

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Estigma y salud mental: estigma internalizado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**Sara González Domínguez**

Director

**Manuel Muñoz López**

**Madrid**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I  
(Psicología Clínica)**



**TESIS DOCTORAL**

**Estigma y Salud Mental: Estigma Internalizado**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Sara González Domínguez**

DIRIGIDA POR

**Dr. Manuel Muñoz López**

Madrid, 2019





U N I V E R S I D A D  
**COMPLUTENSE**  
M A D R I D

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS  
PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

D./Dña. \_\_\_\_\_,  
estudiante en el Programa de Doctorado \_\_\_\_\_,  
de la Facultad de \_\_\_\_\_ de la Universidad Complutense de  
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y  
titulada:

\_\_\_\_\_

y dirigida por: \_\_\_\_\_

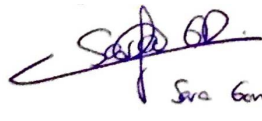
\_\_\_\_\_

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

  
Sra González Domínguez

Fdo.: \_\_\_\_\_



*Piensan sobre la locura que lo peor son los gritos de  
aquellas voces dentro de tu cabeza, pero se equivocan,  
lo son las crueles miradas externas que se contagian...*

*Anónimo*



## **Agradecimientos**

*Tras recorrer este arduo, pero enriquecedor camino, miro hacia atrás y recuerdo que han sido muchas las personas sin las cuales mis pasos no hubieran sido capaces de llevarme hasta aquí. Por ello, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas ellas, pues de alguna u otra manera han contribuido para hacer posible algo que en algunos momentos solo parecía un sueño, concluir esta tesis. Y con ello me han permitido poder cerrar una parte muy importante de mi vida, que ha abierto otras que a día de hoy me continúan reportando aprendizaje y satisfacción.*

*En primer lugar, quiero dar las gracias a mi director de tesis, Manuel Muñoz. Gracias por elegirme y por persistir en la idea de que saltara al mundo de la investigación. Y sobre todo, gracias por confiar en mis capacidades, en muchas ocasiones incluso más que yo misma. Sin duda, me has dado la oportunidad de crecer personal y profesionalmente. Además de ello, también quiero agradecerle el haberme abierto la puerta a mi pasión, la intervención en rehabilitación psicosocial. Y el haberme permitido descubrir el goce de transmitir, de comunicar a otras personas aquello que está en mí, a través de su empujón hacia la docencia. Gracias, por tu apoyo y tu confianza.*

*Igualmente, quiero agradecer su ejemplo y ayuda a todas las personas que componen el equipo de investigación al que he pertenecido estos años, Berta, Ana, Sonia, Eloísa... y Clara, gracias por haberte incorporado a él, has sido fundamental para mí en estos últimos momentos. Gracias por tu atención, tu dedicación y tus continuos ánimos. Espero poder seguir aprendiendo y construyendo juntas.*

*Esta tesis no se podría haber realizado, sin el apoyo de la Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid y de las entidades que le dan forma. Por ello quiero dar las gracias a Abelardo Rodríguez, por su accesibilidad, su amabilidad y su interés en este proyecto. Gracias por permitirme conocer y formar parte de esta grandiosa Red de maravillosas personas. Igualmente gracias a José Manuel Cañamares, Daniel Navarro, José Luis Arroyo, y otras tantas personas que han confiado y se han implicado haciendo posible este trabajo. También, he de dar las gracias a cada uno y una de las y los directores y profesionales de los Centros que han participado, gracias por vuestra paciencia, generosidad y compromiso. Así como, a los investigadores que asimismo han decidido voluntariamente contribuir en este trabajo compartiendo su saber en esta área.*

*Agradecer también enormemente, a todas las personas alumnas de la facultad de psicología, terapeutas y evaluadoras, que han participado en las distintas fases de este trabajo,*

*permitiendo que el proyecto tomara forma y se llevara a cabo. Gracias por ilusionaros con él, por estar siempre disponibles, esforzándoos al máximo sin dejar de lado la sonrisa. Gracias Aída, Paulina, Almudena, Gabriel, Marta, María, Larisa, Elena, Esperanza, Emily, Ana, Teresa, Andrea....*

*De mi estancia en Chicago, tengo un agradecimiento muy afectuoso a Patrick Corrigan, y a todo su equipo. Gracias por su calurosa acogida, su cercanía y su disponibilidad en todo momento. Gracias por haberme hecho sentir una más.*

*A mis compañeros y compañeras de viaje y de despacho, habéis sido mi verdadero sostén en esta etapa. Gracias Regina, por ser mi referente profesional y personal, en tantos muchos momentos, por animarme y creer siempre en mí y en mi trabajo. Gracias Violeta y Rafa, por estar siempre, siempre que os necesitaba, con la palabra necesaria, con la sonrisa y el abrazo deseados, gracias. Gracias Irene, por la forma en la que has mirado mi trabajo, investigador y clínico, por animarme en cada flaqueza, y gracias por confiar y depositar en mí una parte de ti y con ella acercarme un poco más a la clínica. Gracias Iván y Teo, por esos continuos ánimos, por recogerme en tantos momentos en los que os necesitaba, por cada consejo y ayuda que durante este tiempo me habéis dado. Gracias también a Carmen, Alba, Almu, por estar en mi fase final, en aquellos momentos de cambios y de empezar de nuevo, gracias por contar conmigo. Y gracias a aquellas otras personas del despacho que habéis conseguido de alguna u otra manera que las interminables horas fuesen más agradables y menos solitarias. Sin olvidar agradecer además a quienes quizás sin darse cuenta y con una gran autenticidad y generosidad han hecho para mí un poco más sencilla esta etapa, por ello gracias Carmelo, Mentxu, Gonzalo...*

*Y especialmente, quiero dar gracias a todas las personas que constituyen mi mundo, y a quienes les debo todo lo que soy. Gracias a mis padres, no hay palabras para poder expresar lo que ambos son para mí. Gracias mamá, por tu incondicionalidad, tu paciencia y tu amor infinito. Gracias papá por ser mi modelo de esfuerzo, de persistencia y sobre todo de bondad. Gracias a Alfredo porque sé que estás ahí apoyándome. Gracias al resto de mi familia Carloti, María, Raquel, Tata, Angustias... pues siempre me habéis mirado con dulzura y habéis confiado en mis fortalezas y capacidades. Y como no, dar también las gracias a mi familia elegida, aquella que me acompaña desde pequeña y camina junto a mí en la mayor cercanía pese a la distancia, María, Julio, Ana... Y a aquellas otras que han ido sumándose y quedándose a mi lado Mary, Paula, Natalia, Agus, Andrea, Zazu, Edu, Carlota, Isa....*

*A mis pequeñas Martina y Cora, simplemente por estar sin esperar nada a cambio, por tantos paseos y cariño, y por esos instantes de silencio compartidos. Y por supuesto, quiero dar inmensamente las gracias a Elena, mi pareja y compañera de vida. Tu amor y tu cuidado han*

*sido el mejor impulso en esta etapa de mi vida, gracias por cada instante de comprensión infinita, de paciencia sin límites y de cariño. Gracias por darme fuerte la mano y caminar junto a mí.*

*Finalmente, y sobre todo, he de dar un gigantesco gracias a todas las personas usuarias de los centros que han participado altruistamente haciendo realidad este proyecto. Gracias por vuestro tiempo, vuestro cariño y vuestra dedicación y generosidad. Gracias por dar sentido a este trabajo y por haberme enseñado tanto en todo este tiempo compartido.*

Para el desarrollo de esta tesis doctoral se ha contado con la colaboración de las siguientes entidades que gestionan centros de la Red de Atención Social a Personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid:

- Intress, Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales
- Grupo5, Empresa de Gestión de Servicios Sociales, Educativos y Profesionales
- Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús





U N I V E R S I D A D  
**COMPLUTENSE**  
M A D R I D



Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la concesión de un contrato predoctoral a la autora [Programa de Formación de Personal Investigador–Contratos Predoctorales Complutense, Convocatoria 2014].

---

Esta tesis se inscribe dentro del Proyecto de Investigación “Diseño y evaluación de la eficacia de un programa de intervención sobre el estigma internalizado en personas con trastorno mental grave”. Concedido por el Programa de Financiación de Proyectos de Investigación Santander–Universidad Complutense de Madrid, convocatoria 2016 (PR26/16).



## Tabla de contenidos

	Pag.
Agradecimientos .....	I
Tabla de contenidos.....	VII
Índice de tablas.....	X
Índice de figuras .....	XI
Abreviaturas .....	XII
Resumen .....	1
Abstract .....	5
CAPÍTULO 1. Los trastornos mentales graves.....	11
1.1. Acercamiento al concepto de trastorno mental grave.....	11
1.2. Prevalencia y datos epidemiológicos.....	14
1.3. Etiología y modelos explicativos.....	16
1.4. Intervenciones y tratamientos para los trastornos mentales graves .....	18
1.4.1. El modelo dominante de atención a personas con TMG y su desarrollo.....	18
1.4.2. Intervenciones específicas dirigidas a personas con TMG basadas en evidencia .....	21
1.4.3. Nuevos y prometedores abordajes e intervenciones terapéuticas en TMG .....	33
CAPÍTULO 2. El estigma internalizado en salud mental .....	39
2.1. El estigma como proceso: definición y caracterización .....	39
2.2. El estigma asociado a los trastornos mentales graves, conceptualización general.....	41
2.3. El estigma internalizado, uno de los distintos tipos de estigma asociados a los trastornos mentales graves, conceptualización y definición.....	43
2.4. Evaluación del estigma internalizado.....	47
2.5. Prevalencia del estigma internalizado .....	50
2.6. Variables predictoras del estigma internalizado y modelos explicativos del proceso de internalización del estigma .....	52
2.7. El impacto negativo del estigma internalizado.....	58
2.8. Intervenciones para la reducción del estigma internalizado .....	59
CAPÍTULO 3. Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis.....	77
CAPÍTULO 4. Estudio empírico I: Estudio preliminar, una aproximación cualitativa al estigma internalizado: variables de desarrollo del estigma internalizado e intervenciones útiles para su reducción .....	83
4.1 Planteamiento general .....	83
4.2 Panel de expertos/as a profesionales del área de la salud mental y el estigma.....	83

4.2.1 Participantes .....	83
4.2.2 Procedimiento.....	84
4.2.3 Variables y medidas .....	85
4.2.4 Análisis de datos.....	86
4.2.5 Resultados .....	87
4.2.6 Discusión.....	91
4.3 Grupos de discusión y entrevistas cualitativas a personas expertas en primera persona .....	99
4.3.1 Participantes .....	99
4.3.2 Procedimiento.....	101
4.3.3 Variables y medidas .....	102
4.3.4 Análisis de datos.....	103
4.3.5 Resultados .....	104
4.3.6 Discusión.....	113
4.4 Conclusiones del estudio empírico I .....	116
CAPÍTULO 5. Estudio empírico II: Predictores estigma internalizado en personas con trastorno mental grave.....	121
5.1 Planteamiento general .....	121
5.2 Participantes .....	122
5.3 Procedimiento .....	124
5.4 Variables y medidas .....	125
5.5 Análisis de datos .....	132
5.6 Resultados .....	133
5.7 Discusión.....	142
CAPÍTULO 6. Estudio empírico III: Eficacia de un programa de intervención para reducir el estigma internalizado en personas con trastorno mental grave .....	157
6.1 Planteamiento general .....	157
6.2 Participantes .....	158
6.3 Diseño y protocolo del programa de intervención .....	162
6.4 Procedimiento .....	166
6.5 Variables y medidas .....	168
6.6 Análisis de datos .....	172
6.7 Resultados .....	172
6.8 Discusión.....	193
6.8.1. El Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR) como tratamiento para el estigma internalizado.....	194
6.8.2. El Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR) como tratamiento para variables de recuperación asociadas al estigma internalizado.....	198

6.8.3. Evaluación de la adherencia y la satisfacción con el programa de Autoafirmación y Revelación (PAR).....	203
6.8.4. Limitaciones y retos futuros .....	204
CAPÍTULO 7. Conclusiones finales .....	209
Referencias bibliográficas .....	219
ANEXO I. Protocolo de evaluación del estudio empírico II.....	243
ANEXO II. Protocolo de evaluación del estudio empírico III .....	273
ANEXO III. Protocolo de tratamiento .....	281
ANEXO IV. Hojas informativas y consentimientos informados .....	301
ANEXO V. Tablas Anexas .....	307

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Técnicas/estrategias de intervención comunes a los programas de psicoeducación .....	23
<b>Tabla 2.</b> Estructura general del proceso de terapia cognitiva para la psicosis y los TMG .....	26
<b>Tabla 3.</b> Componentes cognitivo, emocional y conductual estigma asociado a los TMG .....	45
<b>Tabla 4.</b> Revisión de los estudios sobre programas de reducción de estigma internalizado .....	70
<b>Tabla 5.</b> Características de los participantes del panel de expertos.....	84
<b>Tabla 6.</b> Guion de la entrevista empleada en la primera fase del estudio empírico I.....	86
<b>Tabla 7.</b> Variables influyentes en el desarrollo del EI consideradas por los expertos.....	89
<b>Tabla 8.</b> Intervenciones útiles para la reducción del EI consideradas por los expertos.....	90
<b>Tabla 9.</b> Características sociodemográficas y clínicas grupos de discusión.....	100
<b>Tabla 10.</b> Características sociodemográficas y clínicas entrevistas cualitativas .....	101
<b>Tabla 11.</b> Guion Temático de los grupos focales .....	103
<b>Tabla 12.</b> Guion entrevista individuales.....	105
<b>Tabla 13.</b> Resumen de los resultados del grupo de discusión .....	106
<b>Tabla 14.</b> Resumen de los resultados de las entrevistas individuales.....	110
<b>Tabla 15.</b> Características referidas a los centros de pertenencia de la muestra .....	124
<b>Tabla 16.</b> Características sociodemográficas de los participantes.....	134
<b>Tabla 17.</b> Características clínicas de los participantes .....	135
<b>Tabla 18.</b> Estadísticos descriptivos de las variables psicosociales.....	136
<b>Tabla 19.</b> Correlaciones entre las variables clínicas y el EI .....	138
<b>Tabla 20.</b> Correlaciones entre las variables psicosociales y el EI .....	140
<b>Tabla 21.</b> Resultados del análisis de regresión múltiple sobre la variable dependiente ISMI..	142
<b>Tabla 22.</b> Resultados eficacia del programa piloto, pruebas no paramétricas Friedman .....	165
<b>Tabla 23.</b> Características sociodemográficas de los participantes.....	173
<b>Tabla 24.</b> Características clínicas de los participantes .....	174
<b>Tabla 25.</b> Estadísticos descriptivos de las variables psicosociales en la fase pretratamiento..	175
<b>Tabla 26.</b> Características sociodemográficas, clínicas y psicosociales en la línea base.....	177
<b>Tabla 27.</b> Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos grupo x tratamiento .....	190
<b>Tabla 28.</b> Resultados para el grupo de tratamiento al inicio y después de la intervención .....	191
<b>Tabla 29.</b> Resultados de satisfacción con la intervención .....	192

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Componentes o dimensiones del estigma .....	39
<b>Figura 2.</b> Niveles o tipos de estigma .....	43
<b>Figura 3.</b> Estructura, Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental .....	49
<b>Figura 4.</b> Modelo explicativo del estigma internalizado .....	54
<b>Figura 5.</b> Reformulación del modelo explicativo de estigma internalizado.....	56
<b>Figura 6.</b> Diagrama de participantes incluidos en el estudio.....	161
<b>Figura 7.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable estigma internalizado total de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control.....	179
<b>Figura 8.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable alienación al estigma de las puntuaciones directas el grupo experimental y del grupo control .....	180
<b>Figura 9.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable asignación al estereotipo de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control.....	181
<b>Figura 10.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable discriminación de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	182
<b>Figura 11.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable aislamiento de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	183
<b>Figura 12.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable aislamiento de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	183
<b>Figura 13.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable depresión de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	184
<b>Figura 14.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable ansiedad social de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	185
<b>Figura 15.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable sintomatología psiquiátrica de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	186
<b>Figura 16.</b> Comparación pretratamiento y post tratamiento en la variable autoestima de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	187
<b>Figura 17.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable expectativas de recuperación de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	188
<b>Figura 18.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable salud general de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	188
<b>Figura 19.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable calidad de vida de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control .....	189
<b>Figura 20.</b> Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable funcionamiento psicosocial de las puntuaciones directas del grupo experimental y del grupo control.....	190

## Abreviaturas

<b>ACT:</b>	Terapia de Aceptación y Compromiso
<b>AEN:</b>	Asociación Española de Neuropsiquiatría
<b>ANOVA:</b>	Análisis de varianza
<b>APSO:</b>	Escala de Apoyo Social
<b>AQ-9:</b>	Escala de Atribuciones Estigmatizantes versión breve
<b>ARAPDIS:</b>	Asociación para la Rehabilitación y Adaptación de Personas Disminuidas en su Capacidad de Integración Socio-laboral
<b>ASAV:</b>	Asociación Salud y Alternativas de Vida
<b>AVD:</b>	Actividad de la Vida Diaria
<b>CD:</b>	Centros de Día
<b>CDPS:</b>	Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico
<b>CES-D:</b>	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
<b>CIF:</b>	Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad
<b>COP:</b>	Coming Out Proud Program
<b>CRL:</b>	Centro de Rehabilitación Laboral
<b>CRPS:</b>	Centros de Rehabilitación Psicosocial
<b>CSQ-8:</b>	Cuestionario de Satisfacción del Cliente
<b>DAS:</b>	Escala de Actitudes Disfuncionales
<b>DIS:</b>	Escala de Discriminación
<b>DISC:</b>	Escala de Discriminación y Estigma
<b>DSM- 5:</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª edición
<b>DSM-IV:</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales 4ª edición
<b>EASC:</b>	Equipo de Apoyo Social Comunitario
<b>ECA:</b>	Ensayo Controlado y Aleatorizado
<b>EI:</b>	Estigma Internalizado
<b>EIS-R:</b>	Escala del Impacto del Suceso Revisada
<b>ESS:</b>	Ending Self-stigma Program
<b>FAISEM:</b>	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
<b>GAM:</b>	Grupo de Apoyo Mutuo
<b>GHQ-12:</b>	Cuestionario de Salud General
<b>GSS:</b>	Escala de Autoeficacia General
<b>HOP:</b>	Honest Opend Proud Program
<b>IAS:</b>	Escala de Ansiedad Social
<b>ICS:</b>	Escala de Cogniciones sobre la Enfermedad
<b>ISMI:</b>	Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental

<b>ISMI-Aislam:</b>	Subescala Aislamiento Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental
<b>ISMI-Aliena:</b>	Subescala Alienación Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental
<b>ISMI-Asigna:</b>	Subescala Asignación Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental
<b>ISMI-Discrim:</b>	Subescala Discriminación Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental
<b>ISMI-Resist:</b>	Subescala Resistencia al Estigma Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental
<b>LGS:</b>	Ley General de Sanidad
<b>MR:</b>	Mini-Residencia
<b>NCSE:</b>	Consortio Nacional sobre Estigma y Empoderamiento
<b>NECT:</b>	Narrative Enhancement and Cognitive Therapy Program
<b>NICE:</b>	National Institute of Clinical Excellence
<b>NIMH:</b>	Instituto Nacional de Salud Mental
<b>PANAS:</b>	Escala de afecto positivo y negativo
<b>PAR:</b>	Programa de Autoafirmación y Revelación
<b>PAREI:</b>	Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado
<b>PS:</b>	Pisos Supervisados
<b>RAS:</b>	Escala de Evaluación de la Recuperación
<b>RSE:</b>	Escala de Autoestima de Roserberg
<b>SFS:</b>	Escala de Funcionamiento Social
<b>SG:</b>	Escala de Salud General
<b>SLDS:</b>	Escala de Satisfacción con la Vida de Baker e Intagliata
<b>SM:</b>	Salud Mental
<b>SSMIS:</b>	Escala de Autoestigma en la Enfermedad Mental
<b>SUMD:</b>	Escala de Desconocimiento sobre los Trastornos Mentales
<b>SV-CV:</b>	Escala de Satisfacción Vital y Calidad de vida
<b>TCC:</b>	Terapia Cognitivo-Conductual
<b>TEPT:</b>	Trastorno de Estrés Postraumático
<b>TMG:</b>	Trastorno Mental Grave
<b>WHODAS:</b>	Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud



## Resumen

Las personas con trastornos mentales graves (TMG) se ven doblemente afectadas por los síntomas característicos del problema de salud mental (SM) y por los efectos negativos del estigma social. Éste estigma muy frecuentemente se internaliza provocando un impacto aún más perjudicial para esta población. Concretamente el estigma internalizado (EI) se define como un proceso subjetivo que se expresa en tres dimensiones. Una dimensión cognitiva, caracterizada por creencias estereotipadas asociadas al trastorno, que son aceptadas y aplicadas sobre sí; una dimensión emocional, referida a los sentimientos negativos que resultan de la adherencia a estos estereotipos; y una dimensión conductual, manifestada en comportamientos autodiscriminatorios como el aislamiento (Livingston et al., 2010).

Un amplio volumen de evidencia científica ha puesto de manifiesto numerosas consecuencias negativas del EI; entre ellas una mayor sintomatología depresiva y ansiedad social (Han et al., 2018; Gerlinger et al., 2013). Más desesperanza y menores expectativas de recuperación que originan una menor búsqueda de ayuda y menor adherencia al tratamiento (Corrigan et al., 2011; Díaz-Mandado et al., 2015; Fung et al., 2008). También se muestran menores niveles de funcionamiento, satisfacción vital y calidad de vida (Gerlinger et al., 2013; Muñoz et al., 2011; Picco et al., 2016).

En consecuencia, se hacen indispensables intervenciones eficaces para reducir el EI. Hasta la fecha se han publicado algunos programas con resultados positivos pero limitados, al conseguir mejoras parciales en las distintas dimensiones de esta variable. Sin embargo, las revisiones sistemáticas examinadas para el presente trabajo no evidencian ninguna intervención capaz de reducir el EI en todas sus dimensiones (Mittal, et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016). Por estos motivos, la presente tesis pretende superar este vacío, al plantearse como objetivo principal aprovechar los conocimientos acumulados para diseñar y evaluar la eficacia de un nuevo programa de intervención que combine diferentes estrategias eficaces para conseguir una reducción global del autoestigma en todas sus dimensiones y mejoras en variables de recuperación asociadas a él.

La implementación de dicho objetivo se ha concretado en la realización de tres estudios empíricos sucesivos y complementarios:

Estudio I: Un trabajo preliminar cualitativo y exploratorio que tiene como objetivo identificar un conjunto de variables claves en el desarrollo del autoestigma, así como estrategias de intervención útiles en su reducción, para considerar a las variables de desarrollo posibles objetivos de intervención del nuevo programa, e incorporar en él aquellas estrategias de mayor utilidad. Con

el fin de lograrlo, se emplean paneles de expertos constituidos por profesionales del área de la SM y el estigma ( $n=20$ ), que se pretende expresen sus opiniones y lleguen a acuerdos mediante el empleo de la metodología Delphi. También se realizan grupos de discusión y entrevistas individuales a personas con TMG ( $n=13$ ), consideradas expertas en primera persona, que asimismo se espera muestren sus opiniones y conocimientos en base a sus experiencias.

Estudio II: Un estudio cuantitativo que trata de objetivar los resultados del estudio I, examinando mediante un análisis de regresión la capacidad predictiva conjunta sobre el EI del grupo de variables identificadas. Aquellas que resultan predictoras, pasan a considerarse posibles objetivos del programa. La muestra empleada está constituida por 162 personas con TMG pertenecientes a la Red de Atención Social a personas con TMG de la Comunidad de Madrid.

Estudio III: Un ensayo clínico controlado y aleatorizado que evalúa la eficacia de un programa dirigido a reducir el EI, diseñado en base a los resultados obtenidos en estos dos trabajos previos y a los facilitados por la literatura existente. Concretamente se compara la eficacia del programa aplicado a un grupo de personas con TMG ( $n=41$ ) frente a la condición control de tratamiento habitual ( $n=39$ ). La muestra pertenece a la misma Red de Atención.

Los resultados principales de los estudios I y II indican que:

- Las variables predictoras del EI y por tanto, consideradas objetivos de intervención, son: rol de enfermo, autoestima, autoeficacia, creencias disfunciones y estigmatizantes. Prediciendo todas ellas un 65% de la varianza total del EI ( $p<0,001$ ).
- Se considera útil basar la intervención en un modelo de recuperación que fomente la autonomía de las personas, dotándolas de un papel activo, como ocurre en los grupos de apoyo mutuo entre pares.
- Se reconoce fundamental entrenar estrategias de afrontamiento ante el estigma que propicien el contacto social, como la revelación.
- Se considera de gran utilidad emplear estrategias terapéuticas derivadas de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la terapia narrativa (TN).

A partir de estos resultados y de los hallazgos de la literatura existente, se diseña el “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR). Un programa grupal, manualizado y estandarizado que pretende incidir sobre las variables predictoras del autoestigma, empleando una combinación de estrategias psicoeducativas y derivadas de las TCC, ACT y TN, e incluyendo como parte fundamental, el apoyo mutuo y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento como la revelación.

Los resultados del estudio III, permiten afirmar que el nuevo programa se muestra eficaz en la reducción del EI en todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual. Así como en la mejora de la discriminación percibida y la sintomatología depresiva. Al presentarse en los ANOVAs mixtos mejoras solo en el grupo experimental tras el tratamiento ( $p \leq 0,003$ ). Mientras que en el resto de variables de recuperación asociadas al autoestigma no se produjeron cambios significativos.

En conclusión, los resultados obtenidos en la presente tesis aportan nuevos conocimientos sobre las variables predictoras del EI, mejorando esto la comprensión sobre su desarrollo, lo cual es esencial para diseñar estrategias preventivas que complementen los planes antiestigma existentes. Y sobre todo, este trabajo demuestra que el PAR es una intervención eficaz para la reducción del EI en todas sus dimensiones, al mismo tiempo que mejora la discriminación percibida y la sintomatología depresiva. Esto implica un gran avance para el área de la SM, al suponer el autoestigma una barrera hacia la recuperación. Además, el PAR podría resultar beneficioso como programa coadyuvante a las intervenciones psicosociales por su brevedad, su fácil aplicación y las altas tasas de adherencia y satisfacción. Asimismo, su implantación inmediata estaría disponible para el conjunto de profesionales y pares que quieran aplicarlo.



## Abstract

People with Severe Mental Disorders (SMD) experience double difficulties, as the negative social-stigma impact is added to the proper mental health issue. Besides, this social stigma is frequently internalized, which subsequently affects more harmful on these people's life. Specifically, internalized stigma, also known as self-stigma, is defined as a subjective that manifests in three dimensions: 1) a cognitive dimension, characterized by mental-disorders stereotypes that are agreed and applied on themselves; 2) an emotional dimension that refers to the negative feelings endorsed to the stereotypes and 3) a behavioral dimension denoted by self-discrimination like isolation (Livingston et al., 2010).

Numerous negative consequences have been disclosed by extensive scientific researches related to internalized stigma. Among some of those consequences we can encounter stronger levels of depressive symptomatology and social anxiety (Han et al., 2018; Gerlinger et al., 2013). Moreover, these revealed higher hopelessness as well as lower recovery expectations. Consequently, these people seek less for help and adhere less with the treatment (Fung et al., 2008). Besides, they also depict lower social functioning levels, lower life satisfaction and quality of life (Gerlinger et al., 2013; Muñoz et al., 2011; Picco et al., 2016).

Thus, it is essential to have effective interventions to reduce internalized stigma. Some programs have been published so far with positive but limited results, as each of them improves the different dimensions of this variable. However, the examined systematic reviews show there is no single intervention capable of reducing all self-stigma-dimensions (Mittal, et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016).

Therefore, the main aim of this thesis is precisely to cover this gap. So the objective is to take advantage of accumulated knowledge to design and assess the efficacy of a new intervention program that combines different effective strategies to attain a global reduction of self-stigma in all its dimensions. At the same time, the intent is also to achieve improvements in other internalized stigma-related variables (e.g depressive symptomatology, social anxiety or social, recovery, social functioning, quality of live or self-esteem).

To accomplish these objectives three complementary researches were conducted:

Study I: Exploratory preliminary qualitative study, which aims to identify a group of key variables for the self-stigma development and to detect useful intervention strategies for its reduction. The purpose is to consider these variables as potential intervention objectives and to incorporate the most convenient strategies in the new program. In order to achieve this, this part consists of panel experts -whose participants are professionals of mental health and stigma fields ( $n=20$ )-, so that

they can give their opinions and come to an agreement following Delphi methodology. It is also based on focus groups and individual interviews - whose participants are people who suffer from SMD and are considered as first-person experts- $(n=13)$ , so that they can give their opinions and insights according to their own experience.

Study II: A quantitative study intends to objectify the results obtained in Study I by analyzing the predictive value of the previously identified variables in self-stigma, via regression analyses. Those variables proven to be actual stigma predictors become objectives in the new intervention program. The sample consist of 162 person with SMD, who belong Social Assistance Network to people with SMD in Madrid.

Study III: A randomized controlled trial assess the program efficacy in stigma reduction, which is designed based on both previous results and the former literature. Particularly, this compares the efficacy of the program applied on a group with SMD ( $n=41$ ) vs. treatment as usual as a control condition ( $n=39$ ). The sample belong to the same Social Assistance Network.

The main outcomes of the empirical studies I and II show the following:

- Self-Stigma predictors and subsequent intervention objectives are: sick role, self-esteem, self-efficacy, dysfunctional beliefs and stigma attributions. They all predicted 65% variance of self-stigma ( $p < 0.001$ ).
- It is proven to be beneficial an intervention based on a recovery model that endorses the autonomy of participants and that provides an active role, as it occurs to be in the peer group.
- It is fundamental to train stigma-coping skills, especially those that encourage social contact, like disclosing.
- It is essential to use therapeutic techniques derived from cognitive-behavioral therapy (CBT), acceptance and commitment therapy (ACT) and narrative therapy (TN).

The new intervention program is founded on all these outcomes and the ones from the existing literature, resulting in “Self-affirmation and Revelation Program” (SARP). This consists of a group, manualized and standardized program, which intervene on the proven self-stigma predictor variables. And for this matter it uses a combination of psychoeducational strategies and those derived from CBT, ACT and TN, yet including the peer support and the training of coping strategies -like disclosure- as a fundamental part.

Outcomes derived from Study III state the new program is effective in internalized-stigma reduction in all cognitive, emotional and behavioral dimensions. Moreover, it also confirms the improvement of perceived discrimination and depression symptomatology, given mixed ANOVAs showed a significant post-treatment improvement in these variables just in the

experimental group. However, there were no significant changes in the remaining recovery variables associated to self-stigma.

In conclusion, the results of this thesis provide new insights about the self-stigma predictors, which improves the understanding of its development. This is essential to design prevention strategies that complement the existing anti-stigma plans. And above all, this work evidences SARP is an effective intervention to reduce internalized stigma in all its dimensions, as well as it enhances the perceived discrimination and the depression symptomatology. This entails a huge progress in the mental health field, since the self-stigma itself implies a barrier to recovery. Besides, SARP could potentially be beneficial as an adjuvant to psychosocial intervention, thanks to its brief duration, easiness to be applied and high adherence and satisfaction rates. Additionally, it is available for immediate implementation for all those professionals and peers interested in.



# **CAPÍTULO 1.**

## **Los trastornos mentales graves**



## CAPÍTULO 1. Los trastornos mentales graves

### 1.1. Acercamiento al concepto de trastorno mental grave

Esta tesis doctoral se encuadra dentro de una de las líneas de investigación que más interés ha suscitado en el área de la psiquiatría, la psicología clínica y la rehabilitación psicosocial: los trastornos mentales graves.

Desde sus inicios, psicólogos/os, psiquiatras e investigadores de distintas escuelas y corrientes han estudiado la locura haciendo enormes esfuerzos por entenderla, con el fin de poder tanto prevenirla como intervenir sobre ella y reducir el impacto negativo que ocasiona a las personas que la padecen. Sin embargo, a pesar de establecerse como uno de los objetivos más recurrentes, abordar la locura sigue tratándose de una tarea profundamente compleja y en continuo cambio, incluso en lo relativo a su propia terminología y definición. Es a partir de la reforma psiquiátrica y de la llegada de un modelo sanitario basado en la atención comunitaria, cuando el término “*trastorno mental grave*” (TMG) comienza a sustituir a otros términos como “*enfermedad mental crónica*” (Vázquez y Nieto-Moreno, 2010). Este cambio terminológico, se lleva a cabo por un lado para romper con la visión organicista imperante hasta el momento, en la que la cronicidad reflejada por la estabilidad e inmutabilidad sintomatológica y funcional de la enfermedad tomaba un papel central, y donde la recuperación, entendida en términos de bienestar y salud, aún no formaba parte de los objetivos terapéuticos. Además de ello, este cambio, permite eliminar la diferenciación categorial entre personas sanas y enfermas que se deriva de un concepto que se centra en el diagnóstico clínico y en la presencia o ausencia de sintomatología, como es el concepto de “*enfermo mental*”. Y es que sin duda, términos como este, fomentan las barreras de exclusión y estigmatización, facilitando las distancias sociales entre personas con trastornos mentales y personas sin ellos (AEN, 2012). Sin embargo, el hablar de “*personas con trastorno mental*”, encaja mucho mejor con un modelo socio-sanitario dimensional e integrador; un modelo que pretende acabar con los fenómenos de exclusión y discriminación, mediante una atención comunitaria, centrada no sólo en la sintomatología, sino en la que el bienestar, el funcionamiento psicosocial, la normalización y la integración de la persona atendida se convierte en la piedra angular del proceso de intervención. Ahora bien, una vez que dejamos a tras el término de enfermedad y lo sustituimos por el de trastorno, resulta imprescindible saber ¿a qué nos referimos cuando hablamos de una persona que tiene un trastorno mental grave? Para poder responder a esta pregunta, es importante saber que pese a los numerosos intentos de definir el término trastorno mental de una forma operativa y que permitiera el consenso entre profesionales y científicos/as, la realidad es que durante la década de los 80, han existido varias y heterogéneas definiciones. Esto ha llevado a una baja consistencia a la hora de aplicar criterios prácticos que

establecieran cifras de prevalencia, o permitieran implantar la oferta de servicios y tratamientos específicos para este grupo de población (Schinnar, Rothbard, Kanter y Jung, 1990).

Fue Goldman en 1981, quien estableció la primera definición integradora del TMG, basada no sólo en el diagnóstico, sino también en la discapacidad, la duración del trastorno y los entornos institucionales y comunitarios utilizados. Sin embargo, la definición más representativa, y que a día de hoy sigue siendo la más aceptada por los autores, es aquella emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, donde las personas con TMG son definidas como un grupo heterogéneo de personas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que se presentan junto a alteraciones mentales de duración prolongada. Estos trastornos además han de implicar un grado variable de discapacidad y de disfunción social asociadas. Y las personas que lo presentan han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (NIMH, 1987). Como se observa en la definición y como el propio NIMH señala, a la hora de definir los TMG se han de tener en cuenta tres dimensiones: el diagnóstico clínico, la duración y la discapacidad. Es importante tener un mismo punto de mira en lo referido a estas tres dimensiones para poder conseguir un criterio común a la hora de identificar a personas con trastornos mentales graves frente a otras, que quizás pueden tener un trastorno mental de menor gravedad, y que por tanto tendrán otras necesidades que conllevará otro tipo de recursos. Revisemos por ello cada una de estas tres dimensiones.

### ***Diagnóstico***

En cuanto a la primera dimensión, el diagnóstico, el NIMH (1987) incluye como diagnósticos considerados dentro de los TMG, los trastornos psicóticos no orgánicos y algunos trastornos de la personalidad, como el trastorno de personalidad límite. En nuestro país, más recientemente, en 2012, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), añade además de estos, como TMG, el trastorno bipolar, los trastornos depresivos graves y el trastorno obsesivo compulsivo (AEN, 2012). Sin embargo, es importante hacer visible la controversia, en lo referido a la inclusión de los trastornos de personalidad. La dificultad del diagnóstico y la variabilidad de su curso y pronóstico, hace que algunos autores no estén a favor de incluirlos como TMG. Sin embargo, el hecho de que muchos de estos trastornos presenten sintomatología psicótica y graves trastornos de la conducta, y que por ello las personas que lo padecen necesiten, como el resto de personas con TMG, un uso extendido de los servicios de salud mental, resulta suficiente para que otros autores los consideren trastornos mentales graves (Rodríguez y Bravo, 2003). Según todo esto, se podría decir que las categorías diagnosticas susceptibles de ser incorporadas al concepto de trastorno mental grave serían aquellas en las que se manifiestan síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones...) y negativos (apatía, aplanamiento afectivo...); pero también las

referidas a trastornos afectivos y aquellas que son capaces de generar alteraciones comportamentales graves, como pueden ser el caso de los trastornos de personalidad (Pastor, Blanco y Navarro, 2010).

Se recomienda, tomar la dimensión diagnóstica, con cautela; incluso algunos autores indican la idoneidad de suprimirla y basar la definición de TMG sólo en lo referido a la duración y el grado de discapacidad (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi y Tansella, 2000). Suponiendo esto, sin duda una evolución histórica, al pasar de un sistema de salud mental centrado en el diagnóstico clínico, como único criterio de inclusión, a otro sistema en el que se prioriza otros parámetros como son la duración y el desempeño social o el grado de discapacidad.

### ***Duración***

En lo que a la duración se refiere, es una dimensión clave, pues pretende diferenciar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada, descartando de este modo aquellos casos en los que aunque se presenten síntomas o diagnósticos de gravedad, el tiempo de evolución sea corto y por tanto el pronóstico aún pueda ser incierto o inconstante. Se ha establecido como criterio un periodo superior a dos años de duración de tratamiento, o bien un deterioro progresivo y evidente en el funcionamiento en los últimos 6 meses pese a la remisión de los síntomas (Rodríguez y Bravo, 2003). Aunque algunos autores sí que hablan de duración del trastorno, la mayoría coinciden en centrarse en la duración del tratamiento a la hora de valorar este criterio (Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi y Tansella, 2000). Esto nos permite una información más objetiva, ya que a veces los periodos premórbidos podrían solaparse con el inicio del trastorno y con ello dificultar la limitación temporal del mismo.

### ***Discapacidad***

La última de las dimensiones propuestas por el NIMH (1987), hace referencia a las dificultades en el funcionamiento en diferentes áreas personal, social y familiar, reflejada por una discapacidad de moderada a severa. Esta dimensión, es fundamental a la hora de definir el concepto TMG, ya que se ha demostrado en muchos estudios que el funcionamiento social predice de forma potente el pronóstico y la evolución del trastorno, tanto a nivel clínico, en lo referido a la sintomatología como a nivel no clínico, al tomar un papel clave en las posibilidades de inclusión y normalización de roles sociales (Navarro y Carrasco, 2010; Bailer, Bräuer y Rey, 1996).

Cuando hablamos de discapacidad en el funcionamiento social, nos referimos a déficits en áreas como los autocuidados (higiene personal, hábitos de vida no saludables, etc.); la autonomía (manejo del dinero, manejo de transportes, utilización del ocio y tiempo libre,

desempeño laboral); el autocontrol (enfrentamiento del estrés, competencias personales); las relaciones interpersonales y el ocio y tiempo libre (Blanco y Pastor, 1997). Ahora bien, es necesario delimitar un límite común entre profesionales, que determine cuando los déficits en estas áreas mencionadas afectan significativamente a las personas como para considerar se refieren a un grado de discapacidad moderado o grave. Es por ello que se emplean instrumentos comunes de valoración de funcionamiento social, como son la *Escala de Funcionamiento Global* (*Global Assessment of Functioning*; APA, 1994). Puntuaciones menores a 50, en esta escala indicarían una importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social. Aun siendo esta escala la más utilizada también se ha empleado la *Escala de Discapacidad de la OMS* (*Disability Assessment Schedule* o WHODAS; OMS, 1988). En ella, la discapacidad moderada se reflejaría por puntuaciones por encima de 9.

En el momento actual, donde se trabaja desde el paradigma de la recuperación, dentro de un modelo social comunitario, la dimensión de discapacidad toma mucha fuerza, ya que ofrece una visión integral de la persona, que hace referencia a su desempeño real en el día a día, los roles que es capaz de desempeñar y las limitaciones y necesidades con las que se encuentra, algo sin duda más revelador e idiosincrático que lo que podría ser una etiqueta diagnóstica.

## 1.2. Prevalencia y datos epidemiológicos

La falta de una definición operativa de TMG que sea compartida por todos los estudiosos del tema, como se comentaba en el apartado anterior, ha dificultado considerablemente el poder conocer con exactitud datos de prevalencia en esta población. La revisión de Schinnar en 1990, donde se hallaron hasta 17 definiciones distintas de TMG utilizadas en EE.UU. entre 1972 y 1987 ofrecía unas cifras de prevalencia muy variables, que oscilaban entre el 4% y el 88% en una misma muestra, según la definición que se aplicara. Por todo esto, para poder ofrecer datos epidemiológicos sobre los TMG, por una parte podemos considerar cifras europeas de trastornos neuropsiquiátricos, los cuales hacen referencia a un conjunto de trastornos más amplio que los TMG, donde se incluyen por ejemplo los trastornos de ansiedad, o las demencias entre otros. En este contexto, en un estudio de 2011, se estimó que cada año el 38,2% de la población de la Unión Europea, sufrirá un trastorno mental. Ajustado por edad y comorbilidad, esto corresponde a 164,8 millones de personas afectadas. Estas cifras muestran un aumento considerable si las comparamos con las aportadas por la OMS en el 2005 (Wittchen et al., 2011), donde se estimó que entre un 19% y un 26% de la población padecería un trastorno mental a lo largo de su vida (OMS, 2005). Sin embargo, no podemos obviar que estos datos, no sólo se refieren a las personas con TMG, sino a un grupo más amplio de personas con una mayor variedad de diagnósticos.

Por otra parte, podemos analizar los datos concretos sobre prevalencia o incidencia de los diagnósticos clínicos incluidos en TMG. Por ejemplo, en el entorno europeo se considera que la prevalencia de los trastornos psicóticos (esquizofrenia incluida) es del 1,2% de la población, mientras que la del trastorno bipolar sería de 0,9%. La depresión mayor por su parte es uno de los trastornos mentales más frecuentes (6,9%) (Wittchen et al., 2011). En lo referido a los Trastornos de personalidad una revisión reciente confirma que las cifras de prevalencia de estos trastornos van desde 4,4% a un 21,5% (Quirk et al., 2016). Ahora bien, no todas las personas con estos trastornos cumplen necesariamente con los criterios de discapacidad y duración que definen el TMG y a los que antes hacíamos referencia, es por ello que estos datos epidemiológicos, también han de ser considerados con cautela (Ruggeri et al., 2000).

Podemos encontrar algunos trabajos en Londres (Thornicroft, Wykes, Holloway, Johnson, y Szmuckler, 1998) y Verona (Tansella, Amaddeo, Burti, Garzotto y Ruggeri, 1998) que intentan ofrecernos datos epidemiológicos, aplicando además del diagnóstico (psicosis funcional) los criterios establecidos por el NIHM de duración (más de dos años de tratamiento) y discapacidad (disfunción severa en el funcionamiento social durante el último mes). La prevalencia que se obtiene en estos estudios, oscila entre 2.55/1000 habitantes en el estudio de Londres (prevalencia estimada) y 1.34/1000 habitantes en el de Verona (prevalencia tratada en salud mental). Estos datos nos permiten concluir que el 31% de los trastornos psicóticos encontrados en el estudio de Londres y el 40% en el de Verona pueden considerarse TMG aplicando tales criterios, mientras que el resto no.

En nuestro país, aunque mediante estimaciones indirectas de prevalencia ante la falta de censos, sí que se ha intentado seguir los criterios del NIMH. Los datos ofrecidos por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales estima que el 0,3% de la población general en España (3/1000 habitantes) tendría un TMG. Estando los hombres más representados, además de las personas de menor nivel socio-económico (IMSERSO, 2007). También encontramos datos de algunas regiones como Andalucía donde se estima una prevalencia de 1,5-2,5 por 1000 habitantes (Del Rio Noriega, 2006).

Se concluye, una evidente necesidad de estudios más actuales y precisos sobre la prevalencia de los TMG, pues a día de hoy los datos ofrecidos por estudios europeos y españoles, solo nos permiten hablar de cifras aproximadas de prevalencia, que oscilan entre el 1,34 y 3 por cada 1000 habitantes, según los criterios considerados para definir los trastornos mentales graves que se empleen. Estas cifras, aunque revisables, se refieren a un porcentaje sin duda, muy importante de la población. Pudiendo con ello afirmar que el tener un trastorno mental grave resulta un problema con gran repercusión en nuestros días.

### 1.3. Etiología y modelos explicativos

Conocer la etiología de los trastornos mentales graves nos ayuda a dar un paso adelante en su abordaje, no sólo en lo referido a su tratamiento sino también a su prevención. Es por ello que a lo largo de la historia han sido múltiples los estudios que han intentado explicar los factores responsables del origen y del mantenimiento de trastornos como la esquizofrenia u otros trastornos mentales graves. Ahora bien, hay que mencionar que en este contexto encontramos teorías reduccionistas, muy dispares y contradictorias entre sí, que lejos de ser capaces de explicar en su totalidad el origen de los trastornos mentales graves, pueden incluso, llegar a facilitar la creación de estereotipos asociados a los mismos. Algunos ejemplos de este tipo de teorías son por un lado aquellas que parten del paradigma biológico como son la teoría genética, la teoría neurológica, la teoría bioquímica, las teorías de las alteraciones estructurales o funcionales o las teorías del desarrollo perinatal. Este grupo de teorías propician estereotipos como el de inmutabilidad y de no recuperación, al centrar todo el peso de la causa del trastorno en factores orgánicos, inmutables e incontrolables por parte de la persona afectada (Cañamares et al., 2001).

Por otro lado, encontramos teorías que se encuadran dentro de un paradigma psicosocial, como las teorías psicoanalíticas, las teorías familiares –por ejemplo la del doble vínculo-, o aquellas basadas en el conductismo, el paradigma cognitivo, o aquellas otras que depositan la causa en factores estresantes o traumáticos (Cañamares et al., 2001). Al igual que las anteriores todas ellas son por si solas insuficientes para explicar la etiología de los trastornos mentales graves (Zubin y Spring, 1977), pudiendo además en este caso, facilitar estereotipos asociados con la culpa sobre el propio trastorno.

Es por esto, que lejos de emplear enfoques reduccionistas que busquen un único factor como total responsable de este tipo de trastornos, se necesitan paradigmas más holistas e integradores para explicar la etiología de los trastornos mentales graves. Entre ellos destaca el caso del modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977). Este modelo multifactorial y de segundo orden, surge justo como una tentativa de integración de aquellos elementos de los modelos previos que muestran su influencia parcial en el inicio y mantenimiento de los trastornos mentales graves (Pina, 2010). En él se afirma que hay personas que son vulnerables a sufrir episodios psicóticos, sin embargo para que estos episodios tengan lugar, y con ellos el desarrollo de un trastorno mental como es la esquizofrenia, son necesarios factores estresantes que tomen el papel de factores precipitantes (Zubin y Spring, 1977). Es decir, no es ni la vulnerabilidad a tener el trastorno, ni los factores estresantes que lo precipitarían, los que explican por sí solos el desarrollo y mantenimiento de un trastorno mental grave, sino que es la sinergia de ambos la que lo hace, no siendo por separados ninguno de ellos suficientes. Motivo este, por el que los modelos previamente citados que parten de paradigmas reduccionistas y unifactoriales no eran capaces de explicar este tipo de trastornos de forma aislada.

Varios autores han ido ampliando el modelo original de vulnerabilidad-estrés al extrapolarlo a otros trastornos mentales graves (Lieberman, 2008; Perris, 2004); o al incluir en su formulación factores de protección, que serían aquellos que contrarrestan el efecto ocasionado por los factores estresantes en las personas vulnerables, pudiendo su presencia llegar a impedir el desarrollo del trastorno mental o sus recaídas (Nuechterlein y Liberman, 1985).

De forma resumida sobre este modelo de vulnerabilidad-estrés podemos afirmar que entre los factores de vulnerabilidad personal propuestos por los distintos autores encontramos tanto factores innatos como adquiridos, entre los cuales se encuentran: alteraciones dopaminérgicas, una reducida capacidad de procesamiento o un déficit de atención, respuestas de hiperreactividad autonómica ante estímulos aversivos, rasgos esquizotípicos de personalidad, déficit en estrategias de afrontamiento y en competencia social. Los estresores ambientales están representados por acontecimientos vitales estresantes y estresores diarios de carácter más crónico, o por un ambiente social de sobreestimulación o un nivel de estrés familiar donde prima una comunicación crítica y basada en la sobreimplicación (Nuechterlein et al., 1985, Cañamares et al., 2001). Finalmente entre los factores de protección sobresalen tres tipos de factores, por un lado factores personales como la resiliencia, el poseer conductas de afrontamiento apropiadas, un funcionamiento cognitivo adecuado o buenas competencias sociales; por otro lado, factores sociales como tener una red social de calidad y ser capaz de percibir dicho apoyo social; y por último, factores relacionados con la intervención como son: un adecuado tratamiento farmacológico, estrategias para el manejo del trastorno, entrenamiento en habilidades sociales, alojamiento normalizado y un tratamiento asertivo comunitario (Lieberman, 2008). Es importante mencionar que este modelo cuenta con múltiples ventajas que justifican que sea el más usado en el campo clínico e investigador a la hora de explicar el origen de los trastornos mentales graves. Desde una perspectiva es un modelo que destaca por su facilidad para explicar la compleja interacción entre factores de carácter genético y ambiental, integrando todos los elementos que han demostrado influir parcialmente en el desarrollo de los trastornos mentales graves. Y desde otro punto de vista, se trata de un modelo que rompe con la idea de cronicidad y estabilidad, ya que mantiene que los trastornos mentales graves no son permanentes, sino episódicos, al hablarse de una vulnerabilidad y de factores que precipitan o protegen, a la persona vulnerable, de sufrir una crisis.

Por todo esto podemos concluir que el modelo de vulnerabilidad-estrés da la mano a la intervención y a la prevención, pues conocer los factores que disparan o protegen de una recaída nos da pistas para el diseño y la planificación de los tratamientos (Perris, 2004). De hecho las intervenciones dirigidas a los trastornos mentales graves, actualmente van en la línea de identificar la existencia de vulnerabilidad personal, mediante la detección de síntomas prodrómicos y de prevenir el desarrollo de los trastornos o sus recaídas mediante la reducción de los factores estresantes y la promoción de factores de protección (Cañamares et al., 2001).

## 1.4. Intervenciones y tratamientos para los trastornos mentales graves

### 1.4.1. El modelo dominante de atención a personas con TMG y su desarrollo

Hace ya varias décadas que contamos con un modelo de atención a las necesidades y problemas de salud mental de las personas con TMG cada vez más alejado de aquellos tratamientos basados en internamientos de larga duración en instituciones psiquiátricas. A día de hoy, es bien conocida la ineficacia en términos de recuperación de estos hospitales psiquiátricos, explicada por una atención meramente asistencial y custodial, donde el control sintomatológico y el reclutamiento era el principal objetivo de todos los procesos de intervención allí vigentes. La atención ofrecida en estos antiguos manicomios, basada en la masificación, la despersonalización, la violación de la intimidad, así como el aislamiento familiar y social, favorecía la cronificación y el deterioro personal, así como la exclusión y la marginación de este grupo de población (Sobrino, Rodríguez y Fernández, 1997). Es por esta falta de eficacia, así como, por razones apoyadas en la ética y en la defensa de los derechos de las personas con TMG, que tanto en España, como en otros países Europeos, Estados Unidos o Canadá, se inicia un proceso de desinstitucionalización y de reforma psiquiátrica, que cambia radicalmente el modelo de atención sanitaria y social a las personas con TMG. Concretamente en nuestro país, la dictadura, como en otras tantas cosas, nos retrasa en relación a otros países vecinos como Italia, o Reino Unido, y no es hasta la recuperación de la democracia, y en especial a partir de mediados de los años ochenta, cuando aprovechando una reforma de la Sanidad General, se propone en la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica en 1985, esta transformación de la asistencia a personas con TMG, quedando finalmente plasmada en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, concretamente en su artículo 20 (Desviat, 2011). Esta reforma psiquiátrica se caracterizó por un traslado de la atención a los problemas de salud mental del ámbito privado al ámbito público, y del ámbito hospitalario al ámbito comunitario. Se potenciaron los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio, con el objetivo de reducir al máximo posible la necesidad de hospitalización. Hospitalizaciones estas, que de ser requeridas, pasaban a realizarse en unidades psiquiátricas dentro de los hospitales generales, en lugar de en centros psiquiátricos, cuyo cierre se extendió progresivamente en todo el país. En cuanto al tipo de atención ofrecida, pasa de ser una atención meramente médica y asilar a una atención integral, en la que se contempla tanto a la persona como a su entorno social más cercano y a su comunidad. Se prioriza además de en la propia intervención del trastorno, en su prevención y en la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general. Es por ello que, mediante la coordinación de los servicios sociales y sanitarios, se propuso el desarrollo los servicios de rehabilitación y reinserción social que ampliaban y mejoraban el tipo de intervención

ofrecida a la persona con TMG (Ley General de Sanidad, 1986, artículo 20, apartados 3 y 4; BOE 102, p. 15211 en Desviat, 2011). Es en este contexto donde aparece la intervención basada en Rehabilitación Psicosocial. Hoy en día entendemos la Rehabilitación Psicosocial, tal como fue definida en el Cuaderno Técnico sobre Rehabilitación Psicosocial, publicado por la AEN en 2002 como *“un proceso que pretende mediante un conjunto de estrategias psicosociales mejorar la calidad de vida de estas personas con trastornos mentales graves y persistentes, y ayudarlas a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible, así como a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social”* (Gisbert, 2002, p.21).

Ahora bien, la Rehabilitación Psicosocial, aunque contemplada legalmente en la Reforma Psiquiátrica, partió siendo un mero proceso de preparación para la salida de los pacientes de los hospitales, ya que esta primera etapa de la reforma se centró sobre todo en la expansión de nuevos servicios de salud mental comunitarios y en la creación de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y no tanto en el desarrollo de dispositivos intermedios de rehabilitación y de apoyo social a la reinserción. Para llegar a esta visión actual de Rehabilitación como proceso y para lograr que el desarrollo de los dispositivos intermedios de Rehabilitación y apoyo social, tomara fuerza y ocuparan un papel central y real en la atención integral a personas con TMG, fueron necesarios además del cambio en el marco legal reinante, distintos acontecimientos importantes. Entre estos acontecimientos decisivos, cabe destacar por un lado, experiencias concretas de desinstitucionalización en nuestro país que constituyeron hitos en esta etapa, como son la reforma psiquiátrica en Leganés, donde además del cierre de un hospital psiquiátrico, se apostó por la creación de una red de servicios de salud mental comunitarios, que incluía un potente conjunto de programas y servicios de Rehabilitación Psicosocial (Desviat, 1995). O la experiencia del Barrio de Gracia en Barcelona desarrollada por la Asociación para la rehabilitación y adaptación de personas disminuidas en su capacidad de integración socio laboral (ARAPDIS) que demostró el poder de la rehabilitación psicosocial sobre la inserción social, laboral y residencial de los pacientes (Blasi Ras, 2000). O la experiencia andaluza, al convertirse en la primera comunidad autónoma española que cierra todos los hospitales psiquiátricos públicos y crea, a instancias del Parlamento Andaluz, en 1993, la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), la cual comienza a ocuparse con éxito de la inserción social, ocupacional, laboral y residencial en este grupo de población (Hernández- Monsalve, 2011).

Por otro lado, además de estas exitosas experiencias de cambio real en diversas Comunidades Autónomas, también fue imprescindible para consolidar el giro en la atención a personas con TMG, la presencia y el fortalecimiento del movimiento social de familiares y

usuarios. Estos tomaron un papel más activo, constituyendo por ejemplo asociaciones de familiares, como es el caso de la Federación Estatal de Familiares de enfermo psíquicos en 1991, o participando, junto con representantes de asociaciones de profesionales y expertos, en Comités decisivos en la toma de decisiones en el marco legal y práctico, como el Comité Técnico de Redacción de la Estrategia de Salud Mental de 2006 (Hernández- Monsalve, 2011). Además en esta línea, también son sustanciales los nuevos servicios que dotan de un papel protagonista en el proceso de recuperación a los propios usuarios, como es el caso de los grupos de ayuda mutua (Chamberlin, 2006).

Es importante detenernos en la mencionada Estrategia de Salud Mental (2006), pues surge justo para consolidar y actualizar la situación asistencial en los servicios públicos de salud mental y de rehabilitación psicosocial, en el conjunto del Estado, al proponer el reconocimiento real de todos los cambios legales, la conexión con la perspectiva de la promoción de la salud y la prevención, así como la inclusión del modelo de la recuperación dentro del paradigma de la atención comunitaria y de la rehabilitación psicosocial (Hernández- Monsalve, 2011). Este modelo de la recuperación (“*recovery*”) que justo empieza a finales del siglo XX y sobre el que los teóricos de la rehabilitación (Lehman et al., 2004; Harrison et al, 2001) hacen gran hincapié, por su gran aportación al nuevo modelo de atención al TMG, hace referencia no sólo a la «recuperación» del trastorno, sino sobre todo a la recuperación del proyecto vital. Implica apoyarse en las fortalezas, en las potencialidades que quedan y en el proceso dinámico de querer seguir desarrollándose en esa nueva situación. Se centra en el potencial de crecimiento o la capacidad inherente de toda persona a recuperarse, es por ello que el sentido de rehabilitar es hacer que esa persona sea de nuevo dueña de su vida y de sus proyectos dentro de lo que son sus posibilidades. Además desde este modelo se pretende la participación de la persona en todos los aspectos de su proceso de recuperación incluso en el diseño de los propios servicios, pues se respeta el derecho a decidir (Farkas, Gagne, Anthony y Chamberlin, 2005; Davidson y González-Ibáñez, 2017). Este derecho a decidir, junto con otros principios y valores como son la autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad, son un pilar básico y revolucionario del nuevo modelo de atención comunitaria a personas con TMG (Estrategia de Salud Mental, 2006).

A día de hoy, podemos afirmar que gracias a las experiencias reales y pioneras de distintas Comunidades Autónomas, las acciones lideradas por el movimiento de familiares y usuarios, el desarrollo continuo de nuevas estrategias como la Estrategia de Salud mental (2006) así como el desarrollo y la influencia del paradigma de la recuperación, contamos con un modelo de atención sanitaria y social a personas con TMG basado en una atención biopsicosocial e integral, cuyo objetivo principal radica en ayudar a las personas con TMG a reintegrarse en la comunidad,

mejorar su funcionamiento psicosocial y potenciar sus fortalezas, para de este modo mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible, favoreciendo su calidad de vida y su bienestar.

Ahora bien, a pesar de los grandes avances que han marcado sin duda un antes y un después en el modelo de atención e intervención a personas con TMG, siguen existiendo muchos retos pendientes, entre los que destacan:

- Unificar y centralizar, los servicios de atención ofrecidos en las diferentes Comunidades Autónomas, no favoreciendo de este modo las desigualdades existentes entre Comunidades (Desviat, 2011).
- Ampliar y mejorar la calidad de la asistencia ofrecida a personas con TMG, en espacios como son el contexto rural (Navarro, 2010), la situación de calle o de prisión (Hernández-Monsalve y Herrera, 2003).
- Dotar de un papel más activo a los movimientos asociativos de usuarios y familiares en la propia planificación y posterior evaluación de los servicios de atención mental (Desviat, 2011).
- Incrementar acciones de prevención y de promoción de la salud mental en población con TMG (Hernández-Monsalve, 2011).
- Disminuir el estigma social, y los fenómenos de discriminación, aún presentes en las relaciones sociales, en el acceso a recursos como la vivienda, o la incorporación en el mundo laboral (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo, Panadero y Guillén, 2006).
- Evaluar la eficacia de las intervenciones ofrecidas y garantizar su disponibilidad y acceso a todas las personas con TMG que requieran una intervención (Hernández-Monsalve, 2011).

Es por ello que siguen siendo necesarias investigaciones que puedan solventar estos retos pendientes y contribuir de ese modo a la mejora del modelo de atención a personas con TMG en nuestro país.

#### **1.4.2. Intervenciones específicas dirigidas a personas con TMG basadas en la evidencia**

Dentro de este contexto de atención comunitaria, en los últimos años, y gracias al desarrollo del modelo de vulnerabilidad, el modelo de recuperación y el apogeo del paradigma de la práctica apoyada en la evidencia, las intervenciones concretas a personas con TMG han logrado operatividad y eficacia en la mejora del funcionamiento psicosocial y en su adaptación y mantenimiento en la comunidad (Rodríguez y Bravo 2003). Las guías de prácticas clínicas tanto nacionales como internacionales, apoyadas en ensayos controlados aleatorizados, recomiendan

ciertas estrategias psicosociales como complemento a las terapias farmacológicas. El apoyo experimental más fuerte en la mayoría de guías se han observado en el tratamiento asertivo comunitario, en procedimientos de empleo con apoyo para la rehabilitación laboral, en las intervenciones familiares, en entrenamientos en habilidades sociales, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, así como en la terapia cognitivo-conductual. Existiendo también otras intervenciones, aunque con menor apoyo empírico, que también han sido recomendadas en las intervenciones a personas con TMG como, el manejo del estrés, la implantación de actividades de la vida diaria y de ocio, o la atención residencial. Por su parte no se han encontrados evidencias a favor de terapias como, la terapia de apoyo o counselling, la psicoterapia psicodinámica y abordaje psicoanalítico, la terapia morita, la dramaterapia, terapia de distracción o la hipnosis (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012; National Institute of Clinical Excellence (NICE), 2014; Vallina, Lemos y Fernández, 2010).

