

---

# GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES DE LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

---

Grupo de trabajo Lucha contra el estigma en Salud Mental

**Arroyo Cifuentes, José Luis**  
**Díaz Mandado, Olimpia**  
**García de Mateos Granda, Ana María**  
**Gil Sanz, David**  
**González Blanco, María**  
**González Rueda, Raúl**  
**Juanes Gimenez, David**  
**Martín Mora, Susana**  
**Martínez Cabezón, Ana María**

## 01. INTRODUCCIÓN

El estigma se ha convertido en una prioridad para los servicios de rehabilitación y tratamiento en salud mental. No solo supone una vulneración de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, sino una importante barrera para su recuperación y su inclusión social como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. Hasta ahora, la revisión de las evidencias sobre las intervenciones para reducir el estigma social ha mostrado la dificultad para modificarlo y, además han señalado los riesgos de la implantación de estrategias ineficaces debido a la generación de efectos indeseados. Sin embargo, la evidencia científica también ha arrojado luz en torno a la identificación de las prácticas más eficaces en la reducción del estigma social y personal<sup>1</sup>. Esta guía pretende dar a conocer las **evidencias disponibles** sobre este tipo de intervenciones, facilitando recomendaciones prácticas sobre el tipo de acción o estrategia que se puede desarrollar desde los servicios.

## 02. DEFINICIÓN Y DIMENSIONES

El **estigma** en salud mental se ha definido como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables <sup>2</sup>.

Pese a que esta conceptualización aplicada en salud mental forma parte de las llamadas actitudes sociales, y como tal se estaría hablando de un fenómeno social complejo, podrían diferenciarse dentro del estigma componentes cognitivos, emocionales y conductuales <sup>3</sup>. Los componentes cognitivos o **estereotipos** son estructuras de conocimiento aprendidas de la mayoría de los miembros del grupo social. Esta dimensión cognitiva incluye un conjunto de creencias erróneas sobre las personas con trastornos mentales, siendo las más frecuentes las relacionadas con su peligrosidad, impredecibilidad, incompetencia, imposibilidad de recuperación y culpabilidad en el origen de su trastorno <sup>3, 4</sup>. El acuerdo con estos estereotipos conlleva reacciones emocionales o **prejuicios** que implicarían una valoración, generalmente negativa, de las personas con trastorno mental, e incluyen reacciones emocionales como el enfado, el miedo o la pena. Finalmente, los prejuicios pueden dar lugar a los componentes conductuales o la **discriminación**, como por ejemplo el trato diferencial en comparación con

personas no diagnosticadas, o directamente la evitación y rechazo del contacto con personas con problemas de salud mental. Esta discriminación puede manifestarse en diferentes ámbitos de la vida de la persona, como en el laboral, familiar, educativo o social <sup>5</sup>.

### 03. TIPOS DE ESTIGMA

Se han identificado al menos tres tipos de estigma en salud mental: estructural, social y personal <sup>6,7</sup>. Por un lado, el **estigma estructural o institucional** hace referencia a la discriminación existente en leyes e instituciones públicas. Ejemplo de este tipo de estigma serían “las legislaciones que restringen derechos en función de un diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio” <sup>8</sup>. Por otro lado, el **estigma social** hace referencia al existente en la población general o en ámbitos específicos, por ejemplo en el laboral, en la familia o en los profesionales.

Por último, el **estigma personal**, que constituye una de las principales barreras para la integración social de las personas con problemas de salud mental. Este tipo de estigma está formado, a su vez, por tres dimensiones <sup>7</sup>: 1) **estigma percibido o anticipado**, creencias y actitudes negativas que las personas diagnosticadas creen que la sociedad tiene hacia ellos; 2) **estigma experimentado**, vivencias concretas de rechazo, discriminación o falta de oportunidades 3) **estigma internalizado o autoestigma** (en la literatura estos dos términos se usan como sinónimos), definido como “*un proceso subjetivo caracterizado por la aprobación de los estereotipos sobre los trastornos mentales, sentimientos negativos sobre uno mismo y comportamientos desadaptativos de autodiscriminación*” <sup>6</sup>. Basándose en esta definición, y en paralelo con el estigma público, el autoestigma está compuesto por tres componentes<sup>6</sup>:

- a) Cognitivo: identificación y aprobación de los estereotipos
- b) Emocional: sentimientos negativos hacia uno mismo y una misma
- c) Conductual: conductas de autodiscriminación, como no aprovechar oportunidades de empleo o alojamiento, aislarse o no buscar ayuda

Los resultados de los estudios de prevalencia del autoestigma señalan que los diferentes componentes (emocional y conductual) podrían aparecer de manera

- 12 Arroyo Cifuentes, José Luis / Díaz Mandado, Olimpia / García de Mateos Granda, Ana María / Gil Sanz, David / González Blanco, María / González Rueda, Raúl / Juanes Gimenez, David / Martín Mora, Susana / Martínez Cabezón, Ana María

relativamente independiente al componente cognitivo <sup>9</sup>. Es decir, que no sería necesario que una persona con problemas de salud mental se identifique con o apruebe los estereotipos para que desarrolle sentimientos negativos hacia sí misma o conductas de autodiscriminación.

Corrigan et al., <sup>10</sup> proponen un modelo progresivo del autoestigma centrado, fundamentalmente, en el componente cognitivo. Según estos autores, se podrían diferenciar tres elementos progresivos en este componente:

- ser conscientes de que los estereotipos existen (aware)
- estar de acuerdo con ellos (agree)
- e identificarse con ellos (apply)

El autoestigma se manifestaría a través de un continuo, en el que algunas personas con problemas de salud mental ni siquiera perciben el estigma, mientras que otras son conscientes de los estereotipos, los interiorizan y acaban presentando estigma internalizado. Por último, otro grupo de personas percibirían los estereotipos pero ni están de acuerdo con ellos ni se los aplican a sí mismas, desarrollando de esta manera una resistencia frente al estigma y reaccionando desde el empoderamiento <sup>11</sup>.

Asimismo, la literatura muestra que el autoestigma aparece ya desde los inicios del trastorno. Así ocurre, por ejemplo, en los primeros episodios de psicosis, si bien los estudios presentan resultados dispares entre sí (entre un 6 y un 46%). Hay algunas evidencias que indican que después del primer año de tratamiento, estos porcentajes disminuyen <sup>12</sup>. Además, aproximadamente el 40% de las personas no experimentarían ningún tipo de estigma, siendo el nivel bajo de sintomatología y el buen nivel de funcionamiento variables protectoras <sup>12</sup>.

## 04. CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

El estigma tiene un gran impacto en la vida de las personas con problemas de salud mental, siendo uno de los principales **obstáculos en su recuperación**. Por un lado, a nivel social el estigma restringe las oportunidades de participación en la comunidad que tendrían todos los ciudadanos y ciudadanas. Así, por ejemplo, se limitan las oportunidades de incorporación al mundo laboral,

las posibilidades de alquilar una vivienda, de recibir ayuda por parte de otros así como de poder entablar relaciones de amistad o de pareja <sup>13</sup>. Por otro lado, el estigma empeoraría la sintomatología, el funcionamiento social y reduciría tanto las expectativas que la propia persona tenga de su recuperación como su autoestima, empoderamiento o calidad de vida <sup>6</sup>. Además, el estigma conlleva que la persona evite utilizar los servicios de atención en salud mental, perpetuando así el empeoramiento en su proceso de recuperación <sup>14</sup>.

## 05. INTERVENCIONES EN ESTIGMA SOCIAL

### 05.1 Diseño de intervenciones en estigma social

Debido al obstáculo que el estigma supone para el proceso de recuperación, resulta prioritario que los servicios de atención a las personas con problemas de salud mental diseñen y desarrollen iniciativas que puedan disminuir estos efectos. Las intervenciones de lucha contra el estigma social se dividen en los siguientes tipos en función de la metodología empleada<sup>8</sup>:

- **Educativa/informativa:** Se caracterizan por aportar información sobre salud mental abordando los principales mitos y estereotipos.
- **Contacto:** Son acciones cooperativas en las que se busca la reducción del estigma, mediante la creación de espacios comunes donde se da un contacto directo entre personas con problemas de salud mental y la población diana.
- **Narrativas:** Consisten en iniciativas donde la persona con experiencia en salud mental cuenta su historia en primera persona, ante otros con fin de modificar las creencias asociadas a los trastornos mentales.
- **Protesta:** Incluye manifestaciones o actos de reivindicación que pretenden denunciar diversas situaciones donde se ha detectado discriminación o merma en el acceso a derechos fundamentales.
- **Mixta:** Son las intervenciones que incluyen diversos tipos de abordaje de los expuestos anteriormente.

