismo pueden facilitar o no el proceso de estigmatización. Usualmente, lo favorecen ya que las personas estigmatizadas suelen internalizar el estigma por el cual está siendo acusado o diagnosticado.

Estas variables intrapersonales e interpersonales son parte del proceso de estigmatización social. Adicionalmente a lo que se ha relatado, existe un nivel de desconocimiento importante sobre los diagnósticos y criterios de enfermedades mentales, por tanto, la información que se genera en la mayoría de los centros de atención a estas personas puede interferir significativamente con la recuperación e inserción de las personas con enfermedades mentales. Notablemente, la diferencia entre un trastorno psiquiátrico y otro puede ser importante al momento de estigmatizar o no a un individuo. Como se mencionaba anteriormente, los pacientes con esquizofrenia suelen considerarse en mayor desventaja y estigmatización social que los pacientes que fueron diagnosticados con bipolaridad, aunque ambos diagnósticos son complicados, las connotaciones culturales y estructurales no facilitan la recuperación de estos individuos.

Los recursos de atención sanitaria son lugares clave para la atención de las personas con problemas de salud mental. Dependiendo del nivel de estigma que posea el personal de salud, se reforzará el proceso de estigmatización mencionado. Es por ello que en estos lugares, donde se atiende a la persona con diagnóstico psiquiátrico, deben ser espacios donde existan menos prejuicios sobre estos individuos, ya que los pacientes suelen asistir con frecuencia. La forma en que el tratante interactúe con el paciente facilitará la recuperación deseada o no. Ya de por sí el tratamiento de las enfermedades mentales suele contener un alto indicador de prejuicio, dado que los tratamientos suelen ser enjuiciados negativamente por la mayoría de las personas que consideran que su problema, aunque es de carácter psiquiátrico, desconfían de la ayuda de este tipo. En este sentido, es importante que el personal sanitario cuente con la preparación adecuada para el manejo de estos casos, es decir, para cualquier diagnóstico que se presente en el lugar donde se realice la atención médica. De lo contrario, el trato indeseado puede favorecer significativamente el mantenimiento de los prejuicios y estigmatizaciones asociadas a lo que conlleva el proceso de tratamiento. Como es sabido, las personas que se consideran resilientes perciben que sus capacidades personales son suficientes para levantarse en la adversidad, lo que indica, que cualquier tipo de ayuda externa o psicológica o psiquiátrica, o médica sea una ayuda innecesaria. Entonces, el trabajo de atención puede verse en una desventaja importante porque la mayoría de los casos tendrán mayor desconfianza de estos centros.

Finalmente, está demostrado que los programas de anti-estigmatización suelen ser efectivos. Sin embargo, se deben tomar en cuenta los prejuicios de las personas al tratamiento y el estigma del personal de atención médica que influyen en las decisiones de los pacientes con enfermedades mentales. De este modo se plantean una serie de consideraciones que facilitan la recuperación de la persona con diagnóstico, su pertenencia plena a la sociedad. En primer lugar, se propone el contacto en vivo con las personas con diagnóstico. Esto incluye a los familiares y a cualquier otra persona que necesite estar informada acerca del diagnóstico y las consecuencias que esto genera. Para ello es importante reforzar las redes de apoyo de la persona que se encuentra bajo la condición de estigma. En segundo lugar, se está demostrando que los encuentros de contacto filmado también generan cambios significativos en las personas, es posible que se manifiesten estos cambios a nivel de conocimiento (cognitivo), logrando un cambio en las creencias de las personas que futuramente mejorará en los cambios actitudinales. Mientras se mantengan las estrategias para la modificación de creencias a nivel cognitivo los demás elementos que constituyen la triada serán afectados positivamente en pro de las personas con enfermedades mentales.