Es importante adaptar todas estas estrategias de intervención a la propia persona, siguiendo un siempre enfoque integral, y por supuesto comunitario. Esta intervención es proporcionada por un equipo multidisciplinar, que empleando distintos recursos de atención sanitaria y social, crea e implanta un plan de atención individualizado para cada persona, en el que además de intervenir se ha de evaluar regularmente sus logros y necesidades, ha de ser un plan en continua evolución, al igual que lo son las necesidades y características de las personas para las que estos están destinados. Esto sería lo que se conoce como programas de continuidad de cuidados dirigidos a la atención a las personas con TMG los cuales garantizan el acceso al tratamiento sanitario y de rehabilitación psicosocial en la línea de la integración comunitaria a lo largo del tiempo (Sobrino-Calzado y Fernández-Liria, 2010).

A continuación se procederá a detallar las características principales de cada una de estas intervenciones psicosociales que han mostrado su eficacia en la intervención de personas con TMG, y que a día de hoy son empleadas dentro del programa de continuidad de cuidados en la Red de Atención Sanitaria y Social a personas con TMG, en nuestro país.

### ***Psicoeducación***

La psicoeducación es un proceso de aprendizaje sistemático sobre el trastorno, basado en el conocimiento de sus limitaciones y sobre las distintas formas de afrontarlas de la manera más efectiva y competente posible (Cañamares et al., 2001). Ahora bien este proceso de aprendizaje no se limita a proporcionar un aumento de los conocimientos relacionados con el problema de salud mental, sino que además de ello involucra procesos cognitivos y afectivos que generan cambios en los pensamientos, las emociones y la conducta, con el fin de ocasionar mejoras en los

hábitos y con ello una mayor salud y autonomía (Rodríguez y Bravo, 2003; Cañamares et al., 2001). Para ello las intervenciones psicoeducativas emplean además de la transmisión de información, técnicas cognitivo conductuales e intervenciones motivaciones entre otras. Algunas de ellas se observan en la siguiente tabla.

**Tabla 1.** Técnicas/estrategias de intervención comunes a los programas de psicoeducación (Carrasco, Pradana, Vehil, 2010)

<b>Técnicas comunes de los programas de Psicoeducación</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transmisión de información y empleo de resúmenes y videos</li><li>• Técnicas de motivación-entrevista motivacional. Escucha activa y reflexiva</li><li>• Técnicas de decisión compartida</li><li>• Solución de problemas</li><li>• Técnicas de refuerzo y feedback</li><li>• Técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva, detención de pensamiento, distracción-restricción de la atención de la atención, autoafirmación y visualización)</li><li>• Técnicas de modelado</li><li>• Técnicas de generalización</li><li>• Role playing</li></ul>

El objetivo principal de la psicoeducación es incrementar la capacidad de autoconciencia de la propia situación vital a través del conocimiento del trastorno, de modo que se facilite una actitud realista y positiva, y se garantice un estilo de vida de protección y autocuidado que mejorara la calidad de vida de las personas con TMG.

Entre los objetivos específicos, destacan los siguientes (Cañamares et al., 2001 y Rodríguez et al., 2003):

- Ofrecer información actualizada, veraz y comprensible sobre el trastorno.
- Favorecer la conciencia de enfermedad.
- Romper la estigmatización y la etiquetación.
- Posibilitar un papel activo de la personas en su proceso de recuperación.
- Promover la autonomía.
- Consolidar una relación profesional-usuario que facilite el proceso de rehabilitación.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Desarrollar un plan de prevención de recaídas individualizado.

Los programas de psicoeducación pueden ofrecerse en modalidad individual o grupal (8 a 12 pacientes o familiares), y pueden ir destinados tanto a personas con TMG como a sus familiares. Debe ser administrada por equipos terapéuticos o profesionales entrenados y cualificados individualmente. Las sesiones suelen durar entre 46 y 60 minutos, con frecuencia semanal, siendo posible la presencia de tareas intersesiones. Los contenidos ofrecidos en este tipo de programas, depende de la población concreta a la que vaya destinado y sus necesidades, siendo, no obstante comunes temas como: Recuperación y motivación, información sobre el trastorno, el tratamiento y la adherencia al mismo, afrontamiento de sistemas y prevención de recaídas (Carrasco, Pradana y Vehil, 2010).

Entre los beneficios de las terapias psicoeducativas está la mejora del conocimiento del trastorno, que conlleva a una disminución de la tasa de recaídas, aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico y mejora el sentimiento de bienestar del paciente (Mueser et al., 2006; Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012; Pfammatter et al., 2006). Además la inclusión de la familia en este tipo de intervenciones facilita su apoyo en la elaboración conjunta de un plan de prevención de recaídas y reduce las recaídas o los reingresos (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Intervención familiar***

El papel de la familia ha ido cambiando a medida que lo ha hecho el modelo de atención a las personas con TMG. Actualmente la desinstitutionalización psiquiátrica, y la derivada atención comunitaria, hace que la colaboración de la familia en el proceso terapéutico sea no solo fundamental en cuanto a sus beneficios en la recuperación de la persona afectada, si no que sea necesaria, ya que la carga y el manejo de situaciones relacionadas con el trastorno que se deriva de la institución hospitalaria al entorno familiar pasa a ser objeto de intervención en sí mismos. Por ello, la colaboración con la familia será imprescindible en todos los momentos del proceso terapéutico: enganche, evaluación, planteamiento de objetivos, desarrollo de los programas de rehabilitación y la evaluación de los resultados (Tourinho, Inglott, Baena y Fernández-Fernández, 2010).

Las intervenciones familiares, se sostienen teóricamente en el modelo de vulnerabilidad estrés y en las investigaciones sobre emoción expresada, la cual se define como un estilo comunicativo caracterizado por la sobreprotección o sobreimplicación, la crítica excesiva y la hostilidad. Siendo su objetivo general el de establecer un ambiente familiar que sustente la permanencia del paciente dentro de la comunidad, favoreciendo la máxima integración posible, al mismo tiempo que permite aumentar los conocimientos del trastorno por parte de los familiares,

desarrollar estrategias para la resolución de problemas cotidianos, mejorar las habilidades de comunicación, disminuir la carga familiar y contribuir en la elaboración del duelo (Butzlaff y Hooley, 1998; Touriño et al., 2010). Existen distintos modelos terapéuticos de intervención familiar, que han mostrado un suficiente rigor metodológico: La terapia cognitivo-conductual familiar de Fallon y Liberman (1983); el modelo psicoeducacional de Anderson (Anderson, Reiss y Hogarty, 1986); el paquete de intervenciones sociales del grupo de Leff, Kuipers, Berkowitz, y Sturgeon, 1985); las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier (Tarrier, Barrowclough y Vaughn, 1988); y la terapia multifamiliar de Mc Farlane (1993). Pese algunas diferencias en aspectos relacionados con el formato de aplicación, tales como la duración desde 9 a 18 meses (Leff et al., 1985) a de 2 o 3 años (Anderson et al., 1986); el formato de las sesiones, siendo la más común una frecuencia semanal, hay algunos modelos que ofrecen sesiones que duran todo un día (Anderson et al., 1986); o el lugar donde se desarrollan la terapia, que en el caso del paquete de intervenciones sociales de Leff (1985) se desarrolla en el domicilio familiar. Todas ellas, tienen en común, el desarrollo de una evaluación sistemática de las características familiares, iniciada en las fases iniciales y que se mantiene durante toda la intervención. Así como la búsqueda de la alianza terapéutica mediante el empleo de una actitud de aproximación positiva y empática. Además de esto todas las intervenciones familiares se caracterizan por dedicar un espacio a la información sobre el trastorno y sobre la ventaja de la puesta de límites dentro de la familia y del mantenimiento de cierta distancia interpersonal entre sus miembros. Asimismo estas intervenciones, también fomentan el contacto con otras familias en una situación similar, dedicando una parte significativa del tiempo a entrenar la comunicación, el manejo de los problemas y la intervención en crisis (Touriño et al., 2010).

Entre las evidencias a favor del uso de este tipo de terapias, encontramos que reducen la sintomatología clínica, la carga percibida por los familiares y los niveles de emoción expresada dentro de la familia, la cual se relaciona a su vez con mayores probabilidades de tener una recaída (Butzlaff y Hooley, 1998; Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Lehman et al., 2004; Pharoah et al., 2010; NICE, 2008). Además se han comunicado mejorías en el rendimiento social de los pacientes, en el interés por buscar un empleo y en el manejo de conflictos sociales (Magliano et al., 2006).

### ***Intervención cognitivo-conductual***

El interés en la última década en aplicar técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la intervención del TMG se debe al éxito de estas intervenciones en otros trastornos como la ansiedad o la depresión y a la ausencia de resultados positivos del tratamiento farmacológico en la reducción de la sintomatología positiva en una parte importante de personas con TMG (Vallina et al., 2010). En la actualidad entre los objetivos de la TCC no sólo se encuentra

la intervención sobre los delirios y las alucinaciones, sino que también están la intervención sobre la sintomatología negativa, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento o la prevención de recaídas (Cuevas-Yust y Perona-Garcelan, 2010;). Es bien sabido, que la TCC asume que las formas negativas y disfuncionales de pensamiento guardan relación con el malestar emocional que la persona experimenta y en consecuencia, con determinadas conductas no beneficiosas a largo plazo. Por ejemplo, si una persona piensa que es incapaz de relacionarse con nadie, se sentirá triste y tenderá a encerrarse en su casa y a evitar cualquier contacto social. Por ello, en una intervención cognitivo-conductual se estimula a la persona que recibe la terapia, a establecer relaciones entre sus pensamientos, sentimientos y acciones en relación a síntomas actuales o pasados. Y para ello se emplean diferentes técnicas que pretenden entrenar a la persona en la detección y modificación de las distorsiones cognitivas, promocionando pensamientos alternativos más adaptativos. Además, en la TCC se educa sobre los trastornos, se fomenta la adherencia al tratamiento, y se entrena en la detección temprana y en la prevención de recaídas (Vallina et al., 2010). Hoy en día existen además varias TCC específicas para la psicosis como son la terapia cognitiva para la esquizofrenia de Kingdon y Turkington (1994); la terapia cognitiva para la psicosis de Morrison, Renton, Dunn, Williams y Bentall (2004), la terapia cognitiva para la esquizofrenia de Beck, Rector, Stolar y Grant (2009) y la terapia cognitiva de la psicosis basada en la persona (Chadwick, 2006); sin embargo todas ellas siguen una estructura general y comparten unos elementos centrales establecidos por Beck (2009) y que se muestran en la siguiente tabla.

**Tabla 2.** Estructura general del proceso de terapia cognitiva para la psicosis y los trastornos mentales graves (Beck et al., 2009, tomado de Vallina et al., 2010)

<b>Estructura general del proceso de terapia cognitiva para la psicosis y los TMG</b>
1. Establecimiento de la alianza terapéutica
2. Desarrollar y priorizar una lista de problemas
3. Psicoeducación y normalización de los síntomas
4. Desarrollar una conceptualización cognitiva
5. Aplicar técnicas cognitivas y conductuales para tratar los síntomas positivos y negativos
6. Aplicar estrategias cognitivo-conductuales para tratar la depresión y la ansiedad comórbidas
7. Proporcionar estrategias de prevención de recaídas

En cuanto al formato de la TCC, aunque encontramos adaptaciones grupales la terapia de Perron y Munson (2006), es más frecuente que se aplique en un formato individual, el cual además, resulta más eficaz a la hora de obtener resultados positivos al compararse con aplicaciones grupales (Wykes, Steel, Everitt, y Tarrier, 2008). La duración de la TCC se recomienda que sea prolongada, entorno a las 20-25 sesiones, puesto que parece que de este modo se podría conseguir una mejor prevención o evitación de recaídas y una mayor reducción de los síntomas psicóticos residuales (Vallina et al., 2010; Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). En cuanto al momento de aplicación, y aunque la TCC empezó empleándose en una fase estable o residual, recientemente también se están empleando estas técnicas en los primeros episodios del trastorno, con los objetivos de prevenir o demorarlos y de disminuir la sintomatología positiva y la duración de las hospitalizaciones (Vallina et al. 2010).

La eficacia de estas intervenciones ha sido estudiada en diferentes revisiones y meta-análisis, concluyéndose un efecto beneficioso, aunque moderado de la TCC junto al tratamiento farmacológico, sobre la sintomatología positiva de personas con trastornos psicóticos, sobre todo por incidir en las alucinaciones, y otros síntomas asociados, como son la ansiedad social o la sintomatología depresiva (Pfammatter, Junghan y Brenner, 2006; Perona Cueva y Martínez 2003; Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Por otro lado, en personas con trastorno bipolar la TCC junto al tratamiento farmacológico sería eficaz para mejorar el curso del trastorno reduciendo el riesgo de recaídas; además su combinación con elementos psicoeducativos puede reducir las sintomatología y las hospitalizaciones (Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012). Igualmente se observa como los tratamientos cognitivos conductuales han sido también utilizados para los trastornos de personalidad obteniendo resultados satisfactorios en la mayoría de ellos sobre todo en el trastorno límite de personalidad, por evitación o dependiente (Caballo, 2001; Pastor, Mouriño, Pérez-Boadella, 2010).

### ***Entrenamiento en habilidades sociales***

Con el cambio a un modelo de atención comunitaria, donde se pretende que la persona que tiene un TMG viva de la forma más independiente y autónoma posible en su propio contexto social, la adaptación a este medio social y la mejora de la competencia social de este grupo de personas toman un papel central en el proceso de Rehabilitación Psicosocial. A esto se une, que entre las características de una parte importante de las personas con TMG, están las dificultades de relación y el aislamiento, derivadas de factores como la propia sintomatología positiva y negativa, las dificultades cognitivas, la falta de uso de las habilidades conservadas o las situaciones ansiógenas o discriminatorias experimentadas (Rodríguez y Bravo, 2003).

Es por todo esto, junto con la evidencia de que las habilidades sociales son un factor protector ante las recaídas (Lieberman y Eckman, 1989) que cobran importancia los programas de entrenamiento en habilidades sociales. Estos programas emplean una combinación de técnicas fruto de la terapia de conducta y tienen como objetivos reducir el estrés y las dificultades en las relaciones sociales, potenciar los recursos individuales de afrontamiento en situaciones sociales y mejorar la red de apoyo. Entre las técnicas empleadas destacan las instrucciones sobre habilidades, el modelado, los ensayos de conducta, la retroalimentación, el reforzamiento social positivo y las tareas para casa. En cuanto al contenido, es bastante amplio, siendo frecuente, que se centren en aspectos como la percepción social, las habilidades de conversación, la expresión emocional, la comunicación asertiva o la solución de conflictos sociales (Cuevas-Yust, 2010). El formato de este tipo de programas suele ser grupal, entre 4 a 12 personas por grupo. No hay un acuerdo establecido, en cuanto al tiempo de duración, siendo muy variable de unos programas a otros, aunque se recomienda una duración prolongada en el tiempo para rentabilizar los beneficios obtenidos al máximo. La fase del trastorno en la que se emplea también puede ser variable, siendo útil su aplicación en todas ellas, siempre y cuando el entrenamiento se ajuste a los participantes, a su perfil de síntomas, sus capacidades y sus déficit, así como a su motivación (Vallina et al., 2010). Aunque hay distintos estudios que muestran resultados contradictorios en cuanto a la eficacia de esta intervención (Cuevas-Yust, 2010), las guías de práctica clínica en nuestro país, afirman que se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales, en personas con TMG que presenten niveles de discapacidad de moderados a graves; también se recomienda para aquellas con dificultades y ansiedad relacionadas con la interacción social. Se encuentra mejorías en la interacción social, la sintomatología, las recaídas, el funcionamiento social y la calidad de vida cuando se compara con el tratamiento estándar (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; y Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Rehabilitación cognitiva***

Un porcentaje importante de las personas que tienen un TMG muestran dificultades en distintos aspectos del procesamiento cognitivo: atención, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, aprendizaje verbal, planificación ejecutiva o cognición social entre otros. Estos déficits cognitivos conducen a su vez a otras limitaciones, como son los propios síntomas psicóticos, dificultades en el funcionamiento psicosocial o laboral y restricciones en el beneficio de los recursos terapéuticos psicosociales que se les ofrecen (Rodríguez y Bravo, 2003). Es por esto que la rehabilitación cognitiva, forma parte fundamental de la atención a este grupo de personas (AEN, 2012). Esta intervención, tiene como objetivo principal mejorar el funcionamiento de estas funciones cognitivas y adaptar el entorno para reducir las consecuencias negativas de los déficit

mediante distintas estrategias (López-Luengo, Florit y González-Andrade, 2010). Específicamente se emplean tres tipos de estrategias entre las que se encuentran las siguientes: estrategias basadas en la restauración, como es la práctica repetida de tareas cognitivas; estrategias de compensación de los déficits; y estrategias ambientales que son aquellas se apoyan en el propio entorno social, por ejemplo usar recordatorios externos. Resulta fundamental, que la persona que recibe la intervención tome un papel activo en el proceso de rehabilitación cognitiva, el cual tiene que adaptarse a sus necesidades diarias y a su entorno cotidiano y social. Además este tipo de estrategias han de complementarse siempre con otras intervenciones, dentro de programas más amplios de rehabilitación psicosocial, pues solo así han mostrado su eficacia sobre la cognición global, la sintomatología, la adaptación social, el funcionamiento psicosocial y la prevención de recaídas (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Rehabilitación laboral***

Las personas con TMG también pueden tener dificultades a la hora de acceder y/o mantener un empleo. Es una realidad que las tasas de desempleo en este colectivo son más elevadas que en el resto de la población. Entre las dificultades específicas encontradas están aquellas derivadas directamente del propio trastorno, como son la afectación de áreas cognitivas, perceptivas, afectivas y relacionales; es por esto, que los programas de inserción laboral han de complementarse con los programas de rehabilitación cognitiva y de habilidades sociales, formando de este modo parte de una atención integral y global. Además de estas dificultades, también encontramos otras más relacionadas con aspectos externos de carácter social, como el estigma social, el cual afecta a las decisiones de muchas de las personas responsables de generar contratos; así como a las encargadas de las políticas sociales de empleo, a veces ineficaces y contraproducentes (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009). No obstante, en los últimos años, se está apostando por estrategias y programas de empleo, que contrarresten estas dificultades y favorezcan la integración real de las personas con TMG en su comunidad de una forma autónoma e independiente (López, Laviana y González-Álvarez, 2010). Aunque el objetivo final de todos los programas de inserción laboral, es justo este, la inserción laboral de las personas a las que van destinados, depende del tipo de programa del que se trate los objetivos específicos y la metodología puede variar. Encontramos dos enfoques diferenciados: los entrenamientos prelaborales y los programas de empleo con apoyo. Los primeros, incluyen tanto la rehabilitación prelaboral, como los empleos protegidos y se encargan de motivar y orientar en la búsqueda de empleo, así como del entrenamiento de capacidades y competencias generales básicas previas a la inserción, como son hábitos laborales, habilidades sociales en el ámbito laboral, o de la propia formación profesional. Los programas de empleo con apoyo, por el contrario, abogan por una

incorporación al empleo normalizado de forma inmediata, que se complementa con un apoyo continuado e indefinido y una formación en el propio lugar de trabajo que favorezca el mantenimiento del mismo (López et al., 2010).

Los estudios de eficacia, concluyen que aunque el empleo protegido, pueda propiciar un primer empujón al mundo laboral; es el empleo con apoyo, el mejor tipo de intervención posible para la obtención de un empleo normalizado y el éxito de esta inserción laboral. Es por ello que se recomiendan los programas basados en modelos de colocación con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata y con apoyo individual frecuente. En cuanto a las repercusiones sobre la sintomatología, los resultados no son contundentes, pero si se puede verificar los beneficios sobre el funcionamiento social, la autonomía, así como sobre la satisfacción y calidad de vida de las personas con TMG (López et al., 2010; y Guía de Práctica Clínica Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Programa de actividades de la vida diaria y actividades de ocio***

Entre las características de una parte significativa de las personas con TMG, se encuentran los déficits en el funcionamiento psicosocial. Concretamente estos déficits se pueden reflejar en la dificultad para llevar a cabo distintos tipos de actividades, como son las actividades de ocio y tiempo libre, o las actividades de la vida diaria, entre las que aparecen las actividades básicas de la vida diaria (AVD's básicas), que se refieren al cuidado personal (higiene, movilidad, descanso...); y las actividades instrumentales de la vida diaria, (AVD's instrumentales), que son más complejas y se orientan a la interacción con el medio (cuidado de los otros y de la salud, administración del dinero, mantenimiento del hogar, seguridad...). Con el fin de disminuir estos déficits de funcionamiento característicos de gran parte de esta población se desarrollan programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, o programas de ocio y tiempo libre (Martínez, Durante y Noya, 2010).

Los programas de entrenamiento en habilidades de la vida diaria, tienen como objetivo principal proporcionar nuevas habilidades o mejorar las habilidades existentes referidas a los aspectos prácticos de la vida diaria, con el fin de fomentar la autonomía, la independencia, la adaptación al entorno y la mejora funcional de las personas con TMG. Las técnicas empleadas en estos programas son mayoritariamente conductuales y motivacionales: instrucciones, economías de fichas, refuerzos, feedback, contratos conductuales, tiempo fuera, role-playing, modelado, auto-instrucciones, moldeamiento, listas de pros y contras, entre otras (Martínez et al., 2010). El formato de intervención puede ser igualmente individual o colectiva. Las guías de práctica clínica en nuestro país recomiendan ofrecer entrenamientos en las AVD's a aquellas personas que presentan dificultades en las tareas de funcionamiento cotidiano, sin embargo los

estudios de eficacia, no son concluyentes en relación a este tipo de intervenciones, siendo necesarios más estudios en esta línea (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

En cuanto a los programas de actividades de ocio y tiempo libre, por su parte, pretenden contribuir en la recuperación, la mejora de la autonomía personal y la calidad de vida de las personas con TMG, al fomentar las interacciones sociales y el empleo del tiempo libre en actividades placenteras y satisfactorias. Es importante que los programas de ocio, sean individualizados y se adapten a cada persona, su edad, sus gustos e intereses, su nivel cognitivo y de autonomía. Siendo necesario realizar evaluaciones personalizadas de los resultados, así como de los aspectos positivos y negativos detectados a lo largo del programa. La propia persona ha de tener un papel activo, en el diseño, ejecución y evaluación de su propio programa de ocio y tiempo libre y ha de fomentarse la utilización los recursos disponibles en la comunidad.

Referido a la eficacia de este tipo de intervenciones encontramos un trabajo longitudinal (Petryshen, Hawkins y Fronchak, 2001) que indican que se han encontrado diferencias a favor de los programas de ocio y tiempo libre en satisfacción general de vida, reducción de la soledad, incremento de autoestima, funcionamiento social y satisfacción con las relaciones sociales y las actividades de ocio (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

### ***Programa residenciales en la comunidad***

El paso de la hospitalización total a un tratamiento comunitario e integral hace necesario programas que faciliten a las personas con TMG cubrir con una necesidad básica como es la vivienda. No es novedad que en numerosas ocasiones exista una sobrecarga familiar, que exige al sistema sanitario y social dotar a la persona con TMG de un lugar de alojamiento independiente, para con ello mejorar la relación familiar, la salud y el bienestar de todas las partes de la familia. También son muchos los casos en los que se da una ausencia de núcleo familiar de apoyo, o en los que existe un deseo de una vida independiente por parte de la propia persona con TMG o de la familia. Es por ello, que aparecen dentro del abordaje de intervención psicosocial a personas con TMG, programas de atención residencial que les permiten el acceso a una vivienda independiente e integrada en la comunidad. Concretamente el objetivo de estos programas de alojamiento alternativo transitorio o definitivo consiste en formar a las personas con TMG en las habilidades necesarias para su adaptación a la vida cotidiana de forma autónoma. Se trata de potenciar sus fortalezas y compensar sus deficiencias, tanto personales como sociales, para con ello mejorar la salud física, los autocuidados, la responsabilidad con el tratamiento, el

funcionamiento cognitivo, el funcionamiento social y la participación en actividades comunitarias, evitando recaídas, reingresos y uso de servicios sanitarios (Cañamares, González-Cases y Blanco, 2010).

En nuestro país existen diversos programas residenciales siendo los más habituales los pisos supervisados, las plazas supervisadas en pensiones, las mini-residencias y el apoyo en el propio domicilio de personas que viven solas. Todo dentro de un modelo funcional sociosanitario coordinado que tiene en cuenta que es muy importante facilitar un alojamiento que se adecua a las necesidades de cada persona de forma individualizada, teniendo en cuenta sus preferencias, sus capacidades, su autonomía, así como, sus condiciones socioeconómicas (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; Cañamares et al., 2010).

Para poder determinar la eficacia y la efectividad de este tipo de programas, son necesarias mayor número de revisiones sistemáticas, no obstante se cuenta con algunos datos que apoyan la existencia de resultados positivos en cuanto a la mejora del funcionamiento y la integración social, así como una mayor satisfacción de los residentes en este tipo de programas en comparación con aquellos que lo hacen en unidades de media y larga estancia (Fakhoury et al., 2002). En esta misma línea, también se encontró que vivir a una residencia para personas con trastorno mental favorece la mejoría en la calidad de vida de los residentes con una mayor estabilidad clínica, reduciendo el número de ingresos, el tiempo de estancia hospitalaria, y mejorando el nivel de vinculación a los recursos comunitarios (Lascorz, Serrats Pérez, Fábregas y Vegué, 2009).

### ***Tratamiento asertivo comunitario***

El tratamiento asertivo comunitario, pese a su denominación no se trata de un programa de intervención en sí mismo, sino de un modelo de aproximación y de gestión de recursos destinados para a las personas que tienen un TMG cuya gravedad, persistencia y discapacidad no le permite acceder los equipos comunitarios o permanecer en ellos, y en quien existe una escasa vinculación y un mal cumplimiento terapéutico y repetidas recaídas. Este tratamiento lo proporciona un equipo multidisciplinar, y se trata de un tratamiento individualizado centrado en el paciente y en su entorno natural, que pretende ofrecer una provisión directa de servicios incluyendo apoyo para la vida diaria. Se define por tratarse de un seguimiento asertivo, de un número reducido de casos por equipo (10 o 15 casos), que reciben un contacto muy frecuente, en el propio medio del usuario. Se centra sobre todo en enfatizar sobre la medicación y en facilitar soporte a los familiares y cuidadores, realizar estabilizaciones en crisis y facilitar todo tipo de servicios que estos necesiten (Malone, Marriott, Newton-Howes, Simmonds, 2008). Las Guías de práctica clínica recomiendan estos programas a pacientes de alto riesgo, con historia de reingresos

hospitalarios, difícil vinculación a los servicios habituales o sin techo (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009 y Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

### **1.4.3. Nuevos y prometedores abordajes e intervenciones terapéuticas en TMG**

En los últimos años, se han empleado nuevos abordajes terapéuticos dirigidos a este grupo de población, que aún no están incluidos en las Guías de Práctica Clínica, ni como recomendados ni como no recomendados, tal vez por su carácter reciente. Entre ellos destacan las intervenciones que parten del apoyo entre iguales o los grupos de ayuda mutua, así como las terapias de tercera generación.

#### ***Terapia de aceptación y compromiso***

La terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), perteneciente a las terapias de tercera generación, está tomando un papel cada vez más protagonista en las intervenciones psicológicas de muchos problemas de salud mental, con resultados que se han mostrado eficaces en múltiples estudios; (A-tjaket al., 2015) (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). Incluso, nos encontramos que su uso está cada vez más extendido entre los abordajes terapéuticos dirigidos a los trastornos mentales graves, incluyendo la intervención en psicosis. Y es que cada vez existen más ensayos clínicos controlados y aleatorizados que demuestran su eficacia en la mejora en el proceso de recuperación también de este grupo de población (Ruíz, 2010; Gaudiano y Herbert, 2006). Es por ello, que resulta imprescindible ir haciendo hueco a esta intervención dentro del contexto de la Rehabilitación Psicosocial.

La ACT, plantea un giro en la mirada y en el modo de intervenir, al dejar de lado los intentos continuos por el cambio y la reducción de los síntomas y el malestar. Intentos estos que cree no sólo no mejoran los problemas existentes sino que los incrementan. En su lugar propone la aceptación por parte de la persona, de todos aquellos aspectos de su experiencia que ha estado intentando modificar sin éxito (pensamientos, emociones, deseos, incluso voces). Además apuesta porque se favorezca la generación de un compromiso con aquellas metas personales que son realmente valiosas para ella, y que aun existiendo experiencias negativas, avance hacia estas experiencias de valor elegidas (García-Montes, Pérez-Álvarez y Cangas, 2006). La ACT, propone una serie de fases, para conseguir esta aceptación y compromiso descritos: en primer lugar se cree necesario crear en la persona que recibe la terapia una cierta desesperanza creativa, que consiste en mostrar la ineficacia de los múltiples intentos empleados en solucionar los problemas o en

reducir la sintomatología existente, empleados hasta el momento. Esta primera fase se complementa con la segunda, en la cual se pretende concienciar que justo este control es el problema. Por otro lado, resulta clave que la persona aprenda a diferenciar entre sus pensamientos y su conducta, debilitando el control que estos tienen sobre ella, al mismo tiempo que ha de aprender a diferenciar el “yo como contenido” del “yo como contexto”, y entender que su identidad como persona no varía en función de las experiencias en sí, yendo está más allá de estos estados transitorios que pueda atravesar. Finalmente resulta imprescindible aclarar y promover los valores de la persona, definiendo sus metas personales, así como favorecer el desarrollo de la voluntad en la línea de emprender aquellas acciones que son valiosas para ella, aunque conlleven experiencias negativas que antes evitaba. A lo largo de estas fases se utilizan tanto las técnicas clásicas de la terapia de conducta (exposición, moldeamiento, etc.) así como metáforas, paradojas y ejercicios experienciales, que fomentan la atención plena, entre los que aparecen el mindfulness (García-Montes et al., 2006; Luciano-Soriano y Valdivia, 2006).

A pesar de que ACT puede ser aplicada a los síntomas psicóticos de manera prácticamente idéntica a como es aplicada a cualquier otro trastorno psicológico, se requiere en muchos casos adaptar el lenguaje, las metáforas y los ejercicios experienciales a las características propias de este tipo de población. Así, por ejemplo, las intervenciones suelen ser más concretas y experienciales (García-Montes, 2003; Pankey y Hayes, 2003). Es importante mencionar también que las intervenciones basadas exclusivamente en la práctica de la meditación o el mindfulness, también han sido muy investigadas en esta población en los últimos años, encontrando resultados prometedores, donde las estimaciones del tamaño del efecto sugirieron que estas intervenciones de atención plena o mindfulness, son moderadamente efectivas, sobre todo en la mejora de la sintomatología negativa (Khoury, Lecomte, Gaudiano y Paquin, 2013). Y al igual que ocurre con el resto de técnicas, es importante realizar las adaptaciones pertinentes en función de las características de la población diana. Concretamente la mayoría de las adaptaciones a personas con TMG, y más específicamente con trastornos psicóticos, promueven una disminución de las sesiones, no más de 90 minutos, reduciendo el número de prácticas de meditación por sesión a una o dos y la duración de las mismas a menos de 15 minutos. También se aconseja enfocarse en estrategias concretas, como la aceptación de pensamientos y emociones, en lugar de material abstracto o teórico. Por último es importante que las orientaciones verbales durante la meditación, sean más continuas, y se eviten así largos silencios (Khoury et al., 2013; Chadwick, 2014).

Es interesante mencionar, que pese a la terapia de aceptación y compromiso, nace como antagonista a la terapia cognitivo-conductual, en los últimos años varios autores, se han esforzado por acercar ambas terapias, justificando la posibilidad de combinar estrategias de ambas en la línea de conseguir una intervención más fructífera y beneficios (Ciarrochi y Bailey, 2008; Hallis,

Cameli, Dionne y Knäuper, 2016). Desde esta perspectiva, se acepta que hay creencias que son irracionales, y que ante ellas la reestructuración cognitiva puede ser adecuada. Sin embargo, se da un paso más, al contemplarse que no todos los pensamientos cumplen estas características, existiendo pensamientos altamente creíbles y que se alejan de este carácter irracional, y que igualmente generan malestar en la persona. También se destaca la existencia de situaciones tan demandantes, en las que la persona no puede enfrentarse mediante una reestructuración cognitiva a los pensamientos distorsionados que aparecen, siendo necesario otro abordaje distinto. Se considera que en estas situaciones puede ser más útil utilizar técnicas de aceptación como la defusión y participar en una acción comprometida como propone la ACT (Ciarrochi y Bailey, 2008). El poder ser capaz tanto de desafiar pensamientos distorsionados, como de distanciarte de ellos al mismo tiempo que te comprometes con otros roles y metas vitales, sin duda sitúa a la persona en una posición más enriquecida y ventajosa a la hora de hacer frente a los problemas que puedan abordarle.

### ***Grupos de ayuda mutua o de apoyo mutuo***

Los grupos de ayuda mutua, también llamados grupos de apoyo mutuo (GAMs), se constituyen por primera vez de manera formal en el siglo XX en el contexto de las adicciones, bien es conocido el Grupos de Alcohólicos Anónimos, y de ahí no tardan en extenderse a otros colectivos entre los que se encuentran las personas con TMG, gracias al movimiento de usuarios y familiares. Un referente en esta área es el grupo “*Recovery*” que se funda en Illinois, Estados Unidos, en 1937. En Europa aparecen los primeros GAMs en Reino Unido y en la República Federal Alemana a finales de la década de los 70 (Pistrang, Barker y Humphreys, 2008; Roca, 1998). Aunque al inicio, los grupos de ayuda mutua surgen como una forma de compensar los déficits del Sistema de Atención Sanitaria y Social enfrentada y distanciada de este; a día de hoy, se están considerando como una nueva representación de atención adicional a los servicios profesionales, valorada cada vez más necesaria en el proceso de recuperación de este grupo de personas. De hecho en los últimos años se están empezando a incluir como abordaje complementario, en las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica para los TMG en general y para los trastornos psicóticos de forma más específica (Katz, 1991; NICE, 2014; Roca, 1998).

A la hora de definir y caracterizar los Grupos de Ayuda Mutua encontramos cierto consenso a nivel teórico, varios autores conceptualizan un GAM como aquel grupo pequeño de personas que comparten un problema similar y que se reúnen regularmente y de manera voluntaria para intercambiar información, proporcionar apoyo emocional y conseguir un cambio social o personal deseado. Y lo hacen a través de la acción de compartir sus experiencias personales vividas sin la influencia directa de un/a profesional, empleando un sistema no jerárquico y basado

en la reciprocidad, el respeto y el apoyo mutuo entre iguales (Chinman, Kloos, O'Connell y Davidson, 2002; Solomon, 2004). Esta reciente forma de abordar el TMG, como decíamos, está creciendo exponencialmente y expandiéndose de manera muy rápida en nuestros días, al ser reivindicado su uso tanto por los propios usuarios de los servicios a nivel internacional (Clay, 2005; Faulkner y Basset, 2012), como por organizaciones profesionales, que creen que el conocimiento personal y el moldeamiento de estrategias de otros pares, que se han enfrentado a las barreras impuestas por la sociedad y por el propio sistema de salud, favorecen la adherencia y el compromiso con los tratamientos, mejoran las actitudes ante el trastorno, favorece la adherencia al tratamiento más tradicional, e incrementan las expectativas de recuperación (Bradstreet Pratt, 2010; NICE, 2014).

En nuestro país, también se están constituyendo cada vez más grupos de Ayuda Mutua, tanto de personas afectadas por un TMG, como de familiares o de cuidadores de estas. En 2016, se identificaron 210 grupos de apoyo mutuo pertenecientes al Programa de Intervención Familiar de Salud Mental España, en los que participaron 2.387 personas. Existen además, cada vez más guías de apoyo para los pares facilitadores de los GAMs, entre las que encontramos por ejemplo El Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental de Activament, o la Guía Recuperación y Ayuda Mutua, de la Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarías/os de Salud Mental. Sin embargo, pese a esta expansión de los GAMs, en la atención social y sanitaria a personas con TMG, aún en nuestros días, siguen siendo pocos los estudios empíricos sobre la eficacia de estos grupos. Encontramos solo algunas revisiones sistemáticas y meta-análisis sobre la eficacia de los GAMs; y estas concluyen la necesidad de realizar más estudios con metodología rigurosa que empleen ensayos controlados y aleatorizados (ECAs) para poder ofrecer resultados realmente consistentes. Aunque parecen que los estudios existentes encuentran algunas evidencias de que el apoyo mutuo se asocia con efectos positivos sobre la esperanza, la autoestima, la recuperación y el empoderamiento (Lloyd-Evans et al., 2014; Davidson, Bellamy, Guy y Miller, 2012).

## **CAPÍTULO 2.**

### **El estigma internalizado en salud mental**

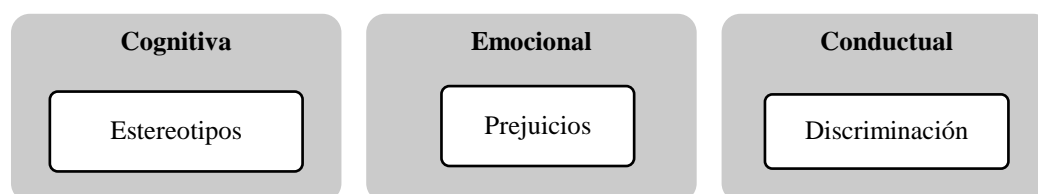


## CAPÍTULO 2. El estigma internalizado en salud mental

### 2.1. El estigma como proceso: definición y caracterización

La palabra estigma, del griego *στίγμα* (stigma), originalmente hacía referencia a una marca que se grababa con un hierro candente o que tomaba forma de cortes en el cuerpo de las personas, realizada como castigo ante un delito o como símbolo de esclavitud y cuya función era indicar que la persona debía ser evitada.

Goffman hace más de 50 años, definió el estigma como “*un atributo que es profundamente devaluador y que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo*” (Goffman, 1963, p.3). Posteriormente, otros autores añaden a esta definición original algunos matices, como el hecho de que el estigma no es algo que se halle en el interior de las personas sino que se trata de una asignación o etiqueta que otros, dentro de un sistema de relaciones de poder, imponen a una persona o a un grupo (Hebl y Dovidio, 2005). Definiciones muy similares a estas, basadas en la teoría del etiquetado, se han ido proponiendo sucesivamente a lo largo de los años hasta nuestros días, donde se continua conceptualizando al estigma como un proceso sociocultural mediante el cual los miembros de un grupo marginado son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables (Michaels, López, Rüsck y Corrigan, 2012). Al comparar estas definiciones, encontramos como novedoso, en esta más actual, la idea de estigma como proceso, ya introducida previamente por Ottati, Bodenhausen y Newman (2005) quienes ampliaron la visión del estigma al entenderlo como un proceso de construcción social dinámico que se manifiesta en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación.



**Figura 1.** Componentes o dimensiones del estigma (Ottati et al., 2005)

Resulta importante entender a que se refieren cada uno de estos tres componentes o dimensiones en las que se manifiesta el estigma. En primer lugar los estereotipos son creencias que versan sobre grupos y a su vez se crean y comparten en y entre los grupos de una cultura (Huici, 1999). Se tratan, por tanto, de la estructura cognitiva, aquella que contiene el conocimiento, las creencias y las expectativas compartidas por los miembros de una sociedad determinada (Mackie, Hamilton, Susskind y Roselli, 1996). No obstante, una persona puede tener

conocimiento de un estereotipo y no estar necesariamente de acuerdo con él, además el estereotipo no lleva en sí mismo una valoración concreta, esta se corresponde al prejuicio que se pone en marcha cuando se experimentan reacciones emocionales negativas ante estos estereotipos. Allport estudio en profundidad el prejuicio, dedicándole toda su obra "*The nature of prejudice*". En ella concibe el prejuicio como aquella actitud hostil o de desconfianza hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente debido a su pertenencia a dicho grupo (Allport, 1954). Finalmente, estas actitudes y valoraciones negativas pueden derivar en determinados comportamientos discriminatorios, como son el rechazo, la crítica, el trato injusto, e incluso la sobreprotección; todos ellos tienen en común que ponen a las personas estigmatizada en una situación de desventaja social.

Hay distintos grupos sociales que a lo largo de la historia y que a día de hoy siguen siendo estigmatizados en función de su raza, religión o género; en base a su orientación o identidad sexual, o simplemente por tener un problemas de salud física o mental (Manzo, 2004). Pese a los muchos movimientos sociales de lucha anti-estigma y a favor de la igualdad de derechos y oportunidades acontecidos, el estigma aún se deja ver en nuestros días de una forma más o menos poderosa en todas las sociedades occidentales. Esta universalidad y resistencia, sugiere que la acción de estigmatizar cumple alguna función importante para las personas que la llevan a cabo, para su grupo y su sociedad (Crocker Major y Steele, 1998). Entre estas funciones del estigma sobresalen las siguientes:

- Ayudar en la percepción de los acontecimientos que nos rodean, simplificándola y agilizándola (Ashmore y Del Boca, 1981). Pues como se formula en la teoría de la categorización social, para incrementar nuestra capacidad de predicción y de control ante las situaciones diarias resulta necesario construir principios generales que las caractericen para poder hipotetizar y decidir sobre ellas más rápidamente y con menos coste (Tajfel y Turner, 1986).
- Disminuir la ansiedad e incrementar el control ante las situaciones sociales, al permitir reconocer a grupos e individuos potencialmente peligrosos para el bienestar, los conjuntos de valores o para la propia vida. Esto concedería la oportunidad de anticiparse y desarrollar conductas de exclusión, evitación o marginación que podrían resultar protectoras en estas situaciones de potencial peligro (Dovidio, Major y Crocker, 2000).
- Preservar el statu quo socioeconómico y con este los privilegios y beneficios del grupo dominante (Ashmore et al., 1981).
- Conservar la propia identidad social y con ella la de nuestro grupo de pertenencia como superior respecto al grupo estigmatizado y así mantener la autoestima (Goffman, 1963).

En resumen, el estigma asociado a diversos grupos, en función de determinados atributos o características, como la raza, el sexo, o el estado de salud, es un proceso complejo y dinámico, un fenómeno universal que forma parte de todos los grupos sociales y que se mantiene por sus funciones relacionadas con el establecimiento de la propia identidad y la facilitación de los procesos de sociabilización mediante la simplificación de la información.

## **2.2. El estigma asociado a los trastornos mentales graves, conceptualización general**

Muchas sociedades a lo largo de la historia han identificado a las personas con algún problema de salud mental como parte de un grupo minoritario considerado como potencialmente devaluable e inferior al resto. Lo que ha convertido a esta población en objeto del estigma social. Son cuatro los signos que permiten detectar que una persona tiene un trastorno mental facilitando a su vez este proceso de estigmatización (Corrigan, 2000):

- Los síntomas psiquiátricos: un ejemplo serían los comportamientos extraños como hablar solo/a.
- Los déficits de habilidades sociales: vago contacto visual, lenguaje corporal anómalo, temas de discusión pobres o vacíos de contenido...
- La apariencia física: forma de vestir fuera de lo común y en ocasiones descuido en la imagen o higiene.
- Las etiquetas: proporcionadas por el diagnóstico en sí, o por el uso de los servicios de salud mental.

De todos estos signos, tenemos que resaltar el poder de las etiquetas, pues se ha demostrado, que se tiende a estigmatizar más a aquellas personas etiquetadas con un diagnóstico de enfermedad mental, incluso en ausencia del resto de signos mencionados (Link, 1987). Esto, tiene sin duda coherencia, con el proceso de estigmatización y las funciones que hemos visto que cumple el estigma. Pues para que la estigmatización tenga lugar debe ocurrir un proceso de etiquetado, o de asignación de un individuo a una categoría asociada a estereotipos negativos (Link y Phelan, 2001) y el diagnóstico, sin duda facilita enormemente este proceso de asociación, al tratarse en sí mismo de una etiqueta que además es impuesta por un grupo al que socialmente se le sitúa en una posición de poder, como son los profesionales de la salud. Es importante señalar además, que los diagnósticos de trastornos mentales graves, son más estigmatizados que otros trastornos mentales como por ejemplo los trastornos de ansiedad (Wood, Birtel, Alsawy, Pyle y Morrison, 2014).

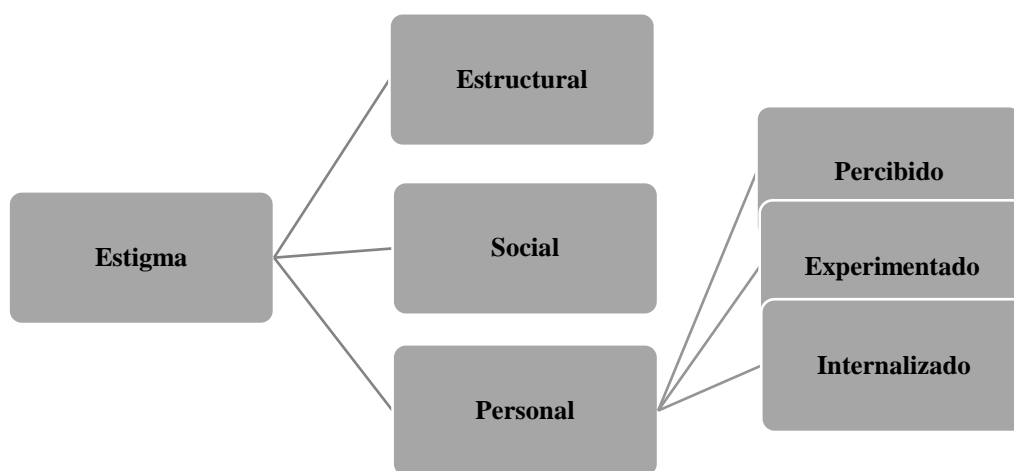
El estigma asociado a tener un trastorno mental, como ocurre con otros estigmas, se concibe, como un fenómeno complejo y dinámico, que igualmente se manifiesta a través de tres componentes o dimensiones: cognitiva, emocional y conductual (Corrigan, 2000). En cuanto al componente cognitivo, que como veíamos se refiere a aquellas expectativas y creencias erróneas que se tiene acerca de un grupo, y a las que denominamos estereotipos, existe consenso a la hora de afirmar que las creencias estereotipadas más comunes sobre las personas con TMG grave se relacionan con:

- La peligrosidad o las reacciones violentas.
- La impredecibilidad tanto de su carácter, como de sus reacciones y la falta de control sobre sus comportamientos.
- La incapacidad y la incompetencia, así como con la debilidad de carácter y la dependencia hacia otras personas.
- La responsabilidad o culpabilidad, ya sea sobre el origen del trastorno, o sobre el hecho de no haber sido capaz de ponerle remedio mediante el tratamiento.
- La cronicidad y la no recuperación.

El acuerdo y aceptación de estas creencias estereotipadas dan lugar a los prejuicios. Estos llevan consigo una valoración negativa de la persona con TMG y desencadenan reacciones emocionales negativas coherentes con la misma. Los prejuicios más frecuentes suelen ser miedo, pena, enfado, vergüenza, o desconfianza. Estas reacciones, en última instancia, pueden propiciar en los miembros del grupo mayoritario distintos comportamientos discriminatorios sobre las personas con TMG. Estos comportamientos discriminatorios pueden ir desde el rechazo social o la evitación, hasta un trato diferencial o injusto. También pueden manifestarse en forma de conductas de sobreprotección, coacción y control excesivo (Corrigan, 2000; Corrigan, Kerr y Knudsen, 2005). Se ha observado que la discriminación a las personas con TMG puede darse en múltiples y diferentes ámbitos como son en la propia familia, por parte de los amigos, conocidos o vecinos, en la esfera educativa o laboral, llegando inclusive a manifestarse por parte del personal que constituye los sistemas públicos como el judicial, policial o sanitario entre otros (Thornicroft, et al., 2009). No es difícil darse cuenta que esta discriminación supone un gran obstáculo para este grupo de personas; que dificulta el acceso a un empleo o a una vivienda independiente; que limita sus relaciones sociales con los otros, como puede ser la búsqueda de pareja, la pertenencia a un grupo de iguales, o el trato diario con los vecinos o familiares. Todo esto, tiene consecuencias negativas en el desarrollo de una vida integrada y normalizada, al mismo tiempo que fomenta la exclusión y la violación de los derechos humanos, económicos, sociales y culturales de las personas con TMG (Twenge, Catanese y Baumeister, 2003).

### 2.3. El estigma internalizado, uno de los distintos tipos de estigma asociados a los trastornos mentales graves, conceptualización y definición

Cuando hablamos del estigma asociado a los trastornos mentales, no solo hallamos un único tipo de estigma, sino distintas manifestaciones o niveles. Entre ellas, según lo articulado por la literatura hasta la fecha, encontramos el estigma estructural, el estigma social o público y el estigma internalizado. Este último ha sido entendido, según el grupo de autores, como un nivel o tipo de estigma en sí mismo (Corrigan, et al., 2005; Livingston y Boyd, 2010), o junto al estigma percibido y al experimentado, como un subtipo del estigma personal, que es definido como el estigma vivenciado por la propia persona estigmatizada (Gerlinger et al., 2013). A continuación nos detendremos brevemente en definir y explicar cada uno de estos tipos de estigma.



**Figura 2.** Niveles o tipos de estigma (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013)

El estigma estructural, también llamado estigma institucional, se relaciona con el macro nivel del sistema. Y hace referencia a las reglas, leyes y procedimientos políticos de las entidades públicas y privadas en posiciones de poder que restringe los derechos y oportunidades de las personas estigmatizadas, en este caso de las personas con TMG. El estigma estructural legitima las diferencias de poder entre personas con y sin trastorno mental a favor de las segundas, al mismo tiempo que permite se perpetúen a gran escala las desventajas sociales y la exclusión social (Corrigan, et al., 2005; Herek, Gillis y Cogan, 2009; Bos, Pryor, Reeder y Stutterheim, 2013). El estigma social, por su parte, se refiere al estigma de la población general; aquel estigma de grandes grupos sociales que respaldan y actúan en función de los estereotipos imperantes sobre los TMG (Corrigan et al., 2005). Como veíamos anteriormente este tipo de estigma puede ser ejercido por personas muy cercanas a la personas con TMG, con amplio conocimiento sobre su estado de salud

mental, como son familiares, amigos, incluso profesionales de la salud mental. O por personas con menos contacto con ellas y con menos nivel de información, como sería el caso de una persona que arrendada un piso, o que es jefa de una empresa (Corrigan y Watson, 2002a).

Finalmente el estigma internalizado (EI), también llamado autoestigma, se trata de un subtipo del estigma personal, en cuanto a que es la propia persona con TMG la que lo experimenta. Este estigma aparece dada la existencia del estigma estructural y del estigma social. Pues una persona que tiene un TMG es un miembro más de una sociedad que, como hemos visto, estigmatiza a las personas con problemas de salud mental; y por ello, como el resto de miembros también se empapa desde que nace, de las creencias culturales imperantes en su sociedad, su entorno, su barrio, o su familia. Entre estas creencias como acabamos de ver, están las creencias estereotipadas sobre las personas diagnosticadas de TMG, relativas a la peligrosidad, la incapacidad, o la impredecibilidad entre otras. Creencias estas, que como el resto de creencias culturalmente aceptadas pasan desde muy temprana edad a su repertorio cognitivo, para instaurarse como propias. Es por esto, que muchas de las personas con TMG tienden a interiorizar este estigma reinante en esta sociedad de la que forman parte, aceptando estas creencias estereotipadas y aplicándolas sobre sí mismas una vez reciben el diagnóstico de TMG. Siguiendo esta visión de interiorización del estigma social y de una forma más operativizada, definimos el estigma internalizado como *“un proceso subjetivo, inculcado en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos sobre uno mismo, comportamientos desadaptativos y una transformación de la identidad o una adherencia a los estereotipos; que resultan de una vivencia individualizada acerca de la propia experiencia de percepción o de la anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental”* (Livingston et al., 2010, p. 2151). Esta definición fue facilitada tras un amplio meta-análisis sobre el tema y contempla la complejidad y el carácter multifacético e interactivo que está en base de este constructo y que ha sido formulado por muchos estudiosos de este tema.

Como resulta lógico, al igual que ocurre con el estigma social y como se deriva de la propia definición, el estigma internalizado también es un proceso dinámico, que se manifiesta en tres dimensiones: cognitiva, emocional y conductual (Corrigan y Watson, 2002a). Estas dimensiones no siempre resultan congruentes entre sí, aunque se refuercen mutuamente (López et al., 2008). Es por ello que resulta de vital importancia considerarlas por separado para contemplar de este modo sus particularidades y diferencias. En la siguiente tabla se muestra una comparación entre estos componentes del estigma social y el estigma internalizado.

**Tabla 3.** Resumen componentes cognitivo, emocional y conductual del estigma asociado a los TMG, adaptación de Corrigan y Watson (2002a)

Componentes	Estigma social o público	Estigma internalizado
<b>Cognitivo Estereotipos</b>	Creencias erróneas y negativas sobre las personas con TMG	Creencias erróneas y negativas sobre sí mismo por tener un TMG
	Ejemplos: peligrosidad, incapacidad...	Ejemplos: peligrosidad, incapacidad...
<b>Emocional Prejuicios</b>	Acuerdo con las creencias y reacción emocional negativa derivada	Acuerdo con las creencias, aplicación de la creencia uno mismo y reacción emocional negativa
	Ejemplos: ira, miedo, desconfianza...	Ejemplos: vergüenza, culpa, decepción...
<b>Conductual Discriminación</b>	Respuesta conductual al prejuicio sobre los demás	Respuesta conductual al prejuicio sobre uno mismo
	Rechazar, negar la ayuda, no contratar para un trabajo, sobreproteger...	Aislamiento, rechazo a buscar ayuda, abandono de los tratamientos...

Por otro lado, es importante diferenciar el estigma internalizado de conceptos como estigma percibido o estigma experimentado. Ambos están muy relacionados con él, pues la internalización del estigma se produce en última instancia como consecuencias de ellos, sin embargo, son aspectos radicalmente distintos en su conceptualización y no deben confundirse entre sí (Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft y GAMIAN–Europe Study Group, 2010; Gerlinger et al., 2013; Livingston et al., 2010). Por su parte, el estigma percibido es la percepción subjetiva de que uno es devaluado y marginado por parte de los otros (Link, 1987). Es decir, tener conciencia de que existen por parte del resto creencias negativas sobre uno simplemente por tener un trastorno mental. Y se diferencia del estigma internalizado, en que este último no solo se refiere al conocimiento que tiene la persona con TMG de la existencia de estas creencias estigmatizantes en su entorno social, sino que también implica el propio acuerdo con estos estereotipos y la aplicación de ellos sobre otras personas con TMG y sobre sí misma por pertenecer a este grupo (Corrigan, Watson y Barr, 2006). Un ejemplo de estigma percibido, sería, ser consciente de que su grupo de amigos puede considerarlo peligroso desde que se enteraron que tiene esquizofrenia y anticipar que no lo llamarán más. El estigma internalizado, iría más allá de ser consciente de esta creencia social, pues además implicaría que él estuviera de acuerdo con la creencia de que las personas con TMG son violentas, y que percibiera a otras personas con TMG como violentas, llegando a percibirse a sí misma como violenta también únicamente por haber sido diagnosticada con un TMG. Por otro lado, el estigma experimentado se refiere a las experiencias estigmatizadoras vividas de rechazo o discriminación real, que la persona con TMG identifican como provenientes del otro (Gerlinger et al., 2013).

En el estigma internalizado, aunque también aparece el sufrimiento derivado de conductas discriminatorias, estas provienen de uno mismo no del entorno, hablaríamos de una auto-discriminación. Un claro ejemplo del estigma experimentado sería aquellas vivencias reales de una persona que tiene un trastorno de esquizofrenia, de que su grupo de amigos lo evita y lo excluye de todos los planes sociales desde que se enteraron de su diagnóstico. Mientras que el estigma internalizado aparece la autodiscriminación que se refleja en la propia exclusión social por parte de la persona con esquizofrenia al tomar la decisión de no ir a los eventos sociales desde que tiene esquizofrenia. El estigma percibido y el estigma experimentado en ocasiones se relacionan entre sí retroalimentándose. Tiene sentido pensar que cuantas más experiencias de discriminación experimentadas, más se tienda a percibir el estigma en el entorno y por ello más se anticipe el rechazo. Ahora bien, también se ha demostrado que puede ocurrir que ambos, estigma percibido y experimentado, aparezcan de forma independiente. Por ejemplo es posible que una persona que nunca haya experimentado la discriminación por parte de un jefe en su puesto de trabajo, anticipe que será discriminado al iniciar un nuevo trabajo simplemente por sus creencias previas sobre ello (Thornicroft et al., 2009). Es importante para entender el proceso de estigmatización y el funcionamiento de los diferentes tipos de estigmas, contemplar todas sus diferencias y matices y ser conscientes en todo momento de la idea de que el estigma no se trata de un constructo unitario ni unidimensional, sino de un fenómeno complejo y dimensional.

Resumiendo, el estigma internalizado, es aquel proceso dinámico, dimensional y complejo que se pone en marcha cuando una persona recibe un diagnóstico de TMG, por ejemplo de trastorno bipolar. A partir de ahí, la persona diagnosticada que se halla inmersa en una sociedad donde están presentes estereotipos sobre los trastornos bipolares, internaliza el estigma social, como resultado de la simple anticipación del estigma percibido por parte de un determinado entorno, por ejemplo su familia. Esta persona será consciente de que su familia comparte la creencia por ejemplo, de que las personas con trastorno bipolar son incapaces de estudiar. Él mismo también aceptará esta creencia estereotipada, estará de acuerdo con ella y tenderá a aplicarla sobre otras personas con diagnóstico de trastorno bipolar, incluso la aplicará sobre sí mismo solo por el hecho de tener este diagnóstico, *“las personas con trastorno bipolar, son incapaces de estudiar, como tengo trastorno bipolar soy incapaz de estudiar”*; además de ello, es muy probable que este acuerdo y aplicación sobre sí mismo del estereotipo, le haga sentir tal decepción y desilusión, que le lleve, incluso, al abandono total de los estudios. Esta internalización del estigma, como veremos más adelante, ha mostrado interferir de forma muy significativa, en el proceso de recuperación de las personas con TGM, al mismo tiempo que afecta a su bienestar y calidad de vida, es por ello, que en los últimos años su estudio ha tomado un papel central dentro de aquellos trabajos sobre este grupo de población.

## 2.4. Evaluación del estigma internalizado

El desarrollo de los múltiples trabajos sobre el estigma internalizado con los que contamos hoy en día, han sido posible gracias a la consolidación de instrumentos de evaluación, con buenos criterios de calidad, que han permitido la medición de esta variable.

Entre ellos cabe destacar por su extendido uso, sus múltiples versiones y sus buenas propiedades psicométrica, la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness* o ISMI; Ritscher, Otilingam, Grajales, 2003). Para la construcción de este instrumento, se contó con la participación de personas con TMG del sistema de Salud Público, quienes participaron desde el principio en los grupos de discusión acerca del constructo a evaluar, junto con expertos en el tema y miembros de organizaciones centradas en la lucha contra el estigma como la “*Stamp Out Stigma*”. Esto sin duda, lo dota de una buena validez ecológica. La versión definitiva de la escala, cuenta con 29 ítems, que siguen un formato tipo Likert con 4 respuestas referidas al grado de acuerdo con la afirmación expresada, y donde 1 es muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo. Esta escala se caracteriza por proporcionarnos además de una puntuación total de estigma internalizado, información específica de la puntuación de la persona evaluada en todas las dimensiones o componentes de esta variable: cognitivo, emocional y conductual. Además de ofrecernos una puntuación en discriminación experimentada y otra en resistencia al estigma. La dimensión cognitiva del estigma internalizado es evaluada mediante la subescala asignación al estereotipo, también traducida como adhesión al estereotipo. Esta subescala mide, mediante 7 ítems, el grado en el que la persona entrevistada está de acuerdo con las principales creencias estereotipadas sobre las personas con TMG, tales como peligrosidad, incapacidad o dependencia. La subescala alienación, con 6 ítems, proporciona información de la dimensión emocional del estigma internalizado, al hacer referencia a emociones como la vergüenza, la decepción o al sentimiento de inferioridad derivados de tener un trastorno mental. La escalas aislamiento social, por su parte, evalúa la dimensión conductual de esta variable, y está compuesta por 6 ítems del tipo “*evito relacionarme con gente que no tiene una enfermedad mental para evitar el rechazo*”, que miden las conductas de aislamiento y evitación social explicadas por el trastorno mental. Finalmente nos encontramos con la subescala discriminación que mide, a través de 5 ítems, la percepción de la persona evaluada sobre la forma que los demás tienen de tratarla por tener un trastorno mental, se incluyen distintos tipos de conductas discriminatorias como son la sobreprotección o el trato injusto. Por último la subescala resistencia al estigma, es una escala inversa que cuenta con 5 ítems, y mide la capacidad para resistir o no estar afectado por las actitudes estigmatizantes (Ritscher et al., 2003).

La escala ISMI cuenta con múltiples versiones, concretamente en una revisión realizada recientemente por miembros del equipo creador de la versión original (Boyd, Adler, Otilingam y

Peters, 2014), se recogen un total de 55 versiones hasta 2014. Entre estas se encuentra algunas versiones referidas a la adaptación y validación de la escala en otras culturas y lenguas como son las versiones en árabe, armenio, bengalí, búlgaro, chino (continental, Taiwán, Hong Kong), croata, holandés, estonio, farsi, finlandés, francés, alemán, griego, hebreo, hindi, japonés, khmer, coreano, lituano, maltés, polaco, portugués, rumano, ruso, samoano, esloveno, español swahili, sueco, tongano, turco, urdu y Yoruba. También existen versiones con cambios en la estructura, como es el caso de versiones con formatos más breves. Y finalmente podemos hablar de otras versiones del ISMI, que suponen una adaptación de la escala para evaluar el estigma internalizado en otras poblaciones diferentes a los TMG. Encontramos por un lado versiones que se refieren a otros trastornos mentales distintos a los TMG, por ejemplo la versiones para la depresión, abuso de sustancias, o trastornos de la conducta alimentaria etc.; Y por otro lado, contamos con otras versiones en las que se pretende medir el estigma internalizado en otras poblaciones que también han sido objeto del estigma social, y que como consecuencia pueden desarrollar estigma internalizado como es el caso de las personas con lepra, pacientes con el síndrome del intestino irritable, cuidadores de personas con TMG o personas de diferentes etnias (Boyd, et al., 2014). En esta última línea, cabe resaltar un reciente estudio realizado por nuestro equipo de investigación en el que se realiza la primera adaptación de esta escala para su aplicación a personas mayores. Este instrumento permite evaluar el estigma internalizado asociado a la edad, conocido como edadismo (González-Domínguez, Muñoz, Ausín, Castellanos, Pérez-Santos, 2016), otro tipo de estigma que afecta sin duda a una gran parte de la población.