- 14 Arroyo Cifuentes, José Luis / Diaz Mandado, Olimpia / García de Mateos Granda, Ana María / Gil Sanz, David / González Blanco, María / González Rueda, Raúl / Juanes Gimenez, David / Martín Mora, Susana / Martínez Cabezón, Ana María

De acuerdo con Lopez et al, <sup>8</sup> existirían tres tipos de estrategias para desarrollar programas y campañas antiestigma:

1. **Movilización y protesta:** Incluye manifestaciones o actos de reivindicación que pretenden denunciar diversas situaciones de discriminación o estigmatizantes
2. **Basadas en la información o educación:** Se caracterizan por aportar información sobre salud mental abordando los principales mitos y estereotipos.
3. **Contacto e interacción social:** Son acciones cooperativas en las que se busca la reducción del estigma, mediante la creación de espacios comunes donde se da un contacto directo entre personas con problemas de salud mental y la población diana.

Partiendo de las estrategias anteriores, se podrían elaborar programas con metodologías mixtas, como por ejemplo, alguna que incluya una parte educativa que se emplee para contextualizar y ampliar el conocimiento de un tema y que se complemente con una acción basada en el contacto social.

## 05.2. Eficacia de las intervenciones en la lucha contra el estigma social

A continuación, se exponen de manera más exhaustiva y específica los resultados de eficacia de cada tipo de intervención.

### 05.2.1 Intervenciones educativas

Las intervenciones educativas son aquellas que utilizan la **información** o los **datos objetivos** para favorecer el cambio de actitudes a partir de ellos. Estas intervenciones utilizan materiales psicoeducativos sobre los diferentes problemas de salud mental, modelos explicativos, etc., así como las principales ideas falsas y estereotipos asociados a los mismos<sup>15</sup>. A continuación se exponen algunas recomendaciones a considerar en este tipo de intervenciones:

1. Es fundamental **adaptar** la sesión/es en contenido y vocabulario al público objetivo, evitando tecnicismos o conceptos que no se vayan a entender de

manera adecuada, así como abusar de un lenguaje desde una perspectiva biologicista, siendo recomendable centrarse en el concepto de recuperación y capacidades. Si se utilizan ejemplos de personalidades que hayan revelado que padecen un problema de salud mental, sería importante seleccionar las que puedan ser personas de influencia de acuerdo al público “diana” (por ejemplo considerando las inquietudes, aspectos culturales, nivel socioeconómico, perfil generacional, etc.) <sup>15</sup>.

2. No focalizar la exposición en la detección de síntomas o diagnósticos. Se recomienda que a la hora de explicar el origen del trastorno, se utilice una **explicación multicausal**, concretamente desde el modelo de vulnerabilidad-estrés <sup>16</sup>.
3. Al igual que en el resto de intervenciones, la **individualización** en el diseño va a ser crucial en la eficacia de la misma. Las intervenciones locales y adaptadas a un público concreto serían mucho más eficaces que aquellas elaboradas de manera estándar y que no se dirigen a ningún grupo específico.
4. En el caso de incluir el contacto a través de la exposición de una experiencia en primera persona, lo ideal es realizarlo en vivo <sup>17</sup>. Si no fuese posible este tipo de contacto, se podría utilizar otras alternativas como el uso de vídeos <sup>18</sup>.
5. De cara a integrar el contenido y favorecer el cuestionamiento y la reflexión, es muy importante que la acción sea lo más **participativa** posible, incluyendo trabajo o reflexión por grupos, individual, espacio para debate, etc.,
6. Finalmente, es importante considerar que las intervenciones que aportan información de forma genérica o divulgativa sobre temas relacionados con la salud mental (por ejemplo, identificación de síntomas y gestión de emociones, o estrategias de solución de problemas y mecanismos para pedir ayuda) **no serían acciones de lucha contra el estigma** <sup>19</sup>. Estas acciones amplían la información sobre salud mental, favoreciendo que las personas tengan más herramientas de detección y gestión; sin embargo, podrían asimismo aumentar la distancia social con aquellas personas que tienen un problema de salud mental.

Este tipo de intervenciones pueden ser llevadas a cabo únicamente por profesionales o de forma conjunta por profesionales y usuarios/as. Cabe destacar los resultados positivos cuando la acción es impartida por profesionales y usuarios/as, ambos como equipo docente. Un ejemplo de ello lo encontramos en la Asociación Activament, que siguiendo el programa Opening Minds canadiense (<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/opening-minds>), realiza intervenciones antiestigma dirigidas a profesionales de servicios de atención primaria y salud mental con personas con experiencias en primera persona entrenadas en la formación a impartir.

Las intervenciones educativas tendrían que aportar información que cuestione y desafíe los principales estereotipos hacia los problemas de salud mental tales como la violencia y peligrosidad, la incapacidad de recuperación, la imprevisibilidad y la incapacidad para gobernar su propia vida<sup>3, 4</sup>. Además, se recomienda incluir dentro de este tipo de intervenciones mensajes que aborden los siguientes aspectos<sup>20</sup>:

- La elevada prevalencia de los problemas de salud mental (“1 de cada 4 personas experimentará un problema de salud mental a lo largo de su vida”)
- La importancia de la inclusión social y el respeto a los derechos humanos (“las personas con problemas de salud mental tienen derecho a trabajar o a vivir en comunidad como cualquier ciudadano”)
- La relevancia de centrarse en las personas más allá de su diagnóstico (“las personas con esquizofrenia son PERSONAS con esquizofrenia”, “Miradme a mí, no a mi diagnóstico”)
- El abordaje de los problemas de salud mental dentro de un continuo (“Cerca del 15% de personas sin diagnosticar tienen voces a lo largo de su vida”). Este tipo de abordajes genera procesos de identificación entre personas que no han sido diagnosticadas de un problema de salud mental con personas que sí han sido diagnosticadas y se asocia a un menor deseo de distancia social, menor percepción de peligrosidad e imprevisibilidad y miedo<sup>21</sup>.
- La orientación hacia la recuperación, incluyendo indicadores objetivos y subjetivos de recuperación, como son la remisión de síntomas, el buen funcionamiento, la esperanza o vida satisfactoria, etc. (“Las personas con esquizo-

frenia pueden vivir una vida satisfactoria”, “Las personas con problemas de salud mental pueden recuperarse”, etc.)

A su vez, las intervenciones educativas pueden dividirse en función de la franja de edad a la que van dirigidas.

### **Intervenciones educativas para infancia y juventud**

Existen evidencias que señalan que las intervenciones educativas son **más efectivas** en niños y niñas y jóvenes que en adultos<sup>22</sup>. Así, según Corrigan et al., (2012) ello puede deberse a que las actitudes no están tan arraigadas en los primeros años de la vida como en la edad adulta, por lo que en infancia y juventud son más permeables a la modificación de estos constructos. La eficacia de estas acciones se incrementa cuando se realiza una acción mixta y se incorpora el contacto con una persona con problemas de salud mental <sup>22</sup>.

En toda intervención de carácter educativo llevada a cabo en centros escolares o institutos, se recomienda implicar a otros **agentes educativos**, como progenitores y docentes con acciones específicas para ellos. El que la acción esté dentro de un plan integral y se aborde desde diferentes agentes, favorece la consolidación de aquello que queremos transmitir. Por último, señalar que los estudios muestran que las mejoras en las actitudes provocadas por las intervenciones educativas en niños y niñas y adolescentes se desvanecen con el tiempo <sup>22</sup>. Así, con el fin de mantener las mejoras actitudinales, se recomienda que la acción tenga **continuidad** en el tiempo y que no se quede en algo puntual. También, en la medida de lo posible, y teniendo en cuenta la implicación del profesorado, sería relevante que los aspectos abordados se pudieran tratar de manera transversal en otras asignaturas o temas. Un ejemplo encuadrado dentro de las intervenciones educativas enfocadas hacia la juventud, lo constituye el **Programa Antiestigma Hospitalet de Llobregat**. Dicho programa se desarrolla desde hace más de 10 años por el Centro Asistencial de Salud Mental Benito Menni de Hermanas Hospitalarias. El programa tiene como objetivo sensibilizar y promover el cambio de actitudes en jóvenes y hasta la fecha han participado más de 8000 estudiantes de diferentes instituciones educativas de la zona de Hospitalet Llobregat. El programa se basa en aportar información realista y testimonios en primera persona a través de un equipo formado por profesionales y personas con problemas de salud mental.