CONCLUSIONES

Tras haber realizado la revisión sistemática de los estudios e investigaciones sobre el estigma y discriminación hacia las personas con alguna enfermedad mental, es importante destacar que la estigmatización y el autoestigma son procesos psíquicos y sociales que repercuten en la salud mental de los individuos, que propician un deterioro aún mayor de las áreas de vida del mismo. Desde la perspectiva de los servicios de salud, las personas con autoestigma generan resistencia en el momento de afrontar su diagnóstico y el tratamiento, debido a que los prejuicios y cogniciones internalizadas muchas veces están dirigidas a que el enfermo mental no puede sanar, y que una enfermedad mental puede incidir significativamente en las áreas familiares, laborales, escolares y de pareja, desconociendo que muchas veces si se genera un tratamiento farmacológico y terapéutico a tiempo, puede influir en que la persona pueda llevar una vida adaptada a las exigencias sociales, y que puede seguir siendo autosuficiente, además de poder conseguirse una remisión completa de algunas patologías. Debido a la falta de información, este tipo de pensamientos generan directrices bastante rígidas en los pacientes con alguna enfermedad mental.

Por otra parte, esta falta de conocimiento no solo se presenta en los afectados por alguna patología, sino también en aquellas personas que están en contacto con personas con enfermedades mentales y sobre todo en las personas que desconocen completamente este tema. Es relevante mencionar lo preocupante de que muchas de las estigmatizaciones y discriminaciones percibidas en los estudios provienen de parte de profesionales de salud, médicos y enfermeras, muchas veces este comportamiento discriminatorio procede inclusive de los mismos familiares y vecinos de estas personas. Como consecuencia, las personas con este tipo de condiciones prefieren guardar en secreto lo que están padeciendo, y esto genera un impacto significativo en la emocionalidad de la persona, como por ejemplo vergüenza.

En cuanto a las culturas europeas, específicamente Inglaterra y Cataluña, se evidenciaron conductas favorables ante las personas con enfermedades mentales predominando la benevolencia, y el apoyo social, además de que los niveles de estigmatización y discriminación son menores a la de otras culturas. Una de las causas más resaltantes para este tipo de comportamiento fue la educación impartida a esta población, indicando entonces la importancia de la educación y capacitación de las personas para poder abordar de manera adaptativa a las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Aunque en contraste a otras investigaciones en las cuales no se evidenciaron diferencias significativas debido a la variable grado educativa, es pertinente acotar que

la educación tanto a las personas con alguna patología, como a la que no la presenta, debe incluir información acerca de las enfermedades mentales, tratamiento y pronósticos, para así mitigar el daño causado por la estigmatización.

En síntesis, se puede establecer que la estigmatización social es una construcción social compleja que involucra diferentes niveles de desenvolvimiento del individuo, a saber: cognitivo, afectivo y comportamental, estos niveles suelen estar sujetos a modificaciones. Algunos autores plantean que, dependiendo de dónde se encuentre la mayor dificultad, puede enfocarse la intervención hacia el elemento cognitivo o el afectivo. Pero los estereotipos como esquemas de respuesta juegan un papel en contra de los intentos por mejorar la respuesta de las personas que suelen estigmatizar a los individuos con problemas de salud mental.

Los estereotipos son un tipo de conocimiento social que mantiene estructuras o creencias que tienen la mayoría de los miembros de un grupo social y cultural. Éste comparte estas estructuras a nivel general, como si se tratase de un juicio universal con el cual se pueden explicar diferentes realidades o situaciones que parecen ser extrañas. Por ejemplo, las personas con enfermedades mentales a menudo son representados como incompetentes y peligrosos, también se puede encontrar que las personas que están de acuerdo con estos estereotipos negativos tienen una respuesta emocional prejuiciosa de rechazo, juicio de una violencia aparentemente inherente a la enfermedad mental, lo que conduce generalmente a la discriminación.

Cada vez son más los casos de estigmatización y victimización hallados a nivel internacional producto del incremento en los prejuicios hacia éstos. A las personas con diagnósticos psiquiátricos se les dificulta retomar su vida o mantener una calidad de vida estable debido a que las diferentes esferas de su vida se encuentran profundamente afectadas. Como se ha mostrado, la experiencia de contacto con personas con enfermedades mentales suele ser una forma muy eficiente de reducir el prejuicio, las creencias erróneas, los esquemas irracionales y la estigmatización negativa. Al ser el contacto agradable, voluntario, la persona puede estar en condición cooperativa con el otro, bajo igualdad de condiciones porque a diferencia de la persona que no se encuentra bajo una enfermedad mental, aquellas que estigmatizan suelen posicionarse en lugares de poder sobre las otras, como si se tratase de que la enfermedad suele ser incapacitante o desvalidar a la persona. Entonces, el contacto en vivo o filmado, bajo las condiciones enteras de conocimiento, es decir, que el personal o las personas involucradas tengan la mayor información disponible respecto al estigma, logrará disminuir considerablemente el estigma existente.