El ISMI cuenta con adecuadas propiedad psicométricas en sus múltiples versiones, así como en su versión original. En esta última, demostró tener en la escala total una alta consistencia interna ( $\alpha=0,90$ ) y fiabilidad test-retest ( $r=0,92$ ). Las cinco subescalas por su parte, mostraron los siguientes niveles de consistencia interna: alienación:  $\alpha=0,79$ ; asignación al estereotipo:  $\alpha=0,72$ ; experiencia de discriminación:  $\alpha=0,75$ ; aislamiento:  $\alpha=0,80$  y resistencia al estigma:  $\alpha=0,58$ . Como la escala de resistencia al estigma tenía un coeficiente de fiabilidad más bajo, también se contempla una versión con 24 ítems, donde los ítems de esta última subescala se eliminan. Esta versión de 24 ítems, ampliamente utilizada (Boyd et al., 2014) muestra un  $\alpha$  de 0,91 y una correlación test-retest de  $r=0,73$ . En la revisión sobre esta escala también se observa una adecuada validez tanto en la versión original como en sus adaptaciones (Boyd et al., 2014), Es por ello, que se trata de una medida altamente recomendable para evaluar el estigma internalizado.



**Figura 3.** Estructura, Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness Scale o ISMI; Ritscher et al., 2003)

Otra escala que también hay que mencionar por su relevancia a la hora evaluar el estigma internalizado es la *Escala de Autoestigma en la Enfermedad Mental (Self-stigma in Mental Illness Scale* o SSMIS; Corrigan et al., 2006). Esta escala contiene sesenta ítems, agrupados en cuatro subescalas de 15 ítems cada. Estas subescalas son las siguientes: conciencia sobre el estereotipo, entendida como ser consciente, o conocedor de la creencia negativa general sobre la enfermedad mental por parte de su cultura; acuerdo con el estereotipo, se refiere al grado de acuerdo que la persona muestra con estas creencias estereotipadas que comparte la sociedad; asignación al estereotipo, se trata de la aplicación del estereotipo sobre uno mismo; y finalmente decremento de autoestima, que es una subescala que hace referencia a las consecuencias negativas del estigma internalizado sobre la autoestima de la persona. Las subescalas del SSMIS, no se refieren a las dimensiones del EI (cognitiva, emocional y conductual), sino a las distintas fases del proceso de internalización del estigma. Este cuestionario cuenta igualmente con aceptables propiedades psicométricas. En los análisis de fiabilidad de todas las subescalas de la versión original se obtuvieron puntuaciones alfas de Cronbach entre 0,72 y 0,91. Y una fiabilidad test-retest de  $r=0,72$  y  $r=0,82$ . En cuanto a la validez, se observó una adecuada validez convergente en todas las subescalas menos en la subescala acuerdo en el estereotipo que no mostró correlación significativa con ninguna de las variables evaluadas (Corrigan et al., 2006).

Estas dos escalas son las más relevantes a la hora de medir el estigma internalizado asociado al trastorno mental grave, y que nos permiten estudiar su prevalencia y su relación con otras variables de interés, siendo la primera de ellas, la escala ISMI, del grupo de Ritscher (2003), la más ampliamente usada, por sus múltiples versiones y por ofrecer información de todas las dimensiones de este constructo.

## 2.5. Prevalencia del estigma internalizado

Aunque el estigma internalizado es un fenómeno frecuente en la población de personas con TGM, no toda persona que recibe un diagnóstico de estas características internaliza el estigma hasta el punto de presentar niveles elevados del mismo. De hecho, hay estudios que demuestran que el EI no afecta igual a todas las personas con TGM y que algunas de ellas presentan bajos niveles en esta variable. Es por tanto que encontramos personas que son afectadas por el estigma internalizado, mientras que otra se resisten a su interiorización llegando incluso a reaccionar de forma positiva ante el estigma social empoderándose y defendiendo sus derechos (Corrigan et al., 2002b).

Contamos con varios estudios que nos aportan datos de prevalencia del estigma internalizado, entre ellos importantes revisiones y meta-análisis que tras analizar varios trabajos, concluyen que el estigma internalizado es un fenómeno frecuente en la población de personas con TGM, al encontrarse que entre el 20% y el 42% de las personas con TGM presentan niveles moderados o altos de EI (Boyd et al., 2014; Gerlinger et al., 2013). Es importante mencionar que esta diferencia, puede ser explicada por diferentes motivos, entre los que se encuentran, el lugar de donde proviene la muestra, o el tipo de diagnóstico incluido en la categoría de TGM -hay estudios que solo incluyen los trastornos psicóticos y otros sin embargo que añaden otras categorías de trastornos como los del estado de ánimo o de personalidad- (Gerlinger et al., 2013; Boyd et al., 2014). También puede dar lugar a esta variabilidad en los resultados el tipo de cuestionario, o la versión de este que se aplica. Por ejemplo se observan diferencias entre los datos obtenidos en la misma muestra según se emplea la versión original del ISMI de 29 ítems, o la versión reducida de 24 ítems, en la que se excluyen los ítems referidos al factor resistencia al estigma (Boyd et al., 2014).

Si hacemos un análisis más específico por zonas geográficas, observamos que los estudios que provienen de Estados Unidos reflejan una prevalencia de personas con un TGM que presentan niveles moderados o altos de EI, que varía desde un 28% a un 36,1% (West, Yanos, Smith, Roe, y Lysaker, 2011; Boyd et al., 2014). En los trabajos realizados en Asia los datos de prevalencia de niveles moderados o altos también varían, encontrando datos que van desde un 20% en China (Ying, Wolf y Wang, 2013); hasta un 43,6% en Singapur (Picco et al., 2016). Aunque menos frecuentes, también se encuentran estudios de este tipo realizados en África, donde se estima una prevalencia de entorno al 46,7% en Etiopía cuando solo se incluyen trastornos psicóticos (Assefa, Shibre, Asher y Fekadu, 2012) y que baja al 25,12% al incluirse a personas con otros trastornos como son los trastornos de personalidad o de consumo de sustancia (Girma, Tesfaye, Froeschl, Möller-Leimkühler, Dehning y Müller, 2013). Finalmente, y más cercano a nosotros, en Europa, encontramos un estudio en el que se incluyen varios países europeos, incluido España, que concluye, cuando se evalúan solo a personas con trastornos psicóticos, niveles de prevalencia de

elevado o moderado EI del 41,7% (Brohan et al., 2010). Mientras que si la muestra está formada por trastornos del estado de ánimo como depresión y trastorno bipolar, los datos bajan hasta 21,7% (Brohan, Gauci, Sartorius, Thornicroft y GAMIAN–Europe Study Group, 2011). La prevalencia en España, incluida en el estudio Europeo del equipo de Brohan (2010), no ha sido estudiada como tal de forma independiente, surgiendo aquí un área de trabajo sin duda interesante y necesario. No obstante, algunos de los trabajos que analizan el estigma internalizado y su relación con otras variables, sí que ofrecen datos del nivel de estigma internalizado medio de la población objeto de estudio; pudiéndose observar, que curiosamente, los niveles medios de estigma en poblaciones de personas con TMG reportados por algunos de estos trabajos son menores en nuestro país a los que se hallaron en el estudio europeo de Brohan (2010). Por ejemplo, en el trabajo de Muñoz y su equipo (2009) se encuentra una puntuación media de estigma internalizado total de 2,13, la cual hace referencia a niveles leves de estigma internalizado, en esta misma línea, Díaz-Mandado (2015) encuentra en su trabajo valores medios de 2,1. Mientras que en el estudio europeo de Brohan (2010) los niveles medios de EI en nuestro país, fueron de 2,65. Esta diferencia, de nuevo, puede deberse a las diferencias relativas a la población incluida en cada estudio, o al tipo de medida empleado. Como mencionábamos, resultaría de gran valor aumentar los estudios epidemiológicos sobre el EI en nuestro país, empleando muestras e instrumentos que nos permitieran la comparativa con el resto de trabajos internacionales existentes.

Por otro lado, además de examinar los datos de prevalencia del estigma internalizado total, resulta interesante analizar qué ocurre con cada uno de sus componentes cognitivo, emocional y conductual. La mayoría de los estudios coinciden en que el componente con mayor prevalencia es el emocional, evaluado a través de la escala de alienación al estereotipo. Concretamente en el trabajo del equipo de Brohan (2010) la alienación al estereotipo en niveles moderados o altos apareció en el 46,9% de los participantes. Por el contrario, el componente que aparece en menor medida es el componente cognitivo, reflejado por la puntuación de la subescala asignación al estereotipo, y aparece en un 27,7% de los participantes de este mismo estudio (Brohan et al., 2010). Por su parte, el componente conductual, medido por la subescala aislamiento, ocupaba una posición intermedia entre estas dos dimensiones al ser detectado de forma moderada o alta en el 45% de la muestra (Brohan et al., 2010; Ritsher et al., 2003). En otros trabajos también se han mostrado estas diferencias en la prevalencia de los tres componentes del estigma internalizado (Boyd et al., 2014; Gerlinger et al., 2013) lo cual apoyaría la relativa independencia entre los tres (López et al., 2008).

Antes de concluir, es importante señalar, que todos los estudios de prevalencia existentes emplean medidas de autoinforme explícitas del estigma internalizado, por lo que es posible, al igual que ocurre con el resto de medidas de autoinforme, presenten limitaciones relacionadas con

las distorsiones en las respuestas (Fernández-Ballesteros, 2014). Pudiéndose incrementar la prevalencia del estigma internalizado en esta población si se incluyeran medidas implícitas en los estudios de prevalencia, tal como algunos autores sugieren (Rüsch, Corrigan, Todd y Bodenhausen, 2010; Kopera et al., 2015).

En resumen, se consideran necesarios más estudios que permitan hallar tasas de prevalencia de estigma internalizado más específicas en nuestro país, para poder así justificar los planes de lucha contra el estigma existente e impulsar nuevas acciones en esta línea. Sin embargo, pese a esto y a las variaciones en los datos de prevalencia de esta variable, así como a la posible infraestimación de los mismos debidas a los instrumentos de evaluación aplicados, la literatura hasta la fecha, nos permite concluir que las personas con TMG que presentan niveles de moderados a altos de estigma internalizado no son una minoría, sino que el estigma internalizado es un fenómeno que ocurre de forma frecuente en los TMG (Boyd et al., 2014; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013).

## **2.6. Variables predictoras del estigma internalizado y modelos explicativos del proceso de internalización del estigma**

Como hemos visto en el apartado anterior, el estigma internalizado afecta a una parte importante de las personas con TMG, pero no a todas. ¿De qué depende que unas personas internalicen el estigma y sin embargo otras no lo hagan? Dar respuesta a esta pregunta ha sido una prioridad en los últimos años en los que el estigma y la lucha contra él ha tomado un papel protagonista para los servicios de salud mental a nivel mundial. Es por ello, que se han desarrollado numerosos trabajos empíricos, así como revisiones y meta-análisis centrados en identificar aquellas variables que explican el desarrollo y el mantenimiento de la internalización del estigma, para a partir de su conocimiento poder llegar a comprender estas diferencias y con ello ser capaces de prevenirlo y de desarrollar programas destinados a su reducción.

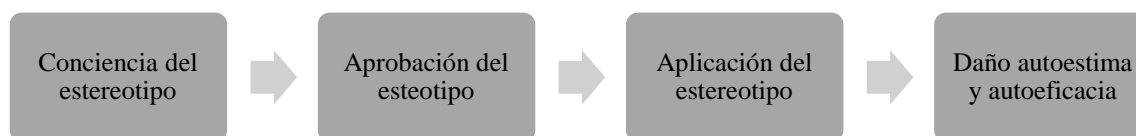
De los estudios existentes destacan aquellos que toman formato de revisión meta-analítica, entre ellos está el trabajo de Livingston y Boyd (2010), donde se realizó una revisión exhaustiva de la literatura de investigación de todos los artículos publicados hasta la fecha con el fin de estudiar la relación empírica existente entre el EI y una gama de variables sociodemográficas, psicosociales y psiquiátricas en personas con TMG. De este trabajo se extrae que las variables que predijeron elevados niveles de estigma internalizaron fueron las siguientes: tener una autoestima baja, altos niveles de percepción de coerción, mayor severidad de los síntomas positivos, presentar un inicio de la enfermedad reciente combinado con bajos niveles de apoyo social, y por último, tener mayores niveles de vergüenza relacionada con las

asociaciones negativas del trastorno. La aprobación de la autoestima como variable predictora del EI, también fue corroborada por el conocido trabajo de Brohan y colaboradores (2010), que examina las experiencias de estigma internalizado de los usuarios de salud mental de toda Europa. Y más recientemente algún otro trabajo donde también encuentran que una mayor autoestima, junto con una elevada capacidad metacognitiva y una menor sintomatología negativa predice la resistencia al estigma (Nabors et al., 2014).

En cuanto a la severidad de los síntomas positivos, igualmente otros trabajos posteriores a dicho estudio meta-analítico reafirman dicha relación predictiva (Ben-Zeev, Frounfelker, Morris y Corrigan, 2012). También encontramos otros estudios influyentes que evidencian como variables predictoras del EI el empoderamiento, la percepción de la discriminación y el contacto social (Brohan et al., 2010). Sin embargo, los trabajos existentes no nos permiten concluir relación entre el EI y las variables sociodemográficas incluyendo, género, edad, educación, empleo, estado civil, convivencia, ingresos y etnicidad ha demostrado relaciones consistentemente significativas con el estigma internalizado (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al. 2013). Así como tampoco lo hacen con variables clínicas como el tipo de diagnóstico, la duración de la enfermedad, el número de hospitalizaciones, la conciencia de enfermedad, el tipo de tratamiento, o los efectos secundarios de la medicación (Livingston et al., 2010).

Por otro lado, varios autores han ido un paso más allá de la identificación de variables que han demostrado su relación y su posible carácter predictor sobre el EI, pudiendo a través de estudios empíricos relacionarlas entre sí y generar modelos explicativos más amplio sobre la internalización del estigma. Esto sin duda, nos permite poder entender este fenómeno de una forma más amplia y mejorada. Entre estos modelos explicativos sobre la interiorización del estigma, el que cuenta con mayor relevancia y repercusión, es aquel propuesto por el equipo del profesor Patrick Corrigan, fundador del Consorcio Nacional sobre Estigma y Empoderamiento (NCSE). Este consorcio se trata de un grupo de investigación sobre el estigma que promueve el empoderamiento y la lucha antiestigma de las personas con algún problema psicológico; a él pertenecen un gran conjunto de investigadores pertenecientes a distintas universidades (Yale, Pensilvania, Rutgers, Temple, Wisconsin, Estatal de Illinois y Chicago). Este grupo de investigación, propone un modelo inicial de estigma internalizado, que ha sido ampliado y validado empíricamente por distintos estudios, contando con resultados positivos y congruentes en todos ellos. Según este modelo se formula que el estigma internalizado, tiene lugar como resultado final de la interiorización del estigma público; se trata de un proceso multinivel, es decir, un proceso en el cual distintos niveles interrelacionados entre sí se suceden los unos a los otros progresivamente, siendo el conjunto de todos ellos el que nos permitiría hablar de autoestigma. Concretamente en un primer momento, el modelo considera cuatro niveles sucesivos: 1)

conciencia del estereotipo, 2) aprobación o acuerdo con el estereotipo; 3) aplicación del estereotipo a sí mismo y 4) daño a la autoestima y autoeficacia.

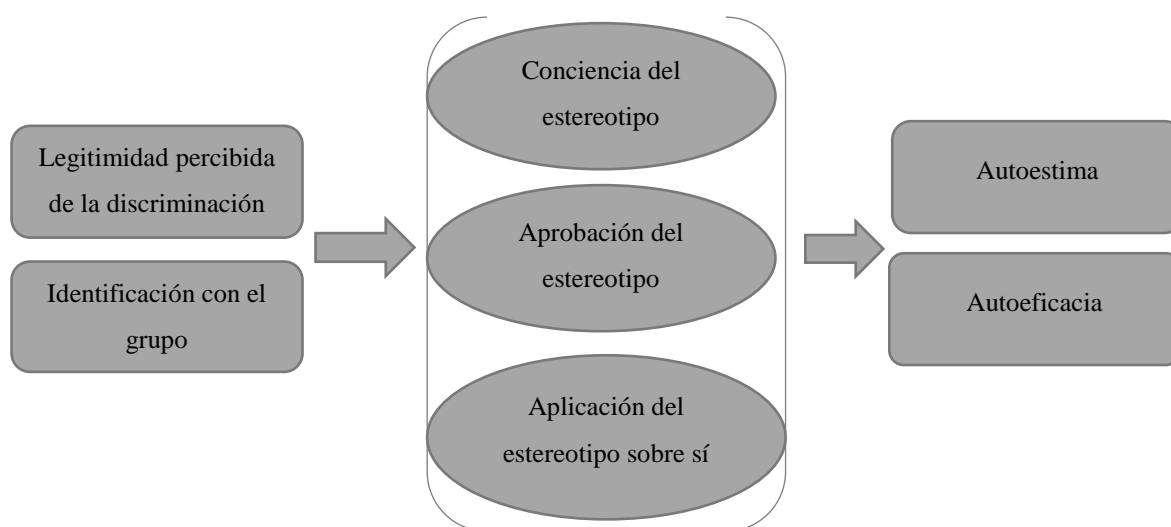


**Figura 4.** Modelo explicativo del estigma internalizado, primera formulación de Corrigan et al., (2002b)

El primer nivel hace referencia a la conciencia o grado de conocimiento, que tiene la persona con TMG, acerca de las creencias estereotipadas negativas que la sociedad a la que pertenece tiene sobre las personas, que como ella, tienen un TGM. Por ejemplo, ser consciente de que entre las personas de su entorno existen creencias del tipo *“las personas con TMG son incapaces de valerse por sí mismas”*. Este componente aislado, se correspondería con lo que autores como Link y Phelan (2001), llamaron estigma percibido o anticipado. Es posible que de este conocimiento sobre la existencia de estas creencias estereotipadas, se genere la aprobación de ellas por parte de la propia persona con TMG. Se pasa así al siguiente nivel, en el que de la persona no solo sería consciente de las creencias estereotipadas, si no que las compartiría, pudiendo incluso estar de acuerdo con ellas, de modo que estas empezarán a formar parte de su repertorio cognitivo. Un ejemplo de ello sería cuando una persona que tiene un TMG, comparte y aprueba la idea de que *“las personas con TMG son incapaces de valerse por sí mismas”*. A continuación y ya en el tercer nivel del modelo, tendría lugar la aplicación sobre sí misma de estas ideas estigmatizantes compartidas. La persona en este nivel pensaría de sí misma: *“soy incapaz de valerme por sí misma porque tengo un TMG”*. Todo esto desembocaría en el último nivel, que consiste en el daño que esta internalización supone para la propia autoestima y autoeficacia, consecuencia de la aplicación sobre sí misma de ideas estereotipadas negativas que son compartidas por la sociedad de la que forma parte y con las que ella misma está de acuerdo (Corrigan et al., 2002b).

Estudios posteriores de validación empírica, confirman el modelo teórico, pero poniendo énfasis en los tres últimos niveles, al demostrar la independencia en relación al resto de componentes del primer nivel, la conciencia del estereotipo. Esto permite concluir que el autoestigma, en esencia, se distingue de la conciencia del estereotipo. Y por ello, se reformula el modelo afirmando que la internalización del estigma es aquel proceso donde son la aprobación de los estereotipos y la aplicación de estos sobre uno mismo, las que provocan daños en la

autoestima y la autoeficacia de la persona con TMG (Corrigan et al., 2006). Y es que ser consciente de estos estereotipos sociales, aunque resulte necesario, por sí mismo no es un componente suficiente para que una persona se vea afectada por el estigma internalizado; de hecho encontramos otras tantas personas con TMG, para las que el ser consciente de la existencia de estos estereotipos sociales injustos, lejos de provocar elevados niveles de estigma internalizado, puede ser el motor necesario para empoderarse y tomar un papel activo en la lucha a favor de sus derechos (Corrigan et al., 2006; Corrigan, Larson y Rüschi, 2009). Justo a este hecho de que haya personas que reaccionen ante el estigma público, internalizándolo, mientras otras sin embargo, responden ante el mismo con indiferencia o incluso con empoderamiento, es a lo que se le llama la paradoja del estigma internalizado (Corrigan et al., 2002b). Y es explicada gracias a la introducción en el modelo de componentes como la legitimidad percibida y la identificación con el grupo (Watson, Corrigan, Larson y Sells, 2007). La legitimidad percibida es un constructo que se refiere al hecho de percibir determinada discriminación como justa y legítima y por ello justificable; la identificación con el grupo, por su parte, hace alusión a como una persona define su identidad en base al grupo al que pertenece y con el cual se siente en una unión. Estos componentes, se demuestran, toman un papel clave en el proceso de interiorización del estigma, pues aquella persona que considere que las conductas discriminatorias por parte de los otros, son legítimas y justas, tenderá a desarrollar una baja autoestima y autoeficacia como consecuencia del acuerdo con las creencias estereotipadas y la aplicación de estas sobre sí misma. Mientras que si esa misma persona, no dota a estas conductas de legitimidad y por ello no las justifica, procederá a reaccionar con indiferencia si es que no se identifica suficientemente con el grupo, o con resistencia y empoderamiento si el sentimiento de pertenencia e identificación grupal es fuerte. En ambos casos, como resulta predecible, no tendrán lugar daños en la autoestima ni en la autoeficacia. Según esta adaptación y validación del modelo de internalización del equipo de Corrigan (2006), se concluye que la legitimidad percibida, así como, la identificación con el grupo tienen un papel predictor sobre el estigma internalizado, concretamente sobre el acuerdo con el estereotipo y la aplicación de este sobre uno mismo (Watson et al., 2007).



**Figura 5.** Reformulación del modelo explicativo de estigma internalizado (Watson et al., 2007)

Unos años después, estudios posteriores añaden en el último nivel de este modelo junto a los daños en la autoestima y la autoeficacia, la disminución de la esperanza como otro de los resultados del proceso de interiorización del estigma (Corrigan, Rafacz y Rüsche, 2011).

Por otra parte y de forma paralela, encontramos que otros estudios han ido agregando algunos matices a lo aportado por el modelo de internalización propuesto por Corrigan y colaboradores (2006), en la línea de contribuir en mayor medida a la explicación de este fenómeno. Desde el grupo de Rüsche, quien colabora con Corrigan, proponen un modelo similar, en el que se incluye a la evaluación cognitiva del estrés provocado por el estigma, que sería aquella que resulta de una valoración primaria en la que la persona estima el daño potencial resultado del estigma público y una valoración secundaria en la que valora los recursos personales con los que cuenta para hacerle frente a este estigma público. En este modelo se formula que esta evaluación final del estrés derivado del estigma es predicha no solo por el estigma público de su entorno, sino también por factores personales, entre los que se sitúan nuevamente la legitimidad percibida y la identidad con el grupo, añadiéndose un tercer factor correspondiente al valor que toma el grupo. De este modo, y según este modelo, una persona que tiene por ejemplo esquizofrenia, experimentará estrés relacionado con el estigma, cuando además de percibir estigma en su entorno, considera como legítimas dichas conductas discriminatorias percibidas, al mismo tiempo que se identifica a si misma con el grupo de personas con TMG estigmatizadas, que además supone poco valioso. Según estos autores, esto le llevaría a estrategias como el secreto o el aislamiento y a la desesperanza. Mientras que, si por el contrario una persona no considera legítima la discriminación hacía el grupo de personas con TMG, o bien, considera a este grupo,

al que pertenece, como valioso, se empoderará y pondrá en marcha estrategias de afrontamiento adaptativas ante el estigma, como la educación y sensibilización o la ayuda mutua a personas que como ellas tienen un TMG, siendo en este último caso las consecuencias derivadas mucho menos dañinas que en el caso anterior (Rüsch et al., 2009).

Yendo un paso más allá de lo que sería la explicación en sí del proceso de interiorización del estigma descrita por los modelos previos, resulta interesante mencionar otros modelos explicativos del estigma que igualmente resultan relevantes a la hora de entenderlo y de identificar aquellas variables con un papel predictor sobre él, y/o aquellas otras que son consecuencias negativas del mismo. Entre ellos podemos citar el modelo de Vauth, Kleim, Wirtz y Corrigan (2007) o el modelo de Yanos, Roe, Markus y Lysaker (2008). El primero, formula que estrategias de afrontamiento ante el estigma público como son secreto y el aislamiento social lejos de ser satisfactorias para la propia persona, generan mayores niveles de ansiedad anticipatoria, lo cual provoca que la persona perciba más la discriminación y devaluación del entorno, ocasionando esto consecuencias negativas sobre la autoeficacia y el empoderamiento, que en última estancia darían lugar a un aumento en la sintomatología depresiva y mayor deterioro de la calidad de vida (Vauth et al., 2007). En esta misma línea, el grupo de Ilic (2012) además encuentra efectos negativos del secreto sobre la autoestima. Por otra parte el modelo de Yanos y colaboradores (2008), apoya la hipótesis de que el estigma internalizado tiene efectos negativos en la inserción laboral y sobre la sintomatología porque reduce la esperanza y la autoestima de las personas con TMG. Esta reducción según él podría facilitar el inicio de la sintomatología depresiva, así como el aislamiento y un estilo de afrontamiento evitativo.

Finalmente, mencionar que en nuestro país surge el modelo socio-cognitivo-comportamental formulado por el grupo de investigación del profesor Muñoz. Este modelo sobresale por combinar variables sociales, cognitivas y comportamentales que se suceden en distintos momentos temporales. Entre las variables sociales identifican las experiencias de discriminación. Como variables cognitivas encuentran el acuerdo con las creencias estigmatizantes y el estigma internalizado, así como, las expectativas de recuperación; Y finalmente dentro de las comportamentales destacan el funcionamiento psicosocial y la autonomía personal. Concretamente, desde este modelo formulan que las experiencias de discriminación sufridas provenientes del entorno social más próximo (pareja/familia y amigos) y el acuerdo de la propia persona con las creencias estereotipadas sobre las personas con TMG, predicen tanto el estigma internalizado como las expectativas de recuperación. Y estas variables cognitivas a su vez y en un último momento se relacionan con los niveles de funcionamiento social y la autonomía personal, de forma que a mayores niveles de estigma internalizado y a menores expectativas de recuperación, se encuentran peores niveles de funcionamiento social y menor

autonomía personal (Muñoz, Sanz, Pérez-Santos y Quiroga, 2011). Se trata de un modelo que consigue relacionar lo social, con lo personal en su dimensión cognitiva y comportamental, para poder de este modo entender el proceso de estigmatización y las consecuencias del mismo.

Por concluir, podemos afirmar que tanto las variables que han mostrado tener capacidad predictiva sobre estigma internalizado como los distintos modelos explicativos del estigma internalizado que nos exponen los procesos que están en la base de la autoestigmatización, nos ayudan a esclarecer el porqué de estas diferencias individuales a la hora de que una persona con TMG desarrolle o no niveles elevados de estigma internalizado. Situándonos de este modo en una posición ventajosa a la hora de entender este fenómeno y con ello facilitando los conocimientos necesarios para poder proceder al diseño tanto de estrategias de prevención como de programas de intervención dirigidos a la reducción del estigma internalizado.

### **2.7. El impacto negativo del estigma internalizado**

Como ya se ha podido ir deduciendo a lo largo de los apartados anteriores, aquellas personas que tienen un TMG y que terminan internalizando el estigma, además de sufrir las consecuencias negativas derivadas de las características propias del trastorno, han de enfrentarse al duro impacto que el estigma internalizado trae consigo, viéndose con ello doblemente afectado su proceso de recuperación y su bienestar general. A continuación se detallarán las principales consecuencias negativas del EI más estudiadas hasta el momento actual. En primer lugar, estas personas con elevado EI, al aceptar el estigma social e internalizarlo, aplican sobre sí mismas un conjunto de creencias estigmatizantes y negativas asociadas a tener TMG. Este proceso, propicia que la imagen que desarrollan sobre sí esté sometida continuamente al juicio negativo y a la autocrítica; lo que deriva en un autoconcepto altamente deteriorado y una menor autoestima, así como una menor percepción de la propia autoeficacia (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, y Phelan, 2001; Corrigan et al., 2006; Yanos et al., 2008; Ilic et al., 2012). Además de ello, se ha podido observar que niveles elevados de estigma internalizado conducen a la experimentación de una mayor sintomatología depresiva (Han y Kim., 2018; Sibitz et al., 2011; Gerlinger et al., 2013) así como mayor ansiedad social (Birchwood et al., 2007; Gerlinger et al., 2013). Esta sintomatología ansiosa y depresiva, añadida a la sintomatología psiquiátrica existente, aumenta el malestar emocional y el sufrimiento experimentado por este grupo de personas.

Por otro lado, la internalización del estigma ocasionan también mayores niveles de desesperanza (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013; Lysaker, Salyers, Tsai, Spurrier y Davis, 2008) y reducen las expectativas de recuperación (Garay, Pousa y Pérez, 2014; Muñoz et al., 2011; Díaz-Mandado, Nieto-Moreno, Montorio, Periañez, 2015); por ello los esfuerzos hacia

comportamientos de salud se ven reducidos, así como la búsqueda de ayuda y la adherencia a los tratamientos, tanto en lo referido a la asistencia a los mismos (Fung, Tsang y Corrigan, 2008), como al nivel de participación y cumplimiento (Tsang, Fung y Corrigan, 2009). Esto, supone un enorme obstáculo para la recuperación, pues la intervención psiquiátrica y psicosocial resulta imprescindible para la mejora en este tipo de trastornos, donde los índices de remisión espontánea son prácticamente inexistentes y donde la ausencia de intervención se ha demostrado da lugar a un empeoramiento en la sintomatología (Boonstra et al., 2012). A todo esto se añade que se ha comprobado que aquellas personas con más estigma internalizado realizan menos intentos activos hacia la búsqueda de derechos y necesidades básicas, tales como una vivienda o un trabajo. La aceptación y aplicación sobre sí de creencias estereotipadas como la incapacidad, o la dependencia a otras personas, junto con los sentimientos negativos derivados de ellas, coartan los planes de vida independiente y promueven la renuncia de los objetivos y metas personales (Corrigan, Larson y Rüsck, 2009). Asimismo, se ha demostrado que en las personas con elevado EI, se da una manifiesta tendencia a la renuncia de relaciones sociales significativas, búsqueda de pareja, mantenimiento o creación de amistades; llegando en ocasiones a una evitación del contacto social tal, que pueden aparecer situaciones de aislamiento extremo (Link et al., 2001; Perlick et al., 2001; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013) y un deterioro en el propio funcionamiento psicosocial (Muñoz et al., 2011). Resulta lógico pensar que el nivel de satisfacción vital, de calidad de vida y de bienestar se ve fuertemente afectado al entrar en este proceso de internalización del estigma. Bien como consecuencia directa del propio estigma internalizado, o como resultado final de una cadena de resultados negativos que se derivan de dicho proceso de internalización del estigma (Gerlinger et al. 2013; Livingston et al., 2010; Han et al., 2018; Dinos et al., 2004; Ow y Lee, 2015; Picco et al., 2016).

En conclusión, el estigma es un fenómeno con numerosas consecuencias negativas para aquellas personas con TMG que lo sufren. Consecuencias que afectan directamente al proceso de recuperación clínica de todas ellas, así como, al propio bienestar personal y vital. Por ello, se hacen necesarias e imprescindibles políticas de lucha anti-estigma y programas de intervención eficaces a la hora de eliminar, o al menos reducir, los niveles de estigma internalizado en las personas con TMG, y con ello combatir estas consecuencias negativas que de él se derivan sobre sus vidas.

## **2.8. Intervenciones para la reducción del estigma internalizado**

La evidencia contrastada acerca de las consecuencias negativas de la interiorización del estigma sobre el proceso de recuperación, la calidad de vida y el bienestar de las personas con

TMG (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013) ha favorecido que, en los últimos años, se haya incrementado considerablemente el interés por el diseño y la evaluación de programas de intervención psicológica que resulten eficaces a la hora de reducir este constructo en todas sus dimensiones emocional, cognitiva y conductual. De hecho, contamos con varios estudios meta-analíticos y revisiones sistemáticas que recogen un extenso conjunto de trabajos que cumplen con este objetivo (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee y Corrigan, 2012; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe y Lysaker, 2015; Griffiths, Carron-Arthu, Parsons y Reid, 2014; Wood, Byrne, Varese y Morrison, 2016).

A continuación se describirán y analizarán los programas de reducción de EI existentes hasta la fecha que hayan encontrado algún resultado positivo; actualizando y organizando la información facilitada por las revisiones sistemáticas mencionadas. Además en la tabla 4 se presenta un resumen detallado de las características y resultados de todos los programas existentes, se hayan mostrado o no eficaces en la reducción de esta variable. Es importante mencionar que en esta revisión, que pretende convertirse un marco conceptual amplio que facilite la toma de decisiones, y dada la escasez de estudios publicados con resultados efectivos, se incluirán estudios cuyos criterios de inclusión y exclusión no garantizan se traten de personas con un TMG, incluyéndose aquellos trabajos cuya muestra está formada por personas con problemas salud mental no considerados graves. Además también se englobarán aquellos otros trabajos que no evalúan el EI en sí, sino variables estrechamente relacionada con este, como es el estigma percibido, o las estrategias de afrontamiento ante el estigma, por considerar que aportan información relevante a tener en cuenta para el diseño de nuestro programa.

En general, observamos que del total de trabajos encontrados, solo el 58% encuentra alguna mejora en el estigma, o al menos, en alguna de sus dimensiones. El resto de programas, como se puede ver en la tabla 4, no consiguen ningún efecto en la reducción del EI, aunque logren hacerlo en otras variables de recuperación como la autoestima, la calidad de vida o la sintomatología entre otras (Fung, Tsang y Cheung, 2011; McCay et al., 2007; Knight, Wykes y Hayward, 2006). De los programas que sí consiguen demostrar alguna mejora en esta variable, solo el 36% han empleado una metodología rigurosa como es el ensayo clínico controlado y aleatorizado (ECA). Y de estos ninguno ha conseguido mejorar el EI total junto a todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual.

Seguidamente, se detallarán las principales características de los programas en los que encuentran resultados prometedores en la reducción del estigma internalizado asociado a la salud mental.

**a) Ensayos controlados aleatorizados**

En primer lugar, nos vamos a centrar en aquellos trabajos que emplean una metodología rigurosa como son los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECAs), ya que son los que nos permiten garantizar que sea la condición de recibir o no el tratamiento, y no otras variables no controladas, la que explica los posibles cambios encontrados (Fernández y Pérez, 2001). De todos los programas de intervención psicológica que empleando un ECA han intentado probar su eficacia a la hora de reducir el estigma internalizado asociado a la salud mental, encontramos que solo cinco han logrado algún cambio parcial en la reducción de alguna de las dimensiones del EI. Estos programas son los siguientes:

**Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI) (Díaz-Mandado, 2015):** Se trata de un programa de intervención psicológica de 8 sesiones de duración, que emplea estrategias psicoeducativas, cognitivo conductuales, motivacionales y basadas en el análisis de experiencias de otras personas con TMG mediante el uso de lecturas. El tamaño muestral de este estudio fue de 54 personas; todas ellas tenían un TMG y niveles de EI de moderado a graves. En cuanto a los resultados, pese a no encontrar una reducción del EI total, así como tampoco de sus dimensiones cognitiva ni conductual, el PAREI sí que logra una reducción significativa del EI en su dimensión emocional, expresada por la subescala alienación al estereotipo de la *Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISMI) (Ritsher et al., 2003). Además en su estudio de eficacia se encontraron mejoras estadísticamente significativas en otras variables de recuperación asociadas al EI, como son la legitimidad percibida o las expectativas de recuperación, no ocurriendo lo mismo para la identidad con el grupo, las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia, la autoestima, la sintomatología o la conciencia de enfermedad, tampoco se llegó a la significación estadística en la variable funcionamiento psicosocial, donde se encontraron valores de significación residuales ( $p=0,06$ ). Este estudio que supone un importante precedente no cuenta con ningún seguimiento publicado hasta la fecha.

**Honest Opend Proud Program (HOP) (Corrigan et al., 2015):** El equipo de investigación del Profesor Corrigan, en el Consorcio Nacional de Estigma en Illinois, Chicago, ha diseñado un programa de intervención psicológica para la reducción del EI, de 3 sesiones, basado en la estrategia de “*coming out*”, la cual podríamos traducir como dar a conocer a otros el propio trastorno mental. Se trata de un programa aplicado por pares, personas con problemas de salud mental, que se encuentran empoderadas ante el estigma y que han revelado a otros su problema de salud mental con anterioridad. Concretamente el programa tiene como objetivos principales valorar los pros y los contras que tendría para cada persona dar a conocer su propio problema de salud mental; aprender formas seguras de revelar que minimicen los riesgos y ayudar

a las personas a crear su propia historia de revelación. Algo fundamental del programa, es que deja claro que la decisión de revelar o no revelar corresponde solo a la persona, y que no hay que forzar en ningún momento hacía ninguna de las dos opciones, se trata solo de analizar las dos opciones, respetando en todo momento y considerando valiosa la decisión de cada uno/a. La eficacia de este programa, fue evaluada por primera vez en Zúrich, Suiza (Rüsch et al., 2014). Se realizó un ECA con un grupo de 100 personas que de forma autoinformada afirmaban tener un diagnóstico del eje I o II de acuerdo con el DSM-IV, así como, niveles moderados de angustia relacionada con la divulgación. En este primer estudio sobre la eficacia del HOP no se encontraron resultados significativos en la reducción del EI, evaluado con la *Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISMI) (Ritsher et al., 2003). Aunque sí se consiguió disminuir el secreto, el malestar y el estrés asociado al estigma. Posteriormente, Corrigan y su grupo realizaron un nuevo estudio de eficacia, en California (Corrigan et al., 2015). En esta ocasión se incluyeron 127 personas que respondieron afirmativamente a estas dos preguntas “¿Te ves a ti mismo como una persona con enfermedad o problemas de salud mental? y ¿Sientes vergüenza debido a tu enfermedad mental o los problemas de salud mental?”. No garantizando estos criterios de inclusión, una muestra representativa de personas con TMG. Los resultados de este segundo estudio de eficacia del HOP, fueron más alentadores, ya que encontraron una disminución en la aplicación de los estereotipos sobre uno mismo, así como en el daño del estigma sobre la propia autoestima, evaluados mediante la *Escala de Autoestigma en la enfermedad Mental* (SSMIS) (Corrigan et al., 2006). No se encontraron, sin embargo, cambios en la conciencia de los estereotipos, ni en el grado de acuerdo con los mismos, así como tampoco mejoraron las estrategias de afrontamiento del estigma. Por otro lado la depresión disminuyó pero solo en el grupo de mujeres. Este estudio cuenta con un seguimiento al mes, en el que se mantienen los resultados obtenidos.

**Antistigma Photovoice (Ruscinova et al., 2014):** El programa anti-estigma de Ruscinova, es un programa de 10 sesiones, que al igual que el programa de Corrigan et al., (2015), es aplicado por personas con problemas de salud mental que actúan como pares. Además del apoyo mutuo entre pares, se emplean estrategias de psicoeducación sobre el estigma y ejercicios vivenciales diseñados para reducir los estereotipos sobre los trastornos mentales. Estos ejercicios se basan en la realización de fotografías y de narrativas sobre objetos o eventos de la vida cotidiana de las personas con TMG que documentan aspectos relacionados con su salud mental y con el estigma que experimentan. El estudio de eficacia de este programa, fue de nuevo un ECA, en el que participaron 82 personas que cumplían como criterios de inclusión tener un diagnóstico del eje I o II de acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y mostrar un deterioro funcional marcado en roles sociales u ocupacionales. Los resultados permiten afirmar que este programa es eficaz en la reducción del estigma internalizado total. En

cuanto a las dimensiones específicas del estigma internalizado, solo se consigue demostrar una mejoría en la dimensión cognitiva del estigma internalizado, evaluada por la subescala de adherencia al estereotipo de la *Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISMI) (Ritsher et al., 2003). Esta dimensión hace referencia a la aplicación de estereotipos negativos sobre una misma por parte de las propias personas con TMG. Adicionalmente las personas que recibían el Programa Antistigma Photovoice, encontraban mejoras en su capacidad para resistirse al estigma, aumentaban sus estrategias de afrontamiento (desafío y educación), mejoraban su autonomía y eran más activistas en su comunidad. También obtenían mayor puntuación en recuperación y en crecimiento personal. Sin embargo, no mejoraban en la dimensión emocional ni conductual del autoestigma, tampoco en autoeficacia, ni en sintomatología depresiva. Este estudio cuenta con un seguimiento a los tres meses, en el que se mantienen los logros obtenidos.

**Programa de Psicoeducación de Çuhadar y Çam, 2014:** Se trata de un programa de 7 sesiones de psicoeducación aplicado por enfermeras psiquiátricas. Al igual que el resto, es un programa grupal, cuyos grupos pueden variar entre 3 y 6 personas, que en este caso son personas todas ellas con trastorno bipolar ( $n=47$ ). No englobándose por tanto a todas las personas con TMG. El programa demuestra que es eficaz en la reducción del EI total, así como en sus dimensiones, cognitiva, emocional y conductual en personas con trastorno bipolar. También se encontraron mejoras en el funcionamiento psicosocial de este grupo de personas. Ahora bien, es importante señalar algunas limitaciones de este estudio, por una parte la imposibilidad de generalización de los resultados al grupo de personas con TMG, al tratarse de una muestra formada solo por personas con trastorno bipolar. Y por otra, los análisis estadísticos empleados en este estudio son diferencias de medias, no encontrándose en él ANOVAs ni pruebas post-hoc, que garanticen que la reducción del EI encontrada se deba solo al efecto del tratamiento. Por lo que aunque se trata de un ECA, los análisis estadísticos empleados limitan el alcance de sus conclusiones de este estudio.

**Programa de Psicoeducación de Shin y Lukens, 2002:** El último ECA que muestra algún resultado positivo, se trata igualmente de un programa psicoeducativo diseñado por Shin y Lukens (2002). Estos autores aunque no evaluaron la eficacia del programa en la reducción del estigma internalizado, sí que evaluaron la eficacia de este en la reducción del estigma percibido. Hemos visto que, aunque diferente al estigma internalizado, el estigma percibido tiene una fuerte asociación con él y dada la escasez de programas eficaces, el programa de Shin y Lukens nos puede dar alguna pista más a la hora de conocer si las estrategias psicoeducativas podrían ser beneficiosas o no para reducir el estigma internalizado, o al menos variables relacionadas con este como es el estigma percibido. Se trata de un programa de 10 sesiones. En él se destaca la importancia del papel activo del usuario, fomentado mediante la facilitación de discusiones

grupales. La eficacia de este programa fue evaluada mediante un ECA en el que participaron 48 personas con esquizofrenia. Los resultados arrojados, reflejan una reducción significativa en el estigma percibido. Y mejoras en la sintomatología positiva, así como algunas habilidades de afrontamiento como son el apoyo social, la movilización de la familia y la reformulación. Este trabajo no cuenta con ningún seguimiento, y recordemos no nos permite extraer conclusiones sobre el estigma internalizado, sino sobre el estigma percibido.

Por concluir, todos estos programas de intervención psicológica, evaluados mediante ECAs ofrecen resultados prometedores a la hora de reducir el estigma internalizado. Es por ello que sin duda nos pueden guiar a la hora de diseñar futuros programas destinados a este fin. Sin embargo, ninguno de ellos ha conseguido demostrar una reducción significativa en el EI total y en todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual en la población de personas con trastornos mentales graves. Encontrándose por tanto una ausencia de programas que evaluados mediante una metodología rigurosa como son los ECAs, hayan mostrado su eficacia en la mejora completa de esta variable dimensional y compleja. Siendo por tanto necesarios nuevos trabajos que puedan hacerlo y con ello cubrir este vacío científico existente.

#### **b) Ensayos controlados no aleatorizados y estudios de cohorte**

En la revisión sobre los programas de reducción del EI encontramos otro conjunto de estudios que aunque también han logrado algún resultado provechoso relativo a la mejora en esta variable, no se tratan de ensayos controlados y aleatorizados. Es imprescindible tener en cuenta que estas limitaciones metodológicas no van a permitir concluir que los cambios obtenidos se deban a los efectos del programa en sí, al no aislar dichos efectos de la influencia de otras variables, como por ejemplo la evolución temporal del propio trastorno. Aun así, consideramos que conocer las características de estos programas puede resultar de gran utilidad a la hora de contar con más información que sirvan de orientación para el diseño de nuevos programas de este tipo.

Del total de trabajos encontrados, al igual que ocurría en los ECAs, hallamos, algunos estudios que logran cambios en el estigma internalizado o en algunas de sus dimensiones, y otros que lo que evalúan son variables de estigma relacionadas pero diferentes a este, como es el estigma percibido o la distancia social. Entre estos últimos se sitúan los programas de Maccines y Lewis (2008), el programa de Uchino, Maeda y Uchimura (2012); y el programa de Hawke, Michalak, Maxwell y Parikh (2014). A continuación se describirán cada uno de ellos:

**El programa de Maccines y Lewis (2008)**, como podemos observar en la tabla 4, se trata de un programa de 6 sesiones que muestra ser eficaz a la hora de reducir el estigma percibido en una muestra de solo 20 personas con TMG, empleando estrategias de psicoeducación y derivadas de la TCC. Sin embargo, a pesar de evaluar otras variables como la autoestima o la salud general, no consigue cambios en ninguna de ellas.

**El programa de Uchino y colaboradores (2012)**, es aplicado solo a personas con trastorno de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Este programa de 6 sesiones, que emplea únicamente estrategias psicoeducativas, también consigue reducir de forma significativa el estigma percibido, al mismo tiempo que aumenta los conocimientos sobre el trastorno y el insight. Sin embargo, no consigue mejorar el funcionamiento global. Los mantenimientos de los logros a largo plazo no pueden ser valorados al no incluirse seguimiento.

**El programa del equipo de Hawke (2014)**, está dirigido solo personas con trastorno bipolar, es un programa que también emplea psicoeducación, además de estrategias narrativas mediante la creación y ejecución de una obra de teatro. Los resultados de este estudio, no son tan favorables ya que a pesar de mostrar en la evaluación post-tratamiento una mejora parcial en actitudes estigmatizantes (solo se consiguen cambios en una subescala, relación), los logros no se mantienen en el seguimiento al mes.

Como se puede comprobar, los programas de Uchino (2012) y de Hawke (2014) van dirigidos a poblaciones más específicas que la población de personas con TMG, concretamente a personas con trastornos psicóticos y personas con diagnóstico bipolar, respectivamente, por lo que sus resultados no podrían ser generalizados a la población general de personas con TMG.

Si nos centramos en los estudios de estas características, no ECAs, que sí que toman como variable dependiente el estigma internalizado propiamente dicho, encontramos seis programas que consiguen resultados positivos. Tres de ellos no van dirigidos a un grupo de personas con TMG, sino a grupos más específicos de personas que tienen algún diagnóstico concreto: el programa de Psicoeducación de Conner, McKinnon, Ward, Reynolds y Brown (2015), diseñado para ser aplicado en personas con trastorno depresivo; el programa de Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting y Rye (2008) que va dirigido a personas con trastornos de consumo de sustancia; y el programa de rehabilitación de Lysaker, Roe, Ringer, Gilmore y Yanos (2012) dirigido a personas con trastorno de esquizofrenia. Todos dejan fuera una parte importante de personas con TMG, no permitiendo, nuevamente, la generalización de resultados al conjunto general de esta población. Algo que no ocurre con los programas de Lucksted y su equipo (2011), de Sibitz y colaboradores (2013) ni de Roe y su equipo que sí se administran a una muestra de personas con TMG (Roe et al., 2014). A continuación vamos a detallar las principales características de cada uno de ellos:

**El programa de Psicoeducación de Conner y su equipo (2015)**, es un programa que cuenta con la particularidad de que las personas encargadas de aplicarlo son personas con trastorno depresivo que toman el papel de pares, favoreciendo con ello el apoyo entre iguales y la puesta en marcha de estrategias motivacionales. Los resultados de este programa, muestran mejoras al comparar la evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento en todas las variables evaluadas: estigma internalizado, estigma percibido y depresión; aunque su estudio de eficacia no cuenta con un grupo control con el que se puedan comparar los resultados (Conner et al., 2015).

**El programa de Lucksted y colaboradores (2011)**, es conocido como “**Ending Self-stigma Program**” (ESS). Y se constituye como un programa de 9 sesiones que emplea de forma combinada estrategias psicoeducativas y derivadas de la terapia cognitivo-conductual. Cabe destacar la inclusión de tareas para casa entre sesiones que permiten la consolidación de los logros aprendidos durante la sesión mediante la práctica de tareas entre sesiones. Los resultados muestran que este programa resultó eficaz en la reducción del estigma internalizado total y en todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual, así como en la subescala de discriminación percibida al evaluar una muestra de 34 personas con TMG. Además logró mejoría en la recuperación subjetiva y en el apoyo social percibido. Ahora bien, el estudio que evalúa la eficacia del programa, tampoco cuenta con grupo control con el que comparar los resultados, por lo que nuevamente debemos tomarlos con cautela a la hora de sacar conclusiones sobre ellos.

**Roe y colaboradores (2014)**, realizan un estudio de eficacia, donde vuelven a evaluar las contribuciones sobre el estigma internalizado aportadas por un programa que fue diseñado dos años antes por Yanos, Roe, West, Smith y Lysaker (2012), y en cuyo estudio empírico inicial no se mostró eficaz, como se observa en la tabla 4. El nombre de este programa, “**Narrative Enhancement and Cognitive Therapy Program (NECT) (Programa de Terapia Cognitiva y Terapia Narrativa)**” se deriva del tipo de estrategia que se aplican en él: Psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y técnicas narrativas. Siendo en este programa la primera vez que se incluyen las técnicas narrativas como parte de la intervención específica del estigma internalizado (Yanos et al., 2012). Concretamente el programa cuenta con 20 sesiones organizadas en cinco etapas: en la primera de ellas, se invita a los participantes a describir su experiencia con el trastorno y describirse a sí mismos. La segunda etapa implica un componente de psicoeducación más estructurado, concretamente en ella se presentan los conceptos de “*estigmatización*” y de “*autoestigmatización*”. La tercera se basa en el aprendizaje y la práctica de la técnica de reestructuración cognitiva para identificar y combatir las creencias de autoestigmatización. La cuarta etapa, que se trata según los autores de la parte más importante de la intervención, se centra en la narrativa; en ella se anima a los participantes a contar historias personales de uno mismo, del trastorno mental y de uno mismo en relación con él, y a reflexionar sobre ellas con el propósito

de ayudarlos en la construcción de un significado para sus propias experiencia que rompa con la visión estigmatizantes de sí. Finalmente, NECT termina como comienza, con la invitación a los participantes a describirse a sí mismos, esta vez después de haber recibido el programa. Pese a que Yanos y colaboradores, no consiguen mejoras en ninguna de las variables evaluadas, empleando metodología rigurosa como es la asignación aleatoria de los participantes a los grupos (Yanos et al., 2012); el grupo investigador de Roe, en un estudio con grupo control pero sin aleatorización, y una muestra mayor de personas con TMG (119 frente a las 39 personas del estudio de Yanos et al., 2012), sí que encuentran cambios en las tres dimensiones del estigma internalizado cognitiva, emocional y conductual. Así como, en otras variables de recuperación como la autoestima y la calidad de vida (Roe et al., 2014).

**Lysaker y Sibitz**, sobresalen del resto de autores porque ninguno de ellos propone un programa diseñado específicamente para la reducción del EI, sino que ambos centran su respectiva investigación en estudiar la eficacia sobre el EI de dos programas comunes en la intervención dirigida a las personas con TMG. Estos dos programas fueron la rehabilitación vocacional y el tratamiento en un hospital de día, respectivamente. Los estudios de ambos autores, demuestran los efectos positivos sobre el EI de estos programas de rehabilitación psicosocial cuya aplicación está ampliamente extendida entre las personas con TMG (Lysaker et al., 2012; Sibitz, Provaznikova, Lipp, Lakeman y Amering, 2013).

Finalmente el **Programa de Luoma y colaboradores (2008)**, que como veíamos va dirigidos a personas con trastornos de abuso de sustancia, destaca del resto de programas por incluir un tipo de intervención novedosa a la hora de reducir el EI asociado a los problemas de salud mental. Concretamente basa su intervención en la terapia de aceptación y compromiso, y emplea técnicas de defusión cognitiva, uso de metáforas, ejercicios de mindfulness y aceptación, así como, ejercicios basados en la exploración de las metas y valores vitales. Este programa, consigue no solo la reducción del estigma internalizado, si no que las personas que reciben el programa, obtienen mejoras en otras variables relevantes para la recuperación como es la autoestima, la salud general, o el apoyo social recibido. Sería interesante poder analizar, si la terapia de aceptación de compromiso, la cual como veíamos, cada vez se está empleando más en el tratamiento del TMG (Ruíz, 2010; Gaudio et al., 2006) también podría resultar ventajosa a la hora de reducir el estigma internalizado en esta misma población.

**c) Conclusiones generales sobre los programas de intervención psicológica dirigidos a reducir el estigma internalizado**

Esta amplia y extensa revisión realizada sobre los programas dirigidos a reducir el EI existentes hasta la fecha permite extraer las siguientes conclusiones:

- No existe ningún programa de intervención psicológica dirigido a personas con TMG, que empleando una metodología rigurosa (ECAs), demuestre ser eficaz tanto en la reducción del EI total, como en todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual. Aunque sí encontramos algunos programas que encuentran mejoras parciales en algunas de sus dimensiones o en variables relacionadas con él (Díaz-Mandado, 2015; Russinova et al., 2014).
- No se puede concluir que haya un tipo de intervención que sea considerado como el más exitoso a la hora de reducir el estigma internalizado. Los programas, que muestran resultados prometedores en la disminución de esta variable emplean un amplio repertorio de diferentes estrategias psicológicas entre las que destacan: psicoeducación, terapia cognitivo-conductual, técnicas narrativas, terapia de aceptación y compromiso, apoyo mutuo entre pares y entrenamiento en estrategias de afrontamiento, despuntando como estrategia de afrontamiento la revelación del propio problema de salud mental.
- El número de sesiones, no parece ser una variable que justifique la eficacia, ya que existen programas que consiguen cambios positivos en el EI con solo 3 sesiones (Corrigan et al., 2015) y otros que lo hacen con 10 o 20 sesiones (Russinova et al., 2014; Roe et al., 2014). Lo que sí está claro, es que no a más sesiones de intervención, más eficacia; Yanos por ejemplo en su programa con 20 sesiones, o Link con 16 sesiones no encuentran ningún cambio en este constructo. (Yanos et al., 2012; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, y Phelan, 2002). Por ello, lo ideal, es que los programas diseñados para la reducción del estigma internalizado tengan un número suficiente de sesiones para conseguir desarrollar eficazmente los objetivos terapéuticos planteados, abogando por la eficiencia, es decir con el menor coste posible.
- Todos los programas que han mostrado alguna eficacia, son programas grupales. En cuanto al número de personas por grupo, este varía entre ellos. El mínimo número de personas desciende a tres (Çuhadar et al., 2014) y el máximo asciende a 9 personas por grupo (Sibitz et al., 2013).
- La muestra de personas a la que van destinados los programas de reducción del estigma internalizado, no siempre está formada por personas con TMG, entendiéndolas como un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que además han de ser atendidas mediante diversos

recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social (NIMH, 1987). Encontrándose que en varios de los trabajos, los criterios de inclusión solo contemplan tener un problema de salud mental sin que se trate necesariamente de un TMG (Corrigan et al., 2015). Son muy pocos los trabajos que incluyen en sus criterios de inclusión las tres dimensiones que definen al trastorno mental grave: diagnóstico, duración y discapacidad asociada (Díaz-Mandado, 2015). Esto implica serias limitaciones a la hora generalizar los resultados al grupo de personas con TMG.

- El tamaño de la muestra es muy variable en función de los estudios, oscilando desde 20 personas (Maccines et al., 2008) hasta 327 personas (Luoma et al., 2008). Aunque, como se ve en la tabla 4, la mayoría de los trabajos presentan muestras pequeñas, la media está en torno a 67 personas. Esto tendría sentido, dada la dificultad de acceso a una muestra clínica, que además presenta trastornos de alta gravedad y grado de discapacidad asociado. Si analizamos la relación entre eficacia y tamaño muestral encontramos que aquellos trabajos que empleando un ECA, han logrado algún resultado positivo, toman muestras de entre 44 y 127, siendo el tamaño muestral medio de estos trabajos de 70 personas.
- Las variables asociadas a la recuperación de las personas con TMG que fueron evaluadas en los estudios son muy variadas como se puede observar en la tabla 4. Esto sin duda, limita la comparación de resultados entre los distintos estudios. Las variables clínica más frecuentemente evaluadas son: la sintomatología, destacando la sintomatología positiva y negativa, así como la depresiva y la conciencia de enfermedad. Entre las variables psicosociales que sobresalen por ser tenidas en cuenta por una gran parte de estudios se encuentran la autoestima, la calidad de vida, y el funcionamiento psicosocial. También se observa que la esperanza, la autoeficacia, el empoderamiento y la orientación a la recuperación son variables dependientes con un alto grado de presencia en los trabajos, aunque no tan elevado como las anteriormente mencionadas (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Por otro lado, las variables dependientes menos evaluadas son aquellas referidas al grado de salud, solo dos estudios la tienen en cuenta (Macinnes et al., 2008; y Luoma et al., 2008); y la ansiedad social que solo aparece como variable dependiente en uno de los trabajo (Morrison et al., 2016).

**Tabla 4.** Revisión de los estudios sobre programas de reducción de estigma internalizado

<b>Autor, año, nombre del programa, país.</b>	<b>Diseño, Seg.</b>	<b>Muestra: Inclusión, tamaño</b>	<b>Intervención, nº sesiones, profesional/par</b>	<b>Variables dependientes evaluadas</b>	<b>Resultados eficacia post-tratamiento</b>	<b>Resultados eficacia seguimiento</b>
Link et al., 2002, Estados Unidos	G.C.A 24 meses	TMG, 88	Psicoeducación, 16 sesiones, profesional	Estigma percibido Estigma experimentado Afrontamiento estigma Emociones asociadas Autoestima Depresión	<b>Estigma</b>	<b>Estigma</b>
					No cambio sig.	Incremento estrategias desadaptativas: secreto Incremento vergüenza
					<b>Otras variables</b>	<b>Otras variables</b>
					No cambio sig.	No cambio sig.
Shin y Lukens, 2002, Estados Unidos	G.C.A No seg.	Esqz,48	Psicoeducación, 10 sesiones, profesional	Estigma percibido Síntomas psiquiátricos Estrategias afrontamiento	<b>Estigma</b>	No seguimiento
					Reducción estigma percibido	
					<b>Otras variables</b>	
					Reducción síntomas generales Reducción síntomas positivos Aumento estrategias afrontamiento: apoyo social, movilización familiar, reformulación	
Knight, Wykes y Hayward, 2006, Inglaterra	G.C 6 sem.	Esqz,21	Psicoeducación y TCC, 7 sesiones, profesional	Estigma percibido Autoestima Afrontamiento estrés Empoderamiento Síntomatología Depresión	<b>Estigma</b>	<b>Estigma</b>
					No cambio sig.	No cambio sig.
					<b>Otras variables</b>	<b>Otras variables</b>
					Incremento autoestima Reducción sintomatología Reducción depresión	Reducción sintomatología
McCay et al., 2007, <i>Healthy self-concept</i> , Canadá	G.C.A No seg.	Esqz primer episodio, 47	Psicoeducación, 12 sesiones, profesional	Estigma percibido Autoconcepto Autoestima y autoeficacia Calidad de vida Esperanza Funcionamiento psicosocial Síntomatología	<b>Estigma</b>	No seguimiento
					No cambio sig.	
					<b>Otras variables</b>	
					Reducción autoconcepto definido por la enfermedad Incremento calidad de vida Incremento esperanza	
Macinnes y Lewis, 2008, Inglaterra	X No seg.	TMG, 20	Psicoeducación y TCC, 6 sesiones, profesional	Estigma percibido Autoaceptación Autoestima Salud general	<b>Estigma</b>	No seguimiento
					Reducción estigma percibido	
					<b>Otras variables</b>	
					No cambio sig.	