## Intervenciones educativas para personas adultas

Los estudios muestran que en el caso de las personas adultas, las estrategias basadas en el **contacto** con personas con problemas de salud mental son las más eficaces, ya que las que utilizan únicamente una metodología educativa apenas muestran resultados significativos <sup>22</sup>. Por lo tanto, si se plantea una acción dirigida a adultos, se recomienda optar por una metodología mixta que incluya ambos componentes.

En el anterior punto, se destacaba la importancia de implicar a otros agentes educativos en la acción como docentes y familiares. En el caso de las acciones dirigidas a personas adultas, sería relevante implicar a aquellas personas que, o bien son líderes de opinión, o bien son las encargadas de tomar decisiones importantes para el cambio. Por ejemplo, una intervención psicoeducativa desarrollada en un contexto laboral podría estar dirigida no solo a los trabajadores y las trabajadoras sino a los responsables del departamento de personal.

### 05.2.2 Intervenciones basadas en el contacto

Una intervención basada en el contacto de acuerdo con Corrigan et al, es aquella en la que a través de la **interacción** entre dos grupos de personas, se quieren modificar las actitudes que uno de los grupos tiene hacia el otro <sup>22</sup>. En este sentido, se recomienda que el grupo se presente como miembros asociados a una entidad, asociación, etc.

Las recomendaciones en este tipo de intervenciones enfatizan el diseño de acciones concretas dirigidas a grupos más locales y diseñadas por y para ellos <sup>23</sup>. **El contacto en sí mismo no genera cambio**. Para que estas acciones se transformen en una herramienta eficaz de lucha contra el estigma, deben hacerse bajo determinados parámetros que se detallan a continuación.

Corrigan <sup>17</sup> ha señalado cinco **claves** que mejorarían el impacto de una acción antiestigma. Dichos componentes se resumen en el acrónimo **TLC-3** (“targeted, local, credible, contact continuous”) <sup>17</sup>:

1. El contacto directo con personas con problemas de salud mental sería crucial en toda acción antiestigma. La narrativa de una persona sobre su experiencia de recuperación puede generar gran impacto en quien lo escucha y potenciaría los resultados de una acción meramente informativa.

2. El contacto debería estar dirigido a grupos de interés de acuerdo a los objetivos que se quieran conseguir, y a partir de la selección del grupo objetivo, se definiría la estrategia de la acción. Dicha estrategia incluirá el objetivo y el tiempo del que se dispone, así como el mensaje que se quiere transmitir.
3. El contacto local es más efectivo, y se considerarían los factores del contexto para que la acción sea coherente con el mismo, valorando los factores socioeconómicos y culturales del grupo.
4. El mensaje debe ser creíble. Para ello habría que tener en cuenta tres aspectos:
  - Que la persona que comparta su experiencia sea del mismo nivel socioeconómico y estatus de la audiencia.
  - Mostrar a personas que sirvan de espejo al público diana. Por ejemplo, si la acción se dirige a empresarios y empresarias, se deberá utilizar el discurso de un empresario que tenga dentro de su plantilla a personas con problemas de salud mental
  - Compartir una historia de recuperación en la que exponga una experiencia exitosa en el trabajo, estudios, etc.

El contacto continuado en el tiempo aumentaría la eficacia de dicha acción.

Por último, se recomienda que el contacto se lleve a cabo cuando las personas estén en un momento avanzado de su proceso de **recuperación**, ya que si están en un momento de descompensación psicopatológica o en una situación de exclusión social grave pueden generar un efecto contrario <sup>24</sup>. Como ya se ha expuesto, en el método TLC-3 de Corrigan <sup>17</sup>, es importante que la persona muestre a través de su ejemplo el éxito o la consecución de objetivos personales relevantes en diferentes áreas de su vida como la laboral, familiar, social, etc.

Recientemente, el equipo de investigadores liderado por Patrick Corrigan, ha diseñado un programa anti estigma basado en el contacto<sup>23</sup>, que se está implementando en diferentes partes de EEUU para evaluar su eficacia.

Desde el Hospital Sagrat Cor de Martorell se colabora con el programa "**Parejas artísticas, experiencias creativas para la salud mental**". Se trata de una iniciativa que nace en la Fundación Centro Médico Psicopedagógico de Osona, como forma de dar a conocer una visión más positiva y realista de los problemas de salud mental. El programa trata de promover el contacto entre un artista de cualquier ámbito (pintura, fotografía, escultura,...) con una persona con problemas de salud mental. A lo largo de un tiempo determinado se reúnen y trabajan conjuntamente en una obra artística de temática y modalidad libre. Las obras resultantes de este proceso se reúnen posteriormente en una exposición itinerante en Cataluña y, finalmente, se subastan con el fin de financiar el siguiente proyecto.

Un segundo ejemplo de buenas prácticas en acciones antiestigma basadas en el contacto, lo constituye el proyecto denominado **Villaverde TEJE**. Dicho proyecto se desarrolla desde hace 6 años en el Centro de Día de Villaverde (Madrid), perteneciente a Clínica San Miguel-Línea de Rehabilitación Psicosocial. *Villaverde Teje* es el nombre de un grupo de personas formado por usuarias/os del Centro de Día y vecinas/os del mismo barrio. El grupo se reúne semanalmente en una sala del Centro Cultural del barrio para tejer diferentes creaciones destinadas a organizaciones solidarias (p.e. mantas y bufandas destinadas a personas sin hogar, juguetes destinados a niños/as prematuros para el trabajo de estimulación, fundas para cojines térmicos para mujeres con cáncer de mama). *Villaverde Teje*, constituye una acción de lucha contra el estigma social en la que se emplea el contacto como metodología. En el espacio conviven, usuarias/os y vecinas/os en el mismo rol, el de tejedoras.

### 05.2.3. Intervenciones que incluyen experiencias en primera persona

En estas intervenciones se utilizan las vivencias y experiencias en primera persona para modificar las actitudes de una audiencia. La narrativa personal favorece la empatía y comprensión del problema.

Para que este tipo de intervenciones tengan un efecto positivo en el otro y eviten efectos adversos, se recomienda tener en cuenta los siguientes aspectos<sup>15</sup>:

- Mantener un discurso **normalizador**, evitar la separación "*ellos y nosotros*", hablar de conceptos como diversidad, exponer el universo emocional y el sufrimiento como inherente a la condición humana.

- En lo referente al **vocabulario**, evitar presentarse bajo etiquetas diagnósticas como “*esquizofrénico*”, “*bipolar*”, etc. Se recomienda: 1) no generalizar (por ejemplo, atribuyendo determinadas características de personalidad a personas englobadas en un mismo diagnóstico); 2) enfatizar que el trastorno supone una parte de la persona, pero no su totalidad; y 3) evitar hablar de los trastornos como características inmodificables y permanentes.
- Mostrar **esperanza** a través de una experiencia de recuperación.
- La narrativa debería ser cercana al estereotipo del público al que va dirigida para que resulte **verosímil**. Si se aleja mucho de las ideas previas de la audiencia, podrían dudar de la autenticidad. Al utilizar un **testimonio real**, se evita *maquillar* los relatos, siendo relevante desarrollar los aspectos más difíciles, las dificultades que han ido surgiendo, especialmente en los primeros momentos del inicio del trastorno y, posteriormente así como detallar el proceso de recuperación y consecución de logros de la persona. También es recomendable que la narrativa incluya dificultades inherentes a la discriminación y al estigma (por ejemplo, el estigma que haya experimentado la persona para acceder a un puesto de trabajo, encontrar una pareja, alquiler de piso, etc.)<sup>16</sup>.

#### 05.2.4. Disclosure o revelación

En los últimos años, diferentes investigaciones están identificando los efectos que la revelación tiene para la persona con un problema de salud mental para su entorno cercano, así como para la sociedad <sup>25, 26</sup>. El acto de revelar supone **compartir** una información que hasta ese momento ha sido un secreto o algo desconocido para la otra persona. Este acto de *sacar a la luz* y, de alguna manera, “*liberarse*” de ese secreto, podría aportar beneficios para la persona que decide dar el paso, ya que la ocultación de información de carácter relevante que implica a la propia persona generaría malestar por el hecho de no poder compartirla.

Tomar la decisión de “**salir del armario**”, como se denomina habitualmente, puede tener diferentes efectos positivos, como aliviar el malestar asociado a mantener un secreto, aumentar la cercanía con algunas personas o contribuir a que otras entiendan conductas o hechos del pasado para los que no había una explicación clara. Además, a nivel social favorecería la normalización de los

problemas de salud y permitiría el conocimiento de los recursos y tratamientos disponibles facilitando el acceso temprano a los mismos. Sin embargo, igual que ha sucedido y sucede con otros colectivos que también sufren stigma social, la revelación también puede generar efectos negativos, como un aumento del rechazo que desembocará en consecuencias negativas a nivel laboral, social, familiar, etc. Por ello, la decisión de revelar la existencia de un problema de salud mental, es una decisión absolutamente personal y ha de respetarse tanto si se realiza como si no y cómo se realiza (p.e. utilizando las redes sociales o solamente con la pareja o familia cercana) <sup>25</sup>.