La distancia social, la ignorancia, la emocionalidad de rechazo, culpa y sobre todo la desinformación y distanciamiento social juegan un papel primordial que suele ser contrarrestable. Asimismo, si estas variables se mantienen en la calidad de contacto en vivo, éste puede reforzar los

estereotipos negativos, mejorar aún más los sentimientos negativos de las personas hacia los individuos con enfermedades mentales.

Por otra parte, los centros de atención sanitaria deben reestructurarse para generar mayores cambios en los programas de contacto. En este sentido, el marketing suele ser una estrategia óptima para llevar a cabo la publicidad indispensable para lograr mayor número de participantes dentro del programa. Es válido esperar que muchas personas no se interesen por esto, porque eso forma parte del papel exclusivo de la persona con enfermedad mental, pero el marketing puede generar estrategias de atracción de las personas que mantienen estigmas sociales respecto a las personas con diagnósticos psiquiátricos.

Finalmente, se debe tener en cuenta que los grupos que asisten deben ser evidentemente homogéneos, deben existir elementos en común que unan a las personas que asistan al programa. Se conocen los elementos que juegan en contra y favorecen la estigmatización de las personas con enfermedades mentales, sin embargo, si se maneja el conocimiento estereotipado de las mismas, los niveles de comportamiento e intervención (cognitivo, afectivo y social), se puede establecer un programa dentro de un marketing potencialmente atractivo que favorezca la participación de mayor cantidad de personas, que compartan intereses en común, que los lleven a conocer y estar en contacto con estas personas que suelen estar frecuentemente afectadas no solamente por el estigma que crean otros, sino por que también influye lo que ellos creen de sí mismos, que es producto de la construcción social.

Referencias bibliográficas

- Aznar-Lou, I; Serrano-Blanco, A; Fernández, A; Luciano, J; Rubio-Valera, M. (2016) Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health* (2016) 16:127
- Baba Yoko, Nemoto Takahiro, Tsujino Naohisa, Yamaguchi Taiju, Katagiri Naoyuki, Mizuno Masafumi, Stigma toward psychosis and its formulation process: prejudice and discrimination against early stages of schizophrenia, *Comprehensive Psychiatry* (2016), doi: 10.1016/j.comppsy.2016.11.005
- Brondani MA, Alan R, Donnelly L (2017) Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings. *PLoS ONE* 12(5): e0177388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177388>
- Brouwers EPM, Mathijssen J, Van Bortel T, et al. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open* 2016;6:e009961.doi:10.1136/bmjopen-2015-009961
- Callejas Fonseca, Leopoldo; Piña Mendoza, Cupatitzio La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil *El Cotidiano*, núm. 134, noviembre-diciembre, 2005, pp. 64-70 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco Distrito Federal, México
- Corker E, Hamilton S, Robinson E, Cotney J, Pinfold V, Rose D, Thornicroft G, Henderson C. (2016) Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008–2014. *Acta Psychiatr Scand* 2016: 134 (Suppl. 446): 6–13
- DeViva, J., Sheerin, C., Southwick, S., Roy, A., Pietrzak, R., & Harpaz-Rotem, I. (2016). Correlates of VA Mental Health Treatment Utilization Among OEF/OIF/OND Veterans: Resilience, Stigma, Social Support, Personality, and Beliefs About Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 310-318.
- Dieujuste, C. (2016) The concept of stigma in mental illness as applied to Haitian Americans. *International Nursing Review* 63, 200–207