<b>Autor, año, nombre del programa, país.</b>	<b>Diseño, Seg.</b>	<b>Muestra: Inclusión, tamaño</b>	<b>Intervención, nº sesiones, profesional/ par</b>	<b>Variables dependientes evaluadas</b>	<b>Resultados eficacia post-tratamiento</b>	<b>Resultados eficacia seguimiento</b>
Luoma et al., 2008, Estados Unidos	X No seg.	Abuso sustancia, 88	ACT, 6 horas, profesional	Estigma internalizado, Estigma percibido Vergüenza internalizada Creencias estigmatizantes Secreto y rechazo Evitación experiencial Autoestima Calidad de vida Apoyo social percibido Salud general	<b>Estigma</b> Reducción estigma internalizado	No seguimiento
					<b>Otras variables</b> Reducción vergüenza internalizada Reducción secreto Incremento autoestima Reducción evitación experiencial Incremento apoyo social Incremento salud general	
Aho-Mustonen et al., 2011, Finlandia	G.C.A 3 meses	Esqz,39	Psicoeducación, 8 sesiones, profesional	Estigma percibido Conocimiento trastorno Conciencia enfermedad Adherencia tratamiento Actitud hacia la medicación Autoestima Calidad de vida Sintomatología	<b>Estigma</b> No cambio sig.	<b>Estigma</b> No cambio sig.
					<b>Otras variables</b> Incremento autoestima	<b>Otras variables</b> Incremento conocimiento y conciencia de enfermedad Incremento irritabilidad
Lucksted et al., 2011, <i>Ending self-stigma</i> , Estados Unidos	X No seg.	TMG, 34	Psicoeducación, TCC, 9 sesiones, par	Estigma internalizado Empoderamiento Recuperación subjetiva Apoyo social percibido	<b>Estigma</b> Reducción estigma Internalizado, excepto resistencia al estigma.	No seguimiento
					<b>Otras variables</b> Incremento recuperación subjetiva Incremento apoyo social percibido	
Fung et al., 2011, <i>Self-stigma Reduction program</i> , China	G.C.A 2,4,6 meses	Esqz, 66	Psicoeducación, TCC, 12 + 4 sesiones, profesional	Estigma internalizado Estigma percibido Conciencia de enfermedad Estados de cambio Adherencia tratamiento Autoestima y autoeficacia	<b>Estigma</b> No cambio sig.	<b>Estigma</b> No cambio sig.
					<b>Otras variables</b> Incremento predisposición cambio Incremento adherencia tto Incremento autoestima	<b>Otras variables</b> No cambio sig.
Lysaker et al., 2012, Estados Unidos	X No seg.	Esqz,70	Rehabilitación psicosocial, 5 meses, profesional	Estigma internalizado Estrés emocional Autoestima Síntomas positivos	<b>Estigma</b> Reducción estigma internalizado	No seguimiento
					<b>Otras variables</b> Incremento autoestima	

Autor, año, nombre del programa, país.	Diseño, Seg.	Muestra: Inclusión, tamaño	Intervención, N° sesiones, profesional o par	Variables dependientes evaluadas	Resultados eficacia post-tratamiento	Resultados eficacia seguimiento
Uchino et al., 2012, Japón	X No seg.	Esqz y esquizoafectivo, 56	Psicoeducación, 6 sesiones, profesional	Estigma percibido Conciencia enfermedad Conocimiento trastorno Actitud ante medicación Funcionamiento psicosocial	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> Reducción estigma percibido <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> Incremento conocimiento y conciencia de la enfermedad	No seguimiento
Sousa et al., 2012, Alemania	X No seg.	Esqz,21	Psicoeducación y Psicodrama 30 sesiones, profesional	Estigma Internalizado Funcionamiento psicosocial Sintomatología	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> No cambio sig. <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> Reducción funcionamiento psicosocial	No seguimiento
Yanos et al., 2012 <i>Narrative Enhancement Cognitive Therapy; (NECT)</i> , Estados Unidos	G.C.A 3 meses	TMG,39	Psicoeducación, TCC y Terapia Narrativa 20 sesiones, profesional	Estigma internalizado Conciencia enfermedad Autoestima Esperanza Funcionamiento psicosocial Afrontamiento síntomas Sintomatología	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> No cambio sig. <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> No cambio sig.	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> No cambio sig. <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> No cambio sig.
Sibitz et al., 2013, Austria	G.C No seg.	TMG,80	Hospital de día 5 sem. profesional	Estigma Internalizado Calidad de vida Sintomatología	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> Reducción estigma internalizado total y emocional <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> Reducción Sintomatología, Incremento calidad de vida	No seguimiento
Hawke et al., 2014, Canadá	X 1 mes	Bp, 48	Psicoeducación, psicodrama y terapia narrativa, n° sesiones n.e, profesional	Actitudes estigmatizantes Estigma percibido	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> Reducción actitudes estigmatizantes, subescala relación <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> No evaluadas	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> Aumento actitudes estigmatizantes (relación) <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> No evaluadas
Roe et al., 2014, <i>Narrative Enhancement Cognitive Therapy; (NECT)</i> , Israel	G.C No seg.	TMG, 119	Psicoeducación, TCC y Terapia Narrativa, 20 sesiones, profesional	Estigma internalizado Autoestima Esperanza Calidad de vida	<p style="text-align: center;"><b>Estigma</b></p> <hr/> Reducción estigma internalizado total, alienación, asignación estereotipo y aislamiento <p style="text-align: center;"><b>Otras variables</b></p> <hr/> Incremento autoestima Incremento calidad de vida	No seguimiento

Autor, año, nombre del programa, país.	Diseño, Seg.	Muestra: Inclusión, tamaño	Intervención, N° sesiones, profesional/ par	Variables dependientes evaluadas	Resultados eficacia post-tratamiento	Resultados eficacia seguimiento								
Rüsch et al., 2014 <i>Coming out proud, (COP)</i> , Suiza	G.C.A 3 sem.	TM, autoinformado, 87	Ayuda mutua, entrenamiento en estrategia de revelación, 3 sesiones, par	Estigma Internalizado Secreto Malestar divulgación Beneficios divulgación Estrés asociado al estigma Autoeficacia Empoderamiento	<table border="1"> <tr><td><b>Estigma</b></td></tr> <tr><td>No cambios sig.</td></tr> <tr><td><b>Otras variables</b></td></tr> <tr><td>Reducción secreto Reducción malestar divulgación Reducción estrés asociado estigma</td></tr> </table>	<b>Estigma</b>	No cambios sig.	<b>Otras variables</b>	Reducción secreto Reducción malestar divulgación Reducción estrés asociado estigma	<table border="1"> <tr><td><b>Estigma</b></td></tr> <tr><td>No cambios sig.</td></tr> <tr><td><b>Otras variables</b></td></tr> <tr><td>Reducción estrés asociado al estigma</td></tr> </table>	<b>Estigma</b>	No cambios sig.	<b>Otras variables</b>	Reducción estrés asociado al estigma
<b>Estigma</b>														
No cambios sig.														
<b>Otras variables</b>														
Reducción secreto Reducción malestar divulgación Reducción estrés asociado estigma														
<b>Estigma</b>														
No cambios sig.														
<b>Otras variables</b>														
Reducción estrés asociado al estigma														
Rusinova et al., 2014, <i>Anti-stigma PhotoVoice</i> , Estados Unidos	G.C.A 3 meses	TMG,82	Psicoeducación, Terapia Narrativa y Ayuda mutua, 10 sesiones, par	Estigma internalizado Afrontamiento al estigma Autoeficacia Crecimiento personal y recuperación Empoderamiento Depresión	<table border="1"> <tr><td><b>Estigma</b></td></tr> <tr><td>Reducción estigma internalizado total, asignación al estereotipo y resistencia al estigma.</td></tr> <tr><td><b>Otras variables</b></td></tr> <tr><td>Incremento afrontamiento estigma: desafiar o educar Incremento crecimiento personal y recuperación Incremento empoderamiento subescalas activismo comunitario y autonomía</td></tr> </table>	<b>Estigma</b>	Reducción estigma internalizado total, asignación al estereotipo y resistencia al estigma.	<b>Otras variables</b>	Incremento afrontamiento estigma: desafiar o educar Incremento crecimiento personal y recuperación Incremento empoderamiento subescalas activismo comunitario y autonomía	<table border="1"> <tr><td><b>Estigma</b></td></tr> <tr><td>Mantenimiento de los resultados</td></tr> <tr><td><b>Otras variables</b></td></tr> <tr><td>Mantenimiento de los resultados</td></tr> </table>	<b>Estigma</b>	Mantenimiento de los resultados	<b>Otras variables</b>	Mantenimiento de los resultados
<b>Estigma</b>														
Reducción estigma internalizado total, asignación al estereotipo y resistencia al estigma.														
<b>Otras variables</b>														
Incremento afrontamiento estigma: desafiar o educar Incremento crecimiento personal y recuperación Incremento empoderamiento subescalas activismo comunitario y autonomía														
<b>Estigma</b>														
Mantenimiento de los resultados														
<b>Otras variables</b>														
Mantenimiento de los resultados														
Çuhadar et al., 2014, Turquía	G.C.A No seg.	Bp,47	Psicoeducación, 7 sesiones, profesional	Estigma internalizado Funcionamiento psicosocial	<table border="1"> <tr><td><b>Estigma</b></td></tr> <tr><td>Reducción estigma total, alienación, asignación y aislamiento</td></tr> <tr><td><b>Otras variables</b></td></tr> <tr><td>Incremento funcionamiento psicosocial</td></tr> </table>	<b>Estigma</b>	Reducción estigma total, alienación, asignación y aislamiento	<b>Otras variables</b>	Incremento funcionamiento psicosocial	No seguimiento				
<b>Estigma</b>														
Reducción estigma total, alienación, asignación y aislamiento														
<b>Otras variables</b>														
Incremento funcionamiento psicosocial														
Díaz-Mandado, 2015, <i>Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI)</i> , España	G.C.A No seg.	Esqz,54	Psicoeducación, TCC, estrategias motivacionales y apoyo entre iguales, 8 sesiones, profesional	Estigma internalizado Conciencia de enfermedad Legitimidad percibida Identificación con el grupo Afrontamiento al estigma Recuperación Autoestima Autoeficacia Funcionamiento psicosocial	<table border="1"> <tr><td><b>Estigma</b></td></tr> <tr><td>Reducción estigma internalizado, solo subescala alienación</td></tr> <tr><td><b>Otras variables</b></td></tr> <tr><td>Reducción legitimidad percibida Incremento recuperación</td></tr> </table>	<b>Estigma</b>	Reducción estigma internalizado, solo subescala alienación	<b>Otras variables</b>	Reducción legitimidad percibida Incremento recuperación	No seguimiento				
<b>Estigma</b>														
Reducción estigma internalizado, solo subescala alienación														
<b>Otras variables</b>														
Reducción legitimidad percibida Incremento recuperación														

<b>Autor, año, nombre del programa, país.</b>	<b>Diseño, Seg.</b>	<b>Muestra: Inclusión, tamaño</b>	<b>Intervención, N° sesiones/profesion al o par</b>	<b>Variables dependientes evaluadas</b>	<b>Resultados eficacia post-tratamiento</b>	<b>Resultados eficacia seguimiento</b>
Conner et al., 2015	X No seg.	Dp, 19	Psicoeducación, estrategias motivacionales y apoyo entre pares, 3 mes, par	Estigma internalizado Estigma percibido Depresión	<hr/> <b>Estigma</b> Reducción estigma internalizado Reducción estigma percibido <hr/> <b>Otras variables</b> Reducción depresión	No seguimiento
Corrigan et al., 2015, <i>Coming out Proud (COP)</i> Estados Unidos	G.C.A 1 mes	TM autoinformado, 126	Ayuda mutua, entrenamiento en estrategia de revelación, 3 sesiones, par	Estigma internalizado: conciencia, acuerdo, aplicación y daño. Estrés asociado al estigma: Estrategias afrontamiento estigma Depresión	<hr/> <b>Estigma</b> Reducción estigma internalizado solo en aplicación del estereotipo y daño. <hr/> <b>Otras variables</b> Reducción depresión solo en el grupo de mujeres	<hr/> <b>Estigma</b> Mantenimiento de los resultados <hr/> <b>Otras variables</b> Mantenimiento de los resultados
Morrison et al., 2016, Inglaterra	G.C.A 7 mes	Esqz, 29	TCC, 12 sesiones, profesional	Estigma internalizado Vergüenza internalizada Ansiedad social Autoestima Recuperación Desesperanza Depresión	<hr/> <b>Estigma</b> No cambios sig. <hr/> <b>Otras variables</b> Reducción vergüenza internalizada Reducción desesperanza Incremento recuperación Reducción Depresión	<hr/> <b>Estigma</b> No cambios sig. <hr/> <b>Otras variables</b> No cambios sig.
Li et al., 2018, China	GCA No seg.	Esqz, 327	Psicoeducación, TCC, entrenamiento estrategias afrontamiento, 8 sesiones, profesional	Estigma internalizado Discriminación anticipada Autoestima Funcionamiento psicosocial Calidad de vida Síntomatología Cumplimiento medicación	<hr/> <b>Estigma</b> No cambios sig. <hr/> <b>Otras variables</b> Reducción discriminación anticipada Incremento funcionamiento Reducción sintomatología Discriminación anticipada	No seguimiento

*Nota:* G.C.A= grupo controlado aleatorizado; G.C= grupo control; X= ausencia de grupo control; TMG= trastorno mental grave; TM= trastorno mental; sig.= significativo; Esqz= esquizofrenia; sem.= semana; TCC= terapia cognitivo conductual; tto= tratamiento; Bp= bipolar; seg.= seguimiento; n.e= no especificado; ACT=terapia de aceptación y compromiso. Dp= depresión

# **CAPÍTULO 3.**

## **Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis**



### **CAPÍTULO 3. Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis**

Como nos ha permitido visualizar el marco teórico previo de la presente tesis, podemos afirmar que en la actualidad una gran parte de las personas que tienen un TMG además de experimentar las consecuencias negativas derivadas de la sintomatología del propio trastorno, han de enfrentarse al duro peso del estigma. De un estigma social, que se materializa en rechazos, en distancia social y en numerosas barreras que limitan las oportunidades y derechos de este grupo de personas, restando con todo ello bienestar y calidad de vida. Y de un estigma internalizado, que termina arrastrando a la propia persona inmersa en una sociedad estigmatizante, a una visión negativa sobre sí misma; una visión nuevamente limitante que le conduce a la reproducción de estereotipos y prejuicios sociales, originando sentimientos negativos de vergüenza, culpa, o decepción; y que es capaz incluso de convertirla en objeto de la propia discriminación. Una autodiscriminación que puede tomar forma de autocrítica, llevar al abandono de proyectos o de metas vitales importantes, a la no defensa de derechos, o incluso al aislamiento más extremo.

Las personas que sufren elevados niveles de estigma internalizado tienen una menor calidad de vida, mayores niveles de malestar emocional y sintomatología depresiva, más desesperanza, peor nivel de funcionamiento social y menor bienestar. Y además de ello, son las que menos buscan ayuda, las que menos expectativas de recuperación tienen y las que se adhieren en menor medida a las intervenciones y tratamientos disponibles. Suponiendo todo esto enormes obstáculos en el propio proceso de recuperación y sin duda un problema social en el que se hace ineludible implicarnos.

Los estudios hasta la fecha, nos permiten afirmar que no podemos trabajar a favor de la recuperación de las personas con TMG sin abordar el estigma internalizado. Sin embargo pese a los numerosos intentos por generar programas específicos eficaces en su reducción, son pocos los logros conseguidos hasta la fecha. Y es que, tal como se ha visto en el marco teórico, aunque contamos con algunos programas que han conseguido mejoras en variables muy relacionadas con el autoestigma, o han logrado reducciones en algunas de las propias dimensiones de esta variable, no disponemos de programas que empleando una metodología rigurosa, como son los estudios controlados aleatorizados, hayan podido evidenciar tras la intervención mejoras en el estigma internalizado en todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y conductual en el grupo de personas con TMG. Lo cual sin duda resulta de gran importancia al tratarse de un constructo multidimensional cuyas dimensiones no siempre resultan congruentes entre sí.

Es por todo ello que nace esta tesis doctoral, que tiene como objetivo principal diseñar y evaluar la eficacia de un nuevo programa de intervención específico para la reducción del estigma

internalizado en personas con TMG. Este nueva intervención recibe el nombre de “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR).

Se espera que este nuevo programa consiga una reducción no solo en los niveles de estigma internalizado global, sino que sea capaz de producir mejoras en todos los componentes del mismo: cognitivo, emocional y conductual, así como en otras variables de recuperación asociadas.

Ahora bien para poder realizar el estudio empírico, que consiga lograr este objetivo que supone la parte central de esta tesis, tenemos que detenernos un paso antes y centrarnos en el diseño de este nuevo programa de reducción del EI: “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR). Y para llegar a este diseño final del programa, decidimos plantear dos estudios previos que nos permitieran aumentar nuestros conocimientos sobre el estigma internalizado, a fin de no limitarnos a los hallazgos aportados solamente por los modelos teóricos y empíricos existentes; ni ceñirnos únicamente a las estrategias de intervención empleadas en otros programas antecedentes prometedores en sus resultados. Y hacemos esto, por considerar esta información previa aunque necesaria e imprescindible, insuficiente, pues son muchos los programas que han sido diseñados empleando exclusivamente este procedimiento de revisión teórica y que no han conseguido una reducción significativa en el EI en todas sus dimensiones. Y porque, además creemos que al encontrarnos en un momento histórico donde el modelo de atención socio-sanitaria de salud mental está en continua transformación, donde cada vez se da más importancia a las personas expertas en primera persona, a la inclusión, a la reflexión conjunta y a la co-construcción, se hace necesario que la tarea de diseñar este programa se aproxime a este nuevo paradigma. Y que de este modo, sea un programa creado desde una base conjunta, que parta además de los hallazgos previos, de la participación de las personas implicadas, tanto personas que tienen un TMG y por ello son expertas en primera persona, como profesionales que tienen un amplio conocimiento práctico y trabajan día a día arduamente a favor de la reducción del estigma en sus diversas formas.

Es por esto, que estos dos estudios previos al estudio central pretenden, con los hallazgos de la literatura previa como guía, levantar desde la base el diseño de un nuevo programa de intervención partiendo de un paradigma incluyente, a la vez que metodológicamente riguroso. Dichos trabajos, uno con metodología cualitativa y otro con cuantitativa, son sucesivos y complementarios. Y tienen ambos el objetivo común de identificar un conjunto de variables que sean estratégicas en el desarrollo del estigma internalizado y que puedan corroborar y/o ampliar las variables identificadas previamente como predictoras del EI. Esta capacidad explicativa y predictiva sobre el EI las convertirán en variables dianas y objetivos del nuevo programa de intervención, con el fin de favorecer la eficacia en la reducción del EI de manera completa en

todas sus dimensiones. Adicionalmente, en ambos estudios aparecen objetivos secundarios. Concretamente en el estudio empírico I también se pretende aumentar el conocimiento sobre qué estrategias, técnicas, o abordajes terapéuticos se consideran más útiles en la reducción del EI, para poder de este modo contar con más información a la hora de diseñar nuestro programa. Y en el estudio empírico II, se propone además, analizar y corroborar la relación del EI con variables de recuperación clínicas y psicosociales destacadas por la literatura previa y que se esperan puedan mejorar junto con el EI tras recibir nuestro programa de intervención, dada su relación con él.

En resumen, en esta tesis que pretende construirse desde la base, aunque empleando los resultados de la literatura previa como mapa, encontramos tres estudios sucesivos y que se complementan:

Un primer estudio, estudio empírico I, que emplea metodología cualitativa y que supone:

- Una primera aproximación a la identificación de variables estratégicas en el desarrollo del EI, que se esperan supondrán puntos diana y que serán tomados como objetivos del nuevo programa de intervención.
- Una detección de técnicas, estrategias o abordaje terapéuticos que se consideren útiles para la reducción del EI en la práctica real, y que servirán de ayuda a la hora de elegir que técnicas compondrán este nuevo programa.

Un segundo estudio cuantitativo, estudio empírico II, que pretende:

- Objetivar los resultados del estudio empírico I para dotarlo de rigor metodológico, al explorar la capacidad predictiva conjunta sobre el estigma internalizado de variables previamente consideradas relevantes, así como, de otras nuevas que puedan ser identificadas en él. Y con ello, poder clarificar ciertas inconsistencias y/o enriquecer los hallazgos de la literatura previa.
- Estudiar la relación del EI con variables relevantes para la recuperación como son la sintomatología, la conciencia de enfermedad, la orientación a la recuperación, el funcionamiento psicosocial, la salud general y la calidad de vida.

Un tercer estudio, estudio empírico III, cuyos objetivos coincidan con los objetivos principales de esta tesis:

- Diseñar un nuevo programa de intervención, a partir de las evidencias aportada por la literatura previa y de los propios hallazgos obtenidos en los estudios exploratorios I y II de la presente tesis.

- Evaluar la eficacia de este nuevo programa en la reducción del EI en todas sus dimensiones, así como en la mejora de variables de recuperación que se hayan demostrado están asociadas a él, mediante un estudio controlado y aleatorizado.

Como consecuencia de estos objetivos del estudio principal y en función de los modelos y datos revisados en los capítulos anteriores, se postulan las siguientes hipótesis del estudio central de la presente tesis (estudio empírico III):

- 1) Si la intervención de este nuevo programa, PAR, es eficaz en la reducción del estigma internalizado global, entonces tras recibir el programa de intervención los participantes del grupo experimental mostrarán mejoras en la evaluación postratamiento en los niveles de EI total en comparación con las personas del grupo control en lista de espera.
- 2) Si la intervención del PAR es eficaz en la reducción del EI en todos sus componentes (emocional, cognitivo y conductual), entonces tras recibir el programa de intervención los participantes del grupo experimental mostrarán mejoras en la evaluación postratamiento en los niveles del EI en sus tres dimensiones (cognitiva, emocional y conductual) en comparación con las personas del grupo control en lista de espera.
- 3) Si la intervención del PAR es eficaz en la mejora de variables de recuperación asociadas al estigma, entonces tras recibir el programa de intervención los participantes del grupo experimental mostrarán en la evaluación postratamiento una reducción en los niveles de sintomatología psiquiátrica, de sintomatología depresiva, ansiedad social y deterioro del funcionamiento psicosocial, en comparación con las personas del grupo control en lista de espera.
- 4) Y si la intervención del PAR es eficaz en la mejora de variables de recuperación asociadas al estigma, entonces tras recibir el programa de intervención los participantes del grupo experimental mostrarán en la evaluación postratamiento un incremento en los niveles de autoestima, expectativas de recuperación, salud general y satisfacción, en comparación con las personas del grupo control en lista de espera.

# **CAPÍTULO 4.**

## **Estudio empírico I**



## **CAPÍTULO 4. Estudio empírico I: Estudio preliminar, una aproximación cualitativa al estigma internalizado: variables de desarrollo del estigma internalizado e intervenciones útiles para su reducción**

### **4.1 Planteamiento general**

Este primer estudio empírico que se trata de un trabajo piloto, supone una primera aproximación cualitativa al análisis del estigma internalizado. Con él se pretende conocer la opinión y la información adquirida sobre el autoestigma de personas expertas en primera persona -personas con TMG- y de profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial con amplia trayectoria en el área de la salud mental y el estigma. Como se detalló previamente en el capítulo 3, este estudio tiene un doble objetivo:

- Identificar un conjunto de variables estratégicas en el desarrollo del EI. Variables estas que supondrán puntos dianas y objetivos del nuevo programa de intervención.
- Detectar técnicas, estrategias o abordaje terapéuticos que se consideren útiles para la reducción del EI en la práctica real.

Para conseguir este doble objetivo, y dada las características diferenciales de los participantes incluidos (personas con diagnósticos y profesionales), se realizaran dos estudios, que aunque comparten objetivo, emplearán distinta metodología, adaptándonos con ello a las necesidades y casuísticas de cada grupo de participantes. El primero de estos dos estudios, está dirigido a profesionales que constituirán un panel de experto y en él se aplicará la metodología Delphi. Y en el segundo, se desarrollaran grupos de discusión de personas que tiene un TMG y se encuentran empoderadas ante el estigma al presentar bajos niveles de EI. Y entrevistas individuales a personas que aunque también presentan un TMG tienen elevados niveles de EI. A continuación se presentan cada uno de ellos.

### **4.2 Panel de expertos/as a profesionales del área de la salud mental y el estigma**

#### **4.2.1 Participantes**

La muestra inicial fue de 21 personas expertas seleccionadas en función del grado de conocimientos y de su experiencia profesional sobre el tema de estudio. El número de participantes final fue 20 personas. Sólo una persona experta abandonó el estudio durante el procedimiento y quedó excluida de los análisis de datos. Concretamente todas las personas expertas que participaron son especialistas en la materia de estigma internalizado asociado a los

trastornos mentales. Se incluyó por un lado personal académico: investigadores/as con publicaciones científicas relevantes en el campo del estigma y de la salud mental, y por otro lado profesionales de la Red de Atención Social a personas con Trastorno Mental Grave de la Comunidad de Madrid con experiencia práctica en la intervención directa o en la gestión de centros de rehabilitación psicosocial.

**Tabla 5.** Características de los participantes del panel de expertos

Características de los/as profesionales (n=20)						
Tipo de profesional	N <sup>a</sup> Total	Sexo		Años de experiencia		
		Mujer	Hombre	5-15	<15	
Académicos/investigadores	7	6	1	5	2	
Profesionales Red Atención Social	Psicólogos/as de Centros	3	3	0	3	0
	Directores/as de Centros	5	3	2	4	1
	Coordinadores/as de entidades o de la Red de Atención Social	5	0	5	1	4

La selección del panel se realizó incorporando a personas expertos/as de diferentes áreas de actividad con el fin de lograr una visión global que contemplara tanto una perspectiva teórica y científica como una más práctica. El número de expertos es adecuado y similar a otros trabajos con esta misma metodología (Landeta, 1999; Seguí, 2007; Mateos-Ronco y Server, 2011).

#### 4.2.2 Procedimiento

Se empleó el Método Delphi, un proceso sistemático e interactivo que pretende conocer las opiniones de un grupo de personas expertas sobre un problema de investigación, en la dirección de facilitar el consenso entre ellas. Una vez seleccionadas las personas expertas, y creado el material, se realizó la recogida de datos en tres diferentes fases:

1<sup>a</sup> Fase: Se realizó una entrevista individual estructurada a cada persona experta. El objetivo de esta entrevista era identificar por un lado las variables que las personas expertas consideran que tienen mayor influencia en el desarrollo del EI. Y por otro lado detectar aquellas estrategias de intervención que suponen más útiles para su reducción. Se valoró que el adquirir respuestas abiertas a estas dos cuestiones en una primera fase ofrecería una información amplia, sin limitaciones ni censuras y por ello muy valiosa al no estar contaminada por hipótesis previas

(Hung, Altschuld y Lee, 2008). En el apartado siguiente, variables y medidas, se detallará el guion de entrevista empleada. A partir de las respuestas libres de las 20 personas expertas a las preguntas de la entrevista y mediante un análisis de contenido de las mismas, se elaboró un listado que agrupaba todas las respuestas que dieron el conjunto total de los participantes a las dos cuestiones planteadas. A través de este listado final se redactó un cuestionario que se aplicó en la siguiente fase.

2ª Fase: En esta segunda fase el cuestionario final, que recogía las respuestas de las personas expertas en la primera fase, fue aplicado online a todas ellas. Se obtuvieron índices de respuesta del 100% de los ítems. Los resultados se analizaron extrayendo estadísticos de tendencia central de todas las respuestas de las 20 personas a cada ítem.

3ª Fase: Se aplicó de nuevo el cuestionario online, esta vez informando a todas las personas participantes de las respuestas dadas por el grupo total de expertos/as a cada uno de los ítems. Concretamente se reportó la mediana del grupo, ya que se considera que es la medida que mejor representa la opinión grupal (por encima de la media o la moda) (Landeta, 1999). Conociendo esta información, en esta fase se les dio a los expertos/as la posibilidad de reconsiderar las respuestas individuales dadas en la 2ª fase, bien reiterándose en la misma o cambiándola tras conocer la nueva información facilitada sobre el resto del grupo. Al igual que en la fase anterior las 20 personas expertas contestaron al 100% de los ítems. Tras el análisis de los resultados obtenidos en esta tercera fase se paró el proceso de recogida de datos, ante el elevado grado de consenso entre las personas participantes en la mayoría de los ítems.

### **4.2.3 Variables y medidas**

Para extraer información sobre cuáles eran, según las personas expertas, las variables predictoras del EI y los tipos de intervención o estrategias claves a la hora de reducir el EI, se empleó en la primera fase una entrevista estructurada que seguía el guion presentado en la siguiente tabla (tabla 6).

**Tabla 6.** Guion de la entrevista empleada en la primera fase del estudio empírico I

Bloque	Contenidos del Bloque	Pregunta
<b>1. Introducción</b>	Recepción de los expertos y presentación	Agradecer la participación. Explicación de los objetivos y de la dinámica del estudio
<b>2. Contenidos temáticos</b>	Causas del EI	<i>¿Qué variables, o aspectos sociodemográficos, clínicos o psicosociales, considera que tienen mayor influencia en el desarrollo del EI en las personas con TMG?</i>
	Estrategias para reducir el EI	<i>¿Qué técnicas o estrategias de intervención considera resultaría más efectiva para la reducción del EI?</i>
<b>3. Despedida</b>	Cierre y despedida	Concluir la entrevista Agradecer de nuevo la participación y despedida

En segundo lugar, se usó un cuestionario *ad hoc*, creado por el propio equipo a partir del análisis de contenido de las respuestas de las 20 personas expertas a las dos preguntas de la entrevista previa. El cuestionario era tipo Likert y contaba con dos bloques, cada uno referido a una de las dos partes de la entrevista. En el primero de los bloques se preguntó por las variables predictoras del EI; con él se pretendía medir el grado de influencia (1 nada; 2 un poco; 3 algo; 4 bastante; 5 mucho) que los expertos/as consideraban tenían un listado de variables en el desarrollo del EI. Y en el segundo bloque se trataba de medir el grado de utilidad (1 nada útil; 2 un poco; 3 algo; 4 bastante; 5 muy útil) de distintas estrategias o intervenciones a la hora de reducir el EI. La aplicación del cuestionario era individual e informatizada, usando la herramienta informática *formularios de google*.

#### 4.2.4 Análisis de datos

Para la creación del cuestionario, las respuestas de las personas expertas a la entrevista fueron agrupadas en base a categorías comunes, este análisis se realizó de forma cualitativa a través del análisis textual de las respuestas por parte del equipo investigador.

En la fase dos y en la fase tres, para evaluar el grado de acuerdo entre los expertos/as a las respuestas obtenidas en el cuestionario, se empleó el coeficiente  $r_{WG}$ , un estimador de la fiabilidad con la que un grupo de jueces clasifican estímulos en categorías (Finn, 1970). Se utilizó este coeficiente al ser la fiabilidad interjueces el índice más frecuentemente aplicado para el acuerdo interjueces en las escalas tipo likert (Brown y Hauenstein, 2005; LeBreton y Senter,

2008). Es importante indicar que un índice  $r_{WG}$  mayor o igual que 0,80 puede considerarse un acuerdo lo suficientemente alto como para hablar de un acuerdo interjueces significativo cuando se cuenta con al menos 10 jueces que proporcionen calificaciones en una escala de 5 puntos (Wagner et al., 2010). Concretamente valores de  $r_{WG}$  de 0,8 y superiores indican un fuerte acuerdo entre jueces, valores entre 0,7 y 0,8 indican un acuerdo moderado, valores entre 0,6 y 0,7 muestran un débil acuerdo y valores inferiores a 0,6 representan niveles inaceptables de acuerdo (Según Brown y Hauenstein, 2005).

#### 4.2.5 Resultados

##### a) Variables influyentes en el desarrollo del EI

En la tabla 7 se muestran todas las variables que se identificaron como influyentes en el desarrollo del EI en personas con TMG. Como se observa en ella, no fueron muchas las personas expertas (entre 5% y 14%) que mencionaron en la primera fase alguna variable sociodemográfica cuando se les preguntó de forma libre por variables predictoras del EI. Las variables sociodemográficas identificadas fueron: sexo, edad, nivel socioeconómico y sociocultural y lugar de residencia. El grado de influencia de todas las variables sociodemográficas sobre el desarrollo del EI, según estiman los expertos/as, es de “algo influyente” ( $Mdn=3$ ); siendo el grado de consenso global en este tipo de variables no especialmente alto, dado que sólo en dos de las cinco variables sociodemográficas (sexo y lugar de residencia) se consiguió un nivel elevado de consenso ( $r_{WG} \geq 0,80$ ).

Si nos centramos en las variables clínicas, es necesario mencionar que el tipo de diagnóstico, fue identificado en la primera fase por el 38% de los expertos como una variable predictora del EI, recibiendo además, el grado máximo de influencia ( $Mdn=5$  mucha influencia) en la segunda y tercera fase. Al diagnóstico le siguió, con el mismo grado de influencia ( $Mdn=4$  bastante influencia), el resto de variables clínicas. Estas variables clínicas identificadas fueron: duración, gravedad, elevada sintomatología positiva, número de hospitalizaciones o de recaídas, efecto secundario de la medicación, conciencia de enfermedad y presencia de un trastorno mental en la familia. En lo que se refiere al grado final de acuerdo, fue elevado en todas las variables clínicas ( $r_{WG} \geq 0,80$ ).

Del último grupo de variables contempladas, las psicosociales, se valora que tienen más influencia en el desarrollo del EI ( $Mdn=5$  mucha influencia): el estigma social (referido a la sociedad general, a vecinos, amigos...), el estigma familiar y el estigma de los profesionales. De forma más específica y muy relacionada con este estigma social, también con la máxima influencia ( $Mdn=5$  mucha influencia), se identifican el rechazo o el trato injusto experimentado.

Asimismo, otro factor clave, según las personas expertas son las propias atribuciones estigmatizantes que la persona con TMG tiene; y finalmente la red social de apoyo con la que cuenta. A estas variables consideradas como las más influyente en el desarrollo del EI, le siguen otras como el desempeño de roles personales valiosos o el nivel de ocupación ( $Mdn=4,5$ ). Además cabe señalar que tanto el estigma de la familia, como el estigma de los profesionales fue la primera opción en la entrevista abierta de la primera fase de más de la mitad de los expertos, dato que sin duda es destacable por sí solo.

Como se observa en la tabla 7, el resto de variables psicosociales detalladas, tienen según los expertos/as un bastante grado de influencia sobre el estigma internalizado ( $Mdn=4$ ), a excepción de la rigidez cognitiva, mencionada como primera opción solo por un experto, y siendo considerada su influencia menor que la del resto de variables ( $Mdn=3$ ).

El acuerdo entre expertos y expertas en las variables psicosociales es igualmente elevado ( $r_{WG} \geq 0,80$ ) a excepción de la sobreprotección, que consigue solo un nivel de acuerdo moderado en las dos fases ( $r_{WG}=0,73$  y  $r_{WG}=0,77$  respectivamente).

**Tabla 7.** Variables influyentes en el desarrollo del EI consideradas por los expertos

Variables	Fase 1		Fase 2			Fase 3			
	%Exp	M	Mdn	DT	r <sub>WG</sub>	M	Mdn	DT	r <sub>WG</sub>
<b>Sociodemográficas</b>									
Sexo	10	2,70	3,00	1,08	0,72	2,85	3,00	0,88	0,81*
Edad	5	3,10	3,00	1,17	0,68	2,90	3,00	0,97	0,78
Nivel socioeconómico	14	2,95	3,00	1,15	0,69	2,70	3,00	0,98	0,77
Nivel sociocultural	10	3,00	3,00	1,26	0,63	2,90	3,00	1,12	0,70
Lugar de residencia	5	2,85	3,00	1,04	0,74	2,95	3,00	0,83	0,84*
<b>Clínicas</b>									
Tipo diagnóstico	38	4,45	5,00	0,94	0,79	4,55	5,00	0,76	0,86*
Duración	14	4,00	4,00	1,03	0,75	3,95	4,00	0,89	0,81*
Gravedad	5	4,00	4,00	1,03	0,75	4,00	4,00	0,73	0,88*
Sintomatología positiva	14	3,70	4,00	1,03	0,75	3,75	4,00	0,91	0,80*
Hospitalizaciones	19	3,90	4,00	0,97	0,78	4,15	4,00	0,75	0,87*
Recaídas	14	3,85	4,00	0,93	0,79	4,00	4,00	0,79	0,85*
Efecto secundario medicación	5	3,75	4,00	0,85	0,83*	4,00	4,00	0,65	0,90*
Conciencia de enfermedad	10	4,25	4,00	0,72	0,88*	4,15	4,00	0,67	0,89*
TMG familia	5	3,50	4,00	0,95	0,79	3,85	4,00	0,75	0,87*
<b>Psicosociales</b>									
Estigma social del entorno	29	4,60	5,00	0,68	0,89*	4,65	5,00	0,49	0,94*
Estigma familia	67	4,80	5,00	0,41	0,96*	4,85	5,00	0,37	0,97*
Estigma profesionales	52	4,40	5,00	0,82	0,84*	4,65	5,00	0,49	0,94*
Propio estigma social	38	4,55	5,00	0,51	0,94*	4,65	5,00	0,49	0,94*
Anticipación discriminación	14	4,15	4,00	0,81	0,84*	4,30	4,00	0,73	0,87*
Rechazo y/o trato injusto	24	4,45	5,00	0,83	0,84*	4,75	5,00	0,55	0,93*
Sobreprotección	38	3,75	4,00	1,07	0,73	3,85	4,00	0,99	0,77
Estrategias afrontamiento	10	3,95	4,00	0,83	0,84*	4,20	4,00	0,62	0,91*
Experiencias de fracaso	24	4,00	4,00	0,92	0,80*	3,95	4,00	0,69	0,89*
Evitación experiencial	10	4,05	4,00	0,69	0,89*	4,00	4,00	0,56	0,93*
Creencias disfuncionales	33	4,10	4,00	0,72	0,88*	4,15	4,00	0,67	0,89*
Rigidez cognitiva	5	3,55	3,00	0,76	0,86*	3,45	3,00	0,51	0,94*
Roles valiosos/nivel ocupación	19	4,25	4,50	0,97	0,78	4,35	4,50	0,75	0,87*
Identificación con el grupo	5	4,25	4,50	0,97	0,78	4,35	4,00	0,59	0,92*
Beneficios “rol de enfermo”	14	3,50	4,00	0,69	0,89*	3,75	4,00	0,55	0,93*
Expectativas recuperación	24	4,10	4,00	1,07	0,73	4,25	4,00	0,55	0,93*
Autoeficacia	14	4,05	4,00	0,83	0,84*	4,15	4,00	0,67	0,89*
Autoestima	29	4,35	4,00	0,59	0,92*	4,35	4,00	0,59	0,92*
Empoderamiento	19	4,30	4,00	0,66	0,90*	4,35	4,00	0,59	0,92*
Funcionamiento psicosocial	19	3,75	4,00	1,02	0,75	4,15	4,00	0,75	0,87*
Red social de apoyo	33	4,30	5,00	0,92	0,80*	4,55	5,00	0,60	0,91*

Nota: %Exp= porcentaje de expertos que dan ese ítem como respuesta en la primera fase; M= media; Mdn= mediana; DT= desviaciones típicas; r<sub>WG</sub>= estimador de fiabilidad de acuerdo interjueces; (\*)= acuerdo interjueces elevado

**b) Intervenciones para la reducción del estigma internalizado**

Con un nivel elevado de acuerdo ( $r_{WG} \geq 0,80$ ), las estrategias de intervención para la reducción del EI más útiles ( $Mdn=5$ ) según las personas expertas son, son desde un punto de vista amplio el trabajar desde una perspectiva que abogue por un sistema socio-sanitario que no separe categorialmente entre la salud y la enfermedad, y que además otorgue un papel activo a la persona usuaria en su proceso de recuperación; y de forma más específica el empleo de intervenciones basadas en la recuperación de roles significativos, valores y proyectos vitales. Por el contrario la estrategias de intervención a la que los expertos dan puntuaciones más bajas ( $Mdn=3$ ), también con un nivel de acuerdo elevado ( $r_{WG} \geq 0,80$ ), son la psicoeducación y el entrenamiento en regulación emocional. El resto de intervenciones, como se observa en la tabla 8, reciben una puntuación de bastante utilidad ( $Mdn=4$ ), igualmente con un alto consenso ( $r_{WG} \geq 0,80$ ) a excepción de la terapia multifamiliar con un grado acuerdo moderado ( $r_{WG}=0,75$ ).

**Tabla 8.** Intervenciones útiles para la reducción del EI consideradas por los expertos

Intervención	Fase 1			Fase 2			Fase 3		
	% Exp	M	Mdn	DT	$r_{WG}$	M	Mdn	DT	$r_{WG}$
Sensibilización	24	4,00	4,00	0,86	0,83	3,80	4,00	0,77	0,83*
Intervención familiar: Psicoeducación y TCC	19	4,00	4,00	0,73	0,88	4,15	4,00	0,59	0,88*
Grupo multifamiliar	10	3,70	4,00	1,03	0,75	3,90	4,00	0,85	0,75
Técnicas aprendizaje aproximal y contacto social	29	4,00	4,00	0,73	0,88	4,10	4,00	0,55	0,88*
Grupos apoyo y modelaje social	19	3,90	4,00	0,72	0,88	4,00	4,00	0,65	0,88*
Técnicas motivacionales	10	3,65	4,00	0,49	0,94	3,70	4,00	0,47	0,94*
ACT	19	4,10	4,00	0,64	0,90	3,95	4,00	0,69	0,90*
Técnicas narrativas	10	3,80	4,00	0,77	0,86	3,95	4,00	0,60	0,86*
Psicoeducación	24	3,30	3,00	0,86	0,82	3,30	3,00	0,57	0,82*
TCC creencias	52	3,95	4,00	0,83	0,84	3,90	4,00	0,72	0,84*
TCC autoestima	43	4,20	4,00	0,70	0,89	4,15	4,00	0,67	0,89*
Intervención recuperación de roles, valores y proyectos vitales	19	4,45	4,50	0,60	0,91	4,45	5,00	0,76	0,91*
Entrenamiento de habilidades de enfrentamiento empoderamiento	33	4,15	4,00	0,88	0,82	4,10	4,00	0,79	0,82*
Entrenam. regulación emocional	5	3,45	3,00	0,51	0,94	3,45	3,00	0,51	0,94*
Papel activo usuario/a	38	4,55	5,00	0,69	0,89	4,55	5,00	0,76	0,89*
No separación categorial: salud y enfermedad	24	4,30	4,50	0,80	0,85	4,40	5,00	0,88	0,85*
Asociacionismo	14	4,20	4,00	0,89	0,81	4,00	4,00	0,73	0,81*

Nota: %Exp= porcentaje de expertos que dan ese ítem como respuesta en la primera fase; M= media; Mdn= mediana; DT= desviaciones típicas;  $r_{WG}$ = estimador de fiabilidad de acuerdo interjueces; entrenam.= entrenamiento; (\*)= acuerdo interjueces elevado

#### 4.2.6 Discusión

A pesar de los numerosos trabajos dirigidos a estudiar el estigma internalizado son pocos los que emplean metodología cualitativa para hacerlo (Muñoz et al., 2009). Siendo este el primer trabajo sobre estigma que incluye entre sus participantes a personas expertas en el área específica y que emplea el método Delphi para su realización. El poder contar con los conocimientos de profesionales que dedican su día a día al entendimiento del estigma y a la lucha a favor de su reducción, sin duda nos sitúa en una posición ventajosa que mejora notablemente la comprensión de este fenómeno acercándonos a su lado más ecológico, práctico y experiencial. Y específicamente, el que participen tanto investigadores y profesionales de la gestión como de la intervención psicosocial directa, posibilita lograr una visión global y enriquecida, capaz por ello de integrar la parte más teórica y científica con la más subjetiva y basada en la experiencia práctica. Además de esto, el conseguir resultados con elevados niveles de acuerdo en casi todos los ítems evaluados, posibilita llegar a conclusiones firmes y contundentes que permiten lograr el doble objetivo propuesto en este estudio: identificar un conjunto de variables estratégicas en el desarrollo del EI y distinguir estrategias de intervención útiles para su reducción, con el fin de poder facilitar el diseño de nuestro propio programa de intervención.

En primer lugar, los resultados de este primer estudio nos permiten afirmar que las variables sociodemográficas son el grupo de variables con menor grado de influencia en el desarrollo del EI de todas las variables identificadas. Los estudios empíricos hasta la fecha, recogidos en meta-análisis y revisiones sistemáticas, refuerzan esta idea al concluir que ninguna de las variables sociodemográficas analizadas se relaciona consistentemente con el EI (Livingston, et al., 2010).

En lo relativo a las variables clínicas, las personas expertas de nuestro estudio están de acuerdo en la influencia de este grupo de variables sobre el autoestigma. Destacando el tipo de diagnóstico como la variable clínica con mayor nivel de influencia. Esta relación entre el diagnóstico y el EI no se ha visto sin embargo confirmada por los estudios previos recogidos en las revisiones sobre el tema (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). Por su parte, la variable clínica gravedad del trastorno, sí que se demuestra juega un papel clave en el proceso de internalización del estigma, existiendo datos a favor de ello, además de en nuestro estudio, en la bibliografía precedente (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013; Ben-Zeev et al., 2012). A esto, se añade, que los expertos también concluyen con elevado acuerdo, que es la presencia de mayor sintomatología positiva la que da lugar a más EI; en este punto los resultados de otros trabajos empíricos con los que contamos son discordantes, mientras que algunos de ellos encuentran una correlación positiva entre síntomas psicóticos y EI (Ertugrul y Ulug, 2004; Markowitz, 1998; Ben-Zeev et al., 2012), otros no lo hacen (Dickerson et al., 2002; Díaz-

Mandado 2015). Siendo por tanto necesarias más investigaciones en esta línea que clarifiquen la influencia o no de la variable sintomatología. Sobre el resto de variable clínicas que los expertos identifican como influyentes en el desarrollo del EI, entre las que se encuentran la conciencia del trastorno, la duración, las recaídas u hospitalizaciones y los efectos secundarios de la medicación, los trabajos empíricos hasta la fecha confirman una ausencia de relación entre estas variables y el EI (Livingston et al., 2010; Sibitz et al., 2011).

Para terminar con el grupo de variables clínicas, es importante mencionar que una experta añadió la variable presencia de trastorno mental en familiares, como una de las variables que consideraba responsable del desarrollo de mayores niveles de EI. Pese a haber sido una sola experta quien en la primera fase propuso esta variable, es destacable que se logrará un elevado nivel de consenso sobre ella en las siguientes fases, a favor de su influencia. En la bibliografía previa existente no encontramos el TMG de familiares como una variable objeto de estudio en lo que a su relación con el EI se refiere, con lo que este estudio cualitativo aporta una posible nueva línea de investigación, que podría ampliar la información relevante al campo del estigma y la familia, el cual empieza a captar cada vez más la atención de algunos investigadores (Larson y Corrigan, 2008; Corrigan y Miller, 2004).

Continuando con las variables psicosociales, podemos concluir que las personas expertas otorgan mayor influencia sobre el desarrollo del EI al estigma social en general y al estigma familiar y de los profesionales de forma más específica. Además, esta importancia otorgada al estigma familiar y profesional se ve reforzada con el hecho de que más de la mitad de participantes nombraron ambas variables como primera opción en la entrevista libre, algo que no ocurrió en ninguna de las otras variables del estudio. En esta línea, son varios los trabajos que detectan la presencia de niveles elevados de estigma entre familiares de personas con trastorno mental (Angell, Cooke, Kovac, 2005; Corrigan et al., 2004) y entre profesionales de salud mental (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross y Rössler., 2004; Nemeč, Swarbrick y Legere, 2015). Ahora bien, no se encuentran estudios específicos en los que se analicen la relación existente entre los niveles de autoestigma de una persona concreta en relación con el nivel de estigma de sus familiares y profesionales de referencia. Algo que según nuestros resultados sería de gran interés explorar, pues si esta relación que los expertos identifican, se confirmase empíricamente tendría que darse un cambio en la población diana de los programas actuales de sensibilización contra el estigma, los cuales mayoritariamente van destinados a la población general incidiendo en los grupos con menor contacto con las personas con TMG (empresarios, profesores, cuerpos de seguridad del estado, o medios de comunicación...); no siendo frecuentes programas de sensibilización existentes para profesionales o familiares (Muñoz, Guillén, Pérez-Santos, 2013). Ahora bien, el acceso a una muestra tan amplia, así como los elevados niveles de deseabilidad

social que podemos esperar en ambos grupos de población, se estima dificultarían un estudio de este tipo. Pudiendo ser de gran utilidad el empleo de instrumentos de evaluación implícita del estigma, para así reducir los posibles sesgos existentes en este grupo (Rüsch et al., 2010). Destacar que aunque no encontramos estudios tan específicos sobre la relación entre el estigma familiar y profesional y el estigma internalizado, sí que encontramos otros estudios más generales que apoya esta relación al identificar mayores niveles de EI en sociedades que demuestran ser más estigmatizantes (Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai y Thornicroft, 2012). Por otra parte, no podemos olvidar que esta conclusión se ve apoyada por los modelos teóricos y empíricos del EI, que formulan que este tiene lugar tras la interiorización por parte de la persona que tiene un TMG del estigma social imperante en la sociedad de la que esta forma parte (Corrigan et al., 2006; Vogel, Bitman, Hammer y Wade, 2013). Pudiendo por ello suponerse que a más estigma en grupos tan próximos como la propia familia o los profesionales de referencia, más autoestigma en la persona afectada por el TMG.

Otra variable que los expertos consideran dentro de las más influyentes en el desarrollo del EI, es la experiencia de discriminación sufrida, específicamente el rechazo y el trato injusto experimentado. Algunos estudios previos han encontrado relación entre el EI y la discriminación, siendo las discriminaciones más frecuentes aquellas procedentes del entorno más cercano (Henderson et al., 2012; Muñoz et al., 2011). Ahora bien, la mayoría de los trabajos existentes, aunque destacan el importante papel de la discriminación sobre el proceso de internalización del estigma, coinciden en que la discriminación por sí sola no es suficiente para explicar la posibilidad de internalizar o no el estigma (Krajewski, Burazeri, y Brand, 2013; Quinn, Williams y Weisz, 2015; Hansson, Stjernswärd y Svensson, 2014). De hecho, se demuestra hay personas a quienes las experiencias de discriminación experimentadas las pueden llevar al empoderamiento y a la resistencia al estigma; mientras que hay otras que no han llegado a experimentar discriminación real y solo la anticipación de poder experimentarla puede dar lugar a niveles elevados de EI (Corrigan et al., 2002b). Es por tanto, que parece que según los estudios previos las experiencias de discriminación son importantes en el proceso de autoestigmatización, aunque no de una forma directa, si no mediada por otras variables como la anticipación de la discriminación (Quinn et al., 2015). Esta última variable, la anticipación de la discriminación, también fue identificada por los expertos de nuestro estudio, aunque con un nivel de influencia algo menor que las propias experiencias reales de discriminación.

Otras de las formas de discriminación que, aunque con menor nivel de influencia ( $Mdn=4$ ), también identifican los expertos es la sobreprotección; entendida como la infravaloración de las capacidades y desarrollo de conductas de infantilización y paternalismo que llevan a la anulación de la propia valía y la generación de dependencia (Ochoa et al., 2011;

Carbajosa et al., 2018). Resulta resaltable que esta sea la única variable psicosocial en la que las personas expertas del estudio no llegan a niveles elevados de consenso. Esto, junto a la ausencia de estudios empíricos que aborden la sobreprotección como fenómeno discriminatorio específico con efectos sobre el EI, nos lleva a afirmar que son necesarias más investigaciones que se centren en esta forma específica y diferenciada de discriminación que está tan presente sobre todo por parte de familiares y de profesionales de la salud (Corrigan et al., 2004; Muñoz et al., 2009).

La última de las variables con puntuaciones más elevadas ( $Mdn=5$ ) es la red social de apoyo. Se considera que el tener una buena red de apoyo protegería a la persona del desarrollo del EI. En relación a ello, es bien conocido que, tal como formula el modelo del etiquetado, una persona con TMG tiende a la evitación de los contactos sociales y a la pérdida de relaciones sociales significativas como resultado del autoestigma, al creerse inferior al resto por tener un TMG y ante el miedo a ser devaluada y discriminada por otros (Link, Cullen, Struening, Shrout y Dohrenwend 1989; Perlick et al., 2001). Pero según los resultados del presente estudio, así como los de otros trabajos empíricos anteriores que lo apoyan, parece que también se da la relación inversa, es decir, que tener una buena red social resulta un factor protector de la internalización del EI (Livingston et al., 2010; Sibitz 2011; Brohan et al., 2010; Mueller et al., 2006).

Del resto de variables identificadas en el estudio, la que sigue en puntuación es la falta de ocupación y el no desempeño de roles valiosos, muy estrechamente ligada al desempeño de un rol de enfermo también identificado por los expertos, con un nivel de bastante influencia. El rol de enfermo es entendido como la incapacidad para ajustarse adecuadamente al trastorno reflejada por una inmersión en un rol que gira en torno a conductas y cogniciones negativas centradas en la enfermedad. Estas conductas y cogniciones resultan para la persona como definitorias de la propia identidad y tienen la capacidad de eclipsar en gran parte otros roles valiosos y limitar el repertorio conductual a comportamientos entorno a la enfermedad o dirigidos por ella (Berk et al., 2012). En relación a estas variables (rol de enfermo y ausencia de roles valiosos) sabemos que la internalización del estigma se trata de un proceso que lleva consigo una transformación de la personalidad que consiste en la pérdida de roles personales valiosos (amigo, pareja, familiar, trabajador...) y la adopción de roles estigmatizantes limitantes (incapaz, dependiente, peligroso...) (Yanos et al., 2008; Livingston et al., 2010). Ahora bien, ¿podría ser posible, que ocurriera en sentido inverso; que el tener excesivos comportamientos entorno a la enfermedad en general, así como ciertas creencias desadaptativas sobre las enfermedades, entre las que incluso se considere la enfermedad como ventajosa, pudiera, junto con la ausencia de otros roles valiosos previos, influir en el desarrollo del estigma internalizado una vez que se diagnostica un TMG? Es decir, ¿podría ser que tal como afirman los expertos del estudio, el rol de enfermo y la ausencia de roles valiosos previos puedan ser predictores del estigma internalizado en lugar de

consecuencias del mismo? La ausencia de suficientes estudios que expliquen las relaciones entre los roles, y más concretamente entre el rol de enfermo y el estigma internalizado, hace que no podamos aportar evidencias a favor de esta idea extraída de los resultados de este estudio, siendo imprescindibles trabajos en esta dirección.

Del resto de variables psicosociales identificadas como predictoras del estigma internalizado observamos que muchas han sido ampliamente comentadas por la literatura previa por su destacada relación con él. Entre ellas se encuentran: el propio estigma social, la identificación con el grupo, las estrategias de afrontamiento, las expectativas de recuperación, el empoderamiento y la autoestima o la autoeficacia (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010; Corrigan et al., 2006; Muñoz et al., 2011; Ilic et al., 2012; Rüsçh et al., 2009).

La primera de ellas, el estigma que la propia persona con TMG tiene hacia otras que como ella también tiene TMG, se ha mostrado un factor predictor del EI, tanto por parte de nuestros expertos, como por los estudios antecedentes. De hecho, el modelo original de internalización del estigma afirma que es justo la internalización de este estigma social, la que da lugar al EI, al aplicar sobre sí mismo los estereotipos socialmente compartidos sobre las personas con TMG, una vez que se recibe el diagnóstico (Corrigan et al., 2002b). Varios estudios empíricos posteriores también confirman esta relación entre el propio estigma social y el EI (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007; Muñoz et al., 2011; Vogel et al., 2013). Igualmente, la bibliografía previa avala el carácter predictor sobre el EI de la identificación con el grupo y de las estrategias de afrontamiento, al constituirse ambas como variables centrales de destacados modelos de internalización del estigma que se derivan del modelo original de Corrigan y colaboradores (2002b). En estos modelos, tanto la identificación con el grupo (Watson et al., 2007) como las estrategias de afrontamiento empleadas (secreto o aislamiento vs educación o ayuda mutua) son variables capaces de explicar por qué unas personas desarrollan EI, mientras que otras no lo hacen (Rüsçh et al., 2009).

Por contraste, otras de las variables que los expertos también identifican como predictoras, no han dejado tan clara esta relación. La orientación o expectativas de recuperación, por ejemplo, se ha situado en la totalidad de los estudios anteriores como una variable identificada como consecuencia del EI, no encontrándose ningún trabajo en el que se le demuestre esta capacidad predictiva que los expertos determinan en nuestro trabajo (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). Y tiene sentido, que a mayor EI, entendido como esa visión negativa e inferior sobre uno mismo acompañada por sentimientos negativos y conductas autodiscriminantes, traiga consigo consecuencias tan negativas como una menor orientación a la recuperación y con ella menor adherencia a los tratamientos (Fung et al., 2008; West, Vayshenker, Rotter y Yanos, 2015). Algo similar ocurre con el funcionamiento psicosocial, ya que los estudios

que lo relacionan con el EI, lo sitúan como una consecuencia adversa de las muchas que tiene este fenómeno en la vida de las personas con TMG y no como una causa del mismo (Muñoz et al., 2011).

Por su parte, variables como la autoestima, la autoeficacia o el empoderamiento, identificadas en este trabajo como predictoras del EI, son también consideradas como consecuencias del mismo en la mayoría de los modelos explicativos (Ritsher et al., 2003; Vauth et al., 2007; Rüschi et al., 2009; Corrigan et al., 2006). Encontrándose, sin embargo, algunos estudios empíricos que contrariamente las sitúan como posibles variables predictoras (Livingston et al. 2010; Brohan, et al., 2010; Nabors et al., 2014). Y en la línea de estos últimos trabajos, y según la opinión de los expertos de nuestro estudio, tendría lógica formular que tener una alta autoeficacia, una adecuada valoración de uno mismo y una elevada tendencia al empoderamiento sirvan como variables protectoras que dificulten que una persona que recibe un diagnóstico de TMG aplique sobre sí estereotipos negativos de incapacidad y de infravaloración. Ante esta controversia, sería muy interesante continuar disipando dudas sobre el papel predictor de estas variables y seguir explorándolo. Muy relacionadas con la autoeficacia, están las experiencias previas de fracaso, también señaladas por los expertos. Pues según la teoría de la autoeficacia, las experiencias de fracaso y de éxito (el rendimiento real) se consideran como una de las fuentes principales de información para evaluar la propia eficacia (Bandura, 1977). Es por tanto, que si la autoeficacia tiene un papel causal sobre el EI, cabría esperar que las experiencias de fracaso previas también lo tuvieran de acuerdo con los expertos/as.

Otra de las variables destacada en este estudio es la evitación experiencial. Hasta hace muy poco no era incluida en ninguno de las obras sobre estigma. Sin embargo, recientemente se está empezando cada vez más a investigar sobre la “evitación experiencial del autoestigma” definida como la excesiva evaluación negativa de los pensamientos autoestigmatizantes, que ante una falta de voluntad para experimentar pensamientos negativos da lugar a deliberados esfuerzos de supresión (Levin, Luoma, Lillis, Hayes, Vilaradaga, 2014). Parece ser según estos recientes trabajos que los excesivos esfuerzos por evitar los pensamientos estigmatizantes característicos de personas con altos niveles de evitación experiencial no consiguen una disminución del autoestigma, si no que contrariamente, fortalecen las creencias estigmatizantes (Chan y Mak, 2017).

Para terminar, las dos últimas variables identificadas por los expertos se refieren a la dimensión cognitiva; y son la rigidez cognitiva y la presencia de ideas distorsionadas o disfuncionales. A la primera, se le otorga el nivel de influencia menor en relación al resto de las variables psicosociales; no encontrándose tampoco estudios previos sobre el estigma que la incluyan. Sin embargo, las creencias disfuncionales sí que son consideradas como bastante

influyentes en el desarrollo del EI con un alto acuerdo entre expertos en ambas fases. No obstante no se trata de una variable que haya generado mucho interés hasta el momento en la investigación anterior, pues solo se halla un trabajo en el que se explora la relación entre ella y el EI, sin ni siquiera estudiarse el carácter predictivo entre ambas (Park, Bennett., Couture, y Blanchard., 2013). Ahora bien, podemos intuir que las ideas disfuncionales podrían ser una variable importante a la hora de explicar el EI; pues sí que se sabe del papel predictor de las creencias estigmatizantes que la propia persona tiene (Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007; Muñoz et al., 2011; Vogel et al., 2013). Y si analizamos la estructura de una creencia estigmatizante, esta tiene mucho en común con una creencia disfuncional, no siendo más que una creencia concreta, que igualmente suele no ajustarse a la realidad al ser una exageración de la misma. Es por tanto que tiene mucho sentido el hipotetizar que aquellas personas con tendencia a tener más creencias irracionales sobre sí mismas, tenderán a aceptar y aplicar sobre sí con más facilidad los estereotipos asociados a la enfermedad mental que aquellas personas que tengan un estilo de creencias más ajustado con la realidad. Sería por tanto de gran interés el poder generar estudios empíricos que confirmen esta nueva hipótesis.

Centrándonos en la segunda parte del estudio relativa a la identificación de estrategias o abordajes terapéuticos eficaces para reducir el EI, los resultados nos permiten sacar las siguientes conclusiones:

Primeramente se concluye, la importancia de estrategias que se relacionan con la noción del modelo de salud que está en la base de las intervenciones. Entre ellas destacan como muy útiles, estrategias como tomar una perspectiva que abogue por un sistema sanitario que no separe categorialmente entre la salud y en la enfermedad, y que a su vez de un papel cada vez más activo al usuario/a, fomentando el asociacionismo y las agrupaciones en primera persona. Esto es algo, que desde la reforma psiquiátrica, la implementación de la atención comunitaria en salud mental y sobre todo desde la inclusión del modelo de recuperación (Farkas et al., 2005) ha ido tomando fuerza en nuestro país. Hoy en día cada vez son más los nuevos servicios dirigidos por las propias personas usuarias, que además de defender este paradigma de continuidad entre salud y enfermedad, tienen como tema central la lucha contra el estigma partiendo de las experiencias en primera persona. Entre ellos podemos nombrar algunos grupos como Flipas, en Madrid, asociaciones como ActivaMent en Cataluña, incluso federaciones como en primera persona, en Andalucía.

Por otro lado, se mencionan intervenciones relacionadas con la disminución del estigma social del entorno: como son la sensibilización, las intervenciones familiares y los grupos multifamiliares. Todas ellas parten de la idea compartida de que el estigma del entorno tiene un papel fundamental en el EI (Corrigan et al., 2006). Entendiendo por ello que con la reducción de

este estigma social se conseguiría de forma indirecta la reducción del EI. En relación a los grupos multifamiliares, son intervenciones que están tomando fuerza en los últimos años, por lo que no hay aún muchos resultados que aboguen por su eficacia (Pharoah et al., 2010). Esto podría explicar los niveles de acuerdos menos elevados entre los expertos sobre su grado de utilidad.