La revelación se ha considerado una estrategia de lucha contra el estigma. Por ejemplo, el programa HOP (*Honest, Open, Proud*), está dirigido a la divulgación estratégica como forma de reducir el estigma social y también el autoestigma <sup>23</sup>. Dicho programa expone cuáles serían los pasos a seguir de cara a hacer público la existencia de un problema de salud mental <sup>26</sup>:

1. En línea con lo expuesto en otras intervenciones, desarrollar la estrategia de manera local, adaptándola al contexto cultural y socioeconómico.
2. Invitar a la persona a analizar los pros y contras de dicha revelación, analizar las posibles respuestas que puedan tener las personas que le rodean, así como ver qué personas de su círculo están más sensibilizadas con la salud mental.
3. En el caso de decidir divulgar, dar apoyo a la persona en el modo de comunicarlo.

### 05.2.5. Acciones de protesta y defensa de derechos

Las acciones de protesta se caracterizan por ser acciones en las que **se defiende o reivindica un derecho**. Este tipo de acciones se dirigen fundamentalmente a luchar contra el estigma estructural y social <sup>27</sup>. La manifestación que anualmente se realiza con motivo del Día Internacional de la Salud Mental sería un ejemplo de este tipo de acciones. Pese a que los efectos en la reducción del estigma social de este tipo de acciones serían limitados y se reducirían con el tiempo, se han observado resultados positivos en cuanto a la mejora en el empoderamiento y autopercepción de los/as usuarios/as implicados/as en la acción <sup>8</sup>.

Otro tipo de acciones de protesta son las denuncias a noticias en medios de comunicación, cuyo objetivo es mejorar el abordaje de cuestiones relacionadas con la salud mental así como denunciar aquellas que refuerzan ideas y estereotipos estigmatizantes. En este sentido, países como Australia han demostrado que estas acciones centralizadas en un organismo y mantenidas en el tiempo, disminuyen de manera significativa el número de noticias o artículos en los que la salud mental se trata desde una perspectiva inadecuada o estigmatizante. Concretamente, en Australia se observó una reducción de hasta un 20% en las noticias reforzadoras de estigma en un plazo de dos años <sup>16</sup>.

### **Movimiento asociativo**

El movimiento asociativo que se dedica expresamente a la defensa de derechos en salud mental se dirige a favorecer **cambio social en primera persona**.

El Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) es el eje vertebrador en España del movimiento social en discapacidad para garantizar los derechos (cambio social, defensa y reconocimiento de derechos) y la inclusión, mejorando las condiciones de vida y ciudadanía de las personas con discapacidad y de sus familias. El CERMI es una figura de representación que tiene capacidad de acción en coordinación con organismos miembros de las Naciones Unidas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el CERMI, la discapacidad por motivos de salud mental se encuentra representada por la **Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA**, situando en igualdad la comúnmente denominada “*discapacidad invisible*”. La Confederación Salud Mental España aúna cerca de trescientas entidades del movimiento asociativo en el territorio español y ofrece un grueso de servicios con el fin de luchar por la promoción de los derechos y el empoderamiento en primera persona. Algunas de sus iniciativas son la formación de portavoces o creación del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona, campañas como “La Salud Mental también va contigo” o “Expresión artística por la Integración”, realización de campañas de sensibilización como “Queremos ser felices” o programas que pretenden fomentar el acompañamiento integral o la inserción laboral, entre otros. Además, cuentan con un centro de documentación amplio y variado, a nivel científico y divulgativo, con posibilidad de descarga o préstamo.

- 24 Arroyo Cifuentes, José Luis / Díaz Mandado, Olimpia / García de Mateos Granda, Ana María / Gil Sanz, David / González Blanco, María / González Rueda, Raúl / Juanes Gimenez, David / Martín Mora, Susana / Martínez Cabezón, Ana María



De forma paralela, en 2018, surge en España el denominado **Orgullo Loco** (*Mad Pride*) un movimiento que ensalza la diversidad a través de una nueva y positiva identidad de “loco/loca”. El **Orgullo Loco** (*Mad Pride*) es un movimiento nacido a comienzos de los noventa, en primera persona, para desmitificar el estigma que acarrea como individuos y colectivo, y en lucha por sus derechos como ciudadanos/as.

### 05.3 Evaluación

Las pruebas estandarizadas para medir el estigma se basan en la evaluación de actitudes, que pueden ser explícitas o implícitas. Por tanto, se cuenta con pruebas de evaluación del estigma explícito e implícito.

Dentro de las primeras, los instrumentos más utilizados son:

- Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (**AQ27 o AQ9** <sup>28, 29</sup>). Este cuestionario de atribución mide nueve estereotipos sobre personas con trastorno mental. Existen dos versiones, la primera, compuesta por veintisiete ítems, está traducida y validada en castellano <sup>28</sup> y su versión abreviada, compuesta por nueve ítems, está traducida al castellano pero todavía no está validada <sup>26</sup>.
- The Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC). <sup>30</sup>. Es un instrumento desarrollado en el contexto del programa para la lucha contra

el estigma “Opening Minds”. Consta de cinco ítems en su formato más breve y está dirigido a profesionales de la salud y es una medida excelente para medir el impacto de las acciones en el contexto de atención primaria. Está traducida y validada en castellano.

- **Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI <sup>31</sup>)**: Ampliamente aplicada a nivel internacional, esta escala mide las actitudes hacia la persona con problemas de salud mental y se ha traducido al castellano y validado con población adolescente. Su formato original consta de cuarenta ítems agrupados por factores.

Por su parte, la prueba más extendida para medir el estigma implícito es:

- **TAI\_EM <sup>32</sup>**, se trata de la versión española del TAI (test de asociación implícita). La prueba mide la rapidez con la que asociamos unos constructos a determinados conceptos o valoraciones, entendiéndose que a mayor tiempo de asociación, mayor procesamiento de la información y por tanto estos términos no están asociados de manera automática.

## 05.4 Medios de comunicación y lucha contra el estigma social

Las personas construyen el concepto sobre lo que significan los problemas de salud mental y sus implicaciones con la **información** procedente de los medios de comunicación, así como de las fuentes culturales y artísticas <sup>8</sup>. Se ha evidenciado que la información procedente de los medios de comunicación está impregnada de sesgos negativos. Los más frecuentes serían la confusión generada entre enfermedades y diagnósticos, el uso de un lenguaje estigmatizante y la desvalorización de los tratamientos existentes, así como otra serie de estereotipos vinculados a la personas con problemas de salud mental, siendo el más frecuente el relacionado con la asociación de trastorno mental y violencia <sup>8</sup>.

Como consecuencia de la importante implicación de los medios de comunicación en la construcción social de distintos conceptos, el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2001, dedicado específicamente a la salud mental, enfatiza la necesidad de desarrollar **campañas de sensibilización** que permitan reducir la estigmatización y la discriminación.

En línea con esta recomendación de la OMS, desde los servicios de rehabilitación y de atención en salud mental, se pueden implementar diferentes acciones de sensibilización<sup>8</sup>:

1. Denunciar a los organismos pertinentes aquellas noticias que vulneran los derechos de las personas que sufren problemas de salud mental o que se valoran como estigmatizantes.

Para ello existen diferentes Observatorios de Medios de Comunicación, en los que se invita a la ciudadanía a que comunique las informaciones positivas o negativas de la imagen de los trastornos mentales en los medios de comunicación. En España se encuentra:

- La entidad en primera persona Obertament, cuenta con el **Buzón de Alerta Estigma**. Junto a la denuncia de contenidos negativos sobre los trastornos mentales, se pueden incluir aquellos contenidos que tratan la salud mental de forma cuidadosa y que ayudan a mostrar una imagen más positiva y normalizada de la salud mental.

De manera paralela, Obertament colabora con el Grupo de periodistas Ramón Barnils en el desarrollo del **Observatorio de medios y salud mental**. Su labor se basa en el análisis del trato mediático de la salud mental en España, extrayendo un índice de estigma. Este dato es de gran utilidad de cara a observar las variaciones del mismo y la eficacia de las acciones de denuncia a los medios. Apoyar directamente al gremio de periodistas y profesionales de los medios de comunicación en la elaboración de sus contenidos, favoreciendo el acceso a **guías de estilo** que les sirvan de orientación. Todas ellas, incluyen recomendaciones en cuanto al trato de las noticias, mostrando datos y recursos que ayuden a adecuar los contenidos y evitar estereotipos o el refuerzo de informaciones confusas o sesgadas negativamente<sup>33</sup>.