- Faghir, H., Jacobsson, L., & Edin-Liljegren, A. (2015). Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976–2014 in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-7.
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., . . . Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 14-22.
- Hansson, L., Stjernswärd, S., & Svensson, B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 71-79.
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C., & White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research*(56), 16-25.
- Holley, L; Tavassoli, K; Stromwall, L. (2016) Mental Illness Discrimination in Mental Health Treatment Programs: Intersections of Race, Ethnicity, and Sexual Orientation. *Community Ment Health J* (2016) 52:311–322
- Krupchanka, D., Kruk, N., Sartorius, N., Davey, S., Winkler, P., & Murray, J. (2017). Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of Belarus. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1-9.
- Malli, M., Forrester-Jones, R., & Murphy, G. (2015). Stigma in youth with Tourette's syndrome: a systematic review and synthesis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1-13.
- Mora-Rios, J., Ortega-Ortega, M., & Natera, G. (2015). Subjective Experience and Resources for Coping With Stigma in People With a Diagnosis of Schizophrenia: An Intersectional Approach. *Qualitative Health Research*, 1-15.
- Morgan, A., Reavley, N., Jorm, A., & Beatson, R. (2016). Experiences of discrimination and positive treatment from health professionals: A national survey of adults with mental health problems. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1-9.
- Morgan, A., Reavley, N., Jorm, A., & Beatson, R. (2017). Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1-9.

- Patten, S., Williams, J., Lavorato, D., Bulloch, A., Charbonneau, M., Gautam, M., . . . Heather, S. (2016). Perceived Stigma among Recipients of Mental Health Care in the General Canadian Population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(8), 480-488.
- Prasko, J., Ociskova, M., Grambal, A., Sigmundova, Z., Kasalova, P., Marackova, M., . . . Slepecky, M. (2016). Personality features, dissociation, self-stigma, hope, and the complex treatment of depressive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*(12), 2539-2552.
- Ran, M., Zhang, T., Yin-Ling, I., Yang, X., C., L., Liu, B., . . . Lai-Wan, C. (2017). Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *Original Article*, 1-8.
- Sandeep Grover, Ajit Avasthi, Aakanksha Singh, Amitava Dan, Rajarshi Neogi, Darpan Kaur, Bhavesh Lakdawala, Abhijit R. Rozatkar, Naresh Nebhinani, Suravi Patra, Priya Sivashankar, Alka A. Subramanyam, Adarsh Tripathi, Ab Majid Gania, Gurvinder Pal Singh and Prakash Behere, Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from India, *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.027>
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2016). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*(24), 125-129.
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2017). The Stigma of Mental Illness as a Barrier to Self Labeling as Having. *ORIGINAL ARTICLE*, 1-7.
- The National Academies Press. (2016). *Ending Discrimination Against People with Mental and*. Washington,DC.
- Thornicroft, G., NishaMehta, S., Evans-Lacko, S., Doherty, Mary, R. D., Koschorke, M., . . . Henderson, C. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Centre for Global Mental*, 1-10.
- Tzouvara, V; Papadopoulos, C; Randhawa, G. (2016) Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture *International Journal of Social Psychiatry* 1–14
- Ungar, T., Knaak, S., & Szeto, A. (2016). Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment Health J*, 52, 262-271.

- Wainberg, M., Cournos, F., Wall, M., Norcini, A., Gruber, C., Pinto, D., . . . McKinnon, K. (Junio de 2016). Mental Illness Sexual Stigma: Implications for Health and Recovery. *Psychiatr Rehabil J.*, 39, 90-96.
- William Waugh, Claudia Lethem, Simon Sherring & Claire Henderson (2017): Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: a qualitative study, *Journal of Mental Health*, DOI: 10.1080/09638237.2017.1322184
- Wilson, E., Yea-Hung Chen, M., Arayasirikul, S. F., & McFarland, W. (2016). The impact of discrimination on the mental health of trans*female youth and the protective effect of parental support. *AIDS Behav*, 2203-2211.
- Ye, j., Chen, T., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Relly, C. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-10.
- Yu-Chen Kao, Yin-Ju Lien, Hsin-An Chang, Sheng-Chiang, Wang, Nian-Sheng Tzeng and Ching-Hui Loh, Evidence for the indirect effects of perceived public stigma on psychosocial outcomes: The mediating role of selfstigma, *Psychiatry Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.030>