Por otro lado encontramos otro grupo de intervenciones que se dirigen a la propia persona con TMG y elevado EI. Entre ellas están estrategias que forman parte de la mayoría de los programas existentes de autoestigma como son la terapia cognitiva-conductual, que trabaja tanto en la línea de reducir las creencias estigmatizantes, como de aumentar la autoestima (Díaz-Mandado, 2015; Fung et al., 2011). La psicoeducación, que aunque según los expertos sea de las estrategias con menor utilidad de todas las identificadas, sí que tiene mucho peso en los programas de reducción de EI existentes, empleada bien como estrategia única (Aho-Mustonen et al., 2011; McCay et al., 2007) o como estrategia complementaria a la TCC (Díaz-Mandado, 2015). El entrenamiento en habilidades de afrontamiento y empoderamiento también cuenta con respaldo en la bibliografía previa por emplearse en gran parte de las intervenciones existentes (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015). Las técnicas motivacionales, se introducen como componente principal en el programa PAREI, con resultados promotores en la reducción del estigma internalizado (Díaz-Mandado, 2015). Por su parte las técnicas narrativas también mencionadas, son la parte central del programa NECT (Roe et al., 2014) y un componente esencial del programa de Russinova y colaboradores (2014), consiguiendo en ambos una reducción del EI global y de algunas de sus dimensiones. Las estrategias de apoyo mutuo, asimismo son parte central de varios programas que igualmente consiguen cambios en variables relacionadas con el EI (Russinova et al., 2014; Corrigan et al., 2015). En cuanto a la terapia de aceptación y compromiso, del mismo modo identificada por los expertos, sólo ha sido empleada con anterioridad para reducir el EI en un programa dirigido a personas con un trastorno de abuso de sustancias (Luoma et al., 2008), o en personas obesas (Lillis, Hayes, Bunting, Masuda, 2009); mostrando en ambos casos resultados favorables. Además, en el panel de experto se valoran como útiles las técnicas de aprendizaje aproximado, que aunque forman parte transversalmente de los programas de rehabilitación psicosocial, no son centrales en ninguno de los programas de reducción del EI previos (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016). Estas técnicas basadas en el aprendizaje aproximado están indicadas para contrarrestar el aislamiento y la evitación social característicos del estigma internalizado (Agerbo, Byrne, Eaton, y Mortensen, 2004; Mueller et al., 2006). Con mayor puntuación, y también transversales a los programas de rehabilitación, se identifican estrategias centradas en la recuperación de roles vitales y proyectos vitales, que tendrían como fin equilibrar el proceso de transformación de la identidad que ocurre ante la autoestigmatización, por el que los roles personales valiosos son sustituidos por roles estigmatizantes (Yanos et al., 2008; Berk et al., 2012). Finalmente mencionar que el entrenamiento en regulación emocional, es la

estrategia que junto a la psicoeducación ya mencionada, los expertos consideran menos útil en la reducción del EI. Esto coincide con la ausencia de estudios previos que incluyan esta estrategia.

Antes de finalizar esta discusión, es importante mencionar, las limitaciones con las que cuenta este estudio y que han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, encontramos algunas derivadas de la propia metodología, que aunque ventajosa por aportar resultados próximos a la cara más aplicada del EI, se apoya en datos derivados de las opiniones de personas concretas, menos objetivos que los datos de investigación empíricos evaluados mediante instrumentos validados y sometidos a elaborados análisis estadísticos. Ahora bien, es importante recordar que se trata de un trabajo preliminar con un objetivo de carácter exploratorio y previo a un segundo estudio cuantitativo confirmatorio. Por otro lado, también se considera limitante a la hora de extraer conclusiones la escasa variabilidad de las respuestas entre expertos. Se considera que podría deberse a que la creación del cuestionario se basó en las respuestas iniciales de los propios expertos, no resultando por ello difícil que estas respuestas fueran aceptadas por el resto desde un principio, obteniéndose de este modo un alto acuerdo pero una baja variabilidad en los resultados. La ausencia de estudios previos que empleen esta metodología cualitativa en esta área, también es considerada como una limitación, al restringir la comparación de resultados a estudios de cohorte cuantitativos. No obstante, el que sea el primer trabajo de este tipo tiene, al mismo tiempo, un gran valor por abrir la puerta a una nueva forma de estudiar el EI, que sin duda nos ha aportado una valiosa información que complementa aquella ofrecida por los estudios cuantitativos previos.

### **4.3 Grupos de discusión y entrevistas cualitativas a personas expertas en primera persona**

#### **4.3.1 Participantes**

La muestra de este segundo estudio cualitativo consistió en 13 personas con TMG, pertenecientes a los Centros de la Red Pública de Atención Social a personas con trastorno mental grave de la Comunidad de Madrid y a la Asociación de familiares y personas con problemas de salud mental de Leganés/Fuenlabrada (ASAV). Estas 13 personas fueron divididas en dos grupos, uno de ellos, estaba compuesto por 9 personas familiarizadas con el estigma y que presentaban niveles bajos de EI ( $<2,5$ ) y el otro por 4 personas con niveles elevados de EI ( $\geq 2,5$ ). El EI fue evaluado mediante la *Escala de Estigma Internalizado* (ISMI) (Ritsher, et al., 2003). El resto de criterios de inclusión, comunes para todos los participantes, fueron tener una edad comprendida entre 18 y 67 años, y tener un diagnóstico principal según criterios diagnósticos del CIE-10 (OMS, 1996) o DSM-IV (APA, 1994) de: esquizofrenia u otros trastornos psicóticos de origen

no orgánico (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29); trastorno obsesivo-compulsivo (F42); trastorno afectivo (F31, F33, F34, F38, F39), o trastorno de personalidad (F60). Por su parte, los criterios de exclusión para participar en el estudio fueron presentar una sintomatología psicótica aguda que impidiera la participación en el grupo de discusión según el juicio clínico del psicólogo/a responsable de su intervención y tener un deterioro cognitivo grave ( $>27$  *Minimal State Examination*; Folstein, Folstein y McHugh, 1975).

Todos los participantes fueron seleccionados por los profesionales de los centros de referencia. Posteriormente, fueron informados sobre el propósito y las características de la investigación y dieron su consentimiento por escrito a participar en la investigación, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (AMM, 2008).

Las características sociodemográficas y clínicas de los y las participantes se muestran en las siguientes tablas 9 y 10 respectivamente.

**Tabla 9.** Características sociodemográficas y clínicas de los participantes de los grupos de discusión ( $n=9$ )

Características	<i>n</i> (%) / <i>M</i> *
<b>Sexo</b>	
Mujeres	1 (11,1%)
Hombres	8 (88,9%)
<b>Estado civil</b>	
Solteros/as	8 (88,9%)
Casados/as	1 (11,1%)
<b>Nivel de estudios</b>	
Elementales, educación primaria	5 (55,6%)
Educación secundaria	4 (44,4%)
<b>Situación laboral</b>	
Trabajo protegido	3 (33,3%)
Paro	4 (44,4%)
Pensión de invalidez absoluta permanente	2 (22,2%)
<b>Diagnóstico</b>	
Esquizofrenia	5 (55,6%)
Trastorno obsesivo-compulsivo	2 (22,2%)
Trastorno de personalidad	2 (22,2%)
<b>Edad</b>	44,13*

**Tabla 10.** Características sociodemográficas y clínicas de los participantes de las entrevistas cualitativas ( $n=4$ )

<b>Características</b>	<b><i>n</i> (%) / <i>M</i>*</b>
<b>Sexo</b>	
Mujeres	1 (75%)
Hombres	3 (25%)
<b>Estado civil</b>	
Solteros/as	2 (50%)
Casados/as	1 (25%)
Separados/as	1 (25%)
<b>Nivel de estudios</b>	
Elementales, educación primaria	1 (25%)
Educación secundaria	3 (75%)
<b>Situación laboral</b>	
Trabajo ordinario	1 (25%)
Trabajo protegido	1 (25%)
Pensión de invalidez absoluta permanente	2 (50%)
<b>Diagnóstico</b>	
Esquizofrenia	3 (75%)
Trastorno esquizoafectivo	1 (25%)
<b>Edad</b>	48,75*

### 4.3.2 Procedimiento

Cómo se ha indicado previamente, se realizaron por un lado grupos de discusión con aquellas personas que tenían un TMG y niveles bajos de EI y entrevistas cualitativas individuales a aquellas otras personas que tenían un TMG y niveles elevados de EI. Se consideraron los grupos de discusión la primera opción para todos los participantes, al tratarse de un método de recogida de información más económico en cuanto a tiempo y recursos y con resultados superiores en relación a los obtenidos a partir de individuos aislados (Persico y Heaney, 1986); sin embargo, se decidió emplearlos solo con las personas con bajos niveles de EI. El motivo de esta decisión fue la obtención de información lo más clara e insesgada posible. Se consideró que personas con bajos niveles de EI, familiarizadas con el tema del estigma y en una posición de empoderamiento podrían contestar fácilmente y verazmente a preguntas muy concretas sobre el estigma internalizado que fueran formuladas en un grupo de discusión. Mientras que preguntar de una forma no privada y tan directa, como implica el formato de un grupo de discusión, a personas

que sufren elevados niveles de EI, no se consideró lo más adecuado, al suponerse que la deseabilidad social y las propias defensas personales, a la hora de hablar frente a otras personas sobre el propio estigma, podrían sesgar la información obtenida. Se estimó por ello, que la entrevista individual en formato semiestructurado, con preguntas relacionadas con el estigma internalizado pero no tan directas como las formuladas en el grupo de discusión, sería la mejor opción para, tras establecer un adecuado rapport con la persona evaluada, obtener información lo menos sesgada posible sobre esta variable.

Concretamente, en lo relativo a los grupos de discusión, se crearon 3 grupos de 3 personas como media. El tamaño fue pequeño para favorecer la participación de todos los miembros y para fomentar la intimidad y confianza entre ellos. Todos los grupos fueron dirigidos por una facilitadora previamente entrenada y con experiencia en el área de la salud mental y el estigma. En todos ellos se aseguró propiciar la expresión libre y espontánea de los participantes, aunque de forma estructurada siguiendo un guion temático, consensuado previamente por el equipo de investigación. El total de las sesiones duraron entre 60 y 90 minutos, se grabaron y fueron posteriormente transcritas, para poder analizarlas según su contenido y categorizarlas inductivamente como aconseja la metodología de análisis cualitativo (Huberman y Miles, 1994).

En cuanto a las entrevistas cualitativas, se realizaron cuatro entrevistas, una a cada persona, que se llevaron a cabo en dos sesiones de una duración de entre 45 y 60 minutos. La evaluadora fue una psicóloga especialista en estigma internalizado y salud mental. Al igual que en los grupos de discusión, todas las sesiones se grabaron y fueron posteriormente transcritas para su posterior codificación y análisis.

### **4.3.3 Variables y medidas**

Se empleó la *Escala de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental* (ISMI) (Ritsher et al., 2003) para medir el nivel de EI de los participantes. Esta escala evalúa la experiencia subjetiva del estigma internalizado mediante 29 ítems que siguen un formato tipo Likert. La puntuación final comprende un rango entre 1 y 4 donde a mayor puntuación mayor EI, siendo una puntuación de estigma elevado aquella igual o mayor que 2,5 (Ritsher et al., 2003; Lysaker, Roe y Yanos, 2007).

El guion empleado en los grupos de discusión, tal como se muestra en la tabla 11, consta de una primera parte de recepción de los y las participantes donde se explica los objetivos, la dinámica y las normas básicas de un grupo de discusión. Un segundo bloque de contenidos, que cuenta con tres subapartados: el primero de ellos pretende contextualizar y situar a los

participantes en el tema a tratar, el estigma internalizado. El segundo está diseñado para obtener la información relativa a las variables que se estiman predictoras del EI. Y el tercero, pretende indagar sobre las estrategias consideradas útiles para su reducción. El último bloque da lugar al cierre y a los agradecimientos.

**Tabla 11.** Guion Temático de los grupos focales

Bloque	Objetivo	Preguntas
<b>1. Introducción</b>	Recepción de los y las participantes y presentación	Agradecer la participación. Explicación de los objetivos del estudio y de la dinámica y normas del grupo de discusión.
<b>2. Contenidos temáticos</b>	Definición del estigma internalizado asociado a los trastornos mentales	<i>¿Qué es para vosotros el autoestigma?</i> <i>¿Creéis que algunas personas con trastorno mental se autoestigmatizan?</i>
	Variables predictoras del estigma internalizado	<i>¿De qué creéis que depende que una persona, que tiene un trastorno mental, desarrolle autoestigma y otras personas con trastornos mentales no?</i>
	Estrategias para reducir el estigma internalizado	<i>¿Qué estrategias creéis que se pueden utilizar para luchar contra el autoestigma?</i> <i>¿Qué estrategias os sirve a vosotros?</i>
<b>3. Despedida</b>	Cierre y despedida	Concluir el grupo de discusión. Agradecer de nuevo la participación y despedir a los y las participantes.

Por su parte, la entrevista individual siguió una estructura más abierta. Se empleó una entrevista semiestructurada, con un formato común para todos los participantes extraído de la guía de entrevista clínica general de Muñoz (2003). Igualmente, el objetivo de esta entrevista fue la detección de variables predictoras del EI y la identificación de estrategias que ayudaran en su reducción. Para conocer el guion y la estructura detallada de la entrevista se pueden consultar la tabla 12.

#### 4.3.4 Análisis de datos

El procedimiento de análisis de datos fue el mismo tanto para los grupos de discusión como para las entrevistas cualitativas. Sin embargo se realizaron dos análisis diferenciados para

cada una de las muestras, estableciéndose de este modo dos sistemas de codificación distintos que permitirán resultados igualmente diferenciados y comparables entre sí.

Para este análisis cualitativo de los datos, en primer lugar en función de los temas del correspondiente guion y a lo largo de una primera fase del proceso de transcripción, se fueron añadiendo códigos en base a la información facilitada por los participantes, siempre teniendo claro el objetivo del estudio: conceptualizar el estigma internalizado, sus variables predictoras y las estrategias para reducirlo. Para ello, se distinguieron bloques relevantes de texto que representaran una idea central y se les dio un código que reflejara inicialmente lo más fielmente posible el contenido del texto. Esto se hizo, utilizando paráfrasis e identificación de la palabra clave del fragmento. A partir de aquí se fueron unificando los códigos y generando categorías sobre estos. El equipo investigador fue revisando constante y exhaustivamente el proceso hasta establecer un sistema consensuado y cerrado de categorías y subcategorías que permitiera la codificación definitiva. Establecido el sistema de codificación definitivo, para asegurar su fiabilidad, dos investigadoras independientes replicaron la codificación de todas las transcripciones tanto de los grupos de discusión como de las entrevistas individuales, asignando los códigos establecidos a los fragmentos relevantes de texto. Aquellos códigos donde no hubo consenso, en al menos el 75% de las ocasiones, fueron eliminados. Además para garantizar el acuerdo entre las codificadoras sobre el material codificado, se empleó como medidas de acuerdo el estadístico Kappa de Cohen's  $k$  (Cohen 1960).

#### **4.3.5 Resultados**

##### **a) Grupos de discusión**

La fiabilidad interjueces en lo referido al proceso de codificación de los grupos de discusión fue elevada, siendo Kappa de Cohen's de 0,91.

En la tabla 13, se representan las categorías y subcategorías, así como ejemplos representativos de las opiniones y experiencias de los participantes sobre cada una de ellas, a través de fragmentos textuales de sus intervenciones, seleccionados por su representatividad y claridad.

**Tabla 12.** Guion entrevista individuales

Bloque	Objetivo	Preguntas
<b>1. Introducción</b>	Recepción de los y las participantes y presentación	Agradecer la participación. Explicación de los objetivos del estudio y de la dinámica de las sesiones.
<b>2. Contenido temático</b>	Identificación de problemas en las relaciones sociales	Me gustaría saber, <i>¿Cómo son sus relaciones sociales?</i> <i>¿Ha tenido problemas en sus relaciones sociales?</i>
	Análisis de secuencias del problema	<i>¿Podría describirme como una película la última vez que ocurrió el problema (situación de discriminación: rechazo, trato injusto o sobreprotección)?</i>  Preguntar por:  <i>¿Situaciones en las que suele ocurrir?</i> <i>¿Con quién suele estar?</i> <i>¿Qué suele estar haciendo antes de que ocurra?</i> <i>¿Qué suele pensar antes de que ocurra?</i> <i>¿Suele sentirse de alguna manera especial antes de que ocurra?</i> <i>¿Qué piensa después, cuando ya ha pasado el suceso?</i> <i>¿Qué siente después de que haya pasado el suceso?</i> <i>¿Qué hace después de que haya ocurrido?</i>
	Historia del problema	<i>¿Cuándo esto que me cuenta ocurrió por primera vez? Intente recordar aquella primera vez que ocurrió, ¿Podría describirla igual que la anterior como si fuera una película? (Identificar: situaciones, pensamientos, emociones y conductas).</i>  <i>Háblame un poco de aquella época, ¿Qué hacía usted por aquel entonces?</i> <i>¿Desde entonces, podrías decir que el problema ha mejorado o empeorado? ¿De todas esas discriminaciones que ha tenido, recuerda la peor? ¿Podría describirla con detalle? (Identificar: situaciones, pensamientos, emociones y conductas).</i> <i>¿Podría describir alguna de las ocasiones más leves?</i>
	Importancia del problema	<i>¿Cuánto le afecta en su vida, este problema?</i> <i>¿Se lo ha contado a alguien? ¿Qué le dice la gente cercana?</i>
	Análisis de parámetros	<i>¿Cuántas veces suele ocurrir esta clase de problemas que me cuenta? (a la semana, al día), ¿Cuántas veces ocurrió en la última semana?</i> <i>¿Cuánto suele durar? ¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio hasta el final?</i>
	Causalidad percibida, atribuciones	<i>¿Por qué cree usted que le pasa esto?</i>
	Apoyo social	<i>¿Qué personas cercanas le ayudan a enfrentarse a las discriminaciones o al rechazo? ¿Quién podría ayudarle?</i>
	Estrategia de afrontamiento	<i>¿Qué suele hacer “por sí mismo” para solucionar el problema?</i> <i>¿Le sirve lo que hace?</i>
<b>3. Despedida</b>	Cierre y despedida	Concluir la entrevista. Agradecer nuevo su participación, y despedir a los y las participantes.

**Tabla 13.** Resumen de los resultados del grupo de discusión

Temas	Categorías	Sub-categorías	Ejemplos
<b>Definición estigma internalizado</b>	Barrera		- <i>“El estigma internalizado son barreras que ponemos nosotros mismos, al vernos enfermos”</i> - <i>“Las barreras que se pone uno mismo, es el estigma internalizado”</i>
	Aceptación/aplicación del estereotipo		- <i>“Creértelo tú el estigma y creer a la sociedad, que te estigmatiza eso sería el autoestigma,”</i> - <i>“No puedo hacer esto, porque soy tonto, no puedo ir allí porque cual, ese es el autoestigma, que lo crees”</i>
	Auto-discriminación		- <i>“Autoestigma es, tirarte piedras a ti mismo, discriminarte”</i> - <i>“Cuando uno se mete en su concha y evitas”</i>
<b>VVBB predictoras internalizado</b>	Estigma del entorno	Estereotipos	- <i>“La gente que rodea, los amigos lo abierta que sean afecta mucho”</i> - <i>“Yo tenía un amigo al que sus padres le decían que era un inútil, que no valía para nada, que tenía que estar encerrado, y eso influye”</i>
		Discriminación: trato injusto	- <i>“Te señalan, te insultan, cuando intentas tirar para adelante y te van señalando, y maltratando, o a la hora de hacer entrevistas, e incluso desde la misma familia, eso marca”</i> <i>“El que todo el mundo te odia o te margina”.</i>
		Discriminación: sobreprotección	- <i>“Influye mucho el que por ejemplo los trabajadores sociales decidan, por ti, decidan si puedes trabajar, o si no puedes trabajar, si puedes viajar, o si no, si puedes viajar sólo, si puedes estar conviviendo con tu familia, si no puedes convivir con la familia, si puedes, si puedes, si no puedes”.</i>
	Red de apoyo social		- <i>“También depende de las personas que nos rodean, que crean en nosotros, o no crean, que nos apoyen o no nos apoyen”</i> - <i>Yo creo que las relaciones sociales, con tus padres o con tu familia o con el psiquiatra, tener gente que cuente contigo o no, es clave”.</i>
	Propio estigma social		- <i>“Alguien que a ti te rechaza antes, que tiene estigma y ahora le viene la enfermedad pues generalmente esa persona se come mucho más la cabeza”</i> - <i>“La gente que es más abierta, pues lo ve de otra manera si le pasa”</i>
	Empoderamiento		- <i>“Es muy duro para la persona sobreponerse y decir aunque los demás me traten así yo valgo por lo que soy, valgo como persona, como ser humano”.</i> - <i>“A la gente le faltan ganas a veces, nos dejamos vencer por los miedos, las inquietudes, hay personas que creen que todo ya está como está y que no pueden avanzar”.</i>
	Autoeficacia		- <i>“Darte cuenta que tú puedes hacer muchas cosas, puedes hacer cualquier cosa, ayuda mucho”.</i> - <i>“Si, eres fuerte con tu personalidad, y te crees capaz, entonces lo superas, si no, no”</i>

Tabla 13. Continuación

Temas	Categorías	Sub-categorías	Ejemplos
<b>VVBB predictoras internalizado</b>	Autoestima		- <i>Si te vas cargando de valor a ti mismo, vas teniendo una autoestima y dices pues qué leches, yo no soy inútil, yo no estoy para catalogarme a mí mismo de esto y de lo otro.... pero si no lo haces, entonces sí que caes</i>
	Rol de enfermo		- <i>“Hay personas que se auto-catalogan porque esa es su defensa, para poder hacer cosas que no harían si no estuvieran auto-catalogadas”</i> . - <i>“La gente que no supera el autoestigma es gente que sinceramente se refugia en él porque le gusta chantajear con él”</i> .
	Afecto negativo		- <i>“Personas que son más tristes, más apagadas, desarrollan más autoestigma”</i> - <i>“Si uno es una persona muy feliz, es muy raro que le vaya amargar una cosa así, sin embargo, si es negativo le va a afectar”</i>
	Duración de la enfermedad		- <i>“El que lleva mucho tiempo, ya lo tiene asumido, pero un chico joven, que lleve menos de un año, es más probable que se autoestigmatice”</i> - <i>“El autoestigma, suele salir al principio de la enfermedad cuando llevas poco tiempo”</i>
<b>Estrategias reducir estigma internalizado</b>	Apoyo social y profesional	Grupo de iguales	- <i>“El que la persona vaya a grupos, de gente como él, y la misma gente que está ahí te puede ayudar”</i> . - <i>“Entre nosotros, hablar eso ayuda mucho más que con los psicólogos, creo yo. Porque así la persona se da cuenta de que cómo otro vive la vida de “happy” y a lo mejor está peor que yo”</i>
		Acceso a los recursos sanitarios y sociales	- <i>“Los CRL y los centros de la Red están muy bien, yo creo que estos centros ayudan mucho”</i> . - <i>“Te ayudan también los medios que hay de salud mental”</i> .
	Aumento de autonomía		- <i>“A mí me ha servido mucho, para disminuir mi autoestigma, orientarme a la sociedad y contribuir a ella, el tener un trabajo como tengo yo, de limpiador”</i> - <i>“Que seamos lo que se dice pues: autónomos”</i>
	Estrategias individuales de afrontamiento	Confrontación asertiva	- <i>“Decir oye, que una cosa es que yo esté medicada, y tenga ciertas dificultades y otra cosa es que yo no tenga una variedad de múltiples cualidades”</i> . - <i>“Yo me quede así mirando y le dije, no, tonto no. Más listo que lo que tú te crees, pero con un problema y ya está”</i> .
		Divulgación del propio trastorno	- <i>“Yo creo que mostrarse tal y como somos, sin máscaras, tampoco es que vayas proclamando soy enfermo mental, pero si te preguntan algo que va relacionado con la enfermedad o te cuentan algo, salir del armario y dar el paso, igual que los gays salen del armario”</i> - <i>“Fortalecernos y hacernos ver”</i>
		Indiferencia y distanciamiento	- <i>“Si puedes evitar un problema, evítalo, yo es la única estrategia que tengo ahora mismo”</i> - <i>“Al final aprendes a poner una barrera primero y después bueno, ya según qué persona la quitas o no”</i>

A Continuación se irán detallando cada uno de los resultados obtenidos:

Al preguntar a los integrantes de los grupos de discusión por el concepto “estigma internalizado” o “autoestigma”, se obtiene respuestas en las que destaca la visión del estigma internalizado como una barrera autoimpuesta que suele aparecer junto al propio trastorno mental (*“barreras que nos ponemos nosotros mismos al vernos enfermos”*). También se ve el EI como un proceso de aceptación y de aplicación sobre uno mismo de los estereotipos sociales sobre los TMG (*creer a la sociedad que te estigmatiza, eso sería el autoestigma*) que termina dando lugar a la auto-discriminación (*autoestigma es, tirarte piedras a ti mismo, discriminarte*).

En cuanto a las variables que las personas que constituyen los grupos de discusión identifican como influyentes en el desarrollo del EI aparecen las siguientes:

- El estigma del entorno, concretamente la presencia de estereotipos sociales (*“le decían que era un inútil, que no valía para nada, que tenía que estar encerrado, y eso influye*) y de comportamientos de discriminación referidos a un trato injusto (*“te señalan, te insultan... eso marca”*) y a una sobreprotección (*“influye mucho el que....decidan, por ti”*).
- La red de apoyo social (*“yo creo que las relaciones sociales, con tus padres o con tu familia o con el psiquiatra, tener gente que cuente contigo o no, es clave”*).
- El propio estigma social de la persona (*“alguien que a ti te rechaza antes, que tiene estigma y ahora le viene la enfermedad pues generalmente esa persona se come mucho más la cabeza”*).
- Bajos niveles de empoderamiento (*“nos dejamos vencer por los miedos... hay personas que creen que todo ya está como está y que no pueden avanzar”*).
- Baja autoeficacia (*“si, eres fuerte con tu personalidad, y te crees capaz, entonces lo superas, sino, no”*).
- Baja autoestima (*“si te vas cargando de valor a ti mismo, vas teniendo una autoestima... pero si no lo haces, entonces sí que caes”*).
- Alto afecto negativo (*“personas que son más tristes, más apagadas, desarrollan más autoestigma”*).
- Duración de la enfermedad (*“el autoestigma, suele salir al principio de la enfermedad cuando llevas poco tiempo”*).

Y las estrategias consideradas como útiles para reducir el estigma en los grupos de discusión son las que se muestran a continuación:

- El apoyo de iguales (*“grupos, de gente como él, y la misma gente que está ahí te puede ayudar”*) y el acceso a los recursos sanitarios y sociales (*“los CRL y los centros de la Red... ayudan mucho”*)

- Las intervenciones a favor del aumento de autonomía (*“que seamos lo que se dice pues: autónomos”*)
- El uso de estrategias de afrontamiento individuales como la confrontación asertiva (*“decir oye, que una cosa es que yo esté medicada, y tenga ciertas dificultades y otra cosa es que yo no tenga una variedad de múltiples cualidades”*), la divulgación del propio trastorno (*“fortalecernos y hacernos ver”*) y la indiferencia o el distanciamiento (*“si puedes evitar un problema, evítalo, yo es la única estrategia que tengo ahora mismo”*).

#### **b) Entrevistas individuales**

La fiabilidad interjueces en lo referido al proceso de codificación de las entrevistas individuales fue igualmente elevada, siendo Kappa de Cohen´s de 0,89. En la tabla 14 se representan, igual que en el apartado anterior, las categorías y subcategorías, así como, ejemplos representativos de las opiniones y experiencias de los participantes sobre cada una de ellas a través de fragmentos textuales de sus intervenciones, seleccionados por su representatividad y claridad.

**Tabla 14.** Resumen de los resultados de las entrevistas individuales

Temas	Categorías	Sub-categorías	Ejemplos
<b>VVBB predictoras estigma internalizado</b>	Estigma entorno	Estereotipos	- <i>“La imagen que tiene la gente es que el esquizofrénico es el loco, el loco asesino vamos”</i> - <i>“Mi mujer, se cree que enseguida nos vamos a poner bien o estar bien”.</i> - <i>“Mi madre me ve, que soy irresponsable e inmadura”.</i>
		Prejuicios	- <i>“Mi mujer se enfada, se cabrea conmigo.... no comprende que estoy mal”</i> - <i>“Mi madre me dice, que pena, que estoy loco”</i> - <i>“Porque la gente le echa para atrás, vamos.... me tienen miedo”</i>
		Discriminación: rechazo o trato injusto	- <i>“Que tengo la enfermedad esta, que la gente no se arrima a mí por eso”</i> - <i>“Mi madre, una de las únicas personas que tenía a mí alrededor me trataba como un loco también”</i> - <i>“Me sentí muy mal cuando me rechazó el chaval este, y me mando el mensaje diciéndome que no quería saber nada de mí”</i>
		Discriminación: sobreprotección	- <i>“No me dan quejas, pero yo creo que alguna sí que me tenían que dar para que espabilara, me protegen un poquito, un poquito bastante”</i> - <i>“Desde que caí mala toman las decisiones por mí”</i> <i>“Tengo que pedir permiso para ir a los sitios”</i>
	Red de apoyo social	- <i>“No me relaciono con gente de fuera del entorno de la enfermedad mental... es que como me relaciono tan poco...”</i> - <i>“Mi hija, no se mete en nada, pero tampoco me ha apoyado en nada nunca”</i> - <i>“Iba del trabajo a la casa, porque tenía que arreglar la casa. Y amigas, amigas yo no he tenido nunca”</i>	
	Trastorno mental grave en familia	- <i>“El hijo que vive con nosotros es síndrome de down y está ahora, bueno lleva ya un tiempo que está con depresión”.</i> - <i>“Mi madre, también tiene un trastorno mental también, pero al principio no me aceptaba y no me ayudaba”.</i> - <i>“Mi hermana tuvo trastorno bipolar, bueno... le pusieron al principio esquizofrenia y después se lo cambiaron por trastorno bipolar”</i>	
	Propio estigma social	- <i>“Para mí, un loco era que está chalado, no sé cómo explicarme, uno que está mal, que es como inferior a los demás”.</i> - <i>“No entrevistaría para un trabajo a una persona con enfermedad mental, al igual que a una mujer embarazada, porque si sigues teniendo la enfermedad mental, vas a tener una recaída, y eso es una pérdida de dinero para el empresario”</i>	

**Tabla 14.** Continuación

Temas	Categorías	Sub-categorías	Ejemplos
<b>VVBB predictoras estigma internalizado</b>	Creencias irracionales	Necesidad de aprobación	-“Porque yo soy mucho de... del que dirán este” -“Me rayaría, a lo mejor es una idea absurda que tengo, que en el trabajo sepan cosas que pasan aquí en Getafe, como que no me hablo con los vecinos, y al revés, cosas que hago mal en él trabajo, que las sepan allí, porque opinen mal de mí”.
		Perfeccionismo	-“Es que considero que la vida normal es trabajar, tener pareja y si no fracasas” -“Chino lo deje el segundo día e inglés lo deje a las 5 o 6 semanas, porque no me enteraba. Prefiero no hacerlo si no puedo hacerlo bien” “La mayoría de las veces me sale mal, y prefiero no intentarlo si quiera”
		Autoeficacia	“El problema es que a mí me gusta aprender. Pero no puedo”. “Porque no puedo, porque me encuentro incapaz para todo”
		Autoestima	“Porque soy tonto, la vida, que no sé, me falta experiencia” “Pienso que bueno como entienden más que yo, que valen más que yo...”
		Rol de enfermo	“Muchas veces me digo que “ay el pobrecito de mí” y como que me escudo en eso... que como tengo la enfermedad mental, no me esfuerzo lo suficiente para hacer algunas cosas” “Es que si hago esas cosas puede que se considere que estoy preparado para trabajar, por ejemplo y me den de alta, por eso no quiero que me vean bien”
		Afecto negativo	“Tengo falta de ilusión, falta de ganas y eso influye a que me vea inferior” “Me encontraba muy decaída, muy afectada y era justo cuando más me rechazaba a mí misma”
<b>Estrategias reducir estigma internalizado</b>	Estrategias basadas en el apoyo social	Grupo de iguales	“Estoy contento, porque me relaciono con otras personas que les pasa cosas parecidas a mí, y tal. Y parece que eso.... Que ves a otras personas que les pasa las mismas cosas que a ti, te sientes que no eres tú solo al que le pasa esas cosas, y ayuda” “Estoy más animosa, que estos años atrás, bastante más animosa, por ir a las actividades, al centro y conocer a gente”
	Estrategias individuales de afrontamiento	Divulgación del propio trastorno	“Él sabe que yo vengo al centro, me preguntó que era esto, y yo se lo explique, y bien, el me entiende y yo mucho mejor”. “Ahora, lo saben todos en el trabajo... y eso me da tranquilidad”

Los resultados obtenidos al analizar las entrevistas cualitativas nos permiten identificar las siguientes variables como influyentes en el desarrollo del EI:

- El estigma del entorno reflejado en forma de estereotipos (*“la imagen que tiene la gente es que el esquizofrénico es el loco, el loco asesino vamos”*), prejuicios (*“mi madre me dice, que pena, que estoy loco”*) y discriminación, referida tanto a un trato injusto o rechazo (*“me sentí muy mal cuando me rechazó el chaval este y me mando el mensaje diciéndome que no quería saber nada de mí”*); como a sobreprotección (*“tengo que pedir permiso para ir a los sitios”*).
- La red de apoyo social (*“mi hija, no se mete en nada, pero tampoco me ha apoyado en nada nunca”*).
- Trastornos mentales en la familia. La información obtenida en las entrevistas nos ha permitido identificar la presencia de trastornos mentales graves en familiares de primer grado, de todas las personas evaluadas. (*“mi madre, también tiene un trastorno mental también, pero al principio no me aceptaba y no me ayudaba”*).
- Propio estigma social (*“para mí, un loco era que está chalado, no sé cómo explicarme, uno que está mal, que es como inferior a los demás”*).
- Creencias irracionales referidas a una necesidad de aprobación (*“porque yo soy mucho de... del que dirán este”*) y al perfeccionismo (*“prefiero no hacerlo si no puedo hacerlo bien”*).
- Baja autoeficacia (*“porque no puedo, porque me encuentro incapaz para todo”*).
- Baja autoestima (*“pienso que bueno como entienden más que yo, que valen más que yo...”*)
- Alto afecto negativo (*“me encontraba muy decaída, muy afectada y era justo cuando más me rechazaba a mí misma”*).
- Rol de enfermo (*“me escudo en eso... que como tengo la enfermedad mental, no me esfuerzo lo suficiente para hacer algunas cosas”*).

Finalmente, como estrategias útiles a la hora de reducir el estigma internalizado en las entrevistas individuales se han detectado las siguientes:

- Los grupos de iguales (*“estoy contento, porque me relaciono con otras personas que les pasa cosas parecidas a mí, y tal. Y parece que eso... Que ves a otras personas que les pasa las mismas cosas que a ti, te sientes que no eres tú solo al que le pasa esas cosas, y ayuda”*)
- La divulgación del propio trastorno como estrategia individuales de afrontamiento (*“ahora, lo saben todos en el trabajo... y eso me da tranquilidad”*).

#### 4.3.6 Discusión

La importancia de este segundo estudio cualitativo reside en gran parte en la muestra empleada para su desarrollo. Pues se considera necesario dar espacio a la voz de la propia persona con TMG que se ha visto afectada por el estigma de alguna u otra manera. Creemos que solo así estaremos en posición de ampliar los hallazgos obtenidos por los programas de intervención analizados hasta la fecha, que aunque prometedores no llegan a lograr un cambio transversal en todas las dimensiones del EI, y de esta forma estar más cerca de poder diseñar un nuevo programa de intervención que resulte eficaz.

En primer lugar resulta sobresaliente que muchas de las variables identificadas por separado en los grupos de discusión y en las entrevistas individuales coinciden entre sí, y no solo esto, sino que además lo hacen con las detectadas por los expertos en el trabajo anterior. Entre ellas destacan las siguientes:

El estigma del entorno, que como ya veíamos en la discusión previa, son muchos los estudios que conciben el EI como la interiorización, por parte de la persona que tiene un TMG, de este estigma social (Link et al., 2001; Vogel et al., 2013). Dentro de los componentes que constituyen el estigma: estereotipos, prejuicios y discriminación, es este último el que toma más relevancia en los tres análisis como variable con capacidad predictiva sobre el EI. Concretamente lo hace de forma diferencial en dos de sus manifestaciones: trato injusto y sobreprotección. Ya veíamos en el estudio de expertos, que la mayoría de trabajos existentes se centran el trato injusto, dejando al margen la sobreprotección, cuando sin embargo el estigma en la familia ha demostrado ser de los más frecuentes, y la sobreprotección, a su vez, la forma de discriminación más observada en este área (Corrigan et al., 2004). Asimismo es importante recordar que es más la anticipación de la discriminación, que la discriminación experimentada en sí, la que se relaciona con el EI (Quinn, et al., 2015).

Otras de las variables compartidas por expertos y personas con TMG es el apoyo social. Coinciden entre sí, y con algunos estudios previos en manifestar que aquellas personas con más red social de apoyo sufren menos la interiorización del estigma (Livingston et al., 2010; Sibitz 2011).

Centrándonos en variables personales, destaca el propio estigma, variable esta con mucha evidencia empírica previa a la hora de concebirla como predictora del EI (Corrigan et al., 2006; Muñoz et al., 2011; Vogel et al., 2013). Por otro lado, también aparece como variables identificadas la autoestima y la autoeficacia. Al igual que los expertos, las personas con TMG, opinan que estas variables pueden tener un papel predictor del EI, situándose también del lado de aquellos pocos estudios, que no se limitan a concebirlas como meras consecuencia de este, sino

como variables con importancia en su desarrollo (Brohan et al., 2010; Nabors et al., 2014). Finalmente una variable también común y que hasta ahora no había captado la atención de los investigadores, es el rol de enfermo. Esta ausencia de estudios previos, junto al acuerdo obtenido en nuestros resultados sobre la importancia de esta variable como predictora del EI, requiere sin duda se amplíe la investigación sobre ella.

Por otro lado, los resultados evidencian algunas otras variables que aunque no han coincidido, como las mencionadas hasta hora, por los tres grupos analizados (expertos, personas con TMG y bajos niveles de EI, y personas con TMG y bajo EI) son concluidas en dos de los mismos. Entre ellas se encuentran las siguientes:

Antecedentes psiquiátricos en la familia, también es una variable a destacar. Tener un familiar con TMG, según las personas expertas de nuestro estudio previo y según lo extraído de las entrevistas individuales, parece ser un factor de vulnerabilidad ante el desarrollo del EI. Se abre con este hallazgo otra nueva hipótesis que hasta la fecha no ha sido puesta a prueba por los estudios empíricos existentes, y que puede ser clave en el entendimiento del estigma. Lo mismo ocurre con el afecto negativo, variable en esta ocasión identificada por las personas con TMG, tanto en los grupos de discusión como en las entrevistas, y que tampoco ha llamado excesivamente la atención de los estudios previos existiendo solo una investigación en la que se explora y confirma este papel predictor (Ben-Zeev et al., 2012).

Otras dos variables que aparecen tanto en los resultados referidos a los grupos de discusión y al estudio de panel de expertos son el empoderamiento y la duración del trastorno. El empoderamiento, ha sido ampliamente analizada, y se confirma la relación entre ella y el EI en casi todos los estudios existentes (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010). Siendo más dudoso el tipo de relación con esta variable, al encontrarse trabajos que la sitúan como consecuencia del EI (Vauth et al., 2007; Rüschi et al., 2009) y otros que le dan el papel de variable predictora del mismo (Brohan et al., 2010). Más trabajos son requeridos para aclarar la dirección de esta relación. En cuanto a la duración del trastorno, se concluye que a la opinión de los expertos mencionada, se le suman las de las personas de los grupos de discusión. Ahora bien, como ya se comentó, esta conclusión no cuenta con apoyo empírico en la literatura antecedente (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013).

La última variable que aparece en los resultados de los análisis de las entrevistas y que también fue identificada por los expertos son las creencias disfuncionales. De hecho, es resaltable que a lo largo de las entrevistas con todas las personas evaluadas, que recordemos tenían todas ellas niveles elevados de EI, se observa el empleo de un lenguaje que en frecuentes ocasiones resultaba absolutista, exagerado y distorsionado. Situándonos esto, en la necesidad de continuar

reflexionando y analizando esta variable en futuras investigaciones, por ser además una variable novedosa sobre la que no encontramos resultados previos y sobre la que es posible y sencillo diseñar intervenciones.

Centrándonos ahora, en las estrategias de intervención identificadas como útiles en este segundo estudio, destacan los grupos de apoyo mutuo y el modelaje social derivado de los mismos, que también fueron señalados como bastante útiles por los expertos, y que se encuentran como parte de programas de reducción del estigma que resultaron prometedores (Russinova et al., 2014; Corrigan et al., 2015). Incluir a pares dentro de los programas antiestigma es una estrategia que se considera logra efectos positivos y de utilidad.

También presente en todos los resultados obtenidos, aparece el entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Tomando entre ellas especial importancia la estrategia de divulgación del propio trastorno. Esta estrategia es la parte central del programa “Honest, Open, Proud” (HOP) del equipo de Corrigan (Rüsch et al., 2014; Corrigan et al., 2015) el cual consigue cambios en el estigma internalizado general y en variables asociadas a este. Es por ello que no podemos obviarla a la hora de diseñar programas destinados a la reducción del EI. Otras estrategias de afrontamiento que también las entrevistas individuales permiten etiquetar como eficaces y que por tanto también deberíamos incluir dentro de los programas son la confrontación asertiva y el distanciamiento. Ambas son entrenadas en programas previos igualmente prometedores como por ejemplo el PAREI (Díaz-Mandado., 2015). Como últimas estrategias de intervención útil para la reducción del EI que se identifican en en los grupos de discusión, se encuentran el acceso a los recursos sanitarios y sociales, y el aumento de la autonomía de la propia persona con TMG. Parece obvio que este acceso al tratamiento, que per se tiene implícito fomentar la autonomía de la persona, favorezca además de la mejora de la recuperación clínica, la reducción del EI. Pues cada vez son más las intervenciones incluidas en el modelo de recuperación sociosanitario que incluyen la reducción del EI como objetivo transversal de intervención (Lysaker et al., 2012; Sibitz et al., 2013).

Entre las limitaciones de este estudio encontramos, al igual que en el estudio previo de panel de expertos, las derivadas de la propia metodología cualitativa. A ellas se suman las limitaciones referidas al tamaño de la muestra, explicada por las dificultades de acceso a este grupo de población. Pese a dirigirnos a toda una Red Pública de personas con TMG dónde hay más de 6.000 plazas, no resulta fácil encontrar personas que estén dispuesta a participar en este tipo de estudios, algo común en otros trabajos similares y que sin dudas nos hace plantearnos las estrategias empleadas desde la investigación para acceder a la muestra (Yanos et al., 2015; Mittal et al., 2012). Dadas estas limitaciones, debe tenerse en cuenta que el análisis realizado en este trabajo es exclusivamente de carácter cualitativo, como corresponde al empleo de la metodología

de grupos de discusión o entrevistas cualitativas. Por lo que en todo momento se ha evitado las referencias cuantitativas que pudieran ser malinterpretadas dado el escaso número de participantes y el tipo de metodología de base. Siendo necesario que los datos expuestos sean considerados de forma complementaria a los resultados obtenidos tanto en el estudio de expertos previo, como en el estudio empírico II de la presente tesis, el cual empleará una metodología y análisis cuantitativos, para de este modo añadir rigor y objetividad a las conclusiones extraídas presente estudio.

#### **4.4 Conclusiones del estudio empírico I**

En conclusión este estudio piloto, con sus dos subapartados, no solo nos ha permitido cumpliendo con los objetivos propuestos, reforzar ideas ya ofrecidas por la literatura previa acerca de variables claves en el desarrollo del estigma internalizado, sino que además de ello ha posibilitado la identificación de nuevas variables hasta ahora no mencionadas y que sin embargo también podrían ser esenciales para este desarrollo del EI; y por ello de gran importancia de cara al diseño de programas dirigidos a su reducción. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- El desempeño de roles. Parece que ejercer roles valiosos puede ser un factor protector ante el proceso de internalización del estigma. Mientras que asumir el rol de enfermo facilita la internalización del mismo. De confirmarse esta idea, sería de utilidad que pudiera materializarse en nuevos programas de intervención para reducir el EI, donde se fomenten roles valiosos y donde se otorgue un papel activo al paciente en su propio proceso de recuperación, contrario al rol de enfermo.
- La presencia de ideas estigmatizantes y disfuncionales. Se considera que estas ideas pueden facilitar que la persona con TMG aplique fácilmente los estereotipos sociales sobre sí misma, siendo difícil para ella la generación de ideas alternativas más ajustadas a la realidad y más saludables. Si este tipo de ideas, tal como se ha propuesto en este estudio, influyen sobre el desarrollo del EI, serán necesarias estrategias destinadas a generar cambios en ellas o en la forma de relacionarnos con ellas, a través bien de la psicoeducación y de la reestructuración cognitiva o del empleo de la defusión cognitiva propia de la ACT.
- El papel predictor de variables hasta ahora más consideradas consecuencias del EI, como son la autoestima, la autoeficacia o el empoderamiento, reforzaría la importancia de módulos en programas más amplios, o de programas completos dirigidos a aumentar estos constructos, para así conseguir una mejora en el autoestigma.

- La presencia de una buena red que ofrezca apoyo social es considerada como una variable de protección ante el EI. Y por ello, el diseño de estrategias de intervención que mejoren las relaciones sociales significativas de las personas con TMG, podrían ser de gran utilidad para reducirlo.
- La influencia del afecto negativo sobre el EI, también es una variable destacada como causa del EI. Al no existir programas de reducción del autoestigma que contemplen estrategias específicas destinadas a reducir el afecto negativo, si esta relación se ve confirmada por estudios posteriores, podría ser igualmente interesante poder incluirlas.
- La existencia de TMG en familiares como variable de riesgo para el desarrollo del EI, también es un hallazgo novedoso de este estudio. De corroborarse esta relación se abriría una nueva línea de investigación a un nivel más amplio que aquella que se centra en el estudio del propio individuo, y que se basaría en la pregunta de ¿Qué está ocurriendo en el núcleo de una familia con TMG para favorecer el estigma de sus miembros?

Igualmente como se comentaba, con esta investigación se ha permitido confirmar la influencia de otras variables ya ampliamente citadas por la literatura previa por su carácter predictor del EI. Entre ellas se encuentran el estigma social de la propia persona, o las experiencias de discriminación y la anticipación de las mismas (Muñoz et al., 2011; Corrigan et al., 2006; Quinn et al., 2015). Pudiendo ser no obstante interesante, en esta línea ir un paso más allá y explorar si influye, o no, la gravedad de la discriminación y el impacto que esta tiene sobre la persona que la sufre ¿Si una persona experimenta una discriminación en la que puede verse comprometida su seguridad o su integridad desarrollaría más estigma internalizado que otra que sufre discriminaciones más leves en forma de rechazos, de trato injusto, o de sobreprotección? Es una interrogante esta no esclarecida hasta la fecha y que nos aportaría una información de gran interés que relacionaría el campo del trauma y el del estigma.

Por otro lado y además de esto, gracias a los hallazgos de este estudio cualitativo, podemos concluir que resultan imprescindible para reducir el EI estrategias o abordajes terapéuticos que fomenten la autonomía y un papel activo del usuario en lo relativo a su propio proceso de recuperación, donde se propone dejen de ser meros receptores del mismo para participar activamente en la planificación y ejecución de las intervenciones. Ejemplo de ello son los grupos de apoyo entre iguales, donde es la propia persona con TMG la que dirige la intervención sin la ayuda de un profesional (Chamberlin, 2006). También, es importante destacar, por su importancia concedida, la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental; que además de encontrarse en programas precedentes de reducción del EI (Corrigan et al., 2015; Russinova et al., 2014) también ha sido empleada con resultados prometedores en otros grupos

de población que también han sufrido y sufren la estigmatización, como por ejemplo el colectivo de personas LGTBI (Hunter, 2007).

Se concluyen como útiles también, técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, la terapia narrativa y la terapia de aceptación y compromiso. Así como estrategias dirigidas a la reducción del estigma social como la sensibilización o la terapia familiar. Y finalmente con menos validez identificada aparecen estrategias como la psicoeducación o las estrategias de regulación emocional.

Es importante recordar, las limitaciones de la metodología cualitativa ya mencionadas con detalle en los apartados previos de discusión, como la presencia de subjetividad, los pequeños tamaños de la muestra, o la dificultad de generalizar los resultados, entre otras. Y en respuesta de ello, debemos enfatizar que se trata de un estudio cualitativo y preliminar, que tiene como objetivo una primera exploración e identificación de variables relevantes en el desarrollo del EI y de estrategias que se consideran útiles para su reducción. Y que por lo tanto, se trata de un trabajo que ha de ser complementado de cara a confirmar o no sus resultados, por otro estudio empírico con metodología más rigurosa como es la cuantitativa, que se será desarrollado en el siguiente capítulo de la presente tesis.

# **CAPÍTULO 5.**

## **Estudio empírico II**



## **CAPÍTULO 5. Estudio empírico II: Predictores estigma internalizado en personas con trastorno mental grave**

### **5.1 Planteamiento general**

Este segundo trabajo complementa al estudio empírico I, al dotar a los resultados obtenidos en el mismo del rigor metodológico propio de la metodología cuantitativa y del análisis estadístico de los datos. Y supone un paso previo al estudio empírico III, pues sus conclusiones se espera nos sitúen en una posición ventajosa a la hora diseñar el nuevo programa de intervención de reducción del EI.

Concretamente este segundo estudio, como se comentó en el apartado de planteamiento general, objetivos e hipótesis, correspondiente al capítulo 3 de la presente tesis, tiene como objetivo principal explorar la capacidad predictiva conjunta sobre el estigma internalizado de aquellas variables que en el estudio empírico I, han sido destacadas como relevantes en su desarrollo. De este modo se espera poder corroborar y ampliar nuestro conocimiento sobre las variables identificadas por la literatura previa como predictoras del EI y situarnos con ello en una mejor posición para diseñar un programa de intervención mucho más preciso y ajustado, que logre incidiendo en estas variables descritas reducir el estigma internalizado y otras variables de recuperación asociadas a este.

Específicamente, se pretende estudiar por su relevancia en el estudio I, la relación y la capacidad predictiva sobre el EI de las siguientes variables: rol de enfermo, autoestima, autoeficacia, estigma social de la propia persona con TMG, creencias disfuncionales, discriminación experimentada, apoyo social y afecto negativo. En relación a la discriminación, se quiso ir un paso más allá y ver la influencia sobre el EI que pudiera tener el haber experimentado un suceso discriminatorio que además fuera traumático para la persona. Así como, el impacto sobre el EI de este suceso discriminatorio traumático en aquellas personas que lo hubieran experimentado. Es importante mencionar que se descartó, incluir en los análisis de predicción, la variable TMG en familiares, también relevante en el estudio empírico I, al no ser una variable sobre la que se pudiera incidir en un programa de intervención de estas características. No obstante se exploró la correlación entre esta y el EI. Además de ella, también se excluyó la variable empoderamiento por preferir estudiar el peso de las variables de autoestima y autoeficacia, menos estudiadas como variables predictoras en la literatura previa (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010; Nabors et al., 2014).

A este objetivo central, se añade un objetivo secundario que consiste en analizar la relación del EI y un conjunto de variables de recuperación, que se espera en el caso de darse una asociación significativa puedan mejorarse tras la aplicación en el programa de intervención. Estas variables son las siguientes: sintomatología psiquiátrica, sintomatología depresiva, ansiedad social, conciencia de enfermedad, orientación a la recuperación, funcionamiento psicosocial, salud general y la calidad de vida.

## 5.2 Participantes

Este estudio contó con una muestra final de 162 personas con TMG. Todas ellas estaban siendo atendidas en distintos Centros de la Red Pública de Atención Social a personas con trastorno mental grave de la Comunidad de Madrid, gestionados por el Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (Intress) y por Grupo5, una empresa de Gestión de servicios sociales, educativos y profesionales. Todas las personas usuarias de esta red han sido diagnosticadas con un TMG por el Servicio Nacional de Salud Mental y reciben tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial según dispone el programa de continuidad de cuidados al que pertenecen.

Los criterios de inclusión y de exclusión fueron los siguientes:

Inclusión:

- 1) Tener una edad comprendida entre 18 y 67 años
- 2) Tener un diagnóstico principal según criterios diagnósticos CIE-10 (OMS, 1996) o DSM-IV (APA, 1994) de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos de origen no orgánico (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29); trastorno obsesivo-compulsivo (F42); trastorno afectivo (F31, F33, F34, F38, F39), o trastorno de personalidad (F60)
- 3) Ser atendido en un Centro de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave de la Comunidad de Madrid.

Exclusión:

- 1) Presentar una sintomatología psicótica aguda que impida completar el protocolo de evaluación. La valoración dependió del juicio clínico del psicólogo/a de referencia
- 2) Tener deterioro cognitivo grave ( $>27$  *Minimal State Examination*; Folstein et al., 1975).

La selección de los participantes se llevó a cabo siguiendo los mencionados criterios de inclusión y exclusión, de manera aleatoria y manteniendo la representación de todos los tipos de recursos de la Red Pública de Atención social: Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centros de Día (CD), Mini-residencias (MR) y Pisos supervisados asociados a estas (PS); Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) y Centros de Rehabilitación laboral (CRL). Para ello, en primer lugar se creó tantas listas como tipos principales de recursos, con todos los centros pertenecientes a las dos entidades colaboradoras: Intress y Grupo 5. A continuación se aleatorizaron todos los centros de cada lista, mediante el programa informático Research Randomizer (Urbaniak y Plous, 2006). La invitación a los centros a participar en el estudio se hizo siguiendo el orden aleatorio resultante en cada tipo de recurso. Se les ofreció participar a 18 centros, 16 de los cuales aceptaron, mientras que los otros dos rechazaron participar. Del mismo modo la selección de los participantes de cada uno de los centros elegidos también fue aleatoria. Igualmente se creó una lista de todos los usuarios de cada centro que cumplieran con los criterios de elegibilidad; estos fueron ordenados usando el mismo programa informático de aleatorización (Research Randomizer, Urbaniak et al., 2006). El orden de aleatorización resultante fue el que se siguió a la hora de ofrecer participar en el estudio. La decisión final de participar o no, fue, por supuesto, del propio usuario/a, tras recibir toda la información pertinente sobre el estudio. Se solicitó un número de participantes por centro de entorno al 30-40% del total de usuarios/as, para conseguir con ello una muestra suficientemente amplia y que fuera representativa de todos los tipos de recursos y de las diferentes zonas geográficas de la Comunidad de Madrid. La mayoría de los centros, 11 de los 16, llegó a la cifra de participantes solicitada, los 5 centros restantes consiguieron cifras menores de participación entorno al 20-10% de los usuarios totales de cada centro. Se contactó con un total de 330 personas, de las cuales 163 (49,9%) aceptaron participar y 167 (50,1%) rechazaron participar. Una tasa de rechazo en consonancia con los estudios de intervención clínica (Goodwin et al., 2000). El procedimiento de selección finalizó una vez se obtuvo un tamaño muestral adecuado para el tipo de análisis que se estimaba se realizaría, según el programa estadístico G Power (Faul, Erdfelder., Buchner, y Lang, 2009). El número final de personas evaluadas en este estudio fue de 163. Sin embargo, hubo una persona que no contestó a la mayoría de los cuestionarios por lo que se excluyó de todos los análisis realizados, siendo el tamaño muestral final de 162. En la tabla 15 se recoge el número de personas de cada centro que participaron y el porcentaje del total que representan. Este procedimiento de selección empleado, en primer lugar, permite contar con una muestra lo más representativa posible de todos los tipos de centros de la Red pública de Atención Social a personas con TMG, así como, de diferentes zonas geográficas repartidas por toda la Comunidad de Madrid; y en segundo lugar, facilita que se minimice la posible contaminación provocada por variables como la propia iniciativa por parte de los centros o de los usuarios/as a ofrecerse de manera proactiva participantes voluntarios de este tipo de estudio.

**Tabla 15.** Características referidas a los centros de pertenencia de la muestra ( $n= 162$ )

<b>Tipo/Nombre del Recurso</b>	<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje del total (%)</b>
MR Alcobendas	10	6,2
Pisos Alcobendas	5	3,1
MR Alcalá de Henares	11	6,8
Pisos de Alcalá de Henares	2	1,2
CD Arganzuela	9	5,6
CD Chamberí	12	7,4
EASC Chamberí	5	3,1
CD Collado Villalba	13	8,0
CRPS Getafe	15	9,3
CRL Getafe	10	6,2
MR Getafe	6	3,7
Pisos Getafe	2	1,2
CRL Latina	22	13,5
CRPS las Rozas	23	14,1
EASC las Rozas	9	5,6
CRPS Martínez Campos	8	4,9
TOTAL	162	100

### 5.3 Procedimiento

Tras establecer los pertinentes convenios y superar los comités éticos correspondientes para llevar a cabo el estudio, se llevó a cabo la selección de participantes, explicada con detalle en el apartado de participantes. A continuación y antes de iniciar el proceso de evaluación todos las/los participantes fueron informadas/os sobre el propósito y las características de la investigación y dieron su consentimiento a participar por escrito, de acuerdo con la Declaración de Helsinki (AMM, 2008). Seguidamente se inició el proceso de evaluación, mediante dos sesiones. La primera de ella tenía una duración de aproximadamente 60 minutos y evaluaba al propio participante en su centro de referencia y según sus horarios disponibles. Y la segunda sesión de evaluación, de entre 15 y 20 minutos, fue realizada al profesional de referencia encargado de la atención psicológica del participante. Ambas evaluaciones fueron llevadas a cabo por evaluadoras expertas previamente entrenadas por el equipo investigador.

Concretamente, en la primera sesión se evaluaron a los participantes para obtener información relativa a datos de carácter sociodemográfico, así como a todas las variables psicosociales del estudio: estigma internalizado, autoestima, autoeficacia, creencias disfuncionales, estigma social, afecto negativo, discriminación percibida, rol de enfermo, orientación a la recuperación, deterioro psicosocial, apoyo social, satisfacción vital y calidad de vida, y salud general. Y finalmente también se evaluaron algunas variables clínicas del estudio, como son la depresión, la ansiedad social y la sintomatología postraumática derivadas de discriminaciones consideradas sucesos traumáticos. Dada las características de la población objeto de estudio, se anticipó en una parte importante de la muestra, una posible dificultad a la hora de mantener la atención durante el tiempo necesario para responder a todos los cuestionarios del protocolo de evaluación, así como posibles problemas en la comprensión verbal del contenido de algunos de los ítems, por ello, y con el fin de facilitar el proceso de evaluación, se empleó un formato de evaluación heteroaplicado. La entrevistadora además de dar las instrucciones de aplicación de cada instrumento, leía los ítems de los mismos y apoyándose en fichas con las escalas de respuestas, creadas para este estudio solicitaba al participante una respuesta a cada ítem. En una formación previa a las evaluadoras sobre el protocolo de evaluación se acotaron las posibles aclaraciones permitidas en cada uno de los cuestionarios para evitar, en la mayor medida posible, la contaminación de las respuestas de los participantes.

La segunda sesión de evaluación, se dirigió al profesional de referencia encargado de la intervención psicológica del/a participante. En ella se recogió el resto de información de la historia clínica referida al diagnóstico, la gravedad, las hospitalizaciones y la duración tanto del trastorno, como, de la atención recibida. Además se evaluó mediante cuestionarios la sintomatología psiquiátrica y la conciencia de enfermedad.

#### 5.4 Variables y medidas

##### Variables psicosociales

En primer lugar se detallarán las variables e instrumentos que se aplicaron a los participantes en la primera sesión de evaluación, correspondientes a la medida de las variables psicosociales.

**Estigma internalizado:** evaluado mediante la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness* o ISMI; Ritsher et al., 2003). Concretamente se emplea la versión española de Muñoz y su equipo (2011). Esta escala es ampliamente utilizada para medir la experiencia subjetiva de estigma internalizado asociado a la condición de tener un

trastorno mental. Está traducida a muchos idiomas y cuenta múltiples adaptaciones (Boyd, et al., 2014; González-Domínguez et al., 2018). La versión original contiene 29 ítems que son valorados del 1 al 4 en una escala tipo Likert (1 totalmente en desacuerdo; 4 totalmente de acuerdo). La puntuación de estigma internalizado total se muestra en un rango de 1 a 4 donde a mayor puntuación mayor estigma internalizado. Además de obtener esta puntuación total, gracias a las subescalas que la forman, se puede obtener información específica de todas las dimensiones del EI: cognitiva, emocional y conductual. Concretamente la dimensión cognitiva es evaluada mediante la subescala asignación al estereotipo, también traducida como adhesión al estereotipo; esta subescala mide, mediante 7 ítems, el grado en el que la persona entrevistada está de acuerdo con las principales creencias estereotipadas sobre las personas con TMG, tales como peligrosidad, incapacidad o dependencia. La subescala alienación, con 6 ítems, proporciona información de la dimensión emocional del estigma internalizado, al hacer referencia a emociones como la vergüenza, la decepción o al sentimiento de inferioridad derivados de tener un trastorno mental. Y la dimensión conductual es evaluada por la subescala aislamiento social compuesta por 6 ítems del tipo “*evito relacionarme con gente que no tiene una enfermedad mental para evitar el rechazo*”, que miden las conductas de evitación social derivadas de tener un trastorno mental. Se añaden otras dos subescalas discriminación experimentada y resistencia al estigma. La primera de ellas mide a través de 5 ítems, la percepción de la persona evaluada sobre la forma que los demás tienen de tratarla por tener un trastorno mental, se incluyen distintos tipos de conductas discriminatorias como son la sobreprotección o el trato injusto. Por último resistencia al estigma, es una subescala inversa que cuenta con 5 ítems, y mide la capacidad para resistir o no estar afectado por las actitudes autoestigmatizantes (Ritsher et al., 2003). En cuanto a la consistencia interna de la escala total en la muestra del estudio fue de un  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,93, similar a la aportada por los autores originales. Y las subescalas, también mostraron en la muestra de estudio una fiabilidad similar o incluso mayor a los datos obtenidos en la validación de la versión original o en sus múltiples adaptaciones (Ritsher et al., 2003; Boyd et al., 2014). Alienación al estereotipo  $\alpha=0,84$ ; asignación al estereotipo  $\alpha=0,80$ ; experiencia de discriminación  $\alpha=0,83$ ; aislamiento  $\alpha=0,83$ ; y resistencia al estigma  $\alpha=0,70$ .