Publicar y difundir noticias alternativas, con una perspectiva más real y positiva. Además de luchar contra las noticias calificadas como estigmatizantes, y de cara a equilibrar los contenidos que se publican en torno a la salud mental, desde los recursos se pueden **generar noticias** que muestren una imagen positiva del colectivo, en las que se compartan historias de superación, inclusión, etc. Esto es importante para visibilizar a un colectivo históricamente silenciado. Para ello, es necesario formar en habilidades de comunicación a dichas fuentes

de información, tanto a usuarios, familiares, como a los diferentes profesionales. En estas acciones formativas se recomienda incidir en el cuidado del mensaje y lenguaje empleado, el uso adecuado de las imágenes, material audiovisual, redes sociales, etc.

Un ejemplo sobre cómo los medios de comunicación pueden facilitar el cambio de actitudes hacia las personas con problemas de salud mental, lo constituye el **programa Abejarradio.fm** del Centro Neuropsiquiátrico del Carmen en Garrapinillos (Zaragoza). Se trata de un programa de radio on line que genera y difunde contenidos radiofónicos de calidad, elaborados por personas con problemas de salud mental. En dicho programa, las personas participan creando una tertulia deportiva y entrevistas a diversos invitados. Es emitido en distintas redes sociales, así como en la Web. Permite la visibilización del colectivo de personas con problemas de salud mental como personas capaces de desempeñar roles socialmente valiosos.

Otra práctica en el ámbito de medios de comunicación destacable es el **cortometraje VOTAMOS**<sup>34</sup>. Se trata de un producto cinematográfico que refleja los prejuicios más frecuentes sobre los problemas de salud mental. Dicha producción en la que Hermanas Hospitalarias ha participado asesorando técnicamente, ha logrado numerosos reconocimientos en distintos festivales, así como ser finalista en los Premios Goya 2022.

## 05.5 Efectos adversos de las intervenciones de reducción del estigma social

Las intervenciones educativas pueden generar efectos adversos, aumentando el estigma hacia las personas con problemas de salud mental. Uno de los aspectos a tener en cuenta para reducir los efectos adversos, sería el modelo explicativo que se transmita en estas intervenciones. Pese a que no todos los estudios arrojan datos consistentes, existen evidencias que indican que, mientras las atribuciones causales psicosociales son más efectivas en la reducción del estigma social<sup>35</sup>, las atribuciones biologicistas generarían efectos adversos. Así, aunque las personas con creencias biomédicas sobre los trastornos mentales tienen actitudes menos culpabilizadoras, tendrían más deseo de distancia social, miedo, percibirían a las personas con problemas de salud mental como más peligrosas e impredecibles y apoyarían por tanto el uso de la coerción legal<sup>36</sup>. Por tanto, las

intervenciones educativas tendrían que evitar mensajes tipo “Las enfermedades mentales son trastornos cerebrales que se tratan con medicación al igual que otras enfermedades físicas” o “La enfermedad mental es una enfermedad como otra cualquiera, por ejemplo como la diabetes”.

Otras intervenciones que han evidenciado efectos adversos serían aquellas que exponen a las personas no diagnosticadas a simulaciones de alucinaciones. Pese a que se ha observado un aumento de la empatía, también generan un aumento del deseo de distancia social <sup>35</sup>.

## 06. INTERVENCIONES EN AUTOESTIGMA

### 06.1 Evaluación del autoestigma

Con el fin de realizar un proceso de evaluación en autoestigma eficiente y adaptado a la realidad de las estructuras asistenciales, se propone una **estrategia de evaluación** articulada en dos niveles de análisis complementarios:

- **Nivel I**, cuyo objetivo es realizar una primera identificación a través de indicios conductuales de personas susceptibles de estar dañadas por el autoestigma
- **Nivel II**, en el que se trata de confirmar, a través de instrumentos específicos estandarizados, si las personas identificadas en el Nivel I realmente padecen autoestigma.

#### 06.1.1 Nivel I. Identificación previa de personas afectadas

En este nivel de evaluación inicial, se pretende identificar a personas que pudieran estar afectadas de problemas relacionados con el autoestigma.

Para ello, se revisará si las personas atendidas con frecuencia y de forma mantenida en el tiempo, presentan comportamientos semejantes a los descritos en alguno o varios de los ámbitos que se exponen a continuación.

### ***En su relación con su problema de salud mental y los dispositivos de atención***

- *Tiempo elevado en solicitar ayuda e incorporarse a los dispositivos.*
- *Abandono de dispositivos (“No lo necesito”, “No estoy tan mal como para estar en este centro”)*
- *Falta de adherencia total o parcial al tratamiento y seguimiento.*
- *Actitud negativa hacia profesionales, dispositivos y otros usuarios de salud mental*
- *Apuesta y defensa personal por tratamientos “alternativos y sin eficacia comprobada”.*
- *Críticas abiertas o veladas hacia los problemas de salud mental y/o personas afectadas*
- *Comentarios relacionados con la falta de identificación con el resto de usuarios del servicio (“Yo no soy como ellos”)*
- *Negación y/o minimización de los problemas de salud mental (“No me pasa nada”, “de una forma u otra a todo el mundo le ocurre alguna vez”).*
- *Presencia de expectativas muy negativas sobre sus posibilidad de recuperación (“No voy a recuperarme nunca”, “Cada vez estaré peor”)*
- *Durante las interacciones clínicas presencia de silencios, evitaciones o circunloquios cuando se intenta abordar el problema de salud mental.*
- *Excesiva dependencia en la relación con los profesionales y los dispositivos a la hora de organizar su tiempo, tomar decisiones y/o relacionarse.*
- *Evitar ser visto en entornos sociales formando parte o en compañía de otras personas con problemas de salud mental.*
- *Falta de participación en foros o contextos que permitan o faciliten identificar su problema de salud mental.*

### ***En relación con su rol y participación social***

- *Abandono y retirada social para lo esperable en una persona de sus condiciones (edad y estrato social).*
- *Escasos intentos a la hora de desarrollar roles socialmente valiosos (trabajador/a, pareja, madre/padre, etc) en base a sentimientos de incapacidad por el hecho de padecer un problema de salud mental (“Cómo voy a trabajar si estoy enfermo”).*
- *Dependencia de otras personas a la hora de mantener su funcionamiento psico-social condicionado por su percepción de incapacidad asociado a tener un problema de salud mental (“No puedo salir solo a la calle, tengo esquizofrenia”).*
- *A la hora de interaccionar con otras personas o permanecer en espacios sociales, aparecen con frecuencia sentimientos de vergüenza limitantes y la percepción de ser cualitativamente distinto a los demás.*
- *Rechazo a la hora de relacionarse con personas más allá del grupo primario de apoyo y/o usuarios y usuarias de servicios de salud mental.*

Ha de señalarse que este listado en ningún caso excluye otros comportamientos que pueden observarse en relación con el autoestigma y que no están recogidos en el mismo. De la misma forma, la verbalización de alguno de estos ejemplos no implica necesariamente que la persona esté afectada por el autoestigma.

## **06.1.2. Nivel II. Aplicación de instrumentos específicos**

### **Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI <sup>37</sup>)**

Escala autoaplicada de 29 ítems que incluye 5 subescalas: alienación, identificación con el estereotipo, discriminación percibida, aislamiento social y resistencia al estigma. Todas las escalas se puntúan en una escala Likert de 4 puntos que valora el grado de acuerdo, de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La escala de resistencia al estigma se puntúa de manera inversa. El ISMI está validado en español <sup>38</sup>, con datos adecuados de consistencia interna y fiabilidad test-retest para la puntuación total de la prueba (0,91 y 0,95 respectivamente) y para las 5 subescalas que integran el ISMI, salvo la subescala de Resistencia al estigma (alfa de Cronbach de 0,42).

### **Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD <sup>39</sup>)**

Escala autoaplicada de 22 ítems que consta de 2 factores: percepción de estigma público y autoestigma. Todos los ítems se puntúan en una escala Likert de 4 puntos que valora el grado de acuerdo, de 0 (completamente en desacuerdo) a 3 (completamente de acuerdo). El PDD está validado en español <sup>40</sup>, mostrando buenos datos de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.87).

### **The Stigma Scale <sup>41</sup>**

Escala autoaplicada de 28 ítems, que se responden según el grado de acuerdo en una escala Likert de 5 puntos (desde 0, completamente desacuerdo, hasta 4, completamente de acuerdo). La escala valora tres factores: discriminación, divulgación y posibles aspectos positivos de tener un problema de salud mental. Los autores destacan que esta prueba se ha construido a partir de experiencias vitales de usuarios de servicios de salud mental, así como la inclusión de una subescala que valore posibles consecuencias positivas derivadas de tener una enfermedad mental grave. No hay una versión validada ni traducida al español.

### **Discrimination and Stigma Scale (DISC <sup>42</sup>)**

Se trata de una entrevista estructurada compuesta por 32 preguntas que se agrupan en 4 bloques: 1) Trato injusto (ítems 1-21) que valora experiencias de discriminación; 2) Frenarse a uno mismo (ítems 22-25) que valora discriminación anticipada; 3) Superación del estigma (ítems 26 y 27) que valora las estrategias de afrontamiento para enfrentarse al estigma; y 4) Trato positivo (ítems 28-32) que valora el trato positivo recibido por tener una enfermedad mental. Se pide a las personas que respondan a todas las cuestiones siguiendo una escala Likert de 4 puntos (0: nada, 1: un poco, 2: moderado, 3: mucho), así como que pongan un ejemplo concreto. Esta prueba está validada en español <sup>43</sup>, con buenos datos de consistencia interna (entre 0,74 y 0,85) y de fiabilidad test-retest (> 0,67).

### **Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ <sup>44</sup>)**

Esta prueba se compone de dos sub-escalas: estigma y discriminación. La primera incluye 9 ítems que valoran el estigma asociado a ser usuario de recursos de salud mental, la segunda está compuesta por 12 ítems que valoran experiencias

- 32 Arroyo Cifuentes, José Luis / Diaz Mandado, Olimpia / García de Mateos Granda, Ana María / Gil Sanz, David / González Blanco, María / González Rueda, Raúl / Juanes Gimenez, David / Martín Mora, Susana / Martínez Cabezón, Ana María

de discriminación en situaciones de vida cotidiana (empleo, educación, procedimientos legales, ...). Todos los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos en función de la frecuencia con la que la persona ha experimentado cada una de las situaciones descritas (1, Nunca – 5, Muy a menudo). No está validada ni traducida al español.

### **Self Stigma in Mental Illness Scale (SSMIS <sup>45</sup>)**

La prueba está compuesta por 40 ítems divididos en 4 subescalas, que siguen el modelo del estigma de Corrigan: 1) conciencia del estigma social (“Creo que la gente piensa que la mayoría de las personas con problemas de salud mental son peligrosas”); 2) acuerdo (“Creo que la mayoría de las personas con problemas de salud mental son peligrosas”); 3) identificación (“Como tengo una enfermedad mental, soy peligroso”); y 4) deterioro de la autoestima (“Actualmente me respeto menos a mí mismo porque soy peligroso”). El sistema de respuesta es una escala Likert de 9 puntos que valora el grado de acuerdo. Existe una versión reducida de esta prueba compuesta por 20 ítems. La prueba no está validada ni traducida al español.

### **Self-Stigma Questionnaire (SSQ <sup>46</sup>)**

La prueba se desarrolló originalmente en español y está dirigida a valorar la percepción de estigma social en personas con esquizofrenia (frente a otras pruebas, que se aplican a personas con trastorno mental grave en general). Se trata de 14 ítems que las personas responden teniendo en cuenta una escala Likert de 7 puntos en función del grado de acuerdo (1, completamente de acuerdo – 7, completamente en desacuerdo). La prueba tiene buenos valores de consistencia interna (0,90) y de fiabilidad test-retest (> 0,60).

### **Stigma Inventory for Mental Illness (SIMI <sup>47</sup>)**

Como en el caso de la escala previa, el SIMI también se desarrolló para su uso específico en personas con esquizofrenia. Se trata de una prueba de 12 ítems que valoran dos dimensiones del estigma: percepción de estigma social y autoeficacia (capacidad para lograr metas). El sistema de puntuación es una escala Likert de 5 puntos, desde 1 (nunca) a 5 (siempre). La prueba no está validada ni traducida al español.

## 06.2 Intervenciones en autoestigma

### 06.2.1. Acciones de protesta y defensa de derechos

En este apartado se describen los contextos y estrategias generales de atención que hacen menos probable el desarrollo del estigma internalizado. Este planteamiento se fundamenta en la existencia de estudios científicos en los que se ha encontrado que el empoderamiento y autoestigma guardan una relación negativa<sup>48</sup>. Según estos hallazgos, se podría hipotetizar que autoestigma y empoderamiento constituirían los polos opuestos de un mismo continuo, de tal forma que cuanto más empoderamiento menor autoestigma y a la inversa<sup>48</sup>.

Siguiendo esta lógica, el hecho de generar contextos asistenciales en los que se desarrollen **prácticas orientadas por los modelos de recuperación y empoderamiento**, protegerían a las personas de ser dañados por el estigma internalizado. Existen al menos cuatro valores clave que sostienen los servicios orientados hacia la recuperación <sup>49</sup>:

#### 1. Orientación hacia la persona

Los servicios orientados a la recuperación mantienen una visión holística y biográfica de la persona que no se limita a los síntomas o al diagnóstico clínico. Como consecuencia de este enfoque, en dichos servicios no solo se identifican y se abordan los déficits, sino que sobre todo se potencian las fortalezas y capacidades de la persona.

En estos contextos asistenciales, se busca de forma activa favorecer aquellos roles sociales valiosos y significativos para la persona.

#### 2. Implicación de la persona

Los servicios orientados hacia la recuperación desarrollan procedimientos asistenciales que persiguen la participación y responsabilidad de la persona en su propio proceso asistencial, además del empoderamiento y el fortalecimiento de la propia identidad más allá de los síntomas.

#### 3. Autodeterminación

Los profesionales apoyan a los usuarios a la hora de tomar el control de sus propias vidas y tomar decisiones enfocadas hacia construir y/o retomar proyectos de vida significativos y definidos por ellos mismos, desde esquemas relacionales colaborativos

- 34 Arroyo Cifuentes, José Luis / Díaz Mandado, Olimpia / García de Mateos Granda, Ana María / Gil Sanz, David / González Blanco, María / González Rueda, Raúl / Juanes Gimenez, David / Martín Mora, Susana / Martínez Cabezón, Ana María

#### 4. Esperanza

Los servicios orientados hacia la recuperación generan las condiciones para que emerja la esperanza entre sus usuarios y usuarias, poniendo a su disposición la evidencias disponibles en cuanto a que la recuperación es posible, así como dando visibilidad a relatos de recuperación de personas con problemas de salud mental.

Sus profesionales trabajarán no sólo desde el objetivo de la prevención de recaídas o el mantenimiento de la calidad de vida, sino que abrirán perspectivas socialmente valiosas tales como tener trabajo, casarse, vivir en un piso o tener amigos.

### 06.2.2 Programas de intervención eficaces en autoestigma

A continuación se exponen dos grupos de intervenciones dirigidas al autoestigma. En primer lugar, se exponen **intervenciones** dirigidas de forma específica a reducir el autoestigma en personas afectadas. En segundo lugar, se describen diferentes intervenciones que incluyendo **elementos clave** en la reducción del autoestigma, tendrían un efecto más general. Se recomienda que todas estas intervenciones estén orientadas hacia la perspectiva de recuperación en salud mental, ya que se ha sugerido que este tipo de intervenciones favorecen una mejora en los resultados de recuperación<sup>50</sup>. Así las intervenciones harían énfasis en la psicoeducación, el desarrollo de habilidades de autogestión y el fomento de la autodeterminación, incorporando los principios orientados a la recuperación (como el trabajo colaborativo basado en las fortalezas, necesidades y metas de los participantes).

#### Intervenciones específicas

En la actualidad, tres programas de intervención psicológica se han evidenciado eficaces en personas que presentan un elevado estigma internalizado<sup>51,52,53</sup>. Concretamente, estos programas han sido eficaces en la reducción del estigma internalizado de forma global, en alguna de sus dimensiones y/o en variables de recuperación. Son programas diseñados para implantarse en formato grupal, están dirigidos a personas con esquizofrenia u otros problemas graves de salud mental con elevado estigma internalizado y su eficacia ha sido evaluada mediante ensayos controlados aleatorizados<sup>51,52,53</sup>.