**Rol de enfermo:** evaluado mediante la *Escala de Cognición de Enfermedad (The Illness Cognitions Scale* o ICS; Berk, et al., 2012). Esta escala evalúa el rol de enfermo, entendido como una incapacidad para ajustarse adecuadamente a la enfermedad al emplear estilos de afrontamiento y cogniciones sobre la enfermedad desadaptativos que llevan a la persona a sentirse inmersa en la enfermedad, eclipsando esta gran parte de sus cogniciones y limitando su repertorio conductual a comportamientos entorno a la enfermedad o dirigidos por ella. La escala está formada por 17 ítems que siguen un formato tipo Likert de 5 opciones (donde 1 es muy en desacuerdo; y 5 muy de acuerdo). La fiabilidad de la escala en nuestra muestra fue de  $\alpha=0,78$ .

**Estigma social:** evaluado con el *Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes* en su versión breve (*Attribution Questionnaire* o AQ-9; Corrigan, Powell, y Michaels, 2014). Este cuestionario, cuya versión original fue validada en nuestro país (Muñoz, Guillén, Pérez-Santos y Corrigan, 2015), evalúa las el estigma social entendido como las atribuciones estigmatizantes sobre la enfermedad mental. Es decir las actitudes, afectos y comportamientos discriminatorios que una persona tiene hacia otra que tiene un TMG. Entre las atribuciones evaluadas se encuentran peligrosidad, ayuda, miedo, enfado, responsabilidad, pena, coacción, segregación y evitación. Esta versión breve tiene 9 ítems, uno para cada tipo de atribución que son evaluados desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 9 (totalmente de acuerdo). La fiabilidad de la escala en nuestra muestra de estudio fue de un  $\alpha$  de 0,66, levemente superior a la encontrada en la versión original.

**Creencias disfuncionales:** evaluadas mediante la *Escala de Actitudes Disfuncionales* (*Dysfunctional Attitude Scale-A* o DAS-A; Graaf, Roelofs, Huibers, 2009). Se trata de una escala breve de 17 ítems, que siguen un formato tipo Likert de 7 puntos (1 totalmente en desacuerdo, 7 totalmente de acuerdo). Y que evalúa las actitudes disfuncionales referidas al perfeccionismo o la evaluación del rendimiento y a la dependencia o necesidad de aprobación. La fiabilidad de la escala total en nuestra muestra fue de un  $\alpha$  de 0,89. Siendo la fiabilidad de las subescalas de perfeccionismo y dependencia de  $\alpha=0,87$  y  $\alpha=0,75$  respectivamente.

**Discriminación percibida:** evaluada mediante un cuestionario creado *ad hoc* para este estudio, ya que los cuestionarios existentes por sí solos no abarcaban todas las áreas en las que se quería explorar la existencia, o no, de discriminación. Para la creación de este cuestionario se integraron dos cuestionarios con buenas propiedades psicométricas y empleados en estudios previos sobre esta población: La *Escala de Discriminación y Estigma* (*Discrimination and Stigma Scale* o DISC; Thornicroft et al., 2009) y la *Escala Multidimensional de Discriminación Percibida* (*Multidimensional Perceived Discrimination Scale*; Molero, Recio, García-Ael, Fuster, y Sanjuán, 2012). Además se añadieron algunos ítems propios referidos a nuevas áreas como los amigos o las actividades de ocio, áreas estas que no aparecían en los cuestionarios mencionados y que se consideran áreas de gran importancia en la población estudiada (Muñoz et al., 2009; Muñoz et al., 2011). Se siguió una estructura común para todos los ítems. El proceso de creación de este cuestionario *ad hoc* así como la versión final del mismo fue ampliamente debatido y revisado por el equipo investigador. El instrumento final, el cual se presenta en los anexos, sigue la estructura de la escala DISC, al mantener un formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta (nada; un poco; bastante o mucho) y al contener distintos bloques que nos permiten evaluar diferentes tipos de comportamientos discriminatorios. Concretamente la escala DISC tiene 4 bloques o subescalas, tres de ellos evalúan los siguientes tipos de conductas discriminatorias

respectivamente: el trato injusto, el trato favorable o sobreprotección y la evitación o abandono de actividades; el cuarto bloque evalúa la superación del estigma y de la discriminación. Para este estudio se tomaron solo las tres primeras subescalas de este instrumento. Siendo la última subescala sustituida por la subescala discriminación sutil de la *Escala Multidimensional de Discriminación Percibida* (Molero et al., 2012). Este cambio se realizó, por dos motivos, en primer lugar se consideró que la resistencia al estigma o a la discriminación, es un constructo diferente a la discriminación en sí, y que se refiere a capacidades de afrontamiento de la propia persona. Y por otro lado, porque la resistencia al estigma es evaluado por el ISMI, cuestionario que mide la variable principal de toda esta tesis, el estigma internalizado, considerándose por ello la información ofrecida redundante en el presente estudio y factible de contaminar los resultados por el posible solapamiento. A esto se añade el interés por incluir ítems que nos dieran información sobre formas menos visibles y más sutiles de discriminación, también relevantes según la literatura previa por sus influencia sobre la internalización del estigma (Pérez-Garín, Molero, Bos, 2015). El cuestionario final está compuesto por 36 ítems, que nos ofrece una puntuación total de discriminación percibida, donde a mayor puntuación mayor discriminación, y cuatro puntuaciones correspondientes a las cuatro subescalas, que nos aportan información sobre tipos específicos de comportamientos discriminatorios: trato injusto, sobreprotección, evitación, o discriminación sutil. La fiabilidad de la escala total en la muestra de estudio fue de un  $\alpha$  de 0,89. Y de las subescalas: trato injusto  $\alpha=0,86$ ; sobreprotección  $\alpha=0,71$ ; evitación  $\alpha=0,81$  y discriminación sutil  $\alpha=0,81$ .

**Afecto negativo:** Evaluado mediante la adaptación española de la *Escala de afecto positivo y negativo* (*Positive Affect and Negative Affect Scale* o PANAS; López-Gómez, Hervás, Vázquez, 2015). Esta escala evalúa el afecto positivo y negativo mediante dos subescalas independientes entre sí. Está compuesta por 20 ítems, 10 de los cuales, se corresponden a la subescala de afecto negativo. Los ítems son evaluados siguiendo una escala tipo Likert de cinco puntos. Para este estudio se utilizó solo la escala de afecto negativo. Su fiabilidad en la muestra de estudio de  $\alpha=0,86$ .

**Apoyo social:** evaluado con un cuestionario creado *ad hoc* para este estudio formado por un conjunto de ítems de respuesta dicotómica (sí/no), que miden de una forma objetiva el nivel de compañía en actividades de ocio llevadas a cabo durante la última semana, y por otro conjunto de ítems, que miden por un lado el número de persona con las que uno puede contar en caso de necesitar ayuda o apoyo y la satisfacción subjetiva en relación a ese apoyo social recibido, medida mediante una escala tipo Likert de 5 opciones (1 muy insatisfecho, 5 muy satisfecho). Se decide crear este cuestionario dado que no existe un consenso respecto al tipo de medida que utilizar para medir esta variable en la población de personas con TMG, de hecho se observa que la mayoría de

investigaciones diseña su propio cuestionario o escala para evaluarla (García-Cubillana et al., 2006). La mayoría de las publicaciones hacen referencia al concepto cuantitativo del apoyo social, evaluando el número y frecuencia de las redes sociales, sin embargo se dejan fuera dimensiones más subjetivas como la percepción del apoyo percibido o la satisfacción de la persona con él (Navarro, 2010). Con este instrumento creado *ad hoc*, incluimos ambas partes, aquella más objetiva y medible del apoyo social y aquella otra más subjetiva. La fiabilidad de este cuestionario, en la muestra de estudio fue de un  $\alpha=0,60$ .

**Autoestima:** evaluada con la *Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale* o RSE; Rosenberg, 1965). Validada en población española por Vázquez-Morejón, Jiménez García-Bóveda y Vázquez Morejón (2004). La escala evalúa la aceptación y el respeto por uno mismo. Incluye diez ítems que son valorados de 1 a 4 (1 muy en desacuerdo, 4 muy de acuerdo). La puntuación total oscila entre 10 y 40, donde a mayor puntuación mayor autoestima. La consistencia interna de la escala total en la muestra de estudio fue de  $\alpha=0,76$ .

**Autoeficacia:** evaluada con la *Escala de Autoeficacia General (General Self-efficacy Scale*; Baessler y Schwarzer, 1996) validada y adaptada al español por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000). La escala evalúa la creencia estable sobre la propia capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Está compuesta por 10 ítems de tipo Likert de 4 puntos (de 1 a 4). Y su puntuación final comprende un rango entre 10 y 40, donde a mayor puntuación mejor percepción de autoeficacia. La fiabilidad de la escala en la muestra de estudio fue de  $\alpha=0,87$ .

**Expectativas de recuperación subjetiva:** evaluada con una versión breve de la *Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale* o RAS; Corrigan, Giffort, Rashid, Leary y Okeke, 1999). Concretamente mediante la versión breve RAS-18 adaptada por primera vez por Díaz-Mandado (2015) en un estudio sobre estigma internalizado en la misma población. Esta escala breve consta de 18 ítems, todos ellos son valorados en una escala del 1 al 5 (1 muy en desacuerdo, 5 muy de acuerdo) y se agrupan en cinco factores (confianza personal y esperanza; disposición a pedir ayuda; orientación hacia las metas y el éxito; confianza en los otros y no dominación por los síntomas). La puntuación total en esta escala breve, comprende un rango de puntuación entre 18 y 90 donde a mayor puntuación, mejores expectativas de recuperación. La fiabilidad de la escala total en nuestra muestra de estudio fue de un  $\alpha$  de 0,89. Por su parte la fiabilidad de las subescalas también fue adecuada en la muestra de estudio, comprendiéndose entre los valores de  $\alpha=0,83$ , en la subescala de orientación a las metas y al éxito, y de  $\alpha=0,69$ , en la escala de confianza en otros.

**Deterioro psicosocial:** evaluado mediante el *Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization Disability Assessment Schedule II* o WHODAS 2.0; World Health Organization, 2000); que evalúa el deterioro funcional diario, basándose en la Clasificación Internacional de Funcionamiento y discapacidad (CIF). Sus dimensiones son: funcionamiento mental, movilidad, autocuidado, relaciones con los otros, participación social y actividades cotidianas. Existen diferentes versiones, en el presente estudio se empleó la versión más breve de 12 preguntas, con 5 opciones de respuesta que van desde ninguna dificultad, hasta dificultad extrema. La fiabilidad de la escala total en nuestra muestra fue de un  $\alpha$  de 0,88.

**Satisfacción vital y calidad de vida:** evaluada con un cuestionario breve creado *ad hoc* para este estudio compuesto por 4 ítems, tipo Likert con 5 opciones de respuesta. A mayor puntuación más calidad de vida global y satisfacción vital. Se emplearon solo algunos ítems y no un cuestionario validado, pues no se quería alargar excesivamente el tiempo total de la evaluación, al considerarse que esto afectaría a la calidad de las respuestas. Y se eligió esta variable por ser un constructo sencillo y por no tratarse de una de las variables centrales estudio. La fiabilidad de este cuestionario en la muestra del estudio fue de un  $\alpha=0,73$ .

**Salud mental general:** evaluada igual que la variable anterior por un cuestionario creado *ad hoc* para este estudio. Nuevamente y con el mismo propósito, no alargar los tiempos de evaluación, se midió la percepción de salud mental general, de una forma muy sencilla mediante un par de ítems, que pretendían evaluar la percepción subjetiva de la salud general en el último mes y la satisfacción con la propia salud empleando asimismo una escala tipo Likert del 1 al 5. Se cuenta con investigación previa que sugiere que una escala de un solo elemento es una herramienta válida para evaluar la salud física autoinformada (DeSalvo, Blosner, Reynolds, He y Muntner, 2006). La fiabilidad de este cuestionario *ad hoc* tan breve en la muestra de estudio fue de un  $\alpha=0,82$ .

### **Variables clínicas**

A continuación, se detallarán las variables y los instrumentos referidos a las variables clínicas, empezando por aquellos aplicados a la persona participante y continuando con los aplicados al/a profesional de referencia.

**a) Medidas e instrumentos referidos a las variables clínicas aplicados al participante**

**Sintomatología depresiva:** evaluada con la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* en su versión breve (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Brief version* o CES-D; Kohout, Berkman, Evans, Cornoni-Huntley, 1993). Esta escala evalúa los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, mediante 10 ítems, con opción dicotómica de respuesta (sí/no). La fiabilidad de la escala en nuestra muestra fue de  $\alpha=0,78$ .

**Ansiedad social:** evaluada mediante la *Escala de Ansiedad a la Interacción (Interaction Anxiousness Scale o IAS; Leary, 1983)*. Escala adaptada a población española por Sanz (1984). Y compuesta por 15 ítems, que evalúan las respuestas subjetivas de ansiedad ante diversas situaciones de interacción social, mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (1 en absoluto característico de mí, 5 muy característico de mí). La fiabilidad de la escala en nuestra muestra de estudio fue de un  $\alpha$  de 0,87.

**Sintomatología postraumática relativa a una experiencia de discriminación traumática:** evaluada mediante la *Escala de Impacto del Suceso Revisada (Impact of Event Scale-Revised o EIS-R; Weiss y Marmar, 1997)*. Adaptada en nuestro país por Bágüena et al., (2001). Evalúa el malestar subjetivo que acompaña a las experiencias estresantes y/o traumáticas. Consta de 15 ítems, con una escala tipo Likert (de 1 Nunca a 4 a menudo). La fiabilidad de la escala en la muestra fue de  $\alpha=0,79$ . Dado que se quiso evaluar la presencia o no de sintomatología postraumática derivada de una situación de discriminación vivenciada como traumática, esta escala solo se aplicó a aquellas personas que habían experimentado un suceso de discriminación traumático. Para determinar que personas habían experimentado un suceso de discriminación traumático, se empleó como ítem de screening el ítem 20 del cuestionario de discriminación previamente descrito, “¿alguna vez ha sido tratado injustamente en relación a su seguridad e integridad personal (abuso verbal, abuso psicológico, agresión)”?. A aquellas personas que dieron una respuesta diferente a nada, se les pidió que describieran brevemente la situación de discriminación, y fue la evaluadora previamente entrenada, quién determinaba si el suceso era o no un suceso traumático en base a si cumplía o no con la definición de suceso traumático dada por el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

**Presencia de TMG en la familia:** es evaluado mediante una pregunta directa a la persona por los antecedentes psiquiátricos familiares.

## **b) Medidas e instrumentos referidos a las variables clínicas aplicados al profesional de referencia**

Los psicólogos/as de referencia de cada uno de los participantes también participaron en el proceso de evaluación, como se ha detallado en el apartado de procedimiento. Por una parte, reportaron datos sobre la historia clínica de los participantes, tales como el diagnóstico principal, la duración del trastorno y del tratamiento, la gravedad, o el número de hospitalizaciones recogidos mediante una entrevista. Y por otra parte, ofrecieron información sobre la sintomatología psiquiátrica y la conciencia de enfermedad mediante los instrumentos de evaluación que se presentan a continuación:

**Sintomatología psiquiátrica:** evaluada mediante la *Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity; APA; 2013)*. Se trata de una escala breve de 8 ítems tipo Likert de 5 puntos (0 no presente, 4 presente y grave) que evalúa la gravedad de la sintomatología psiquiátrica por parte del profesional de referencia. Concretamente se evalúa: alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia), cognición deteriorada, depresión y manía. A más puntuación mayor sintomatología psiquiátrica. La fiabilidad de la escala en nuestra muestra de estudio fue de  $\alpha=0,63$ .

**Conciencia de enfermedad:** evaluada mediante la *Escala de desconocimiento sobre los trastornos mentales (Unawareness Of Mental Disorders Scale o SUMD; Amador et al., 1993)*. Para los propósitos de este estudio se utilizó sólo los tres ítems generales del cuestionario que por sí mismos dan información sobre la conciencia de trastorno mental, la conciencia de las consecuencias del trastorno mental y la conciencia de los efectos de la medicación. El empleo exclusivo de estos tres ítems, es algo común en estudios previos sobre autoestigma en esta población (Valiente, Provencio, Espinosa, Duque y Everts, 2015). Cada uno de estos elementos está clasificado en una escala de 5 puntos que varía de 1 (conciencia completa) a 5 (falta de conciencia); y es el profesional de referencia el responsable de completar esta escala. La fiabilidad de la escala en la muestra de estudio fue de  $\alpha=0,88$ .

## **5.5 Análisis de datos**

En primer lugar, con el fin de estudiar las relaciones de la variable estigma internalizado con el resto de variables evaluadas y para reducir el conjunto inicial de variables predictoras para la regresión, se realizaron análisis de diferencias de medias mediante los estadísticos *t* de Student, y ANOVA de muestras independientes, para aquellas variables categóricas del estudio y análisis

de correlación de Pearson para las variables cuantitativas. A continuación para identificar las variables predictoras del estigma internalizado se realizó un análisis de regresión múltiple de pasos sucesivos con la puntuación total del ISMI como variable dependiente o criterio y como predictoras aquellas variables que se hipotetizaba predecirían el estigma internalizado y que además hubieran mostrado correlaciones significativas con la puntuación total del ISMI en los análisis previos. El nivel de significación adoptado para todos los análisis fue de  $\alpha < 0,05$ . Todos los análisis fueron realizados mediante el programa de análisis estadístico SPSS versión 20.0.

## 5.6 Resultados

### a) Características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de los participantes

En la tabla 16 se presentan las características sociodemográficas de la muestra final de participantes ( $n=162$ ). La edad media del grupo total fue 45,20 años ( $DT=10,24$ ), siendo la edad media de los hombres de 44,74 años ( $DT=10,33$ ) y de las mujeres de 46,05 años ( $DT=10,09$ ).

En lo que se refiere a las características clínicas de la muestra, encontramos que la duración del trastorno, expresada en la media de años desde el inicio de los síntomas, del total de la muestra fue de 20,8 ( $DT=10,26$ ). La duración del tratamiento según la media de años desde el primer contacto con salud mental fue de 17,42 ( $DT=9,71$ ) y según la media de años desde la entrada en la Red de Atención Social a personas con TMG fue de 7,58 ( $DT=5,78$ ). En cuanto al número de hospitalizaciones en el último año sólo el 11,1% de todos los participantes habían sido hospitalizados en este último año. Las demás características descriptivas del resto de las variables clínicas se muestran a continuación en la tabla 17.

**Tabla 16.** Características sociodemográficas de los participantes (n=162)

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Mujeres	57 (35,2%)
Hombres	105 (64,8%)
<b>Nacionalidad</b>	
Española	152 (93,8%)
Otra nacionalidad	10 (6,2%)
<b>Zona de residencia</b>	
Madrid capital	56 (34,6%)
Pueblos de Madrid provincia	106 (65,4%)
<b>Estado civil</b>	
Solteros/as	125 (77,2%)
Casados/os	10 (6,2%)
Viudos/as	2 (1,2%)
Separados/as	10 (6,2%)
Divorciados/as	15 (9,3%)
<b>Nivel de estudios</b>	
Sin estudios	6 (3,7%)
Elementales, educación primaria	53 (32,7%)
Educación secundaria	75 (46,3%)
Algún curso universitario	12 (7,4%)
Estudios universitarios	16 (9,9%)
<b>Situación laboral</b>	
Paro activo	29 (17,9%)
Paro pasivo	29 (17,9%)
Trabajo protegido	11 (6,8%)
Trabajo ordinario	4 (2,5%)
Pensión de invalidez temporal	8 (4,9%)
Pensión de invalidez absoluta permanente	80 (49,4%)
Estudiante	1 (0,6%)

**Tabla 17.** Características clínicas de los participantes ( $n=162$ )

<b>Características</b>	<b><i>n</i> (%)</b>
<b>Diagnóstico</b>	
Trastornos psicóticos	123 (75,9%)
Trastornos del estado de ánimo	11 (6,8%)
Trastornos de la personalidad	25 (14,4%)
Trastorno obsesivo compulsivo	3 (1,9%)
<b>Tipo de recurso de intervención en atención social</b>	
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	46 (28,4%)
Centro de Día (CD)	34 (21%)
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)	32 (19,8%)
Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)	14 (8,6%)
Mini-Residencia (MR)	27 (16,7%)
Piso Supervisado (PS)	9 (5,6%)
<b>Hospitalizaciones a lo largo de la vida</b>	
Ninguna	31 (19,1%)
Entre 1 y 4	95 (58,6%)
Entre 5 y 10	19 (11,7%)
Más de 10	15 (9,3%)
Desconocidas	2 (1,2%)
<b>Presencia de TMG en familia</b>	82 (51,2%)
<b>Sintomatología clínica</b>	
	<b><i>M</i> (<i>DT</i>)</b>
Depresiva percibida (CES-D)	4,22 (2,82)
Ansiedad social (IAS)	46,96 (12,55)
Postraumática* (EIE-R)	43,28 (19,99)
Psiquiátrica (CDPS)	6,78 (4,61)
<b>Conciencia del trastorno</b>	
SUMD	5,48 (3,45)

*Nota:* *M*= media; *DT*= desviación típica; CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; IAS= Escala de Ansiedad a la Interacción; EIS-R= Escala de Impacto del Suceso Revisada; (\*)= aplicada sólo si suceso de discriminación traumático; CDPS= Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico; SUMD= Escala de Desconocimiento sobre los Trastornos Mentales

Finalmente, en la tabla 18 se resumen los estadísticos descriptivos de todas las variables psicosociales medidas en el estudio mediante los instrumentos de evaluación descritos en el apartado de variables y medidas.

**Tabla 18.** Estadísticos descriptivos de las variables psicosociales ( $n=162$ )

<b>VARIABLES</b>	<b>M</b>	<b>DT</b>
ISMI	2,05	0,52
RSE	27,57	5,24
GSS	27,08	4,87
DAS	56,97	20,01
PANAS-AN	22,25	8,27
AQ-9	32,13	10,331
DIS	23,97	12,89
ICS	35,46	8,82
RAS	67,12	11,68
WHODAS	22,68	8,23
APSO	11,89	4,80
SV-CV	13,50	3,11
SG	6,46	1,94

*Nota:* M= media; DT= desviación típica; ISMI= Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; RSE= Cuestionario de autoestima de Rosenberg; GSS= Escala General de autoeficacia; DAS= Escala de actitudes disfuncionales; PANAS-AN= Subescala de afecto negativo; AQ-9= Cuestionario de atribuciones estigmatizantes; DIS= Escala de discriminación; ICS= Escala de cogniciones de enfermedad; RAS= Escala de Evaluación de la Recuperación; WHODAS= Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad; APSO= Escala de Apoyo Social; SV-CV= Escala de Satisfacción Vital y Calidad de Vida; SG= Escala de Salud General

## **b) Relaciones entre el estigma internalizado y las variables del estudio**

### **Variables sociodemográficas**

En cuanto a la relación del estigma internalizado con variables sociodemográficas encontramos que al analizar las diferencias entre el estigma internalizado en función del sexo, se observan que no hay diferencias significativas ( $t_{(160)}=0,66$ ;  $p=0,88$ ) entre el grupo de mujeres y el grupo de hombres. Lo mismo ocurre con la nacionalidad, o el lugar de residencia; no se hallan diferencias significativas ( $t_{(160)}= -0,54$ ;  $p=0,59$ ) entre las personas de nacionalidad española y las de otra nacionalidad distinta en estigma internalizado; ni tampoco existen diferencias significativas en estigma internalizado ( $t_{(160)}=0,40$ ;  $p=0,69$ ) entre las personas que viven en Madrid capital y las que viven en pueblos de la comunidad.

Al analizar si hay diferencias en la variable estigma internalizado entre las personas según estado civil, observamos que no hay diferencias significativas entre los distintos grupos

( $F_{(4,157)}=0,34$ ;  $p=0,85$ ). Tampoco las hay en relación al nivel de estudios ( $F_{(4,16)}=1,34$ ;  $p=0,26$ ); o a la situación laboral ( $F_{(6,16)}=0,768$ ;  $p=0,60$ ). Y al explorar la relación entre la edad y el estigma internalizado, encontramos que la correlación entre ambas variables no es significativa ( $r=-0,03$ ;  $p=0,67$ ).

### **VARIABLES CLÍNICAS O RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO**

Al estudiar si hay diferencias significativas en función del tipo de recurso asistencial en el que es usuaria la persona, observamos que no hay diferencias significativas en estigma internalizado ( $F_{(5,156)}=0,39$ ;  $p=0,86$ ) entre los usuarios de los distintos recursos (CRPS, CRL, CD, EASC, MR y PS). Tampoco se encuentran diferencias significativas ( $F_{(3,158)}=0,74$ ;  $p=0,53$ ) en estigma internalizado entre los diferentes diagnóstico (psicóticos, trastornos de personalidad, trastorno del estado de ánimo y trastorno obsesivo compulsivo). Al analizar si el nivel de estigma internalizado varía en función de tener o no un familiar con TMG encontramos que si hay diferencias entre los grupos ( $t_{(160)}=-2,01$ ;  $p=0,05$ ), siendo mayor el nivel de estigma internalizado entre las personas que tienen un familiar con TMG ( $M=2,13$ ;  $DT=0,52$ ) que aquellas que no tienen ningún familiar con TMG ( $M=1,97$ ;  $DT=0,50$ ). También, al explorar las relaciones entre el estigma internalizado y la duración se encontró que la correlación entre los años que la persona lleva en salud mental y el estigma internalizado es, aunque baja, significativa y directa ( $r=0,16$ ;  $p=0,04$ ). Es decir, a más años desde que se contacta con salud mental, más estigma internalizado. Sin embargo, al analizar otras variables relacionadas con la duración, como son los años desde la aparición de los primeros síntomas o los años desde que se entra a formar parte de la Red de atención social, no se hallaron correlaciones significativas entre el estigma internalizado y ninguna de ellas ( $r=0,148$ ;  $p=0,068$  y  $r=0,01$ ;  $p=0,95$ ). En cuanto a la gravedad del trastorno informada por el clínico en el último año y su relación con el estigma internalizado, tampoco se encuentra una correlación significativa ( $r=-0,004$ ;  $p=0,96$ ).

La tabla 19, resume las correlaciones entre el ISMI y los resultados en los cuestionarios que miden el resto variables clínicas estudiadas. Como se puede observar en ella, se encontraron correlaciones significativas y positivas entre el ISMI y la escala de depresión (CES-D); la escala de ansiedad Social (IAS) y la escala de la severidad de sintomatología psiquiátrica evaluadas por el clínico/a. En relación a las subescalas de esta última escala, son significativas solo las correlaciones entre el ISMI y las subescalas delirios y depresión, siendo ambas correlaciones menores que las obtenidas entre el ISMI y la escala total. Por otra parte, encontramos que no existe correlación significativa entre el ISMI y la conciencia de enfermedad, medida por el SUMD; así como tampoco entre este mismo y la sintomatología traumática tras la experiencia de haber vivido un suceso de discriminación traumático, medida por la escala del impacto del suceso (EIS-R).

**Tabla 19.** Correlaciones entre las variables clínicas y el EI ( $n=162$ )

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>1. ISMI TOTAL</b>													
<b>2. CES-D TOTAL</b>	0,55**												
<b>3. IAS TOTAL</b>	0,55**	0,42**											
<b>4. EIS-R TOTAL</b>	0,15	0,29	-0,06										
<b>5. CDPS TOTAL</b>	0,17*	0,19*	0,08	-0,04									
<b>6. CDPS: Alucinaciones</b>	0,10	0,09	0,06	0,15	0,65**								
<b>7. CDPS: Delirios</b>	0,16*	0,10	0,12	-0,03	0,65**	0,65**							
<b>8. CDPS: Discurso desorganizado</b>	0,01	0,01	0,02	0,08	0,60**	0,27**	0,41**						
<b>9. CDPS: Compto. desorganizado</b>	-0,02	0,07	-0,18*	-0,02	0,62**	0,26**	0,23**	0,53**					
<b>10. CDPS: Sintom. negativa</b>	0,10	0,10	0,21**	-0,05	0,47**	0,15	0,07	-0,06	0,08				
<b>11. CDPS: Cognición deteriorada</b>	0,01	-0,01	-0,10	-0,12	0,56**	0,14	0,08	0,45**	0,34**	0,18*			
<b>12. CDPS: Depresión</b>	0,23**	-0,35**	0,16*	-0,01	0,37**	0,07	0,09	-0,11	0,07	0,35**	0,03		
<b>13. CDPS: Manía</b>	0,11	0,07	-0,04	-0,15	0,23**	-0,05	0,01	0,12	0,19*	0,03	0,13	-0,03	
<b>14. SUMD TOTAL</b>	-0,12	-0,12	-0,20**	0,10	0,21**	0,10	0,10	0,19*	0,21**	0,01	0,17*	0,01	0,13

*Nota:* \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; ISMI= Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; IAS= Escala de Ansiedad a la Interacción; EIS-R= Escala de Impacto del Suceso Revisada; CDPS= Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico; SUMD= Escala de Desconocimiento sobre los Trastornos Mentales; Compto.= comportamiento; Sintom.= sintomatología

### VARIABLES PSICOSOCIALES

En la tabla 20 se muestran las correlaciones entre el estigma internalizado evaluada con el ISMI y las variables psicosociales del estudio. Como se puede observar, se hallaron correlaciones significativas negativas entre el ISMI y el cuestionario de autoestima de Rosenberg (RSE); entre el ISMI y la escala de autoeficacia general (GSS); entre el ISMI y la escala de evaluación de la recuperación (RAS); y entre el ISMI y las escalas de apoyo social, satisfacción vital y calidad de vida; y salud mental general. En cuanto a las subescalas del RAS es importante añadir que se encuentran correlaciones significativas entre el ISMI y todas sus subescalas: orientación hacia las metas y el éxito ( $r=-0,57$ ;  $p<0,001$ ); confianza personal y también esperanza ( $r=-0,38$ ;  $p<0,001$ ); no dominancia por los síntomas ( $r=-0,58$ ;  $p<0,001$ ); disposición a pedir ayuda ( $r=-0,33$ ;  $p<0,001$ ) y confianza en los otros ( $r=-0,38$ ;  $p<0,001$ ).

Por otro lado, tal como también muestra la tabla 20, se encontraron correlaciones significativas y positivas entre el ISMI y el resto de las escalas: escala de actitudes disfuncionales (DAS), escala de afecto negativo (PANAS-AN), escala de atribuciones estigmatizantes versión breve (AQ-9), escala de discriminación (DIS), escala de cogniciones sobre la enfermedad (ICS) y cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la organización mundial de la salud (WHODAS). En relación a las subescalas de estos instrumentos, encontramos correlaciones significativas y también positivas, entre el ISMI y la subescala de perfeccionismo de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) ( $r=0,58$ ;  $p<0,001$ ); y entre la subescala de necesidad de aprobación de la misma escala (DAS) ( $r=0,51$ ;  $p<0,001$ ). Asimismo, se hallan correlaciones positivas, entre el ISMI y todas las subescalas de la escala de discriminación (DIS): trato injusto ( $r=0,34$ ;  $p<0,001$ ); sobreprotección ( $r=0,19$ ;  $p=0,01$ ); evitación y abandono de actividades ( $r=0,38$ ;  $p<0,01$ ) y discriminación sutil ( $r=0,46$ ;  $p<0,001$ ). Y entre este mismo y todas las subescalas del cuestionario para la evaluación de la discapacidad (WHODAS): funcionamiento mental ( $r=0,47$ ;  $p<0,001$ ); movilidad: ( $r=0,35$ ;  $p<0,001$ ); autocuidado ( $r=0,25$ ;  $p<0,001$ ); relaciones con los otros ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ); actividades de la vida diaria ( $r=0,40$ ;  $p<0,001$ ) y participación social ( $r=0,53$ ;  $p<0,001$ ).

**Tabla 20.** Correlaciones entre las variables psicosociales y el EI ( $n=162$ )

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>15. ISMI</b>													
<b>16. RSE</b>	-0,65**												
<b>17. GSS</b>	-0,46**	0,53**											
<b>18. DAS</b>	0,61**	-0,42**	-0,25**										
<b>19. PANAS-AN</b>	0,53**	-0,56**	-0,30**	0,32**									
<b>20. AQ-9</b>	0,37**	-0,15	-0,01	0,38**	0,21**								
<b>21. DIS</b>	0,45**	-0,35**	-0,15	0,33**	0,52**	0,31**							
<b>22. ICS</b>	0,68**	-0,52**	-0,36**	0,51**	0,47**	0,37**	0,44**						
<b>23. RAS</b>	-0,65**	0,67**	0,54**	-0,42**	0,37**	-0,19*	-0,27**	-0,60**					
<b>24. WHODAS</b>	0,58**	-0,55**	-0,39**	0,40**	0,50**	0,34**	0,52**	0,52**	-0,49**				
<b>25. APSO</b>	-0,36**	0,31**	0,31**	-0,26**	-0,15	-0,26**	-0,12	-0,25**	0,42**	-0,34**			
<b>26. SV-CV</b>	-0,47**	0,36**	0,36**	-0,25**	-0,37**	-0,19*	-0,32**	-0,35**	0,49**	-0,49**	0,37**		
<b>27. SG</b>	-0,52**	0,40**	0,40**	-0,32**	-0,42**	-0,15	-0,22**	-0,47**	0,57**	-0,55**	0,29**	0,73**	

Nota: \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; ISMI= Cuestionario de Estigma Internalizado; RSE= Cuestionario de Autoestima de Rosenberg; GSS= Escala General de Autoeficacia; DAS= Escala de Actitudes Disfuncionales; PANAS-AN= Escala de Afecto Negativo; AQ-9= Cuestionario de Creencias Estigmatizantes; DIS= Escala de Discriminación; ICS= Escala de Cogniciones de Enfermedad; RAS= Escala de Evaluación de la Recuperación; WHODAS= Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad; APSO= Escala de Apoyo Social; SV-CV= Escala de Satisfacción Vital y Calidad de vida; SG= Escala de Salud General

Por otro lado, al explorar la relación entre el estigma internalizado evaluado con el ISMI y el haber vivido, o no, una experiencia de discriminación traumática, encontramos que no existen diferencias significativas en estigma internalizado entre las personas que informan de haber experimentado un suceso de discriminación traumático y las que no ( $t_{(39,94)} = -1,40; p = 0,171$ ).

### c) Predictores del estigma internalizado

Aquellas variables que se hipotetizaba predecirían el estigma internalizado y que además han mostrado una correlación significativa con el ISMI en los análisis previos, fueron incluidas en los análisis de regresión lineal múltiple mediante el método de pasos sucesivos, paso a paso. Concretamente se consideró como variable criterio, el estigma internalizado (ISMI); y como variables predictoras del mismo el autoestima (RSE), la autoeficacia (GSS), el rol de enfermo (ICS), las atribuciones estigmatizantes (AQ-9) e irracionales (DAS), el efecto negativo (PANAS-AN), la discriminación percibida (DIS) y el apoyo social (APSO). Los análisis previos de verificación de supuestos nos indican que se cumplen todos los supuestos necesarios para la regresión lineal múltiple (linealidad, homocedasticidad, normalidad y multicolinealidad). El modelo final resultante, el cual se muestra en la tabla 21, fue significativo ( $F_{(5,153)} = 59,06; p < 0,001; R^2 = 0,66$  y  $R^2_{\text{corregido}} = 0,65$ ). Las variables que predijeron el estigma internalizaron fueron: el rol de enfermo (ICS), el autoestima (RSE), las creencias irracionales (DAS) y atribuciones estigmatizantes (AQ9) y al autoeficacia (GSS). Mientras que la discriminación (DIS), el apoyo social (APSO) y el afecto negativo (PANAS-AN), quedaron excluidas del modelo, no mostrando una contribución significativa en la predicción de la puntuación total del ISMI.

En anexos se puede consultar una tabla explicativa en la que se detallan el resto de los modelos de regresión múltiple resultantes que reflejan los distintos pasos sucesivos del análisis estadístico y las variables que formaban parte de cada uno de ellos. Estos modelos no fueron seleccionados porque mostraron una menor proporción de varianza total del EI explicada, y porque se consideró dejaban fueran variables que se esperaba podrían suponer objetivos de intervención coherentes con los hallazgos de la literatura previa y con los resultados obtenidos en el estudio I, que sin embargo eran incluidas en el modelo final presentado.

**Tabla 21.** Resultados del análisis de regresión múltiple sobre la variable dependiente ISMI

Modelo final	B	E.T (B)	Beta	t	Sig.	IC 95% B	
						Inf.	Sup.
Constante	2,00	0,259		7,709	0,000	1,485	2,508
ICS	0,018	0,004	0,304	4,906	0,000	0,10	0,25
RSE	-0,028	0,006	-0,283	-4,530	0,000	-0,040	-0,016
DAS	0,006	0,001	0,252	4,339	0,000	0,004	0,009
AQ-9	0,007	0,003	0,137	2,576	0,011	0,002	0,012
GSS	-0,014	0,006	-0,138	-2,441	0,016	-0,026	-0,003

*Nota:* B= Coeficiente no Estandarizado; E.T (B)= Error típico de B; Beta= Coeficiente Estandarizado; t= contraste estadístico; sig.= significación estadística; R<sup>2</sup>= Coeficiente de Determinación; R<sup>2</sup><sub>corr</sub>= Coeficiente de Determinación Corregido; Sig.= significación estadística; IC 95% B= Intervalo al 95% para B; Inf.=inferior; Sup.= superior; ICS= Escala de Cogniciones de Enfermedad; RSE= Cuestionario de Autoestima de Rosenberg; DAS= Escala de Actitudes Disfuncionales; AQ-9= Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes; GSS= Escala General de Autoeficacia

## 5.7 Discusión

La alta prevalencia del estigma internalizado en personas con TMG y el impacto tan negativo que este ha demostrado tener, ha provocado que en los últimos años se haya incrementado el interés en el desarrollo de programas de intervención dirigidos a su reducción (Boyd et al., 2014; Gerlinger et al., 2013; Livingston et al., 2010). Sin embargo aquellos programas con resultados más prometedores consiguen cambios parciales en esta variable (Ruscinova et al., 2014; Díaz-Mandado et al., 2015; Corrigan et al., 2015). No encontrándose trabajos, bien controlados experimentalmente, que hayan mostrado su capacidad en la mejora del EI en todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y conductual (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015). Lo cual resulta de gran importancia al tratarse de un constructo multidimensional cuyas dimensiones no siempre resultan congruentes entre sí (López et al., 2008). Realizando un análisis detallado de los programas existentes hasta la fecha, como el que se ha llevado a cabo en el marco teórico, podemos suponer que esta falta de eficacia podría estar en parte explicada, por la no inclusión de estrategias específicas de intervención destinadas a mejorar ciertas variables identificadas, previamente, como clave en el desarrollo del EI. Es por esto, que el objetivo principal de este estudio, fue explorar la capacidad predictiva conjunta sobre el EI de un grupo de variables destacadas como relevantes para su desarrollo, tanto por la literatura previa, como por estudio empírico I. Para que a partir de los resultados obtenidos, pudiéramos diseñar un programa

de intervención que al incidir de forma específica sobre estas variables predictoras, logre una reducción eficaz en el EI en todas sus dimensiones.

Concretamente según las conclusiones que nos permitió extraer el estudio empírico I y la revisión de la literatura existente, se decidió analizar la contribución a la predicción del EI de las siguientes variables: rol de enfermo, autoestima, autoeficacia, afecto negativo, estigma social, creencias distorsionadas, apoyo social y discriminación experimentada. En primer lugar, esperábamos que la variable rol de enfermo explicara una parte significativa del EI, dado el elevado acuerdo obtenido en el estudio empírico I. Y efectivamente, los resultados mostraron que el rol de enfermo predijo de forma significativa el estigma internalizado evaluado por el ISMI. Siendo de hecho la variable que más aportó al modelo de predicción conjunta. Resulta destacable que no se encuentre ninguna investigación empírica previa que se hubiera interesado por el papel del rol de enfermo sobre el estigma, sobre todo cuando a nivel aplicado sí que se tenía conciencia de su importancia, como se extrae de estudio empírico I. Esto hace que este estudio sea el primer trabajo empírico que explora y confirma esta relación; permitiéndonos con sus resultados concluir que un mayor desempeño del rol de enfermo en personas que han recibido un diagnóstico de TMG, predice mayores niveles de autoestigma.

En esta línea, sí que los estudios sobre enfermedades crónicas, formulan necesario que el individuo acepte el diagnóstico y asuma estrategias de afrontamiento y adaptación para integrar el impacto y las limitaciones de la enfermedad. Solo de este modo se vería favorecido cierto ajuste de su estilo de vida y una mayor adherencia al tratamiento (Moos, 1982; Telford, Kralik y Koch, 2006). Ahora bien, parece que algunas de estas personas que reciben un diagnóstico van más allá de esta aceptación y ajuste adaptativos necesarios, y quedan inmersas en un rol en el que la enfermedad eclipsa la mayor parte de las cogniciones y termina limitando el propio repertorio conductual (Berk, et al., 2012; Goffman, 1989). Esta limitación inicial termina viéndose reforzada y mantenida por beneficios secundarios como el cuidado y la atención de otros, el aumento del tiempo de ocio y el acceso a pensiones de invalidez u otras formas de asistencia social. Siendo por todo ello muy difícil para la persona abandonar este rol de enfermo. Además, asumir este rol de enfermo, según nuestros resultados, facilita la interiorización de los estereotipos sobre los TMG, muchos de ellos coherentes con las cogniciones negativas sobre la enfermedad, tales como la no recuperación o la incapacidad. También se explicaría por este rol, el desarrollo de sentimientos negativos sobre uno mismo derivados de percibir la propia identidad como deteriorada e inferior al resto, al ser definida únicamente por la enfermedad y el carácter limitante de la misma. Por su parte, los comportamientos finales de evitación, abandono de actividades, aislamiento y distanciamiento de todo aquello ajeno al propio trastorno, serían comportamientos igualmente característicos y fácilmente explicables por él. Mientras que por el contrario, ser

capaces de aceptar el diagnóstico, ajustando el estilo de vida al mismo y empleando comportamientos de autocuidado a favor de la propia recuperación, sin que la enfermedad defina ni límite el propio repertorio cognitivo ni conductual, favorece el empoderamiento y la resistencia al estigma. Estos hallazgos, al ser los primeros en este ámbito nos abren la puerta a futuras investigaciones que puedan aportarnos más información sobre esta relación entre el rol de enfermo y el estigma que parece tratarse de una relación compleja, posiblemente bidireccional y que sin duda es interesante continuar estudiando. Además de ello nos hace considerar como necesarios programas de intervención que se centren en sustituir este rol de enfermo por otros roles valioso e importantes, al estimarse contribuirán en la reducción del autoestigma.

En segundo lugar se hipotetizaba que tanto la autoestima como la autoeficacia contribuirían junto con el rol de enfermo a la predicción del EI, en la línea de las conclusiones del estudio empírico I y de acuerdo con algunos estudios existentes en la literatura previa (Brohan et al., 2010; Livingston et al., 2010). Y tal como se esperaba, los resultados nuevamente han permitido afirmar la capacidad predictiva de ambas variables, autoestima y autoeficacia, sobre el EI. Al revisar los estudios anteriores observamos que son muchos los trabajos interesados en estas variables. Por un lado resulta importante detenernos en aquellos estudios que tratan de establecer un modelo explicativo del estigma internalizado. Como veíamos en el marco teórico, son numerosos los modelos resultantes que incluyen a la autoestima y autoeficacia dentro de las variables identificadas como relevantes a la hora de explicar el proceso de internalización del estigma. Ahora bien, en ninguno de ellos se les da un papel predictor, sino que por el contrario en todos ellos se sitúan el daño en la autoestima y la autoeficacia como dos de las consecuencias más importantes que el proceso de internalización del estigma ocasiona en las persona con TMG (Corrigan et al., 2006; Yanos et al., 2008; Ilic et al., 2012). Concretamente para el modelo original del grupo de Corrigan (2002b), el cual ha sido ampliado y validado empíricamente por numerosos trabajos (Corrigan et al., 2006; Corrigan et al., 2011; Rüsçh et al., 2009) el daño a la autoestima y a la autoeficacia constituyen el último eslabón de la cadena del proceso de autoestigmatización. Además, aunque trabajos posteriores añadieran otros componentes al modelo como la legitimidad percibida, la identificación con el grupo, o las estrategias de afrontamiento ante situaciones estigmatizantes (Watson et al., 2007; Rüsçh et al., 2009), el daño a la autoestima y a la autoeficacia siempre era formulado como una de las consecuencias finales del proceso de autoestigmatización y nunca como un factor predictor del mismo. Sin embargo, contrariamente a estos hallazgos, algunos estudios más recientes dirigidos a detectar los factores predictores del EI, sí que han hipotetizado y explorado la capacidad predictiva sobre el EI tanto de la autoestima (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010; Nabors et al., 2014; Picco et al., 2016) como de la autoeficacia (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010). Permittiéndonos todos ellos concluir, al igual que nuestros resultados, este papel predictor de ambas variables sobre el EI. Es por esto, que podemos

afirmar que tener una baja autoestima y una baja percepción de autoeficacia son dos factores de riesgo que facilitan el desarrollo de mayores niveles de EI en personas con TMG. El que encontremos estudios empíricos tan destacados y que a simple vista parecen situar a la autoestima y a la autoeficacia en lugares antagónicos, causa o consecuencia, del EI, nos hacen reflexionar sobre la complejidad de esta relación. Siendo posible que ambas variables se influyan mutuamente, de tal modo que aquellas personas que se sienten menos valiosas y con menos capacidad para lograr aquello que se proponen, al recibir un diagnóstico de TMG puedan ser más permeable al estigma, que aquellas otras personas con mayor autoestima y autoeficacia. Pero al mismo tiempo, la interiorización del estigma, sin duda impactará sobre la visión de la propia capacidad y el propio valor personal, disminuyendo la autoestima y la autoeficacia. Dada la complejidad que parece tener esta relación, sería interesante que el presente estudio fuese complementado por otros trabajos más amplios en los que se comprobara empíricamente un modelo explicativo que fuera capaz de visibilizar las influencias existentes entre el EI, la autoestima y la autoeficacia y la complejidad de las relaciones que se establecen entre ellas. Sin embargo, y dado el objetivo principal de este trabajo, podemos concluir que nuestros hallazgos nos aportan información suficiente sobre el papel predictor del autoestima y la autoeficacia sobre el EI. Permitiéndonos con ello cambiar la mirada, hacia un intento por crear programas que incidan en la autoestima y en la percepción de autoeficacia de estas personas, con el fin de conseguir mejoras en ambas y con ellas en el autoestigma.

Las creencias disfuncionales, representan la tercera variable que se incluye en el modelo de predicción resultante. Por lo que podemos afirmar, tal como se esperaba, que aquellas personas con mayores creencias disfuncionales tienden a experimentar niveles más elevados de EI. Como ya comentábamos en el capítulo anterior, este interés sobre la capacidad predictiva de las creencias disfuncionales es totalmente novedoso, pues no existe más que un trabajo previo que demuestra la existencia de una relación significativa entre esta variable y el EI, pero que no explora las características de esta relación ni la capacidad predictiva de la misma (Park et al., 2013). Siendo nuestro estudio el primero que considera y demuestra como existente esta relación predictiva de las creencias disfuncionales sobre el EI. Ya en el estudio empírico I, analizábamos lo plausible de esta relación, dado el paralelismo presentado entre estas creencias disfuncionales y las creencias estereotipadas cuya relación predictiva sobre el EI sí que se ha demostrado con anterioridad (Corrigan et al., 2006; Muñoz et al., 2011). Ambas, son creencias que se diferencian de las creencias adaptativas y saludables por ser rígidas, inapropiadas y excesivas. Asimismo, ambas se aplican de manera generalizada y estable sobre los demás y sobre uno mismo. Teniendo por tanto, mucho sentido esperar que aquellas personas con tendencia a tener más creencias irracionales sobre sí mismas, tenderán a aceptar y aplicar sobre sí con más facilidad los estereotipos asociados a la enfermedad mental coherentes estructuralmente con este tipo de

creencias disfuncionales. Además de por esta parte estructural, si analizamos el contenido en sí de las actitudes disfuncionales estudiadas, perfeccionismo y necesidad de aprobación, también podemos afirmar que es lógico pensar que ambas faciliten el desarrollo del EI. En cuanto al perfeccionismo, podemos suponer que una persona que tiende hacia el establecimiento de criterios de rendimientos inflexibles y excesivamente altos, se sentirá inferior al resto al no tener un estado de salud perfecto, o al tener ciertas limitaciones en su funcionamiento características del trastorno. Siendo fácil, que aparezcan en ella pensamientos rígidos, excesivos y perfeccionistas del tipo “*no soy capaz de nada*”, “*no puedo contribuir a nada*”, o “*no me voy a recuperar nunca*”, análogos con los estereotipos asociados a tener un TMG que están en la base del EI. Por otro lado, sabemos que las personas con mayor necesidad de aprobación, juzgan su propia autoestima en función de la reacción que provocan en los demás o de la opinión externa (Weissman y Beck, 1978). Por esto, también resulta esperable que tiendan a hacer propios e internalicen con más facilidad aquellos pensamientos estigmatizantes que una sociedad como la nuestra tiene aún asociados a tener un TMG. Además el sesgo atencional hacia la opinión de los demás, suscitaría que detecten con mayor facilidad situaciones discriminatorias o que anticipen esta discriminación, incrementando con ello igualmente la vulnerabilidad a la interiorización del estigma.

Estos resultados visibilizan la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a actuar no solo sobre las creencias estigmatizante, algo que ya se venido haciendo en algunas intervenciones hasta la fecha (Yanos et al., 2015; Mittal et al., 2012; Díaz-Mandado 2015), sino también sobre las creencias disfuncionales y distorsionadas por su demostrada influencia en el autoestima.

Finalmente, la última variable que entra a formar parte del modelo de regresión, tal y como se esperaba, es el estigma social explicando eso sí menor proporción de varianza del EI que el rol de enfermo, la autoestima o incluso que las creencias disfuncionales. El estigma social es entendido como como las creencias, prejuicios y comportamientos discriminatorios que una persona tiene hacia otra que tiene un TMG. Son muchos los estudios previos, que corroboran su papel predictor sobre el EI (Corrigan et al., 2006; Muñoz et al., 2011). Aquellas personas con mayor estigma social, es decir, de acuerdo con un mayor número de creencias estigmatizantes sobre las personas con TMG, tienen más probabilidad de aplicar sobre sí este conjunto de creencias que ya conocía y aceptaba previamente (Corrigan et al., 2006). Es por esto, que resulta un aspecto clave para cualquier programa destinado a reducir el EI, generar estrategias dirigidas a modificar este tipo de creencias.

Por otro lado las variables discriminación percibida, apoyo social y afecto negativo han sido, a diferencia de lo esperado, excluidas del modelo de regresión, quedándose todas fuera del modelo predictivo resultante sobre el EI.

En relación a la primera de ellas, la discriminación percibida, en el estudio anterior se observó un elevado acuerdo con la idea de que las experiencias de discriminación eran un factor de riesgo que facilitaba el desarrollo del EI. Este acuerdo, como vimos, es compartido por algunos autores anteriores (Brohan et al., 2010; Muñoz et al., 2011). Sin embargo, según los resultados de este segundo estudio, aunque existe una relación directa entre el EI y la discriminación en todas sus dimensiones (sobrepotección, trato injusto evitación y abandono de actividad y discriminación sutil), que indica que a mayor discriminación percibida, mayor EI; no podemos decir que esta relación entre ambas variables sea una relación de predicción, al quedar la discriminación excluida del modelo predictivo final. Estos resultados contradictorios pueden deberse a distintas razones. Por un lado, se observa que el constructo evaluado no es el mismo en los distintos trabajos. Algunos de ellos evalúan la percepción de la devaluación y de la discriminación en lugar de la discriminación experimentada en sí. Por ejemplo Brohan y su equipo (2010) emplearon para medir la discriminación la “Escala de Devaluación y Discriminación” (Link, Mirotznik y Cullen, 1991). Una escala que fue diseñada para evaluar la percepción del estigma presentado por pacientes con TMG y que ha sido revisada y ampliada para incluir la evaluación de sentimientos suscitados al enfrentarse al estigma social (Link, Yang, Phelan y Collins, 2004). De hecho, se trata de una escala que ha demostrado propiedades predictivas sobre la evaluación de la autopercepción del estigma y sobre las creencias estigmatizantes en los TMG tanto en su versión original (Link et al., 1991) como en su adaptación española (Martínez-Zambrano et al., 2016). Es por esto que tendría sentido pensar que en el trabajo de Brohan y colaboradores (2010), el constructo que predice el EI, se trata de un tipo de discriminación que se aleja de la discriminación percibida y en su lugar se acerca a un constructo más amplio, próximo al estigma social, variable esta que de hecho sí que entraba a formar parte de nuestro modelo de predicción. En esta misma línea, como ya indicamos en el estudio empírico I, algunos trabajos también han demostrado que eran otras variables como la anticipación de la discriminación, la que terminaba explicando en numerosas ocasiones el EI (Quinn, et al., 2015; Henderson et al., 2012). Por otro lado, en la investigación que da lugar al modelo socio-cognitivo-comportamental del equipo de Muñoz (2011), donde veíamos que también se concluía este papel facilitador de la discriminación sobre el EI, sí que se evaluaba el constructo de discriminación percibida, entendida como aquellas experiencias de discriminación directas consideradas por la propia persona con TMG en diferentes contextos. Ahora bien, el modelo final que se propone en este trabajo, incluye solo la discriminación entendida como un constructo constituido a través de las subescalas de discriminación en el área de familia/pareja y en el área de amigos, quedándose fuera la discriminación en el resto de áreas (Muñoz et al., 2011). Es por esto, que no se podría concluir que la discriminación percibida de una forma amplia influye en el desarrollo el EI, sino que parece hacerlo otro tipo de discriminación específica proveniente de una población concreta y próxima a la persona.

En conclusión, al no poder considerar que la discriminación percibida en sí, sea una variable capaz de predecir el EI, en parte por la heterogeneidad de las medidas empleadas, se consideran necesarias investigaciones que puedan continuar explorando esta relación, entre el EI y los diferentes tipos de discriminación en las diferentes áreas y contextos.

Además de esto aún sobre la discriminación, es interesante resaltar que en nuestros resultados se muestra que no hay diferencia en EI entre aquellas personas que habían sufrido una experiencia de discriminación traumática y las que no la habían sufrido. Como tampoco se aprecia relación significativa entre el EI y la sintomatología postraumática presentada por este grupo de personas que afirmaban haber experimentado un suceso de discriminación traumático. En esta línea, encontramos trabajos que analizan la comorbilidad del trauma y la psicosis, pero todos ellos se centran en la propia sintomatología psicótica y en los efectos de las intervenciones hospitalarias coercitivas como factores facilitadores del trastorno de estrés postraumático (TEPT); no contándose, con ningún trabajo en el que se explore la relación existente entre la discriminación traumática y el EI (Valiente, Villavicencio y Cantero, 2006). Es este el primer trabajo, por tanto, que lo hace. Obteniéndose en él unos resultados compatible con la conclusión previa, en la que se afirma que no es tanto la discriminación experimentada la que parece relacionarse y predecir el EI, ni por tanto lo será el carácter traumático o no de la misma, sino que más bien son otros factores relacionados con esta discriminación los que lo predicen; como sería el caso de su anticipación o de una discriminación más sutil, propia de un entorno próximo y sobre el que se construye el propio autoconcepto, como es la familia o los amigos (Pérez-Garín et al., 2015; Muñoz et al., 2011).

Por otro lado, contrariamente a lo esperado, observamos que los resultados muestran que la red de apoyo social no predice el EI, pese a relacionarse con él. Esta relación puede deberse, al impacto que la internalización del estigma tiene sobre la red de apoyo social, tal como se formula en la teoría del etiquetado (Link et al., 2001) o en algunos modelos que explican el proceso de estigmatización (Yanos et al., 2008). Una persona que recibe un diagnóstico de TMG, e internaliza el estigma social, tiende a emplear estrategias de afrontamiento basada en la evitación social y en el aislamiento para sortear el rechazo que anticipa puede recibir, provocándole esto una reducción del número y de la calidad de los contactos sociales y con ello un deterioro de la propia red social de apoyo (Lysaker, Davis, Warman, Strasburger, y Beattie 2007; Yanos et al., 2008; Link et al., 1989; Perlick et al., 2001). La diferencia, sin embargo, de estos resultados en relación a los obtenidos por los estudios previos en los que sí, se encontró un papel predictor de los contactos sociales sobre el EI, puede tener distintas explicaciones. Por un lado, tanto el estudio de Mueller y su equipo (2006) como la revisión meta-analítica de Livingston y colaboradores (2010), encuentran esta relación pero solo en el grupo de personas con un inicio más reciente de

la enfermedad; mientras que en nuestro trabajo no se diferencia en función de este criterio. Por otro lado, algunos trabajos evalúan solo la red social desde una perspectiva cuantitativa, al no incluir aspectos cualitativos como el nivel de satisfacción con la red social (Sibitz et al., 2011 y Brohan et al., 2010), algo que sí que se contempla en nuestro estudio, y que podría explicar parte de las diferencias existentes. Para poder comparar de forma adecuada los resultados y establecer conclusiones más contundentes sobre esta variable en futuras investigaciones, sería necesario que se diseñaran instrumentos de evaluación del apoyo social con buenas propiedades psicométricas, que midieran tanto su parte cuantitativa como cualitativa; siendo este el único modo de garantizar que se está evaluando un único constructo común. Sin embargo, la mayoría de investigaciones diseña su propio cuestionario o escala para evaluar esta variable, no pudiéndose por tanto comparar satisfactoriamente los resultados entre sí (Brohan et al., 2010; Sibitz et al., 2011; García-Cubillana et al., 2006).

Analizaremos, en último lugar, la variable afecto negativo, que recordemos fue identificada en el estudio cualitativo previo como causa del EI por parte de las personas con TMG, pero no por parte de las personas expertas. En este segundo estudio empírico se muestra que tampoco se considera predictora del EI, al no formar parte del modelo de predicción final. La literatura previa nos ha permitido visibilizar el malestar emocional y el afecto negativo como una consecuencia perjudicial del EI, que en los casos más graves puede ocasionar mayor sintomatología depresiva (Lysaker et al., 2007; Livingston et al., 2010; Yanos et al., 2008). No siendo frecuentes por el contrario, estudios que exploren la relación inversa. De hecho, solo hallamos un trabajo en el que se identifica el afecto negativo como supuesto predictor del EI. En él se contempla al EI como una variable que puede cambiar con el tiempo y fluctuar en respuesta a factores externos e internos entre ellos el afecto negativo (Ben-Zeev et al., 2012). Ahora bien, se trata de un trabajo donde el pequeño tamaño de la muestra (24 personas) limita la generalización de los resultados. Y que podría más que concluir la capacidad predictiva del afecto negativo sobre el EI, evidenciar que el estado de ánimo sesga las respuestas a los ítems en la evaluación de los mismos.

En conclusión, este estudio nos permite afirmar en primer lugar, que el rol de enfermo, la autoestima y autoeficacia, así como las creencias distorsionadas y el estigma social son capaces de predecir el estigma internalizado en personas con TMG. Por ello, podemos determinar que para conseguir reducir el EI se necesitarían programas de intervención que tengan como objetivos impactar en este conjunto de variables predictoras mejorándolas, para que de este modo se origine como consecuencia una reducción del EI. Concretamente, en base a esta conclusión, proponemos un programa combinado que tenga los siguientes objetivos específicos:

- Sustituir el rol de enfermo por otros roles significativos y valiosos

- Aumentar la autoestima y la percepción de autoeficacia
- Modificar creencias distorsionadas y sustituirlas por otras más adaptativas; o modificar el modo que tenemos de relacionarnos con ellas
- Modificar creencias estereotipadas características del estigma social; o modificar el modo que tenemos de relacionarnos con ellas

Esperamos que este programa diseñado en base a los objetivos descritos, además de reducir el EI en todas sus dimensiones, consiga mejoras en aquellas variables que han mostrado en el presente estudio relacionarse significativamente con él. Entre estas variables se encuentran: las expectativas de recuperación subjetiva, el deterioro psicosocial, la satisfacción vital y calidad de vida, la salud general, la sintomatología depresiva, la ansiedad social y la sintomatología psiquiátrica. Sin embargo, no se esperará que el nuevo programa cambie variables como la conciencia de enfermedad o la sintomatología postraumática, al no haberse encontrado relaciones significativas entre ellas y el EI.

En relación a las expectativas de recuperación, se ha encontrado una relación negativa entre ellas y el EI no solo en nuestro trabajo, sino también en otros tales como el estudio de validación de la escala de estigma internalizado de enfermedad mental (*Internalized Stigma of Mental Illness*, ISMI; Ritsher et al., 2003). O aquel donde se formula el modelo socio-cognitivo-comportamental (Muñoz et al., 2011). En ambos, se confirma esta relación en la que a mayor EI, menos expectativas de recuperación subjetiva. También en nuestro país, encontramos el trabajo de Díaz-Mandado y su equipo (2015) cuyo objetivo era analizar si el EI estaba entre los factores que promovían la experiencia subjetiva de recuperación, siendo sus resultados nuevamente confirmatorios. En esa dirección también apuntan los resultados del estudio de Garay y colaboradores, (2014), donde el EI, en su dimensión emocional, evidenció igualmente su capacidad para predecir la recuperación subjetiva. Y es que la recuperación subjetiva en salud mental, implica la necesidad de mantener la esperanza y contar con una identidad positiva (Anthony, 1993); aspectos estos sobre los que el estigma internalizado impacta negativamente (Corrigan et al., 2011; Yanos et al., 2008).