### 1. Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR) <sup>51</sup>

El PAR es un programa de 9 sesiones que combina técnicas psicoeducativas, cognitivas y propias de la terapia de aceptación y compromiso. Incluye la participación como formador de una persona con un problema de salud mental en la última sesión. La evaluación del programa evidenció una reducción del estigma internalizado de forma global y todas sus dimensiones (cognitiva, emocional y conductual), así como la sintomatología depresiva <sup>51</sup>. El manual y los materiales en castellano pueden encontrarse en <https://www.contraelestigma.com/resource/programa-de-autoafirmacion-y-revelacion-par2>

### 2. Narrative Enhancement/Cognitive Therapy (NECT) 52

El programa NECT consta de 20 sesiones y combina técnicas psicoeducativas, cognitivas y narrativas. La evaluación del programa evidenció mejoras en el estigma internalizado de forma global en personas con esquizofrenia <sup>52</sup>.

### 3. Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI) <sup>53</sup>

El PAREI es un programa de 8 sesiones que combina técnicas psicoeducativas, cognitivas y basadas en el apoyo mutuo. La evaluación del programa evidenció mejoras en la dimensión cognitiva del estigma internalizado, la legitimidad percibida de discriminación, el funcionamiento social y la recuperación subjetiva <sup>53</sup>. El manual y los materiales en castellano pueden encontrarse en [https://fsclm.com/web/images/documentos/publicaciones\\_propias/PAREI.pdf](https://fsclm.com/web/images/documentos/publicaciones_propias/PAREI.pdf)

Los tres programas comparten el uso de técnicas psicoeducativas y cognitivas para reducir el estigma internalizado. Ambas técnicas han sido destacadas como relevantes en los meta-análisis publicados sobre los programas de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave <sup>54</sup>.

Por último, destacar que aparte de las intervenciones grupales, se ha intervenido sobre el estigma a través de **terapia individual**. Concretamente, Morrison et al <sup>55</sup> diseñaron una intervención individual de terapia cognitiva para personas con trastornos psicóticos con elevado estigma internalizado. El programa consta de 12 sesiones, desarrolladas a lo largo de 4 meses. La terapia está basada en

diferentes capítulos de un libro de autoayuda publicado en castellano <sup>56</sup>. Pese a que la evaluación del programa no evidenció reducción del estigma internalizado de forma global, sí se encontraron mejoras significativas en variables como la vergüenza internalizada, desesperanza (ambas relacionadas con la dimensión emocional del autoestigma) y en la recuperación subjetiva.

### **Intervenciones sobre elementos clave**

A continuación, se describen intervenciones dirigidas a diferentes elementos clave que podrían reducir la internalización del estigma y se pueden implementar desde los diferentes recursos de rehabilitación.

- Intervenciones que facilitan conocimientos no estigmatizantes sobre la salud mental y que ayudan a cuestionar las creencias estigmatizantes, favoreciendo que estas puedan percibirse como ilegítimas o injustas. Las intervenciones psicoeducativas pueden facilitar información sobre la salud mental y los modelos explicativos biopsicosociales. En dichas intervenciones, sería relevante prestar atención a la nomenclatura utilizada para hablar de diagnósticos, sintomatología, etc., siendo respetuosos con las preferencias mostradas por los participantes. Dado que algunos trabajos han mostrado que la adquisición de una mayor *conciencia de enfermedad* aparece junto a una mayor internalización del estigma <sup>57</sup>, se recomienda que las intervenciones psicoeducativas incluyan el desafío y cuestionamiento de las principales creencias estigmatizantes sobre los problemas de salud mental.
- Intervenciones que entrenan estrategias de afrontamiento al estigma, como la educación a otras personas sobre las principales ideas estigmatizantes en salud mental, las habilidades asertivas o la divulgación. Este tipo de intervenciones pueden incluirse dentro de los programas de afrontamiento al estrés que se imparten en muchos recursos de rehabilitación y dirigirse a personas con elevado estigma internalizado, pero también a personas que no internalizan el estigma pero que sufren las consecuencias de anticipar o percibir que van a ser estigmatizadas. Intervenciones como las que favorecen la participación en acciones de protesta (una manifestación, el envío de una nota de prensa, etc.) pueden utilizarse de forma específica para mejorar las estrategias de afrontamiento al estigma (específicamente la divulgación y la educación a otras personas).

En relación a la estrategia de divulgación, se ha comentado con anterioridad como el programa HOP (Honest Opened Proud Program) o COP (Coming Out Proud)<sup>58</sup> propone, a través de 3 sesiones impartidas por personas diagnosticadas de un problema de salud mental, ayudar a tomar la decisión de revelar su problema de salud mental, reduciendo los riesgos asociados y a construir su propia historia de revelación. Pese a que no está dirigido a personas con elevado estigma internalizado, la evaluación del programa evidenció mejoras en uno de los aspectos implicados en el mismo, como el de los estereotipos sobre uno mismo y sobre el daño que el estigma tiene sobre la propia autoestima<sup>58</sup>.

- Intervenciones que favorecen la construcción de una narrativa sobre el proceso de recuperación, alejada de perspectivas estigmatizantes así como la identificación de los indicadores que definen para cada persona su propia recuperación. Ambos aspectos pueden trabajarse mediante técnicas narrativas como en el programa NECT<sup>52</sup> con ejercicios concretos como en el programa PAREI<sup>53</sup> u otro tipo de intervenciones diseñadas desde los recursos que incluyan específicamente dichos objetivos. Igualmente poder facilitar narrativas de recuperación de otras personas (p.e. libros u otros materiales escritos), podría ser una metodología que facilite la consecución de este objetivo.
- Intervenciones dirigidas a mejorar la autoestima y favorecer el desarrollo de roles valiosos. Uno de los objetivos generales que se abordan en los recursos de rehabilitación tiene que ver precisamente con ayudar a las personas en el desarrollo de roles sociales valiosos (como trabajador/a, estudiante, amo/a de casa, amigo/a, etc.). Junto al desarrollo de roles, se podría facilitar que las personas con elevado estigma internalizado identifiquen sus competencias en el desarrollo de dichos roles, que puedan atribuir valor a dichos roles, reduciendo el impacto del rol de “enfermo” en su identidad personal. El PAREI<sup>53</sup> incluye una sesión específica para abordar parte de estos objetivos que puede adaptarse e incluirse dentro de otros programas de rehabilitación impartidos desde los recursos.
- Intervenciones que favorezcan la construcción de un proyecto de vida. Fung et al.<sup>59</sup>, en su programa de reducción del autoestigma, tienen dos sesiones dirigidas a este objetivo. Dichas sesiones persiguen favorecer el establecimiento de metas realistas definidas por las propias personas, para favorecer la esperanza y el sentido de control personal.

- Intervenciones que favorezcan el apoyo mutuo. El contacto entre iguales favorece el desafío de los estereotipos y la discriminación. Así, el intercambio de experiencias valiosas y de estrategias de afrontamiento efectivas ante el estigma mejoraría la esperanza, la autoeficacia y el autoestigma <sup>60</sup>. El apoyo mutuo y el contacto entre iguales, se puede dar en contextos alejados de los recursos de tratamiento y de los profesionales (p.e. en grupos de ayuda mutua) y también en los propios recursos (p.e. invitando a usuarios a determinados programas de rehabilitación en los recursos).

Como ejemplo de acciones enfocadas a promover el apoyo mutuo, la autoafirmación y defensa de derechos, destaca el **Congreso anual para personas con problemas de salud mental** que desde el año 2013 se viene organizando en el Complejo Asistencial de Hermanas Hospitalarias en Málaga. Se trata de un Congreso de alcance nacional, dirigido exclusivamente a personas con problemas de salud mental que se ha convertido con el paso del tiempo en una referencia en el ámbito de la participación y de la lucha contra el estigma.

### 06.3 Efectos adversos de las intervenciones de reducción del autoestigma

El potencial efecto adverso de las intervenciones dirigidas a reducir el autoestigma, especialmente las intervenciones específicas, sería el derivado de incluir a personas que no están dañadas por el estigma, bien porque no perciben estigma en su entorno o porque no han generado el proceso de internalización del estigma. Algunos programas específicos que han incluido a participantes sin evaluar previamente el nivel de autoestigma, han evidenciado efectos adversos como un aumento de la estrategia de mantener en secreto el diagnóstico, mayores sentimientos de vergüenza y percepción de ser diferente de los demás, así como irritabilidad <sup>61,62</sup>. Una forma de evitar estos posibles efectos adversos, podría ser la de incluir en este tipo de programas a personas que hayan sido evaluadas previamente y que presenten altos niveles de autoestigma.

**Palabras clave:** Estigma, autoestigma, actitudes, salud mental, discriminación, esquizofrenia, estereotipo, prejuicio, psicosis.

**Key words:** Stigma, self-stigma, attitude, mental health, discrimination, schizophrenia, stereotype, prejudice, psychosis.

## Bibliografía

1. Guía de buenas prácticas Contra el Estigma [Internet]. Cátedra contra el estigma. 2021 [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.contraelestigma.com/descarga-buenas-practicas/>
2. Michaels PJ, López M, Rüscher N, Corrigan PW. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. Psychol Soc Educ [Internet]. 2017;4(2):183. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25115/psyse.v4i2.490>
3. Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. Clin Psychol (New York) [Internet]. 2000;7(1):48–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/7.1.48>
4. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. Appl Prev Psychol [Internet]. 2005;11(3):179–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
5. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet [Internet]. 2009;373(9661):408–15. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
6. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med [Internet]. 2010;71(12):2150–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
7. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. World Psychiatry [Internet]. 2013;12(2):155–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20040>

8. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2008;28(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352008000100004>
9. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G, GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. Schizophr Res [Internet]. 2010;122(1-3):232-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
10. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsck N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. Psychiatry Res [Internet]. 2011;189(3):339-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
11. Corrigan PW. The paradox of self-stigma and mental illness. Clin Psychol (New York) [Internet]. 2002;9(1):35-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.1.35>
12. Simonsen C, Aminoff SR, Vaskinn A, Barrett EA, Faerden A, Ueland T, et al. Perceived and experienced stigma in first-episode psychosis: A 1-year follow-up study. Compr Psychiatry [Internet]. 2019;95(152134):152134. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152134>
13. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1(1):16-20.
14. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M y Guillén AI. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.
15. De S, Hernán M, Sílvia M, Abellan M, Ferrer D. LA SENSIBILITZACIÓ COMUNITÀRIA: QUÈ ÉS? COM PREPARAR LA NOSTRA INTERVENCIÓ? DOSSIER PER A LA FORMACIÓ DE L'EQUIP [Internet]. Activament.org. [citado el 19 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://activament.org/wp-content/uploads/2021/03/dossier-formacio-equip-sensibilitzacio-R.pdf>

16. Corrigan PW, Roe D, Tsang HW. Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates. John Wiley & Sons; 2011
17. Corrigan PW. Best practices: Strategic stigma change (SSC): five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2011;62(8):824–6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208\\_0824](http://dx.doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0824)
18. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10023):1123–32. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00298-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00298-6)
19. Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Glob Ment Health (Camb)*. 2016;3(e17).
20. Clement S, Jarrett M, Henderson C, Thornicroft G. Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: consensus development study. *Epidemiol Psichiatr Soc* [Internet]. 2010;19(1):72–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s1121189x00001627>
21. Peter L-J, Schindler S, Sander C, Schmidt S, Muehlan H, McLaren T, et al. Continuum beliefs and mental illness stigma: a systematic review and meta-analysis of correlation and intervention studies. *Psychol Med* [Internet]. 2021;51(5):716–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291721000854>
22. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüschi N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2012;63(10):963–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
23. Corrigan PW, Vega E, Larson J, Michaels PJ, McClintock G, Krzyzanowski R, et al. The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2013;36(3):173–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000006>

24. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, Lundin RK, Kubiak MA. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *J Soc Clin Psychol* [Internet]. 2004;23(3):377–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.23.3.377.35457>
25. Corrigan P, Matthews A. Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *J Ment Health* [Internet]. 2003;12(3):235–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0963823031000118221>
26. Corrigan PW, Rüschen N, Scior K. Adapting disclosure programs to reduce the stigma of mental illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2018;69(7):826–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201700478>
27. Morgan AJ, Reavley NJ, Ross A, Too LS, Jorm AF. Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2018;103:120–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.05.017>
28. Muñoz M, Guillén AI, Pérez-Santos E, Corrigan PW. A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *Am J Orthopsychiatry* [Internet]. 2015;85(3):243–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000059>
29. González-Sanguino C, Muñoz M, Castellanos MA, Pérez-Santos E, Orihuela-Villameriel T. Study of the relationship between implicit and explicit stigmas associated with mental illness. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019;272:663–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.172>
30. Eiroa-Orosa FJ, Lomascolo M, Tosas-Fernández A. Efficacy of an intervention to reduce stigma beliefs and attitudes among primary care and mental health professionals: Two cluster randomised-controlled trials. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(3):1214. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18031214>
31. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adoles-

- cente. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2016;9(3):150–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
32. Teachman BA, Wilson JG, Komarovskaya I. Implicit and explicit stigma of mental illness in diagnosed and healthy samples. J Soc Clin Psychol [Internet]. 2006;25(1):75–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.1.75>
  33. Chombi. Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2019 [citado el 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-salud-mental-medios-comunicacion>
  34. VOTAMOS - Cortogenia [Internet]. Cortogenia.es. [citado el 21 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://cortogenia.es/corto/votamos/>
  35. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. PLoS One [Internet]. 2018;13(5):e0197102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0197102>
  36. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: Trend analysis based on data from two population surveys in Germany. Br J Psychiatry. 2005;186(4):331–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.186.4.331>
  37. Ritscher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res [Internet]. 2003;121(1):31–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
  38. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed) [Internet]. 2018;11(4):244–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.01.009>

39. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* [Internet]. 1987;52(1):96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/2095395>
40. Martínez-Zambrano F, Pizzimenti M, Barbeito S, Vila-Badia R, Comellas G, Escandell MJ, et al. Spanish version of the Link's Perceived Devaluation and Discrimination scale. *Psicothema* [Internet]. 2016;28(2):201–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2015.89>
41. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Pasetti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2007;190:248–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
42. Brohan E, Clement S, Rose D, Sartorius N, Slade M, Thornicroft G. Development and psychometric evaluation of the Discrimination and Stigma Scale (DISC). *Psychiatry Res* [Internet]. 2013;208(1):33–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.03.007>
43. Reneses B, Ochoa S, Vila-Badia R, Lopez-Micó C, Fernández Garcia-Andrade R, Rodriguez R, et al. Validation of the spanish version of the discrimination and stigma scale (DISC 12). *Actas Esp Psiquiatr*. 2019;47(4):137–48.
44. Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* [Internet]. 1999;25(3):467–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033394>
45. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* [Internet]. 2006;25(8):875–84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
46. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Garcia-Franco M, Vilamala S, Ribas M, Arenas O, et al. Development and validation of the Self-Stigma Questionnaire (SSQ) for people with schizophrenia and its relation to social functioning. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2015;62:93–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.011>

47. Karidi MV, Vasilopoulou D, Savvidou E, Vitoratou S, Rabavilas AD, Stefanis CN. Aspects of perceived stigma: the Stigma Inventory for Mental Illness, its development, latent structure and psychometric properties. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2014;55(7):1620–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.002>
48. Rüsçh N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW. Brief reports: Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2006;57(3):399–402. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.399>
49. Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith SPK. La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr*. 2013;33(118):257–71.
50. Thomas EC, Despeaux KE, Drapalski AL, Bennett M. Person-oriented recovery of individuals with serious mental illnesses: A review and meta-analysis of longitudinal findings. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2018;69(3):259–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201700058>
51. González-Domínguez S, González-Sanguino C, Muñoz M. Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophr Res* [Internet]. 2019;211:56–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.010>
52. Yanos PT, Lysaker PH, Silverstein SM, Vayshenker B, Gonzales L, West ML, et al. A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2019;54(11):1363–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-019-01702-0>
53. Díaz-Mandado O, Periañez JA. An effective psychological intervention in reducing internalized stigma and improving recovery outcomes in people with severe mental illness. *Psychiatry Res* [Internet]. 2021;295(113635):113635. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113635>

54. Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, Lam HT, Law PYY, Wan CN. Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* [Internet]. 2016;173(1-2):45-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>
55. Morrison AP, Burke E, Murphy E, Pyle M, Bowe S, Varese F, et al. Cognitive therapy for internalised stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. *Psychiatry Res* [Internet]. 2016;240:96-102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.024>
56. Morrison AP, Renton JC, French P, Bentall RP. ¿Crees que estás loco? Piensalo dos veces: recursos para la terapia cognitiva de la psicosis. *Psicopatología y psicoterapia de las psicosis* 3-p. Barcelona: Herder Editorial; 2010.
57. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* [Internet]. 2007;33(1):192-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
58. Corrigan PW, Larson JE, Michaels PJ, Buchholz BA, Rossi RD, Fontecchio MJ, et al. Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Res* [Internet]. 2015;229(1-2):148-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.053>
59. Fung KMT, Tsang HWH, Cheung W-M. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;189(2):208-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.013>
60. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2012;57(8):464-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/070674371205700804>
61. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E, Ryyänänen O-P, Miettinen R, Rätty H. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health* [Internet]. 2011;21(3):163-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/cbm.788>

62. Link BG, Struening EL, Neese-todd S, Asmussen S, Phelan JC. On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatr Rehabil Ski* [Internet]. 2002;6(2):201–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10973430208408433>