Por otro lado, nuestros resultados nos permiten concluir que mayores niveles de EI, se relacionan con un mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial, especialmente en sus escalas más sociales. Estos resultados van en la línea de otros estudios previos (Muñoz et al., 2011; Angell et al., 2005; Yanos, Rosenfield y Horwitz, 2001). Y es que el empleo de estrategias de secreto, evitación y aislamiento ante la anticipación del rechazo, o la vergüenza derivada de la percepción de uno mismo como inferior al resto (Vauth et al., 2007; Rüsche et al., 2009), favorecen el deterioro de las habilidades sociales ante la evitación de su uso y ante la presencia de juicios negativos y autocríticos sobre uno mismo.

Cuando pensamos en las consecuencias negativas de la internalización del estigma internalizado sobre las personas que tiene un TMG, aparece rápidamente como ejemplo de ellas la menor satisfacción y calidad de vida. Y evidentemente la asociación negativa entre el EI y la calidad de vida se ha informado sistemáticamente en todos los trabajos en los que se ha evaluado (Livingston et al., 2010; Han et al., 2018; Ow et al., 2015; Picco et al., 2016). Algo que, como se observa, también ocurre en nuestros resultados.

Menos estudiada, sin embargo ha sido la relación entre el EI y la percepción de salud mental general, ¿tienden a evaluar peor su salud aquellas personas que tienen mayores niveles de estigma internalizado? Según nuestros resultados sí, lo hacen, aquellas personas con mayor EI evalúan su salud mental como más negativa. En esta dirección también apuntan las conclusiones del trabajo del equipo de Pearl (2017) donde el EI se asocia con una peor percepción de salud tanto mental como física. No obstante sería interesante que se ampliaran los estudios en esta línea por la escasez de los mismos.

Veámos, por otro lado, que nuestros resultados no nos permiten relacionar el EI con la conciencia del trastorno, lo cual resulta coherente con los hallazgos previos ofrecidos por la revisión meta-analítica de Livingston y su equipo (2010), donde se concluye una ausencia de relación significativa entre estas dos variables en la mayoría de los estudios que la analizan. Algo que también se observa en trabajos posteriores donde tampoco se encuentran datos a favor de la correlación entre las puntuaciones totales de ambas variables, aunque sí se encuentre un efecto mediador del EI entre el insight y la sintomatología depresiva (Valiente et al., 2015). Dados estos resultados, coherentes con hallazgos previos, no tendría sentido esperar que cambios en el EI provocaran mejora en la conciencia del trastorno.

Centrándonos en último lugar en las variables clínicas, nuestros resultados muestran que el EI correlaciona con la sintomatología psiquiátrica, así como con la sintomatología depresiva y con la ansiedad social. En cuanto a la sintomatología psiquiátrica, podemos ver que de forma específica las subescalas que correlacionan son en mayor medida la subescala depresiva, y en menor medida aquella referida a los delirios. Esta relación entre la sintomatología psiquiátrica y el estigma internalizado, ha sido estudiada previamente, sin embargo la variedad de resultados obtenidos no permiten extraer conclusiones consistentes (Gerlinger et al., 2013). Mientras que en algunos trabajos se encuentra una correlación positiva entre síntomas de psicosis y el estigma internalizado (Ertugrul et al., 2004; Markowitz, 1998), otros muestran una falta de relación entre ambos (Dickerson et al., 2002; Díaz-Mandado, 2015). Sin embargo, sí que se evidencia un mayor acuerdo entre los autores acerca de la relación entre el EI y la sintomatología depresiva, al afirmarse que aquellas personas que presentan mayores niveles de EI experimentan mayor malestar emocional y mayor sintomatología depresiva. Siendo esta una de las consecuencias del

EI más ampliamente demostrada hasta la fecha y que sin duda tiene grandes repercusiones para las personas con TMG, por ser un factor más de sufrimiento que se añade a los síntomas propios del trastorno, y que supone un obstáculo más para el proceso de recuperación (Han et al., 2018; Sibitz et al., 2011; Ertugrul et al., 2004; Livingston et al., 2010).

Por su parte, la relación positiva encontrada entre el EI y la ansiedad social que se observan en nuestros resultados, cuenta también con apoyos en la literatura previa (Lysaker, Yanos, Outcalt, y Roe, 2010; Birchwood et al., 2007). Resulta esperable que personas que tienen un TMG y que poseen mayor EI, sufran mayores niveles de ansiedad social, ya que al aceptar y aplicar sobre sí las creencias estereotipadas se establece una imagen negativa de uno mismo, asociada a una pérdida de estatus y valor social (Gisbert et al., 2002). Este autoconcepto deteriorado provocaría los sentimientos de vergüenza y miedo ante el rechazo, que están en la base de la ansiedad social (Birchwood et al., 2007). Además, niveles de ansiedad social estables en el tiempo propician conductas de evitación social y de aislamiento extremas que conducen a una pérdida de habilidades sociales, lo cual también incrementaría estos niveles de vergüenza y de miedo al rechazo, cerrándose de este modo un círculo ansioso del que a la persona le resulta muy difícil salir.

Dada la relación significativa entre el EI y variables como la sintomatología depresiva o la ansiedad social, se espera que la reducción del primero tenga resultados también en la mejora de estas variables clínicas.

Resumiendo, en base a los resultados obtenidos esperamos que nuestro programa de intervención, resulte eficaz en la reducción del EI total y de todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y conductual; al mismo tiempo que consigue mejora en aquellas variables que han demostrado su relación con él, como son: las expectativas de recuperación, el deterioro psicosocial, la satisfacción y calidad de vida, la percepción general de salud, la sintomatología psiquiátrica y depresiva así como la ansiedad social.

Por último, es importante tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados de este estudio ciertas limitaciones. Primero, la muestra empleada estaba constituida por personas con distintos trastornos mentales graves, siendo por ello una muestra heterogénea en cuanto al tipo de diagnóstico. Esto aunque permite la generalización de los resultados a la población general de personas con TMG por ser representativa de la misma, no nos permite controlar las posibles diferencias que puedan existir entre los distintos grupos específicos de trastornos. Y dado que por ejemplo, la inclusión de los trastornos de personalidad dentro de los TMG sigue siendo actualmente objeto de debate (Rodríguez et al., 2003), sería interesante que futuros estudios pudieran replicar los resultados empleando muestras más homogéneas en cuanto al diagnóstico,

para de ese modo poder analizar la existencia o no de posible diferencias entre los distintos grupos en función de cada uno de ellos.

También en relación a la generalización de los resultados, hay que considerar que todas las personas que participaron eran usuarias de los servicios de la Red de atención Social. Esto permite suponer que todas ellas tenían una adecuada adherencia al tratamiento psicosocial y por ende, con alta probabilidad, también al tratamiento psiquiátrico, dada la alta interrelación entre el sistema de salud mental y el sistema de atención psicosocial. Además, todas las personas que participaron tenían un nivel cognitivo y clínico adecuado para poder someterse al proceso de evaluación, quedándose por ello también fuera de la muestra aquellas personas con algún deterioro cognitivo elevada sintomatología psicótica. Por tanto, hay que tener presente que la muestra de nuestro estudio es representativa del grupo de personas con TMG, atendidas en los dispositivos de rehabilitación psicosocial, y por ello deberíamos generalizar cautelosamente los resultados. En esta línea, sería interesante que futuras investigaciones replicaran nuestros resultados con personas con TMG con pobre adherencia al tratamiento psicosocial, así como, con aquellas con algún deterioro cognitivo o con excesiva sintomatología psicótica, ya que sus características podrían ser diferentes a las de la muestra de este estudio.

Por otro lado, sería interesante el poder realizar estudios con una muestra mayor de personas. Y en los que se estudiaran no solo la relación predictiva de este grupo de variables sobre el EI, sino que además pudieran crear modelos explicativos más amplios a través de análisis estadísticos más elaborados, como por ejemplo el análisis de ecuaciones estructurales. Pese a no haber sido este el objetivo del presente estudio, sí que creemos necesario que futuras investigaciones puedan ampliar nuestros resultados y constituyan estos modelos empíricos más amplios del estigma, incluyendo en ellos las nuevas variables predictivas halladas tales como el rol de enfermo y las creencias disfuncionales.

Finalmente, encontramos una última limitación referida a la evaluación, al contar con distintas evaluadoras que aplicaban una batería de evaluación con un formato heteroaplicado. No obstante, la posibilidad de que existieran sesgos, se disminuyó mediante el empleo de un protocolo estandarizado y manualizado de evaluación, donde se detallaban todas las instrucciones y las posibles aclaraciones. Asimismo, una escala con apoyo visual para los evaluados también disminuyó el riesgo de error. Además de esto, se realizó una sesión de formación y continuas supervisiones por parte del equipo investigador. No obstante los sesgos de evaluación por parte del evaluador y de discapacidad social por parte del evaluado forman parte de las limitaciones a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Sin embargo, dadas las características de la muestra se consideraban mayores los riesgos derivados de un formato de evaluación autoaplicado,

pues se estimaban que las dificultades cognitivas y motivacionales a la hora de completar una evaluación de ese tipo, producirían una menor fiabilidad de las respuestas.

En conclusión, este estudio empírico se supone de gran importancia. Por un lado porque objetiviza y da mayor rigor metodológico a los resultados obtenidos en nuestro estudio cualitativo previo (estudio empírico I). Permitiendo de este modo alcanzar mayor riqueza en los datos, al explorar y tener en cuenta información subjetiva fruto de la propia experiencia, que es contrastada con un trabajo objetivo. Y por otro lado, porque nos sitúa en un lugar aventajado a la hora de realizar el estudio central de la presente tesis, al permitir ampliar la literatura previa y confirmar nuevas hipótesis sobre las variables objetivo del nuevo programa de intervención. Concretamente, este estudio, nos permite concluir la necesidad de crear un programa de intervención dirigido a reducir el EI, que incida en variables como el rol de enfermo, la autoestima y autoeficacia, y las creencias estigmatizantes y distorsionadas, para con él poder conseguir mejoras no solo en el EI global sino en todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual, así como, en las variables de recuperación que igualmente se han demostrado estar asociadas a él: sintomatología psiquiátrica y depresiva, ansiedad social, expectativas de recuperación, funcionamiento psicosocial, calidad de vida y la salud mental general.

# **CAPÍTULO 6.**

## **Estudio empírico III**



## **CAPÍTULO 6. Estudio empírico III: Eficacia de un programa de intervención para reducir el estigma internalizado en personas con trastorno mental grave**

### **6.1 Planteamiento general**

Este último estudio, constituye el núcleo central de la presente tesis, y responde al objetivo principal de la misma: Diseñar y evaluar la eficacia de un nuevo programa de intervención específico para la reducción del estigma internalizado en personas con TMG.

Se espera que esta nueva intervención que recibe el nombre de “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR), sea capaz de reducir no solo los niveles globales de EI, sino todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual. Al mismo tiempo que logra mejorar otras variables de recuperación asociadas al EI.

Recordemos que para poder diseñar este nuevo programa de intervención, además de apoyarnos en la información proporcionada por la extensa revisión teórica realizada, se decidió construir una cadena de estudios empíricos que nos permitieran clarificar ciertas inconsistencias y enriquecer los hallazgos existentes. Concretamente, estos dos estudios empíricos antecesores, como veíamos en los capítulos previos, nos han permitido extraer las siguientes conclusiones principales que nos ayudarán en el diseño del programa:

- El nuevo programa de intervención ha de ser capaz de incidir en un conjunto de variables que han demostrado su capacidad predictiva sobre el EI, entre las que se encuentran: el rol de enfermo, la autoestima y la autoeficacia, las creencias disfuncionales y las creencias estigmatizantes características del estigma social.
- Se considera útil el empleo de un abordaje terapéutico que rompa con la visión categorial de salud vs enfermedad, y que fomente la autonomía y el papel activo de las personas, como ocurre en los grupos de iguales. Elemento este también clave en los programas del grupo de Russinova (2014) y en el de Corrigan (2015).
- Asimismo, se resalta la utilidad de la aplicación de técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, la terapia narrativa y la terapia de aceptación y compromiso, previamente también empleadas por otros programas dirigidos a reducir el EI que han mostrado resultados prometedores (Díaz-Mandado, 2015; Luckted et al., 2011; Luoma et al., 2008; Roe et al., 2014).

- Asimismo, se estima de gran utilidad el entrenamiento de estrategias de afrontamiento ante el estigma. Entre ellas toma un papel destacado la revelación del propio problema de salud mental, tal como ocurre en el programa de Corrigan y colaboradores (2015).
- Se espera que nuestro programa además de reducir el EI en todas sus dimensiones, consiga mejorar variables de recuperación que han demostrado su asociación con él, entre las que se hallan las expectativas de recuperación subjetiva, el deterioro psicosocial, la satisfacción vital y calidad de vida, la salud mental general, la sintomatología depresiva, la ansiedad social y la sintomatología psiquiátrica.

El diseño del Programa de Autoafirmación y Revelación, derivado como indicábamos de estos hallazgos y de los ofrecidos por la literatura previa, se describirá detalladamente a continuación. Seguidamente se procederá a evaluar su eficacia en un conjunto de personas con TMG, mediante un diseño experimental pretest-postest de dos grupos: un grupo experimental (PAR + tratamiento habitual) y un grupo control (tratamiento habitual). Ambos grupos se ven sujetos a medidas repetidas pretratamiento y postratamiento, además se realizó un seguimiento a los a los 12 meses, cuyos resultados no se contemplan en la presente tesis. El protocolo de tratamiento fue sistematizado y manualizado para permitir con ello su replicación.

## **6.2 Participantes**

Las personas participantes fueron captadas gracias a la colaboración de distintos Centros de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, gestionados por el Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (Intress) y por Grupo 5, una empresa de Gestión de servicios sociales, educativos y profesionales. Todas las personas usuarias de esta red han sido diagnosticadas con un TMG por el Servicio Nacional de Salud Mental y reciben tratamiento psiquiátrico y de rehabilitación psicosocial. Concretamente, este estudio contó con una muestra total de 80 personas con un diagnóstico de trastorno mental grave y con puntuaciones moderadas-altas en estigma internalizado, que fueron asignadas de manera aleatoria al grupo experimental o al grupo control de tratamiento habitual.

Los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron en cuenta para la selección de participantes fueron los siguientes:

Inclusión:

- 1) Tener una edad comprendida entre 18 y 67 años
- 2) Tener un diagnóstico principal según criterios diagnósticos CIE-10 (OMS, 1996) o DSM-IV (APA, 1994) de: esquizofrenia u otros trastornos psicóticos de origen no orgánico (F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29); trastorno obsesivo-compulsivo (F42); trastorno afectivo (F31, F33, F34, F38, F39), o trastorno de personalidad (F60)
- 3) Ser atendido en un Centro de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave de la Comunidad de Madrid. Es importante matizar que a esta Red Pública solo tienen acceso personas que cumplen los requisitos de tener un trastorno mental grave, caracterizado no solo por tener un determinado diagnóstico grave, sino que además han de cumplir con los requisitos de una larga duración y un grado de discapacidad asociada
- 4) Tener niveles moderados-altos de EI, definidos por una puntuación mayor a la puntuación media de EI de una muestra más amplia de la misma población obtenida en el estudio previo, bien en la puntuación total o en alguna de sus dimensiones. Para su evaluación se empleó la *Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI)* (Ritsher et al., 2003).

Exclusión:

- 1) Presentar una sintomatología psicótica aguda que impida completar el protocolo de evaluación. La valoración dependió del juicio clínico del psicólogo/a de referencia
- 2) Tener deterioro cognitivo grave ( $>27$  *Minimental State Examination*; Folstein et al., 1975).

Tras establecer los pertinentes convenios y superar los comités éticos correspondientes para llevar a cabo el estudio, se contactó con 167 participantes, de los cuales 163 ya habían participado en el estudio previo, añadiéndose en este momento 4 nuevos participantes. De estos 167 participantes, 43 fueron excluidos del estudio por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión o exclusión mencionados; 44 rehusaron participar por falta de interés o incompatibilidades de horario; y los 80 restantes aceptaron la participación. Todas las personas participantes del estudio tras firmar el pertinente consentimiento informado, y recibir la evaluación pre-tratamiento fueron asignadas de forma aleatoria al grupo control (tratamiento habitual) o al grupo experimental (PAR + tratamiento habitual). Dadas las condiciones geográficas y las escasas posibilidades de desplazamiento de la mayoría de los participantes el proceso de aleatorización se llevó a cabo del siguiente modo: En aquellas zonas donde había suficientes personas para realizar dos grupos (de mínimo 6 participantes por grupo) se asignó de forma aleatoria la mitad de los participantes al grupo control y la otra mitad al grupo experimental.

Mientras que en aquellas otras zonas donde no había suficientes personas para realizar dos grupos una control y otro experimental, se asignaron todos los participantes de esa zona a una u a otra de las condiciones (control o experimental), siendo el centro de atención social el que se aleatorizó en estos casos. La aleatorización se realizó mediante el programa Research Randomizer (Urbaniak et al., 2006). De esta forma los participantes de los centros pertenecientes a las zonas de Las Rozas, Chamberí y Getafe ( $n=42$ ) fueron asignados de forma aleatoria a los grupos control y experimental; mientras que en las zonas de Arganzuela, Alcalá de Henares, Alcobendas, Collado Villalba, La Latina y Martínez Campos ( $n=38$ ) fueron los centros y no los participantes los que fueron asignados aleatoriamente a una u otra de las condiciones experimentales. La distribución final de los participantes fue de 39 participantes en el grupo control (tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial) y 41 participantes en el grupo experimental (PAR + tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial). Asimismo todos los participantes estuvieron recibiendo su tratamiento psiquiátrico y farmacológico a lo largo de todo el estudio.

Una vez finalizado el periodo de intervención (9 semanas), se volvieron a evaluar a todas las personas de ambos grupos control y experimental. Del grupo control, dos personas no fueron evaluadas en la fase postratamiento, ya que por motivos personales no pudieron seguir participando en la investigación. En el grupo experimental se produjo una mortandad experimental de 7 participantes, debido a que no completaron 6 de las 9 sesiones del programa, que fue el criterio de asistencia necesario para considerar que habían completado el programa. Finalmente fueron analizados los datos de 71 personas, 37 del grupo control y 34 del grupo experimental. Es importante mencionar que aquellos participantes del grupo control que mostraron interés en recibir la intervención una vez finalizado el presente estudio, recibieron el programa de intervención, por motivos que superan los objetivos de esta tesis, y que apelan a la ética profesional. En la figura 6 se muestran el diagrama de los participantes incluidos en el estudio.

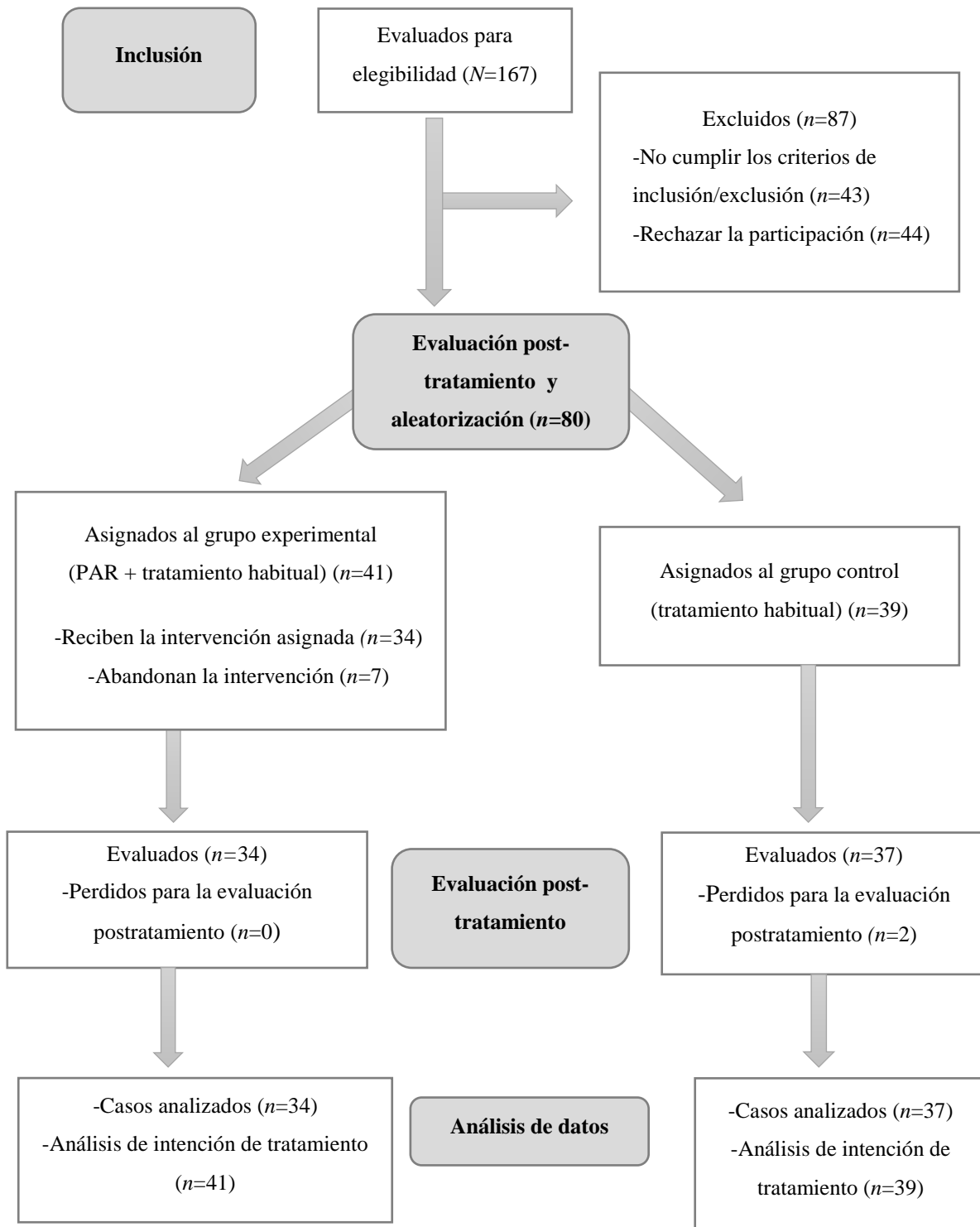


Figura 6. Diagrama de participantes incluidos en el estudio

### 6.3 Diseño y protocolo del programa de intervención

El nuevo programa de intervención para la reducción del estigma internalizado, “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR), se trata de un programa grupal estructurado y manualizado. Su diseño propio se ha basado en los resultados y conclusiones de los estudios empíricos I y II de la presente tesis, que junto con los modelos existentes de internalización del estigma y los resultados de programas previos, nos permiten mejorar la comprensión de este fenómeno y nos ayudan a plantear los objetivos específicos del programa y a seleccionar las técnicas y estrategias empleadas (Corrigan et al., 2006; Muñoz et al., 2011; Mittal, et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016). Concretamente el PAR, tienen como objetivo principal lograr que las personas que tiene un TMG reduzcan sus niveles de estigma internalizado en todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual. Y pretende conseguirlo incidiendo en variables que se concluyen son importantes para su desarrollo como son: el rol de enfermo, la autoestima y la autoeficacia, las creencias disfuncionales y las creencias estigmatizantes.

De forma general, este nuevo programa parte de la perspectiva del modelo de recuperación centrado en la persona, desde donde se pretende romper con la visión categorial de salud vs enfermedad y desde donde se fomenta la implicación de la propia persona y la recuperación del proyecto vital. El PAR se caracteriza además, por combinar estrategias psicoeducativas y técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, la terapia narrativa y la terapia de aceptación y compromiso. Al mismo tiempo que permite se dé un espacio para la terapia de apoyo mutuo entre pares. Para su desarrollo concreto, se emplean 9 sesiones de una hora y media de duración, que están descritas detalladamente en un Manual de tratamiento en el que se especifican los objetivos a cumplir, el procedimiento y el contenido de cada una de ellas. Además el programa cuenta con un material de Power Point que facilita el desarrollo de la sesión, y que se entrega a las personas participantes, junto a fichas de trabajo con ejercicios para realizar durante la sesión y entre sesiones.

El contenido específico del programa se organiza en seis bloques que se corresponden con distintos objetivos terapéuticos y con el empleo de determinadas técnicas o estrategias de intervención. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos:

- *Primer bloque.* Equivale a la primera sesión. Y pretende aumentar los conocimientos de los/las participantes sobre conceptos relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales graves mediante el empleo de estrategias psicoeducativas.
- *Segundo bloque.* Está compuesto por la 2ª y 3ª sesión. Y tiene como objetivo cuestionar y modificar las creencias disfuncionales y distorsionadas que presenta la persona, tanto aquellas que corresponden a estereotipos sobre los TMGs; como aquellas otras más personales que

reflejan necesidad de aprobación o perfeccionismo. Se apoya en el uso de la reestructuración cognitiva.

- *Tercer bloque.* Complementa mediante una sola sesión al segundo bloque. Y para ello usa estrategias derivadas de la ACT, tales como la defusión cognitiva, el uso de metáforas y el mindfulness, con el propósito de que la persona aprenda a relacionarse, desde la aceptación y el distanciamiento, con aquellos pensamientos negativos, resistentes a la reestructuración cognitiva, bien por su carácter de realidad o de recurrencia.
- *Cuarto bloque.* Igualmente está formado por una sola sesión, y tiene como objetivo específico aumentar la autoestima, la autoeficacia e identificar metas vitales personales que guíen el desempeño de roles valiosos y significativos lejanos al rol de enfermo.
- *Quinto bloque.* Es el bloque más largo y está compuesto por 3 sesiones. Pretende que las personas aumenten su percepción de autoeficacia a la hora de enfrentarse a situaciones estigmatizantes. Para ello se entrena en estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones sociales estigmatizantes. Entre estas estrategias se da especial énfasis a la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental, para cuyo entrenamiento se dedica una sesión completa, que se basa en una adaptación del programa Honest, Open, Proud de Corrigan (Corrigan et al., 2015). Esta sesión es liderada, como en el programa original, por un par que actúa como facilitador de la misma. Y se centra en valorar las ventajas e inconvenientes de revelar, o no, el propio trastorno mental. Además, en ella se emplean técnicas derivadas de la terapia narrativa, que tratan de propiciar que cada participante pueda narrar su propia historia de recuperación para, en el caso de considerarlo, poder apoyarse en ella a la hora de revelar su propio trastorno mental a los demás.
- *Sexto bloque.* Se corresponde con la última sesión del programa y tiene como objetivo el mantenimiento de los logros, la prevención de recaídas y la generalización de los resultados.

Concretamente, para el diseño del bloque I, el bloque II y el bloque IV, se toma como referencia los trabajos previos en los que la combinación de estrategias psicoeducativas y derivadas de la TCC han mostrado resultados prometedores, entre los que destacan el programa PAREI (Díaz-Mandad, 2015), así como el programa “Ending Self-Stigma” (Lucksted et al., 2011). Por su parte el bloque III, se diseña siguiendo el programa del grupo de Luoma (2008) que emplea la ACT como terapia para la reducción del estigma usando la defusión cognitiva, metáforas y ejercicios experienciales de atención plena. Además de esto, este bloque se complementa con un ejercicio experiencial de mindfulness, dado los resultados positivos de este tipo de técnicas evidenciados en la población diana (Luciano-Soriano et al., 2006; Chadwick, 2014). El bloque V, nuevamente se apoya en el programa PAREI (Díaz-Manado, 2015) y en el programa de Lucksted y colaboradores (2011) en lo referido al entrenamiento en las estrategias de afrontamiento ante el estigma basadas en la distracción o distanciamiento, el empleo del humor

o mensajes positivos, y en el uso de la confrontación asertiva. Sin embargo, la estrategia más específica de búsqueda de apoyo social incentivando el apoyo mutuo entre pares, se diseñan tomando como modelo los programas basados en el apoyo mutuo entre iguales como el de Russinova (2014) o el de Corrigan (2015). Además el entrenamiento en la estrategia de revelar el propio trastorno mental, a la cual como se ha indicado se le da una importancia destacada en el programa, se diseña por un lado a partir de la intervención original del grupo de Corrigan “Honest, Open, Proud Program” (HOP), al tratarse de un adaptación el mismo, y por otro lado en base a las técnicas narrativas aplicadas por el programa NECT (Roe et al., 2014), al darse un especial hincapié a la narración y con ella a la integración de la propia historia de recuperación.

También sobre la estructura del PAR, es importante mencionar que entre los aspectos a destacar del programa, se encuentra el trabajo inter sesiones, en forma de tareas para casa, algo que no suele darse en los programas de intervención antiestigma existentes y que sin embargo se considera fundamental para la generalización de los resultados (Stewart y Schröder, 2015). En la mayor parte de las ocasiones, estas tareas para casa se basaban en el empleo de la exposición a las situaciones temidas junto a la práctica de las estrategias de afrontamiento aprendidas.

Cabe señalar, que el programa fue aplicado previamente a un grupo piloto de cuatro personas, que cumplían los criterios de elegibilidad, para así evaluar los contenidos de todas las sesiones, a excepción de los pertenecientes a la sesión basada en el HOP, cuya eficacia ya había sido evaluada por los autores originales. Esta aplicación piloto se realizó de forma individual y tenía como fin último garantizar la adherencia al tratamiento así como la no dificultad y el entendimiento del programa. Además perseguía asegurar la satisfacción y la percepción de utilidad subjetiva por parte de los/as participantes que lo recibían.

Tras el análisis de resultados de este ensayo piloto, se puede afirmar una elevada adherencia de los participantes al tratamiento y un buen cumplimiento de las tareas (intra sesión e inter sesión). Pues todos los participantes completaron su asistencia al total de las sesiones de tratamiento programadas, y cumplieron con las instrucciones especificadas en cada una de ellas, así como con las tareas para casa. Para evaluar el resto de los parámetros de satisfacción, dificultad y utilidad percibida, se empleó un cuestionario creado *ad hoc* para este estudio, que tenía un formato tipo Likert con 4 respuesta (1 nada; 2 algo; 3 bastante; 4 mucho). Los resultados obtenidos permiten extraer las siguientes conclusiones:

- Elevada satisfacción general con el programa: El 100% de los participantes puntuaron mucha satisfacción ( $M=4$ ;  $DT=0$ ).
- Mayor satisfacción con el bloque II: Entrenamiento en reestructuración cognitiva ( $M=4$ ;  $DT=0$ ) y menor satisfacción con el bloque V: Estrategia de afrontamiento ( $M=2,5$ ;  $DT=0,58$ ).

Recordemos que la sesión basada en el HOP no formaba parte de este último bloque en el ensayo piloto por haberse evaluado su eficacia en el programa original.

- Escasa dificultad percibida de las sesiones: el 100% de los participantes consideraron que eran nada difíciles ( $M=1$ ;  $DT=0$ ).
- Las tareas para casa se consideraron un poco más difíciles que las tareas durante las sesiones ( $M=1,75$ ;  $DT=0,5$ ). Siendo las tareas consideradas más difíciles las del bloque V: Estrategias de afrontamiento ( $M=2,5$ ;  $DT=0,58$ ). Y las más fáciles tanto las del bloque II: Entrenamiento en reestructuración cognitiva ( $M=1$ ;  $DT=0$ ); como las del bloque IV: Entrenamiento en: autoestima, autoeficacia, metas vitales y roles valiosos ( $M=1$ ;  $DT=0$ ).
- Elevada percepción de utilidad percibida: El 100% de los participantes puntuaron mucha satisfacción ( $M=4$ ;  $DT=0$ ). Siendo el módulo que se consideraba más útil el bloque II: Entrenamiento en reestructuración cognitiva ( $M=1$ ;  $DT=0$ ). Y el menos útil el correspondiente al bloque V: Estrategias de afrontamiento ( $M=2$ ;  $DT=0,82$ ).

Además y aunque el objetivo principal de este ensayo piloto no es un evaluación con rigor metodológico de la eficacia en la mejora en EI, pues el reducido tamaño muestral limita los análisis estadísticos, sí que consideramos interesantes mostrar las puntuaciones medias de los participantes en las diferentes fases de evaluación -pretratamiento, postratamiento y seguimiento a los 3 meses-, para ver así el efecto potencial de la intervención sobre las variables de interés. Además, se calculó empleando análisis no paramétricos, si existía o no diferencia entre las medias en EI en estos tres momentos temporales de evaluación, para poder tener indicios de la posible eficacia de un tratamiento de estas características en una muestra más amplia de personas con TMG. Los resultados se muestran en la siguiente tabla 22.

**Tabla 22.** Resultados eficacia del programa piloto, pruebas no paramétricas Friedman

Variables	Pretratamiento	Postratamiento	Seg./3meses	Estadístico ( $p$ )
<b>ISMI-Total</b>	2,45 (0,22)	1,80 (0,17)	1,65 (0,26)	8,00 ( $p=0,02$ )
<b>ISMI-Aliena</b>	2,67 (0,36)	1,92 (0,32)	1,83 (0,24)	6,5 ( $p=0,04$ )
<b>ISMI-Asigna</b>	2,07 (0,66)	1,64 (0,34)	1,64 (0,38)	1,71 ( $p=0,42$ )
<b>ISMI-Discrim</b>	2,60 (0,16)	2,05 (0,41)	2,00 (0,5)	6,5 ( $p=0,04$ )
<b>ISMI-Aislam</b>	2,33 (0,36)	1,83 (0,43)	1,83 (0,43)	3,00 ( $p=0,22$ )
<b>ISMI-Resist</b>	2,7 (0,62)	2,2 (0,84)	2,00 (0,58)	5,57 ( $p=0,06$ )

*Nota:* Todas las variables aparecen expresadas en medias (con desviaciones típicas entre paréntesis); El estadístico se corresponde con Chi cuadrado; ISMI= Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; ISMI-Aliena= Subescala Alienación al Estereotipo; ISMI-Asigna= Subescala Asignación al Estereotipo; ISMI-Discrim= Subescala Discriminación; ISMI-Aislam=Subescala Aislamiento social; ISMI-Resist= Subescala Resistencia al Estereotipo

Se encuentran diferencias entre las puntuaciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento, en las variables de estigma total ( $p=0,02$ ), y en las subescalas: alienación ( $p=0,04$ ), y discriminación ( $p=0,04$ ). No ocurriendo así en la asignación al estereotipo ( $p=0,42$ ), el aislamiento ( $p=0,22$ ), ni en la resistencia al estigma ( $p=0,06$ ), donde las diferencias entre grupos no llegan al nivel de significación estadística. Sin embargo, tanto en las medias del EI total como en todas sus dimensiones vemos una disminución de las puntuaciones medias después de recibir el tratamiento que se mantiene en el seguimiento a los tres meses, que es indicativa de cierta mejoría en EI en las personas que reciben el tratamiento.

Este estudio piloto, permitió perfeccionar las explicaciones y los ejercicios para garantizar su entendimiento. Al mismo tiempo que confirmó se trataba de un programa con alta adherencia y grado de participación, que satisfacía a los participantes y que parecía que tanto a nivel de percepción subjetiva, como según los resultados de los análisis no paramétricos, tenía cierto efecto positivo sobre el EI. Siendo el bloque V: Estrategias de afrontamiento el que menos satisfacía, más difícil parecía y menos útil a nivel subjetivo se consideraba. Se consideró que esto podría mejorarse al incluir en él la sesión de dar a conocer el propio trastorno mental, derivada del programa Honest, Open, Proud (Corrigan et al., 2015) al tratarse de un programa con eficacia probada, que además resulta novedoso e interesante para la persona que lo recibe.

#### **6.4 Procedimiento**

Es importante señalar que este estudio, al igual que los anteriores, recibió el visto bueno del Comité Ético de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Y previamente al inicio de las evaluaciones iniciales, todos los participantes seleccionados completaron el consentimiento informado por escrito de acuerdo con la Declaración de Helsinki (AMM, 2008). Tras este primer momento el estudio se desarrolló siguiendo las siguientes fases:

- 1ª Evaluación pretratamiento (T1)
- 2ª Selección de los/las participantes y asignación aleatoria a los grupos experimentales
- 2ª Aplicación del PAR en el grupo experimental (9 semanas)
- 3ª Evaluación postratamiento (T2)
- 4ª Evaluación de Seguimiento (T3)

Todas las fases de evaluación, fueron llevadas a cabo por evaluadoras con experiencia en el trabajo con personas con TMG, previamente formadas por el equipo investigador. En esta formación previa sobre el protocolo de evaluación se acotaron las posibles aclaraciones

permitidas en cada uno de los cuestionarios para evitar, en la mayor medida posible, la contaminación de las respuestas de los participantes. Todas las evaluadoras fueron ciegas a la condición experimental (control o tratamiento) a la que pertenecía la persona evaluada. Las evaluaciones se realizaron en dos sesiones. Una primera dirigida a la persona usuaria, quien aportó información sobre todas las variables sociodemográficas, sobre dos de las variables clínicas: la sintomatología depresiva y la ansiedad social; y sobre el resto de variables psicosociales: estigma internalizado, autoestima, expectativas de recuperación, calidad de vida, salud mental general y funcionamiento psicosocial. La información sobre el resto de variables clínicas como el diagnóstico, la sintomatología psiquiátrica, o los datos de la historia clínica fue proporcionada por el/la profesional de referencia en una segunda sesión de evaluación. La duración de estas sesiones de evaluación a la persona usuaria y al profesional fue entre 30-45 minutos y 10-15 minutos, respectivamente. Al igual que en el estudio empírico II, se empleó un formato de evaluación heteroaplicado, para evitar sesgos de atención, comprensión o desmotivación por parte de la persona evaluada.

Seguidamente al periodo de evaluación pretratamiento el cual duró dos semanas, se inició la asignación de las personas que participaban a los grupos control o experimental, descrita en el apartado de participantes. Y a continuación se procedió a realizar la aplicación del PAR al grupo experimental, junto a su tratamiento habitual. Mientras que el grupo control, siguió recibiendo exclusivamente el tratamiento habitual. Del total de las personas del grupo experimental (41), se crearon 6 grupos de entre 5 y 8 participantes. El programa fue aplicado, en los propios centros de rehabilitación psicosocial a los que las personas asistían habitualmente, y en un horario viable para ellas. La duración del programa fue de una sesión de una hora y media con frecuencia semanal, durante 9 semanas.

Las personas responsables de la aplicación del programa fueron tres psicoterapeutas licenciadas en psicología, con un máster en psicología clínica y amplia experiencia en la intervención con personas con TMG. Las terapeutas contaron con la colaboración de coterapeutas, en cinco de las nueve sesiones del programa consideras como más complejas. Las personas que funcionaron como coterapeutas también eran licenciadas en psicología e igualmente contaban con experiencia en el trabajo con personas con TMG. Antes del inicio del programa, terapeutas y coterapeutas recibieron una amplia formación sobre el programa y sobre el uso del manual de intervención. Además su intervención fue supervisada durante todo el proceso mediante reuniones periódicas con el equipo investigador. Por otro lado, las personas que actuaba como pares en la octava sesión del programa, fueron dos personas con TMG, que tenían bajos niveles de EI, y alto empoderamiento. Ambas habían divulgado su problema de salud mental con anterioridad y contaban con historias de revelación basadas en la recuperación y en la autoafirmación. Asimismo

estas personas fueron formadas en la pertinente sesión, con el fin que se ajustaran fielmente a ella.

Una semana más tarde de la finalización del programa, es decir a las 10 semanas desde la primera fase de evaluación pretratamiento (T1), se evaluaron de nuevo a todos los participantes. Esta segunda evaluación postratamiento (T2), fue idéntica y con el mismo formato que la evaluación pretratamiento. Y se llevó a cabo por evaluadoras ciegas a la condición experimental, igualmente formadas previamente en el protocolo de evaluación. A los 12 meses, desde la finalización de la intervención se procedió a realizar un seguimiento (T3), siguiendo el mismo procedimiento de evaluación descrito. Sin embargo, los datos obtenidos en esta última fase, y los resultados pertinentes no se reportan en esta presente tesis, aunque se esperan formen parte las futuras publicaciones.

### **6.5 Variables y medidas**

En este segundo estudio, se evaluó de nuevo el estigma internalizado, que constituyó la variable central. Junto a él, se midieron aquellas variables psicosociales y clínicas que en el estudio empírico II mostraron una relación significativa con el EI y que se esperaba también se mejoraran tras la intervención. Además se evaluó, de forma anónima, la satisfacción del programa de intervención por parte de los y las participantes, mediante un cuestionario de satisfacción *ad hoc*, diseñado para el presente estudio. El cuestionario se trataba de una adaptación del *Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfaction Questionnaire* o CSQ-8; Nguyen, Attkisson, Stegner, 1983); validado en español por Roberts, Attkisson y Mendias (1984). Las dimensiones evaluadas por este cuestionario fueron:

- La satisfacción general con el programa, así como la satisfacción con el material proporcionado y con las profesionales encargadas de su aplicación
- La ayuda percibida proporcionada por el programa
- El nivel subjetivo de reducción del estigma internalizado
- La probabilidad de continuar practicando lo aprendido
- La recomendación del programa a otras personas.

### **Variables psicosociales**

A continuación y en primer lugar se detallarán las variables e instrumentos que se aplicaron a los participantes en la primera sesión de evaluación, correspondientes a las variables psicosociales.

**Estigma internalizado:** evaluado de nuevo mediante la Escala de *Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (Internalized Stigma of Mental Illness* o ISMI; Ritsher et al., 2003). Concretamente se vuelve a emplear la versión española de Muñoz y colaboradoras (2011). Como ya se detalló en el estudio empírico II, se trata de una escala ampliamente utilizada para medir la experiencia subjetiva del estigma internalizado asociado a la condición de tener un trastorno mental, que tiene varias adaptaciones (Boyd et al., 2014; González-Domínguez et al.). Esta escala nos ofrece una puntuación de estigma total, y puntuaciones específicas de todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual; así como, una puntuación de discriminación y otra de resistencia al estigma. La puntuación se muestra en un rango de 1 a 4 donde a mayor puntuación mayor estigma internalizado. En cuanto a la consistencia interna de la escala total en la muestra del estudio fue de un  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,94, similar a la aportada por los autores originales (Ritsher et al., 2003). Las subescalas, también mostraron en la muestra de estudio una fiabilidad similar o mayor a los datos obtenidos en la validación de la versión original o de sus múltiples adaptaciones (Ritsher et al., 2003; Boyd et al., 2014). Alienación al estereotipo  $\alpha=0,82$ ; asignación al estereotipo  $\alpha=0,80$ ; discriminación experimentada  $\alpha=0,88$ ; aislamiento  $\alpha=0,84$ ; y resistencia al estigma  $\alpha=0,65$ .

**Expectativas de recuperación subjetiva:** evaluada, al igual que en el estudio previo, con la versión breve de la *Escala de Evaluación de la Recuperación (Recovery Assessment Scale* o RAS; Corrigan et al., 1999) adaptada por primera vez por Díaz Mandado (2015) en un estudio sobre estigma internalizado en la misma población. Se trata de un instrumento que nos ofrece una puntuación generales en esta variable y cinco puntuaciones específicas, al agruparse sus 18 ítems en cinco factores: confianza personal y esperanza; disposición a pedir ayuda; orientación hacia las metas y el éxito; confianza en los otros y no dominación por los síntomas. La consistencia interna en la muestra de estudio, de la escala total fue de un  $\alpha=0,90$ . Por su parte la fiabilidad de las subescalas también fue adecuada en nuestra muestra, comprendiéndose entre los valores de  $\alpha=0,83$ , en la subescala de disposición a pedir ayuda y de  $\alpha=0,68$  en la escala de confianza en otros.

**Autoestima:** evaluada nuevamente con la *Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Scale* o RSE; Rosenberg, 1965). Validada en población española por Vázquez-Morejón (2004). Como se indicó en el estudio previo, la escala evalúa mediante 10 ítems la aceptación y el respeto por uno mismo. La puntuación total oscila entre 10 y 40 puntos, donde a mayor puntuación peor autoestima. La consistencia interna de la escala en la muestra de estudio fue de un  $\alpha=0,85$ .

**Deterioro del funcionamiento psicosocial:** evaluado con la *Escala de Funcionamiento Social (Social Functioning Scale* o SFS; Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990). Validada en población española por Torres y Olivares (2005). Se trata de un instrumento fiable,

diseñado específicamente para la evaluación del funcionamiento social de las personas con esquizofrenia, que se puede emplear igualmente para la evaluación de otros trastornos mentales graves. Pese a que esta escala cuenta con siete subescalas, en este estudio se aplican sólo aquellas subescalas que miden el funcionamiento psicosocial, en lo referido a la relación con las otras personas, como son las subescalas de aislamiento, comunicación interpersonal, y conducta prosocial. Las puntuaciones de la subescala de aislamiento con 5 ítems oscilan entre 0 y 15; las puntuaciones de la subescala comunicación interpersonal, integrada por 4 ítems, lo hace de 0 a 9; y la subescala de conducta prosocial, con 22 ítems, de 0 a 66. Por lo que la puntuación total de la escala en nuestro estudio está comprendida entre 0 y 90 puntos, donde a mayor puntuación mejor funcionamiento social. La elección de esta escala en general, y de estas subescalas específicamente se debe a la mayor correlación encontrada en el estudio previo, entre el EI y las subescalas centradas en la relación con los otros (relaciones con los otros y participación social) del *Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud* (WHODAS; World Health Organization, 2000). La consistencia interna en nuestra muestra de estudio fue de  $\alpha=0,64$ .

**Calidad de vida:** evaluada con la *Escala de Satisfacción con la Vida de Baker e Intagliata* (*Satisfaction with Life Domains Scale* o SLDS; Baker y Intagliata, 1982), adaptada y validada en nuestra país por Carlons y su equipo (2009). Es un instrumento breve y fácil de aplicar. Y actualmente uno de los más utilizados para evaluar la calidad de vida en población de personas con trastornos mentales graves, especialmente esquizofrenia (Carlons et al., 2009). Está compuesta por 15 ítems con una puntuación tipo Likert de 7 opciones, apoyadas visualmente en una escala de caras. Evalúa la satisfacción de la persona con diferentes dominios: lugar de residencia, vecindario, comida, ropa, salud, personas con las que convive, amistades, familia, relaciones con otras personas, actividad cotidiana, tiempo libre, posibilidades de ocio, servicios y facilidades del barrio, situación económica y lugar de residencia en comparación con el hospital. Este último ítem fue eliminado en nuestro estudio, dado que una parte de las personas evaluadas no habían vivido en el hospital no siendo por tanto este ítem relevante para el total de la muestra. Las puntuaciones finales se encuentran comprendidas en un intervalo de 14 a 98 puntos, donde a más puntuación más calidad de vida. La fiabilidad de la escala en nuestra muestra fue de  $\alpha=0,87$ .

**Salud mental general:** evaluada mediante la versión reducida de 12 ítems del *Cuestionario de Salud General* (*General Health Questionnaire* o GHQ-12; Golberg y Hillier, 1979), validada en nuestro país por Sánchez-López y Dresch, 2008. Es un cuestionario que se aplica en ambientes comunitarios. Evalúa dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir realizando las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. La persona contesta a 12 frases que comparan su experiencia reciente con un determinado aspecto

de su estado habitual, en una escala de cuatro niveles de gravedad puntuados de 0 puntos a 3 puntos. La puntuación total está comprendida entre 0 y 36, donde a más puntuación menor salud mental general. Es importante tener en cuenta que este cuestionario nos ofrece información sobre el estado de salud actual, no detectando estados crónicos de salud. La fiabilidad en la muestra de estudio fue de un  $\alpha=0,88$ .

### **Variables clínicas**

A continuación, se detallarán las variables y los instrumentos referidos a las variables clínicas, empezando por aquellos aplicados a la persona participante y continuando con los aplicados al/a profesional de referencia.

#### **a) Medidas e instrumentos referidos a las variables clínicas aplicados al participante**

**Sintomatología depresiva:** evaluada nuevamente con la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos* en su versión breve (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Brief version* o CES-D; Kohout, Berkman, Evans, Cornoni-Huntley, 1993). La fiabilidad de la escala en nuestra muestra fue de  $\alpha=0,78$ .

**Ansiedad social:** evaluada mediante la *Escala de Ansiedad a la Interacción (Interaction Anxiousness Scale* o IAS; Leary, 1983). Validada en población española por Sanz (1994). Mide las respuestas subjetivas de ansiedad ante diversas situaciones de interacción social. La fiabilidad de la escala en nuestra muestra de estudio fue de un  $\alpha=0,87$ .

#### **b) Medidas e instrumentos referidos a las variables clínicas aplicados al profesional de referencia**

Los psicólogos/as de referencia de cada uno de los participantes también participaron en el proceso de evaluación de este estudio. Por una parte, reportaron datos sobre la historia clínica de los participantes. Y por otra, ofrecieron información sobre la sintomatología psiquiátrica.

**Sintomatología psiquiátrica:** evaluada asimismo mediante la *Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico (Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severit;* APA; 2013). Se trata de una escala breve que evalúa, por parte del profesional de referencia, la gravedad de la sintomatología psiquiátrica mediante 8 dimensiones:

alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado, síntomas negativos (expresión emotiva disminuida o abulia), cognición deteriorada, depresión y manía. A más puntuación mayor sintomatología psiquiátrica. La consistencia interna de la escala en la muestra de estudio fue de  $\alpha=0,85$ .

## 6.6 Análisis de datos

Para describir la muestra, sus características sociodemográficas y clínicas, así como, para describir la satisfacción y la adherencia a la intervención se calcularon diferentes estadísticos descriptivos, entre los que estaban medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes. En segundo lugar, con el fin de asegurar la ausencia de diferencias significativas previas a la intervención en las principales variables entre los grupos control y experimental, se realizaron pruebas de diferencias, empleando los estadísticos Chi cuadrado para variables cualitativas y *t* de Student en el caso de variables cuantitativas. Por su parte, para el análisis de la eficacia del programa se realizaron para cada una de las variables de resultados ANOVAs mixtos 2x2 (grupo x tiempo de medida). Se estudió el efecto de la interacción entre grupo y momento de la evaluación como indicador de la eficacia del tratamiento. En aquellas medidas en las que se observaron diferencias significativas en la interacción de los efectos principales, se realizaron pruebas de contraste post hoc, mediante la Corrección de Bonferroni, para corregir las comparaciones múltiples, y poder aislar el efecto del programa sobre los resultados. Con esto se pretendía determinar, si las mejoras en los resultados a lo largo del tiempo se relacionaban con la intervención PAR o con el tratamiento habitual. Todos los análisis estadísticos de este estudio adoptaron un nivel de significación de 0,05 y fueron realizados mediante el programa de tratamiento estadístico SPSS en su versión 20.0.

## 6.7 Resultados

### a) Características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de los participantes

La muestra inicial del estudio, estaba compuesta por 80 personas, de las cuales el 38,8% fueron mujeres y el 61,8% hombres. La edad media del grupo total fue 46,94 años ( $DT=10,74$ ), siendo la edad media de los hombres de 47,04 años ( $DT=8,9$ ) y de las mujeres de 46,77 años ( $DT=13,32$ ). El resto de características sociodemográficas, relativas a la nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudio o situación laboral se observan en la tabla 23.

**Tabla 23.** Características sociodemográficas de los participantes (N=80)

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Mujeres	31 (38,8%)
Hombres	49 (61,3%)
<b>Nacionalidad</b>	
Española	72 (90%)
Otra nacionalidad	8 (10%)
<b>Zona de Residencia</b>	
Madrid capital	32 (40%)
Pueblos de Madrid provincia	48 (60%)
<b>Estado Civil</b>	
Solteros/as	64(80%)
Casados/os	1(1,3%)
Viudos/as	2 (2,5%)
Separados/as	5 (6,3%)
Divorciados/as	8 (10%)
<b>Nivel de estudios</b>	
Sin estudios	2 (2,5%)
Elementales, educación primaria	30 (37,5%)
Educación secundaria	37 (46,3%)
Algún curso universitario	6 (7,5%)
Estudios universitarios	5 (6,3%)
<b>Situación laboral</b>	
Paro activo	10 (12,5%)
Paro pasivo	12 (15%)
Trabajo protegido	5 (6,3%)
Pensión de invalidez temporal	4 (5%)
Pensión de invalidez absoluta permanente	48 (60%)
Estudiante	1 (1,3%)

En lo que se refiere a las características clínicas de la muestra previas a la fase de intervención, encontramos que la duración del trastorno, expresada en la media de años desde el inicio de los síntomas, del total de la muestra fue de 23 años ( $DT=10,89$ ). La duración del tratamiento según la media de años desde el primer contacto con Salud Mental fue de 18,95 años ( $DT=10,60$ ) y según la media de años desde la entrada en la Red de Atención Social a personas

con TMG fue de 8,01 años ( $DT=5,82$ ). Las demás características descriptivas de las variables clínicas se muestran a continuación en la tabla 24.

**Tabla 24.** Características clínicas de los participantes ( $N=80$ )

Características	<i>n</i> (%)
<b>Diagnóstico</b>	
Trastornos psicóticos	63 (78,8%)
Trastornos del estado de ánimo	4 (5,0 %)
Trastornos de la personalidad	12 (15%)
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (1,3%)
<b>Tipo de recurso de intervención en atención social</b>	
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	22 (27,5%)
Centro de Día (CD)	24 (30%)
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL)	12 (15%)
Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC)	4 (5%)
Mini-Residencia (MR)	13 (16,3%)
Piso Supervisado (PS)	5 (6,3%)
<b>Hospitalizaciones a lo largo de la vida</b>	
Ninguna	15 (18,8%)
Entre 1 y 4	48 (60%)
Entre 5 y 10	9 (11,3%)
Más de 10	6 (7,5%)
Desconocidas	2 (2,5%)
<b>Sintomatología Clínica</b>	
	<b><i>M</i> (<i>DT</i>)</b>
Depresiva percibida (CES-D)	4,39 (2,83)
Ansiedad social (IAS)	50,86 (10,79)
Psiquiátrica (CDPS)	6,45(4,00)

*Nota:* *M*= media; *DT*= desviación típica; CES-D: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; IAS= Escala de Ansiedad a la Interacción; CDPS: Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico

Finalmente en la tabla 25 se resumen los estadísticos descriptivos de todas las variables psicosociales evaluadas en fase pretratamiento (T1) mediante los instrumentos de evaluación descritos en el apartado de variables y medidas.

**Tabla 25.** Estadísticos descriptivos de las variables psicosociales en la fase pretratamiento ( $N=80$ )

<b>Variab</b> les	<b>Media</b>	<b>DT</b>
<b>ISMI</b>	2,24	0,48
<b>RSE</b>	29,88	5,82
<b>RAS</b>	66,06	10,71
<b>GHQ-12</b>	12,50	6,97
<b>SLDS</b>	68,66	14,13
<b>SFS</b>	28,67	8,54

*Nota:*  $M$ = media;  $DT$ = desviación típica; ISMI= Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; RSE= Cuestionario de Autoestima de Rosenberg; RAS= Escala de Evaluación de la Recuperación; GHQ-12= Cuestionario de Salud General; SLDS= Escala de Satisfacción con la Vida de Baker e Intagliata; SFS= Escala de Funcionamiento Social

#### **b) Diferencias en la línea base entre los grupos de participantes en sus características sociodemográficas, clínicas y psicosociales**

En la tabla 26 se presentan las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de los dos grupos-control y experimental- en la línea base, es decir, antes de recibir la intervención. Los resultados de las pruebas  $t$  de Student y de las pruebas Chi cuadrado para comprobar las diferencias entre los dos grupos, mostraron que la muestra total de pacientes ( $N=80$ ) se repartió de forma relativamente homogénea en cuanto al sexo y la edad entre ambos grupos, ya que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos ni en la media de edad ( $t_{(78)}=0,84$ ;  $p=0,40$ ), ni en el porcentaje de hombres y mujeres ( $X^2=3,19$ ;  $p=0,11$ ). Ambos grupos también fueron equivalentes en cuanto a la nacionalidad y al lugar de residencia, al mostrar una ausencia de diferencia significativa entre ellos en nacionalidad ( $X^2=0,11$ ;  $p=1$ ) y en lugar de residencia ( $X^2=2,70$ ;  $p=0,11$ ). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y el control en el estado civil ( $X^2=3,28$ ;  $p=0,35$ ), el nivel de estudio ( $X^2=2,31$ ;  $p=0,51$ ), ni la situación laboral ( $X^2=8,63$ ;  $p=0,07$ ).

Por otro lado, tampoco se encuentran diferencias entre ambos grupos en ninguna de las variables clínicas: como el tipo de diagnóstico ( $X^2=1,97$ ;  $p=0,58$ ) o de recurso de rehabilitación psicosocial al que asistían ( $X^2=7,34$ ;  $p=0,20$ ); tampoco en la duración del trastorno, medida como la media de años desde que aparecen los primeros síntomas ( $t_{(78)}=-0,10$ ;  $p=0,92$ ); ni en la duración de la intervención evaluada mediante la media de años de tratamiento en salud mental ( $t_{(78)}=-0,22$ ;  $p=0,98$ ) y la media de años de intervención en los recursos de la red de atención social ( $t_{(78)}=1,30$ ;

$p=0,20$ ). Por su parte, tampoco encontramos diferencias entre el número de hospitalizaciones entre ambos grupos ( $X^2=3,60$ ;  $p=0,31$ ). Esto mismo ocurre en lo relativo a la sintomatología: depresiva (CES-D) ( $t_{(78)}=0$ ;  $p=0,40$ ); ansiedad social (IAS) ( $t_{(78)}=1,45$ ;  $p=0,15$ ) y psiquiátrica (SLDS) ( $t_{(78)}=1,86$ ;  $p=0,67$ ); no existen diferencias significativas entre las personas del grupo control y las del experimental en ninguna de ellas en la línea base.

Finalmente, los análisis estadísticos también nos permiten visualizar que no existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental antes de la intervención en ninguna de las variables psicosociales dependientes, es decir, aquellas variables psicosociales en las que pretendemos producir cambios en el grupo experimental tras la intervención. Específicamente se observa una ausencia de diferencias entre los dos grupos en la puntuación total de la escala ISMI ( $t_{(78)}=-0,09$ ;  $p=0,93$ ) y en todas sus subescalas. Así como en autoestima (RSE) ( $t_{(78)}=-0,73$ ;  $p=0,47$ ); en la puntuación total del RAS, que mide expectativas de recuperación ( $t_{(78)}=-0,61$ ;  $p=0,54$ ); salud mental general, evaluada mediante el GHQ-12 ( $t_{(78)}=0,34$ ;  $p=0,74$ ); calidad de vida (SLDS) ( $t_{(78)}=0,79$ ;  $p=0,43$ ); y funcionamiento social (SFS) ( $t_{(78)}=-1,20$ ;  $p=0,24$ ).

Estos resultados nos permiten concluir, que los grupos control y experimental no muestran diferencias significativas en ninguna de las variables del estudio antes de la intervención, en la evaluación pretratamiento.

**Tabla 26.** Características sociodemográficas, clínicas y psicosociales en la línea base (N=80)

	<b>Grupo Tratamiento (n=41)</b>	<b>Grupo Control (n=39)</b>	<b>Estadístico (p)</b>
<b>Edad</b>	45,95 ± 11,71	47,97 ± 9,67	$t=0,84$ ( $p=0,40$ )
<b>Sexo Mujer, n (%)</b>	12 (29,3)	19 (48,7)	$X^2=3,19$ ( $p=0,11$ )
<b>Nacionalidad Española, n (%)</b>	37 (90,2)	36 (92,3)	$X^2=0,11$ ( $p=1,00$ )
<b>Residencia Madrid Capital, n (%)</b>	20 (48,8)	12 (30,8)	$X^2=2,70$ ( $p=0,11$ )
<b>Estado Civil, n (%)</b>			$X^2=3,28$ ( $p=0,35$ )
Soltero/a	34 (82,9)	30 (76,9)	
Casado/a	0	1 (2,6)	
Viudo/a	0	2 (5,1)	
Separado/a o Divorciado/a	7 (17,1)	6 (15,4)	
<b>Nivel de Estudios, n (%)</b>			$X^2=2,31$ ( $p=0,51$ )
Sin Estudios	1 (2,4)	1 (2,6)	
Elementales	17 (41,5)	13 (33,3)	
Secundaria/Bachiller/ESO/FP	22 (53,7)	21 (53,8)	
Universitarios	1 (2,4)	4 (10,3)	
<b>Situación Laboral, n (%)</b>			$X^2=8,63$ ( $p=0,07$ )
Paro	16 (39)	6 (15,4)	
Trabajando	1 (2,4)	4 (10,3)	
Estudiando	1 (2,4)	0	
Invalidez temporal	1 (2,4)	3 (7,7)	
Invalidez absoluta Permanente	22 (53,7)	23 (66,7)	
<b>Años de duración del TMG</b>	23,10 ± 11,07	22,85 ± 10,84	$t=-0,10$ ( $p=0,92$ )
<b>Años en Salud Mental</b>	18,98 ± 10,42	18,92 ± 10,92	$t=-0,22$ ( $p=0,98$ )
<b>Años en la Red Atención Social</b>	7,20 ± 5,16	8,87 ± 6,40	$t=1,30$ ( $p=0,20$ )
<b>Diagnóstico Categorías, n (%)</b>			$X^2=1,97$ ( $p=0,58$ )
Tx Psicóticos	32 (78)	31 (79,5)	
Tx Afectivos	3 (7,3)	1 (2,6)	
Toc	0	1 (2,6)	
Tx de Personalidad	6 (14,6)	6 (15,4)	
<b>Nº de Hospitalizaciones, n (%)</b>			$X^2=3,60$ ( $p=0,31$ )
Ninguna	7 (17,9)	8 (20,5)	
Entre 1 y 4	23 (59)	25 (64,1)	
Entre 5 y 10	7 (17,9)	2 (5,1)	
Más de 10	2 (5,1)	4 (10,3)	
<b>Tipo de Recurso, n (%)</b>			$X^2=7,34$ ( $p=0,20$ )
CRPS	9 (22)	13 (33,3)	
Centro de día	13 (31,7)	11 (28,2)	
CRL	9 (22,0)	3 (7,7)	
EASC	1 (2,4)	3 (7,7)	
Mini-Residencia	8 (19,5)	5 (12,8)	
Piso Supervisado	1 (2,4)	4 (10,3)	

Nota: Los datos corresponden a la media ± la desviación típica (DT), excepto en aquellos que se indique se refieran a porcentajes (%)

Tabla 26. Continuación

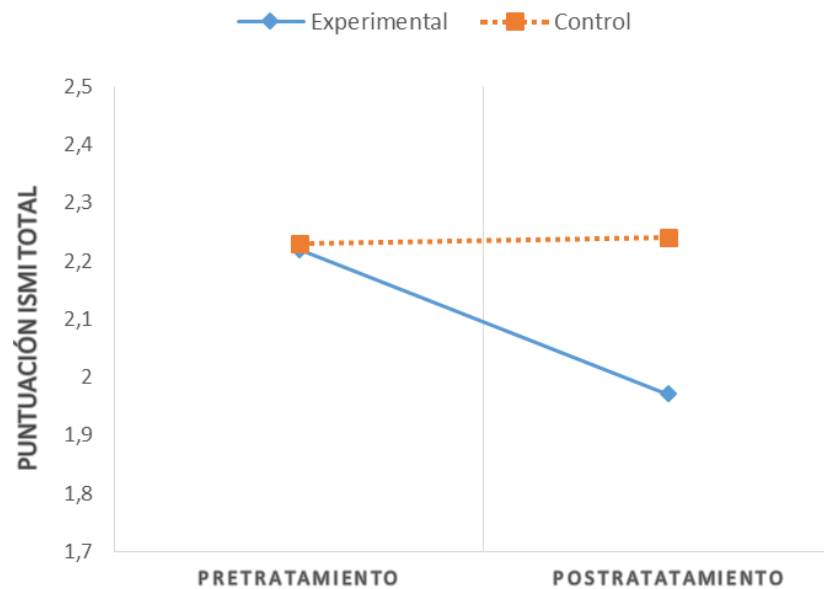
	Grupo Tratamiento (n=41)	Grupo Control (n=39)	Estadístico (p)
<b>CPDS</b>	5,66 ± 4,50	7,28 ± 3,23	$t=1,86$ ( $p=0,67$ )
<b>CES-D</b>	4,71 ± 2,83	4 ± 2,81	$t=-1,12$ ( $p=0,27$ )
<b>IAS</b>	49,17 ± 11,10	52,64 ± 10,30	$t=1,45$ ( $p=0,15$ )
<b>ISMI Total</b>	2,25 ± 0,49	2,24 ± 0,47	$t=-0,09$ ( $p=0,93$ )
ISMI-Aliena	2,39 ± 0,61	2,42 ± 0,63	$t=0,24$ ( $p=0,81$ )
ISMI-asigna	2,01 ± 0,54	2 ± 0,45	$t=-0,19$ ( $p=0,85$ )
ISMI-Discrim	2,41 ± 0,72	2,38 ± 0,71	$t=-0,19$ ( $p=0,85$ )
ISMI-Aislam	2,37 ± 0,68	2,30 ± 0,60	$t=-0,46$ ( $p=0,64$ )
ISMI-Resist	2,11 ± 0,48	2,15 ± 0,56	$t=0,40$ ( $p=0,69$ )
<b>RSE</b>	27,34 ± 5,7	26,38 ± 5,98	$t=-0,73$ ( $p=0,47$ )
<b>RAS Total</b>	66,78 ± 9,34	65,31 ± 12,06	$t=-0,61$ ( $p=0,54$ )
<b>GHQ-12</b>	12,24 ± 7,12	12,77 ± 6,88	$t=0,34$ ( $p=0,74$ )
<b>SLDS</b>	67,44 ± 13,57	69,95 ± 14,77	$t=0,79$ ( $p=0,43$ )
<b>SFS Total</b>	29,78 ± 8,74	27,51 ± 8,28	$t=-1,19$ ( $p=0,24$ )

Nota: Los datos corresponden a la media ± la desviación típica (DT), excepto en aquellos que se indique se refieran a porcentajes (%); ISMI= Escala de CRPS= Centro de Rehabilitación Psicosocial; CRL= Centro de Rehabilitación Laboral; EASC= Equipo de Apoyo Social Comunitario; Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; ISMI-Aliena= Subescala Alienación al Estereotipo; ISMI-Asigna= Subescala Asignación al Estereotipo; ISMI-Discrim= Subescala Discriminación; ISMI-Aislam= Subescala Aislamiento social; ISMI-Resist= Subescala Resistencia al Estereotipo; RSE= Cuestionario de Autoestima de Rosenberg; RAS= Escala de Evaluación de la Recuperación; GHQ-12= Cuestionario de Salud General; SLDS= Escala de Satisfacción con la Vida de Baker e Intagliata; SFS= Escala de Funcionamiento Social; CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; IAS= Escala de Ansiedad a la Interacción; CDPS= Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico

### c) Eficacia del tratamiento sobre el estigma internalizado

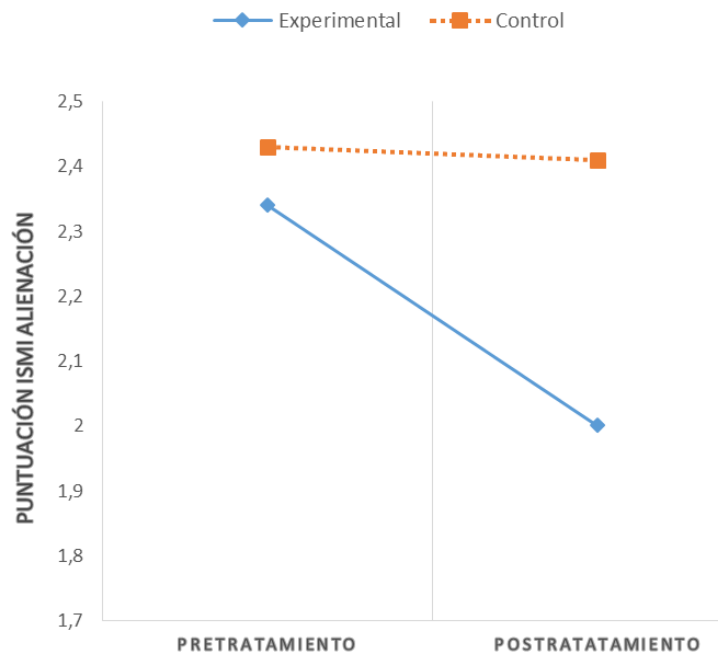
Una serie de ANOVAs mixtos 2x2 (Grupo: experimental, control x Tiempo: pretratamiento, postratamiento) fueron empleados para evaluar la eficacia del programa de intervención PAR en la reducción del estigma internalizado total y de sus dimensiones. A continuación se presentan de forma detallada los resultados obtenidos, los cuales también se pueden observar en la tabla 27 y 28.

**Estigma internalizado total (ISMI-Total):** Los resultados mostraron un efecto principal significativo del tiempo ( $F_{(1, 69)}=10,16$ ;  $p=0,002$ ;  $\eta_p^2=0,13$ ) y una ausencia de dicho efecto en el factor grupo ( $F_{(1, 69)}=1,96$ ;  $p=0,17$ ). La interacción grupo x tiempo también fue significativa en nuestros análisis ( $F_{(1, 69)}=12,72$ ;  $p=0,001$ ;  $\eta_p^2=0,16$ ). La prueba post hoc de Bonferroni reveló que el grupo experimental, es decir aquel que recibió el PAR, mostró una disminución significativa en sus niveles de estigma internalizado en la evaluación postratamiento (T2) al compararlos con los obtenidos en la evaluación pretratamiento (T1) ( $p<0,001$ ), mientras que no hubo diferencias significativas en el grupo control entre ambas fases de evaluación ( $p<0,79$ ).



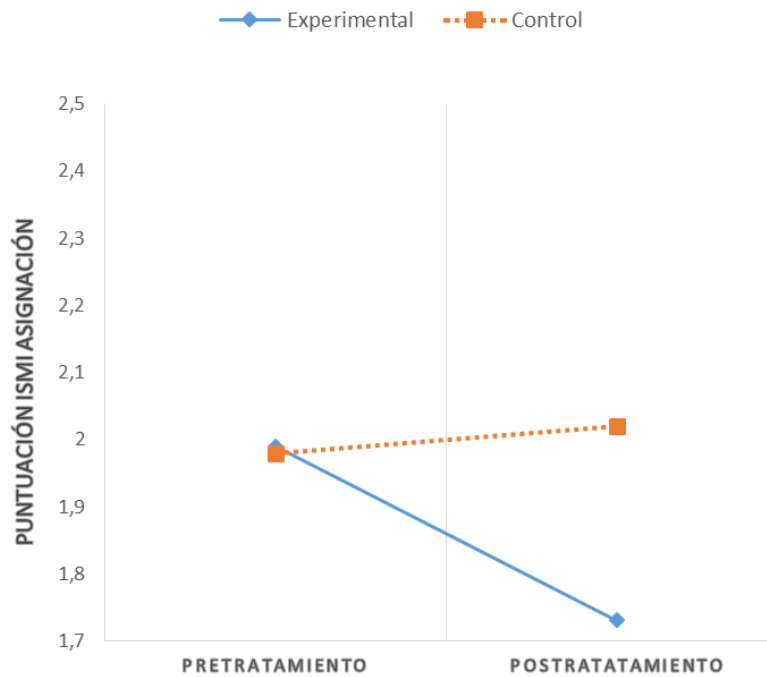
**Figura 7.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable estigma internalizado total (ISMI) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Alienación al estereotipo (ISMI-Aliena):** Igualmente, los análisis aportaron resultados que mostraban un efecto principal significativo del tiempo ( $F_{(1, 69)}=10,09$ ;  $p=0,002$ ;  $\eta_p^2=0,13$ ); y un efecto no significativo de grupo ( $F_{(1, 69)}=3,4$ ;  $p=0,07$ ). La interacción grupo x tiempo, fue también significativa en esta subescala ( $F_{(1, 69)}=6,94$ ;  $p=0,01$ ;  $\eta_p^2=0,09$ ). La prueba post hoc de Bonferroni permite afirmar que hay un cambio estadísticamente significativo, reflejado por una disminución en las puntuaciones en ISMI-Alienación entre la fase pretratamiento (T1) y postratamiento (T2) en el grupo experimental ( $p<0,001$ ); mientras que en el grupo control no hubo diferencias significativas entre las puntuaciones en esta variable entre ambas fases (T1 y T2) ( $p=0,70$ ).



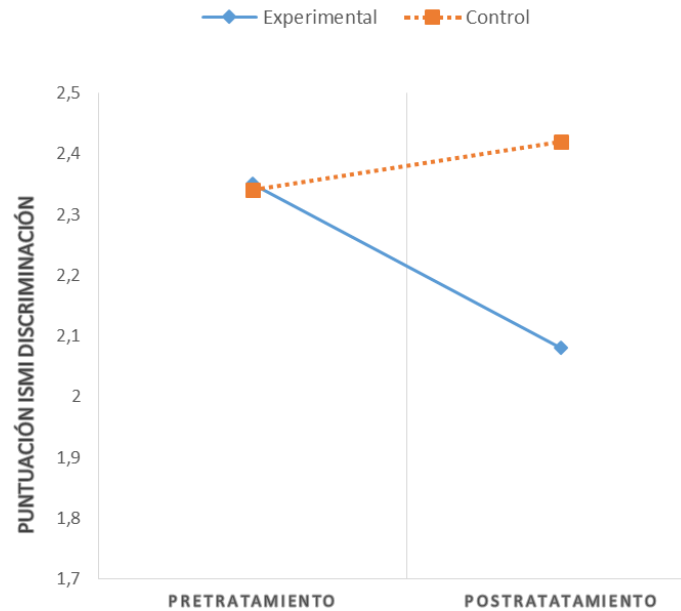
**Figura 8.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable alienación al estigma (ISMI-Aliena) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Asignación al estereotipo (ISMI-Asigna):** De nuevo los resultados mostraron un efecto principal significativo del tiempo ( $F_{(1, 69)}=5,44; p=0,023; \eta_p^2=0,07$ ) y una ausencia de este efecto principal en el grupo ( $F_{(1, 69)}=1,88; p=0,18$ ). Asimismo, se obtiene una interacción grupo x tiempo nuevamente significativa ( $F_{(1, 69)}=9,30; p=0,003; \eta_p^2=0,12$ ). Los análisis post hoc de Bonferroni vuelven a esclarecer que mientras los participantes del grupo experimental obtuvieron una reducción en las puntuaciones en esta subescala en la fase postratamiento (T2), respecto a la pretratamiento (T1) ( $p<0,001$ ), no se registraron cambios entre fases en el grupo control ( $p=0,61$ ).



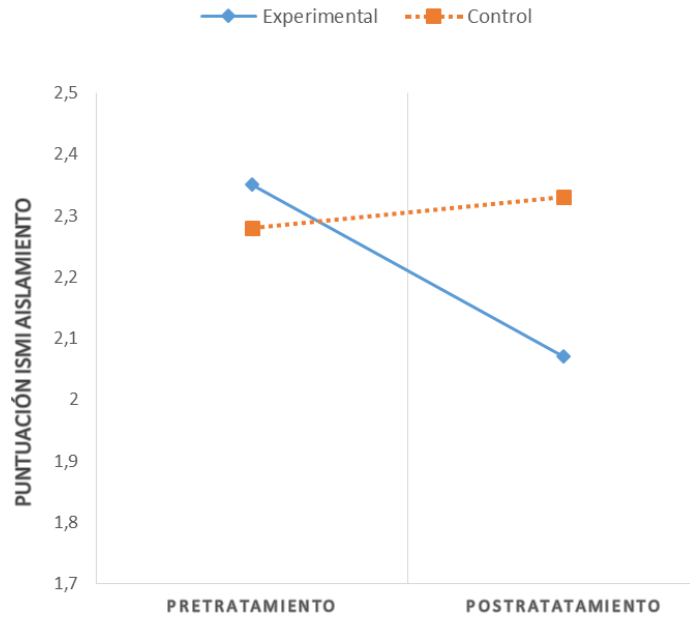
**Figura 9.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable asignación al estereotipo (ISMI-Asigna) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Discriminación (ISMI-Discrim):** Los resultados no mostraron efectos principales significativos, ni en el tiempo ( $F_{(1, 69)} = 2,75$ ;  $p = 0,10$ ); ni en el grupo ( $F_{(1, 69)} = 1,16$ ;  $p = 0,93$ ). Sin embargo, la interacción entre grupo y tiempo sí que fue nuevamente significativa para la subescala de discriminación ( $F_{(1, 69)} = 8,67$ ;  $p = 0,004$ ;  $\eta_p^2 = 0,11$ ). Las comparaciones de Bonferroni vuelven a detectar una reducción significativa en las puntuaciones de discriminación entre la fase de evaluación pretratamiento (T1) y postratamiento (T2) en el grupo experimental ( $p = 0,002$ ), mientras que no se encuentra dicha reducción en el grupo control entre ambas fases (T1 y T2) ( $p = 0,36$ ).



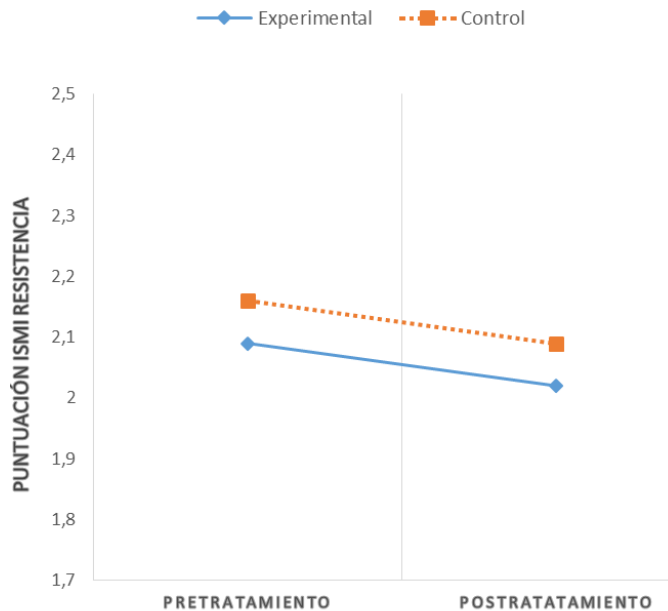
**Figura 10.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable discriminación (ISMI-Discrim) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Aislamiento (ISMI-Aislamiento):** Reiteradamente, los resultados de los análisis realizados no revelaron efectos principales significativos ni en el tiempo ( $F_{(1, 69)}=3,82; p=0,06$ ); ni tampoco en el grupo ( $F_{(1, 69)}=0,59; p=0,45$ ). Aunque, una vez más, se encontró una interacción entre grupo y tiempo significativa ( $F_{(1, 69)}=8,36; p=0,01; \eta^2=0,11$ ). La prueba post hoc de Bonferroni indicó que como en los casos anteriores, el grupo experimental redujo significativamente sus puntuaciones en la subescala aislamiento en la evaluación postratamiento (T1) en comparación con la pretratamiento (T2) ( $p=0,001$ ). Mientras que no hubo diferencias significativas entre ambas fases de evaluación en el grupo control ( $p=0,50$ ).



**Figura 11.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable aislamiento (ISMI-Aislamiento) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Resistencia al estereotipo (ISMI-Resist):** Los resultados no mostraron efectos principales significativos ni en el tiempo ( $F_{(1, 69)}=1,73; p=0,19$ ); ni en el grupo ( $F_{(1, 69)}=0,39; p=0,53$ ). Y en esta ocasión, tampoco la interacción entre grupo y tiempo fue significativa ( $F_{(1, 69)}=0; p=1$ ).

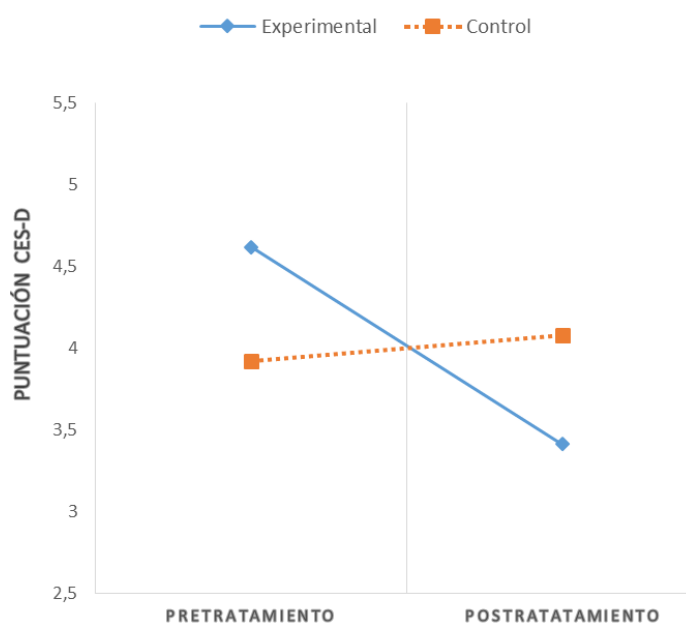


**Figura 12.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable aislamiento (ISMI-Resist) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

#### d) Eficacia del tratamiento sobre las variables clínicas relacionadas con el estigma internalizado

Para evaluar la eficacia del PAR en la reducción del conjunto de variables clínicas estudiadas relacionadas con el EI se volvieron a emplear ANOVAs mixtos 2x2 (Grupo: experimental, control x Tiempo: pretratamiento, postratamiento). A continuación se presentan de forma detallada los resultados obtenidos, los cuales también se pueden observar en la tabla 27 y en la tabla 28.

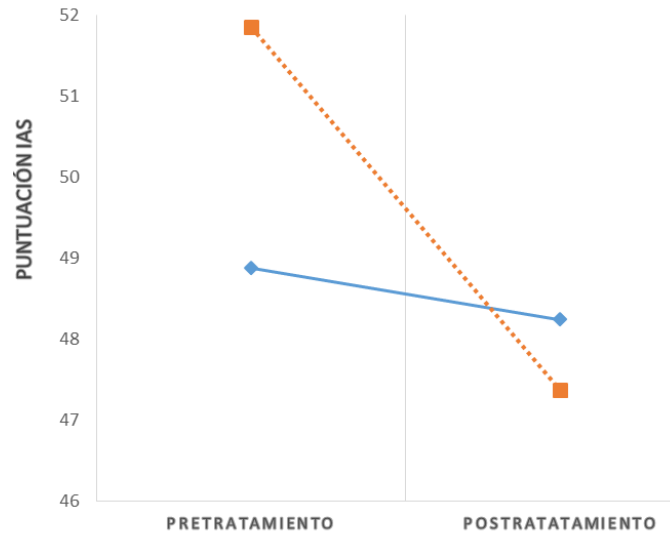
**Sintomatología depresiva (CES-D):** Los resultados no mostraron efectos principales significativos ni en el tiempo ( $F_{(1, 69)}=3,61$ ;  $p=0,06$ ); ni en el grupo ( $F_{(1, 69)}=0,001$ ;  $p=0,98$ ). Sin embargo, la interacción entre grupo y tiempo sí que se mostró significativa ( $F_{(1, 69)}=6,21$ ;  $p=0,01$ ;  $\eta_p^2=0,08$ ). La prueba post hoc de Bonferroni detecta una reducción significativa en la sintomatología depresiva entre la fase de evaluación pretratamiento (T1) y postratamiento (T2) en el grupo experimental ( $p=0,003$ ). Mientras que no se detectan diferencias entre ambas fases de evaluación en el grupo control ( $p=0,68$ ).



**Figura 13.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable depresión (CES-D) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

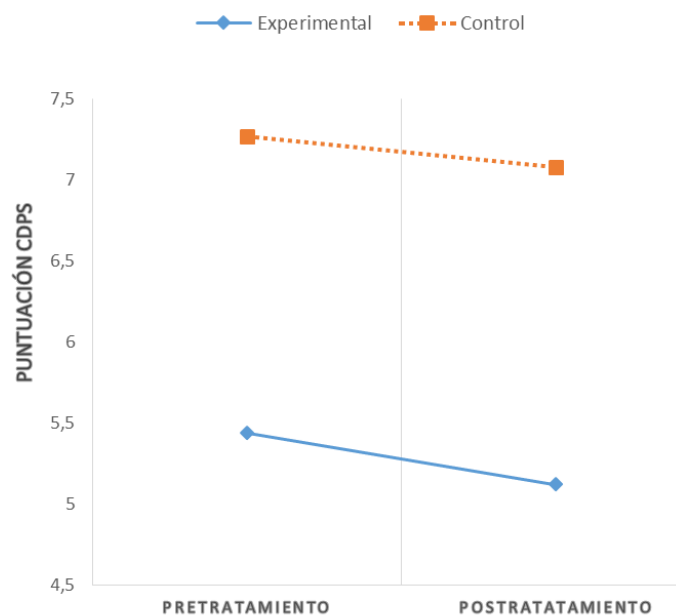
**Ansiedad social (IAS):** Los resultados revelaron un efecto principal significativo en el tiempo ( $F_{(1, 69)}=9,59$ ;  $p=0,003$ ;  $\eta_p^2=0,12$ ). Sin embargo, el efecto principal no fue significativo en el factor grupo ( $F_{(1, 69)}=0,21$ ;  $p=0,65$ ). La interacción entre grupo y tiempo sí que resultó significativa en

esta variable ( $F_{(1, 69)}=5,36$ ;  $p=0,02$ ;  $\eta_{p2}=0,07$ ). El test de Bonferroni, en este caso, mostró que aunque las puntuaciones medias en ansiedad social en ambos grupos (control y experimental) fueron menores en la fase postratamiento (T2) en comparación con la pretratamiento (T1), esta disminución fue estadísticamente significativa en el grupo control ( $p<0,001$ ); no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases (T1 y T2) en el grupo experimental ( $p=0,59$ ).



**Figura 14.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable ansiedad social (IAS) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Sintomatología psiquiátrica (CDPS):** Los análisis reflejaron la ausencia de efecto principal significativo para el factor tiempo ( $F_{(1, 69)}=3,96$ ;  $p=0,05$ ) en esta variable; encontrándose, sin embargo, un efecto principal significativo del factor grupo ( $F_{(1, 69)}=4,39$ ;  $p=0,04$ ;  $\eta_{p2}=0,06$ ). Aunque finalmente la interacción entre grupo y tiempo, responsable de explicar la eficacia de la intervención sobre la sintomatología psiquiátrica, no fue significativa ( $F_{(1, 69)}=0,27$ ;  $p=0,60$ ).

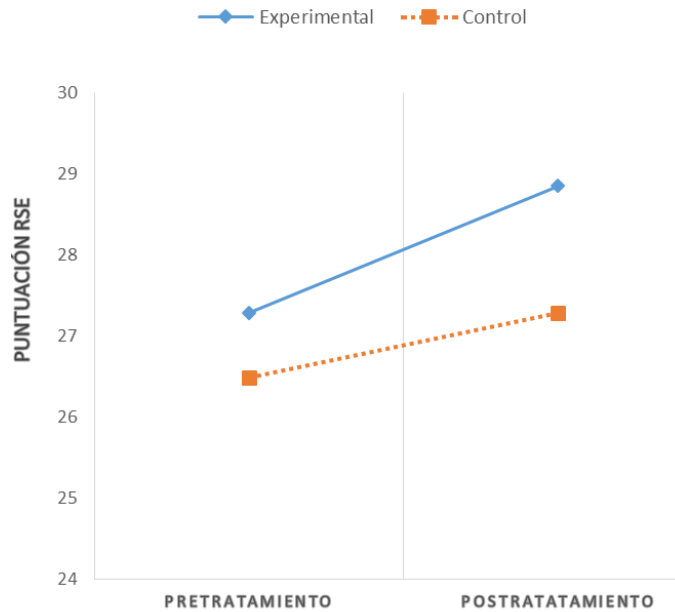


**Figura 15.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable sintomatología psiquiátrica (CDPS) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**e) Eficacia del tratamiento sobre las variables psicosociales de recuperación relacionadas con el estigma internalizado**

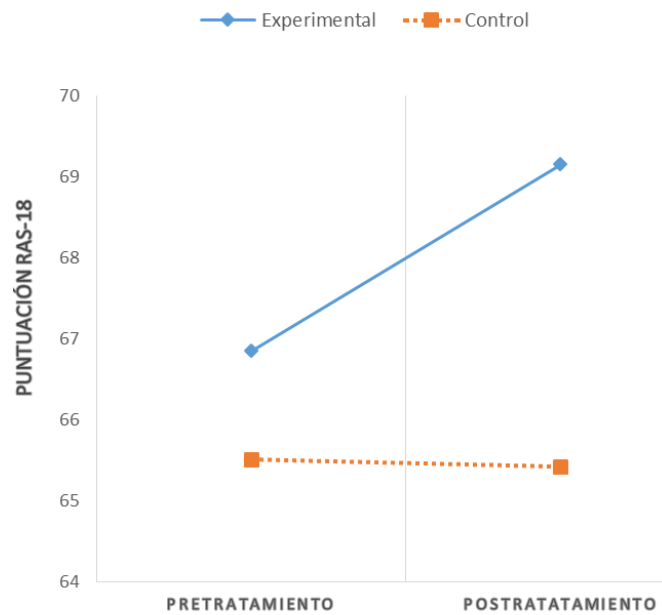
Para ara evaluar la eficacia del PAR en la reducción del conjunto de variables psicosociales estudiadas relacionadas con el EI, se volvieron a emplear ANOVAs mixtos 2x2 (Grupo: experimental, control x Tiempo: pretratamiento, postratamiento). A continuación se presentan de forma detallada los resultados obtenidos, los cuales también se pueden observar en la tabla 27 y tabla 28.

**Autoestima (RSE):** Los resultados obtenidos mostraron efectos principales significativos del tiempo ( $F_{(1, 69)}=15,04; p<0,001$ ). Esto quiere decir, que existe una diferencia significativa entre las puntuaciones de la evaluación pretratamiento (T1) y postratamiento (T2), siendo mayores en la segunda fase de evaluación (T2). Tal como se observa en la tabla 29, no se detectan sin embargo efectos principales del factor grupo ( $F_{(1, 69)}=0,51; p=0,48$ ). Y tampoco de la interacción entre grupo y tiempo ( $F_{(1, 69)}=0,03; p=0,87$ ). Estos resultados, permiten afirmar que las puntuaciones en autoestima son mayores en la fase postratamiento (T2), pero lo son en ambos grupos, control y experimental, no existiendo diferencia significativa entre ellos.



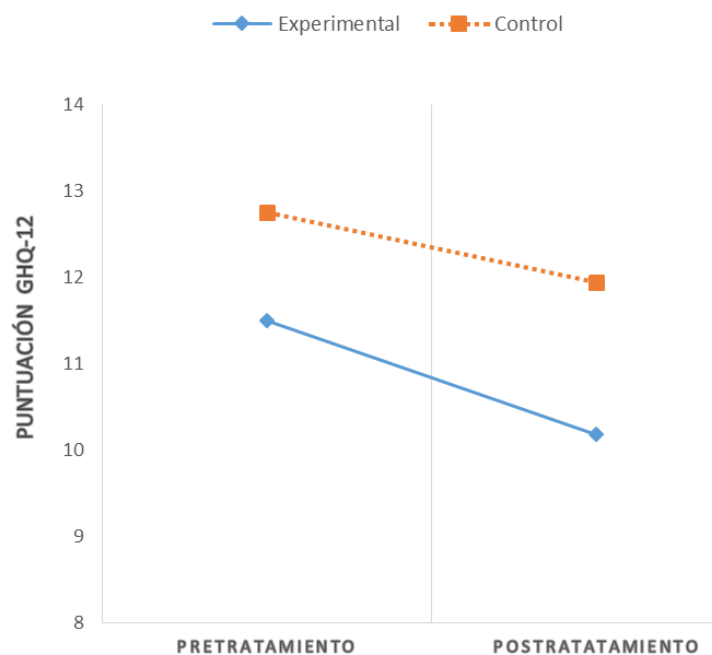
**Figura 16.** Comparación pretratamiento y post tratamiento en la variable autoestima (RSE) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Expectativas de recuperación (RAS):** Los resultados no mostraron efectos principales significativos ni en el tiempo ( $F_{(1, 69)}=1,78$   $p=0,19$ ); ni en el grupo ( $F_{(1, 69)}=1,05$ ,  $p=0,31$ ) en esta variable. Tampoco la interacción entre grupo y tiempo fue significativa, aunque como se observa en la tabla 29, se aprecia una tendencia no significativa, que sugiere un aumento de la puntuación media en recuperación subjetiva desde la evaluación pretratamiento (T1) a la postratamiento (T2) en el grupo que recibió el PAR ( $F_{(1, 69)}=2,05$ ;  $p=0,15$ ).



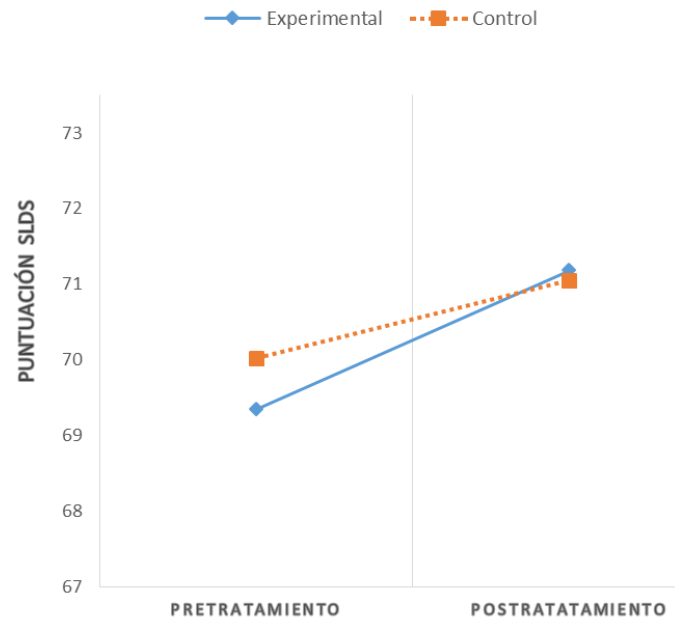
**Figura 17.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable expectativas de recuperación (RAS) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Salud mental general (GHQ-12):** En los análisis estadísticos para la variable salud mental general, no se encuentra ningún efecto principal significativo ni en el tiempo ( $F_{(1, 69)}=2,19$ ;  $p=0,14$ ) ni en el grupo ( $F_{(1, 69)}=1,35$ ;  $p=0,25$ ). La interacción entre grupo y tiempo asimismo tampoco fue significativa ( $F_{(1, 69)}=0,13$ ;  $p=0,72$ ).



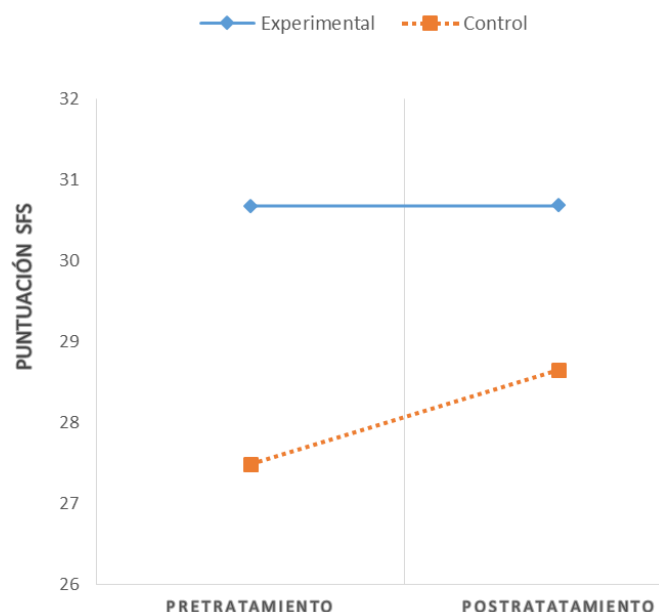
**Figura 18.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable salud general (GHQ-12) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Calidad de vida (SLDS):** Como se observa en la tabla 27 y en la figura 19, la puntuación media de calidad de vida del grupo que recibió el PAR aumenta en la fase postratamiento (T2), en mayor proporción que lo hace la del grupo control. Sin embargo, no podemos concluir más que una tendencia a la mejora al recibir el tratamiento, al no ser esta diferencia suficiente a nivel estadístico. Los resultados no mostraron un efecto principal significativo del tiempo ( $F_{(1, 69)}=2,93$ ;  $p=0,09$ ); ni del grupo ( $F_{(1, 69)}=0,01$ ;  $p=0,93$ ) así como tampoco de la interacción entre grupo y tiempo ( $F_{(1, 69)}=0,23$ ;  $p=0,63$ ).



**Figura 19.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable calidad de vida (SLDS) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Funcionamiento psicosocial (SFS):** Finalmente, los resultados de este último análisis sobre la variable funcionamiento psicosocial, no mostraron un efecto principal significativo del tiempo ( $F_{(1, 69)}=0,38$ ;  $p=0,54$ ); ni del grupo ( $F_{(1, 69)}=2,10$ ;  $p=0,16$ ). La interacción entre grupo y tiempo igualmente tampoco fue significativa ( $F_{(1, 69)}=0,38$ ;  $p=0,54$ ).



**Figura 20.** Comparación pretratamiento y postratamiento en la variable funcionamiento psicosocial (SFS) de las puntuaciones directas (medias) del grupo experimental (línea continua) y del grupo control (línea discontinua)

**Tabla 27.** Resumen de resultados de los ANOVAs mixtos grupo x tratamiento

VARIABLES	GRUPO	( $F_{(1, 69)}$ )	$\eta p^2$
<b>ISMI-Total</b>	experimental	21,89***	0,24
	control	0,075	-
<b>ISMI-Aliena</b>	experimental	16,19***	0,19
	control	0,15	-
<b>ISMI-Asigna</b>	experimental	13,89***	0,17
	control	0,27	-
<b>ISMI-Discrim</b>	experimental	10,17**	0,13
	control	0,87	-
<b>ISMI-Aislam</b>	experimental	11,26**	0,14
	control	0,46	-
<b>CES-D</b>	experimental	9,26**	0,12
	control	0,18	-
<b>IAS</b>	experimental	0,30	-
	control	15,30***	0,18

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p = 0,001$ ;  $\eta_p^2$  = Eta cuadrado parcial; ISMI= Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental. ISMI-Aliena= Subescala Alienación al estereotipo; ISMI-Asigna= Subescala Asignación al Estereotipo; ISMI-Discrim= Subescala Discriminación experimentada; ISMI-Aislam= Subescala Aislamiento social; ISMI-Resist= Subescala Resistencia al estereotipo; CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; IAS= Escala de Ansiedad a la Interacción

**Tabla 28.** Resultados para el grupo de tratamiento al inicio (T1) y después de la intervención (T2), análisis post hoc de Bonferroni

VARIABLES	TIEMPO 1 (Pre-tratamiento)		TIEMPO 2 (Post-tratamiento)		ANOVA mixto 2x2	
	Experimental	Control	Experimental	Control	Grupo x Tiempo	
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>(F<sub>(1, 69)</sub>)</i>	<i>η<sup>2</sup></i>
<b>ISMI Total</b>	2,22 (0,47)	2,23 (0,48)	1,97 (0,41)	2,24 (0,48)	<b>12,72**</b>	0,16
<b>ISMI-Aliena</b>	2,34 (0,61)	2,43 (0,64)	2,00 (0,52)	2,40 (0,64)	<b>6,94**</b>	0,09
<b>ISMI-Asigna</b>	1,99 (0,52)	1,98 (0,46)	1,73 (0,48)	2,02 (0,46)	<b>9,30**</b>	0,12
<b>ISMI-Discrim</b>	2,35 (0,68)	2,34 (0,70)	2,08 (0,66)	2,42 (0,66)	<b>8,67**</b>	0,11
<b>ISMI-Aislam</b>	2,35 (0,62)	2,28 (0,61)	2,07 (0,53)	2,33 (0,60)	<b>8,36**</b>	0,11
<b>ISMI-Resist</b>	2,09 (0,49)	2,16 (0,57)	2,02 (0,43)	2,09 (0,53)	0	-
<b>CES-D</b>	4,62 (2,64)	3,92 (2,80)	3,41 (2,29)	4,08 (2,81)	<b>6,21*</b>	0,08
<b>IAS</b>	48,88 (10,77)	51,86 (10)	48,24 (11,02)	47,38 (10,02)	<b>5,36*</b>	0,07
<b>CDPS</b>	5,44 (4,41)	7,27 (3,14)	5,12 (4,27)	7,08 (3,51)	0,27	-
<b>RSE</b>	27,29 (5,92)	26,49 (6,11)	28,85 (4,15)	27,92 (5,16)	0,03	-
<b>RAS</b>	66,85 (9,38)	65,51 (12,36)	69,15 (8,50)	65,43 (12,62)	2,05	-
<b>GHQ-12</b>	11,50 (7,02)	12,76 (7,07)	10,18 (4,17)	11,95 (6,26)	0,12	-
<b>SLDS</b>	69,35 (13,38)	70,03 (14,60)	71,18 (12,79)	71,05 (13,76)	0,23	-
<b>SFS</b>	30,68 (8,54)	27,49 (8,44)	30,68 (8,96)	28,65 (8,90)	0,38	-

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p = 0,001$ ;  $\eta_p^2$  = Eta cuadrado parcial; *M*=media; *DT*=desviación típica; ISMI= Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental; ISMI-Aliena= Subescala Alienación al Estereotipo; ISMI-Asigna= Subescala Asignación al Estereotipo; ISMI-Discrim= Subescala Discriminación; ISMI-Aislam= Subescala Aislamiento social; ISMI-Resist= Subescala Resistencia al estereotipo; CES-D= Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológico; IAS= Escala de Ansiedad a la Interacción; CDPS= Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico/a; RSE= Cuestionario de Autoestima de Rosenberg; RAS= Escala de Evaluación de la Recuperación; GHQ-12= Cuestionario de Salud General; SLDS= Escala de Satisfacción con la Vida de Baker e Intagliata; SFS= Escala de Funcionamiento Social

### f) Adherencia al tratamiento y satisfacción

La adherencia al tratamiento fue evaluada mediante el porcentaje de asistencia a las sesiones del programa. Si una persona no asistía al menos a 6 sesiones de las 9, se asumía que no había completado la intervención. Fueron 7 las personas que no asistieron al menos a 6 sesiones, un 17% del total. Mientras que el 83% ( $n=34$ ) restante, asistieron a la mayor parte de las sesiones. Más de la mitad de los participantes (56%) asistió al menos al 89% de las sesiones. Siendo la asistencia media de aquellas personas que finalizaron el programa de intervención de 7,88 sesiones ( $DT=1,10$ ).

Los resultados sobre la satisfacción con el programa se muestran en la tabla 29. Como se puede apreciar, los participantes exponen un alto grado de satisfacción con el programa general ( $M=3,75$ ;  $DT=0,45$ ); así como, con las terapeutas encargadas de su aplicación ( $M=3,84$ ;  $DT=0,37$ ) y con el material facilitado ( $M=3,54$ ;  $DT=0,61$ ). Por otro lado, la utilidad reflejada por la percepción de ayuda ( $M=3,62$ ;  $DT=0,49$ ) y por la reducción subjetiva de EI ( $M=3,46$ ;  $DT=0,56$ ) también son altas. Además las personas que recibieron el programa muestran una alta intención de continuidad en la puesta en práctica de lo aprendido durante el programa ( $M=3,57$ ;  $DT=0,56$ ). Y todas las personas que participaron recomendarían el programa a otras personas, de hecho la gran mayoría afirma que lo recomendaría mucho ( $M=3,78$ ;  $DT=0,42$ ).

**Tabla 29.** Resultados de satisfacción con la intervención ( $n=37$ )

Variable	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	% de respuestas			
		Nada	Poco	Bastante	Mucho
Satisfacción general	3,73 (0,45)	-	-	27%	73%
Satisfacción con la terapeuta	3,84 (0,37)	-	-	16,2%	83,8%
Satisfacción con el material	3,54 (0,61)	-	5,4%	35,1%	59,5%
Ayuda percibida	3,62 (0,49)	-	-	37,8%	62,2%
Reducción subjetiva de EI	3,46 (0,56)	-	2,7%	48,6%	48,6%
Continuidad	3,57 (0,56)	-	2,7%	37,8%	59,5%
Recomendación del programa	3,78 (0,42)	-	-	21,6%	78,4%

Nota: *M*=media; *DT*= desviación típica

## 6.8 Discusión

En una sociedad en la que se continúa concibiendo al mundo en la dicotomía irreal del “*nosotros frente al vosotros*”, y donde en muchas ocasiones aún no se mira las personas por lo que son, sino por las etiquetas que les han sido asignadas, resultan inevitables los efectos negativos derivados de una estigmatización que ocupa demasiado espacio, tanto a nivel social como personal. Y es que, son muchas las personas que tienen un TMG y terminan interiorizando esta mirada estigmatizante, al aplicar sobre sí mismas creencias estereotipadas tan dañinas que les llevan a verse como inferior al resto, a sentir emociones negativas sobre sí como la vergüenza, la decepción, la culpa, incluso el miedo. Y a desarrollar, como consecuencia, comportamientos de evitación social y aislamiento, que aunque puedan protegerles, también les autodiscriminan, les excluyen y les restan derechos (Boyd et al., 2014; Corrigan et al., 2009).

Esta prevalente internalización del estigma ha demostrado tener un impacto muy negativo sobre las vidas de las personas con TMG, afectando al propio proceso de recuperación, sí como, a su bienestar y calidad de vida (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). Es por ello resultan necesario programas, que empleando estudios experimentales bien controlados, sean capaces de conseguir la reducción del EI en todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y conductual. No obstante, como se mostró en la extensa revisión teórica del capítulo 2 de la presente tesis, en el momento actual no contamos con programas de estas características (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016).

Es por ello que el objetivo principal de este estudio, que coincide con el objetivo central de esta tesis, fue diseñar y evaluar la eficacia en la reducción del estigma internalizado en todas sus dimensiones, de un nuevo programa diseñado específicamente para esta investigación, frente a una condición control que recibió el tratamiento habitual de rehabilitación psicosocial.

Este nuevo programa, que recibió el nombre de Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR), sigue un formato grupal, manualizado y protocolizado, y está dirigido a personas que tienen un TMG. Su diseño se basó complementariamente en el marco teórico previo y en los resultados y conclusiones de los estudios empíricos I y II de este mismo trabajo. Específicamente, el PAR se constituye como un programa que pretende romper con la visión categorial de salud versus enfermedad y fomentar la autonomía y el papel activo de las personas en su propio proceso de recuperación. Entre sus principales objetivos están:

- Sustituir el rol de enfermo por otros roles significativos y valiosos
- Aumentar la autoestima y la percepción de autoeficacia

- Modificar creencias distorsionadas y sustituirlas por otras más adaptativas; o modificar el modo que tenemos de relacionarnos con ellas
- Modificar creencias estereotipadas características del estigma social; o modificar el modo que tenemos de relacionarnos con ellas
- Generar estrategias de afrontamiento ante el estigma internalizado, haciendo especial hincapié en la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental.

Y para poder conseguir estos objetivos específicos, PAR emplea una combinación de estrategias psicoeducativas y técnicas derivadas de la TCC, la ACT y de la terapia narrativa así como la inclusión parcial, en una sesión, de la terapia de apoyo mutuo entre pares, basada en el programa Honest, Open, Proud (HOP) de Corrigan et al., 2015.

#### **6.8.1.El Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR) como tratamiento para el estigma internalizado**

Los resultados obtenidos nos permiten confirmar las hipótesis derivadas del objetivo principal de este estudio, al encontrarse una reducción del estigma internalizado global y de todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual, en el grupo que recibió el PAR, en comparación con el grupo que solo recibió el tratamiento habitual. También se concluye la eficacia del programa en la mejora de la subescala discriminación, ya que igualmente solo en el grupo experimental se observó la reducción de sus puntuaciones tras recibir la intervención. Estos resultados convierten a nuestro Programa de Autoafirmación y Revelación en el primero, que empleando una metodología rigurosa como son los estudios controlados y aleatorizados, consigue demostrar una reducción en todos los componentes del estigma internalizado (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Algo que veíamos resulta fundamental, al tratarse de un constructo multidimensional complejo y cuyas dimensiones no siempre resultan congruentes entre sí (López et al., 2008).

En la literatura existente encontramos otros trabajos previos que consiguen resultados prometedores y que sin duda supusieron el punto de partida para el diseño de nuestro programa. En primer lugar destaca, el Programa de Afrontamiento y Reducción del Estigma Internalizado (PAREI) (Díaz-Mandado, 2015). Este programa que también se basa en estrategias que combinan la psicoeducación y la TCC, obtiene mejoras en la dimensión emocional, al encontrar una reducción significativa en la subescala alienación al estigma. Sin embargo, con él no se logran cambios en el constructo total, ni en las otras dos dimensiones (cognitiva y conductual). En cuanto

a la mejora en el componente cognitivo que se da en nuestro programa, y que no se evidenciaba en el estudio de eficacia del PAREI, podría deberse por un lado a la inclusión de las técnicas derivadas de la ACT, que complementan al entrenamiento en reestructuración cognitiva de las creencias estereotipadas y distorsionadas, propia de la TCC. Esta combinación de estrategias procedentes de ambas terapias, que en un principio nacen como aparentemente enfrentadas, es algo que en los últimos años se está justificando como beneficioso, ya que permite ofrecer a las personas más opciones para tratar los pensamientos y las emociones que causan malestar y sobre los cuales la reestructuración cognitiva de forma exclusiva no siempre termina siendo eficaz (Ciarrochi et al., 2008; Hallis et al., 2016; Fernández-Álvarez y Fernández-Álvarez, 2017). Por otro lado, la eficacia en la mejora de este componente cognitivo, se ha podido, igualmente, ver incrementada al ampliar el foco de intervención y atender no solo a las creencias estigmatizantes, sino también a aquellas creencias disfuncionales relacionadas con la dependencia y el perfeccionismo que, como veíamos en el estudio empírico II, predicen la internalización del estigma incluso más que las creencias estereotipadas. Ningún otro trabajo previo incluye la modificación de este tipo de creencias disfuncionales como objetivo.

Otro de los programas que destacan por su relevancia en la mejora parcial del EI, es el Programa Antistigma Photovoice del grupo de Russinova (2014). Este programa sí que reduce el componente cognitivo, al emplear técnicas naturales de la terapia narrativa que son aplicadas en un formato de terapia de apoyo mutuo entre pares. Al comparar sus resultados con los obtenidos en nuestro programa, podemos suponer que el uso de la terapia de pares, junto a la inclusión de técnicas originarias de la terapia narrativa, ha podido, igualmente, contribuir favorablemente a la eficacia en este componente cognitivo. Siendo razonable admitir que el contacto directo con la historia de recuperación de aquellas que en primera persona se han enfrentado al estigma superándolo, resulta un excelente promotor en el desafío de las propias creencias estereotipadas, características de este componente cognitivo. A esto se añadiría la ventaja proporcionada por la oportunidad de narrar la propia historia desde la mirada de la recuperación, la autoafirmación, el empoderamiento y la valía; mirada esta, nuevamente ajena a la definición estereotipada de uno mismo y que por ello también desafiaría el componente cognitivo del EI.

En cuanto a la eficacia del programa sobre la dimensión conductual, aunque se esperaba que un cambio en los otros dos dimensiones cognitiva y emocional, diese lugar a la reducción de comportamientos autodiscriminatorios como la autocrítica, la evitación social o el aislamiento entre otros, se considera que esta mejora ha podido verse no obstante acentuada, por los efectos derivados del bloque V: Estrategias de afrontamiento, donde además del entrenamiento durante las sesiones, algo que también se da en otros programas (Mittal et al., 2012), se añade entrenamiento entre sesiones, en formato de tareas para casa. A través de estos ejercicios, se

pretendía continuar trabajando con lo aprendido durante la sesión, con el fin de consolidar los logros e instaurar cambios reales. Entre otras tareas, destacan aquellas en las que se proponía a los participantes ir exponiéndose de forma gradual y programada a situaciones potencialmente estigmatizantes llevando a cabo las estrategias de afrontamiento aprendidas. Se considera que este elemento del programa, ha podido promover comportamientos más adaptativos por parte de los participantes, que han tenido un efecto positivo sobre esta dimensión conductual del estigma, al ser estos comportamientos sustitutivos del aislamiento y de la evitación social. Solo uno de los programas existentes, el programa del equipo de Lucksted (2011) *-Ending Self-stigma-*, hace uso de las tareas para casa. Este programa, aunque no se trata de un ECA, también consigue reducciones en el EI en todas sus dimensiones. Además, revisiones previas sobre factores que aumentan la eficacia de las intervenciones han evidenciado los beneficios añadidos de este tipo de tareas entre sesiones (Stewart et al., 2015). Pudiéndose explicar por todo ello parte del éxito del PAR.

En relación al componente conductual, mencionar que tras la revisión teórica, encontramos un programa psicoeducativo previo, en el que también se consiguen cambios en él (Çuhadar et al., 2014). Sin embargo esta intervención estaba dirigida solo a personas con trastorno bipolar, y se concluye que no es generalizable a la población general de personas con trastornos mental grave por su contenido psicoeducativo específico sobre dicho trastorno. Podemos afirmar, por tanto, que el PAR se trata del primer programa que demuestra conseguir una reducción significativa en esta dimensión conductual del EI en un grupo de personas con TMG (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016).

Por otro lado, en nuestros resultados, de forma añadida a la mejora en todas las dimensiones del EI –cognitiva, emocional y conductual-, también se obtiene una reducción de las puntuaciones en la subescala discriminación, que tiene lugar solo en el grupo que recibe el PAR, tal y como se hipotetizaba que ocurriría. Parece que la discriminación percibida por parte de los demás disminuye, cuando una persona reduce el estigma internalizado, en todas sus dimensiones, es decir, deja de aplicar sobre sí misma estereotipos negativos dañinos, pese a tener un diagnóstico de TMG; restringe los sentimientos negativos sobre sí, al mismo tiempo, que prescinde de comportamientos perjudiciales de autodiscriminación y los sustituye por otros más adaptativos. Esto puede explicarse por distintas razones, por un lado podría ser que la propia persona deja de anticipar la discriminación por parte de otras, al centrar su atención en aspectos coherentes con una visión más positiva de sí misma. De este modo, atendería y recordaría en menor medida, aquellos episodios discriminatorios experimentados. Asimismo, y por otro lado, también podría ocurrir que la persona, al no legitimar la discriminación sufrida, se enfrente a ella empleando

estrategias más positivas y efectivas, reduciéndose con ellos los episodios de discriminación experimentados.

Finalmente, encontramos que nuestros resultados no hallan cambios significativos en la subescala resistencia al estigma, como se hipotetizaba que ocurriría. Estudios previos evidencian que, ni tan siquiera en aquellos trabajos donde se emplea una metodología menos rigurosa, se consigue cambios en esta subescala, a excepción del programa Antistigma Photovoice de Russinova (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016). Además, se ha evidenciado un coeficiente de fiabilidad más bajo en la subescala de resistencia al estigma en relación al resto de subescalas del cuestionario ISMI, llegándose a contemplar una versión de 24 ítems que la excluye (Boyd et al., 2014). Esto puede advertirnos, que la resistencia al estigma se podría tratar de un componente parcialmente independiente, que hace referencia, no solo a la ausencia de estigma, sino a una actitud proactiva de resistir al mismo y enfrentarse a él (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek y Amering, 2009). Esta actitud implicaría mayor nivel de acción y de empoderamiento que la simple ausencia de EI. Se puede entender que, no toda persona que consigue tener niveles leves de EI, tiene que presentar dicha actitud de resistencia. Además, en un primer momento es muy difícil que alguien que acaba de disminuir su EI, tras recibir un programa, muestre de repente esta resistencia proactiva anti-estigma. Sin embargo, no resultaría tan extraño que pudiera hacerlo pasado un tiempo, una vez integrara y generalizara todo lo aprendido y pudiera desarrollar mayor nivel de implicación en la lucha antiestigma. De ser así, se debería mostrar una mejora en esta subescala en el seguimiento al año, que sería interesante estudiar en futuros trabajos. Aunque adicionalmente, es necesario considerar que el programa PAR, se centra sobre todo en combatir creencias disfuncionales y estigmatizantes, y en desarrollar una visión positiva de uno mismo, basada en el desempeño de roles valiosos distintos al rol de enfermo. No formando parte, de sus principales objetivos, fomentar la lucha activa y reivindicativa contra el estigma. Algo que sí que se observa en otros programas como en el Antistigma PhotoVoice (Russinova et al., 2014) y en el HOP (Corrigan et al., 2015). Podría resultar interesante añadir al PAR un módulo en el que se potencie este empoderamiento y esta lucha anti-estigma en primera persona, y comprobar si con él se consiguen mejoras en la subescala de resistencia al estigma.

Para concluir, los resultados de este estudio nos permiten afirmar que el Programa de Autoafirmación y Revelación es eficaz en la reducción del EI en todas sus dimensiones, cognitiva, emocional y conductual, así como, en la discriminación percibida en personas con TMG. Convirtiéndose en el primer programa que muestra dicha eficacia, la cual se considera que puede deberse a diferentes factores entre los que sobresalen:

- Su diseño, el cual se inicia desde la base, al apoyarse en los resultados de dos estudios empíricos previos, que incluyen a las personas con TMG como una parte esencial de la toma de decisiones. Ningún otro de los programas existentes ha empleado este procedimiento de investigación continua (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016).
- La delimitación de objetivos específicos en función a la identificación de las variables predictoras del EI demostradas previamente (rol de enfermo, autoestima, autoeficacia, creencias disfuncionales y distorsionadas).
- La combinación e integración de distintas estrategias terapéuticas. Se considera que intervenir mediante un repertorio amplio de técnicas derivadas de distintas terapias que han mostrado previamente resultados prometedores de forma separada (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016), facilita que una población tan heterogénea como las personas con TMG, logre un mayor beneficio a la hora de reducir un constructo complejo y multidimensional como el EI.
- La inclusión de una sesión basada en la terapia de apoyo mutuo entre iguales, al tratarse de un formato de terapia que ha mostrado resultados prometedores en la reducción de EI (Russinova et al., 2014; Corrigan et al., 2015); y que además está siendo cada vez más usado exitosamente para abordar otras variables de recuperación (Lloyd-Evans et al., 2014; Davidson et al., 2012).
- El empleo de un formato de intervención que da un rol activo a los participantes, tanto durante las sesiones, donde se facilitan espacios para la discusión y el debate grupal. Como entre las sesiones, mediante la propuesta de tareas para casa. Aspecto este último que se ha demostrado aporta mayor beneficios a la eficacia de la intervención al mismo tiempo que favorece la generalización de los resultados (Stewart et al., 2015).

### **6.8.2. El Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR) como tratamiento para variables de recuperación asociadas al estigma internalizado**

Además de la reducción del estigma internalizado en todas sus dimensiones como objetivo principal del estudio, se planteó el objetivo secundario de establecer la eficacia del PAR en la mejora de un conjunto de variables de recuperación asociadas a él. Dentro de este grupo de variables se incluyeron aquellas que habían mostrado correlacionarse de forma significativa con el estigma internalizado en el estudio empírico II. Entre ellas encontramos variables clínicas como

la sintomatología depresiva, la ansiedad social y la sintomatología psiquiátrica; y variables psicosociales como las expectativas de recuperación, la autoestima, la salud mental general, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial. En esta ocasión, los resultados evidencian un cumplimiento parcial de las hipótesis formuladas en base a este objetivo, ya que solo se confirmaron cambios en el grupo que recibe el PAR que llegaron a la significación estadística, en la sintomatología depresiva y en la ansiedad social. A continuación se discutirán cada uno de los resultados obtenidos relativos a este grupo de variables.

En primer lugar, como se ha mencionado, cabe destacar una mejora significativa en sintomatología depresiva en las personas que participaron en el grupo experimental tras recibir el PAR, en comparación con el grupo control. La depresión es una de las variables más ampliamente relacionada con el EI, siendo muchos los trabajos que observan que aquellas personas que sufren mayores niveles de autoestigmatización desarrollan más síntomas depresivos como consecuencia de ello (Han et al., 2018; Livingston et al., 2010). De hecho, en nuestro estudio empírico II, también se encuentra una correlación positiva significativa entre ambas variables. Es por esto, que tendría sentido esperar que un programa que consigue mejoras en el estigma internalizado, lograra también cambios favorables en la sintomatología depresiva. Sin embargo, de todos los programas dirigidos a la reducción del EI que han evaluado su impacto sobre la sintomatología depresiva solo una minoría evidencia una reducción significativa en ella (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Encontrándose además en todos los casos ciertas limitaciones en los resultados, bien por ceñirse esta reducción a una sola parte de la población del estudio, las mujeres (Corrigan et al., 2015), o por no mantenerse las mejoras en el seguimiento (Knight et al., 2006; Morrison et al., 2016). O bien, por no emplearse grupo control ni asignación aleatoria (Conner et al., 2015). Es por ello, que las mejoras en depresión obtenidas con el PAR, al no encontrarse limitadas a ningún factor, resultan de gran importancia para el total de la población de personas con TMG, por tratarse de una variable que ocasiona un elevado nivel de sufrimiento, discapacidad y reducción del bienestar en este grupo (Beekman et al., 2002).

En segundo lugar, también se encontraron diferencias significativas en la variable ansiedad social. Sin embargo en esta ocasión la mejora se dio en el grupo control que no recibió el programa específico PAR, mientras que no se observaron cambios en el grupo que sí lo recibió. Estos resultados, que no confirman las hipótesis iniciales, podrían deberse al hecho de que la propia participación en el programa exponía a los participantes a situaciones sociales estigmatizantes, que antes del programa frecuentemente evitaban. Esta exposición, podría explicar que en un primer momento, que es cuando tiene lugar la evaluación postratamiento, aún no se produzca un descenso de la ansiedad social en el grupo experimental, pudiendo ser necesario

para ello la consolidación de los logros obtenidos y un mayor margen temporal para poder ponerlos a prueba ante futuras situaciones sociales. La reducción acontecida en el grupo control por su parte, podría ser explicada por los efectos del tratamiento habitual de rehabilitación, que se trata de un tratamiento entre cuyos objetivos está la mejora en la integración social (Gisbert et al., 2002). Si analizamos la literatura previa, encontramos que en el único trabajo en el que se evaluó la ansiedad social (Morrison et al., 2016), tampoco se encontraron cambios en esta variable tras la aplicación del programa, lo cual podría confirmar esta justificación. Se considera, no obstante necesario un seguimiento, para poder evaluar si a largo plazo, una vez se hayan consolidado los logros, se consiguen mejoras en esta variable en aquellas personas que recibieron el PAR.

Al centrarnos en la tercera variable clínica analizada, la sintomatología psiquiátrica, podemos concluir que no se observa ningún cambio significativo en ella en los participantes del grupo experimental tras el tratamiento en comparación con los participantes del grupo control. No confirmándose con ello la hipótesis planteada. Si recordamos, los resultados de nuestro estudio empírico II, aunque se daba una correlación positiva significativa entre el EI y la sintomatología psiquiátrica, esta era muy baja. Asimismo encontramos, en la literatura previa elevada controversia sobre la presencia o no de esta relación (Gerlinger et al., 2013). Es por ello, que no sorprende demasiado, que ante una relación dudosa o con poca fuerza entre la sintomatología y el EI, mejoras en este último, como las conseguidas tras recibir el PAR, no sean suficientes para lograr beneficios en la sintomatología psiquiátrica. Algo que también se observa en los resultados de la mayoría de trabajos que evalúan el impacto de los programas dirigidos a reducir del EI, en los que tampoco se observan cambios en esta variable (McCay et al., 2007; Aho-Mustonen et al., 2011; Sousa et al., 2012; Yanos et al., 2012).

Por otro lado, y ya refiriéndonos a las variables psicosociales del estudio, los resultados evidencian una tendencia en la mejora en la expectativa de recuperación en el grupo que recibió el PAR, que, si bien no es estadísticamente significativa, sí que podría confirmar la posible relación existente entre esta variable y el EI (Garay et al., 2014; Cunningham y Lucksted, 2017; Çapar y Kavak., 2019). Algo que también corroboraron nuestros hallazgos en el estudio empírico II. Ahora bien, pese a la importancia de esta relación, entre expectativas de recuperación y EI, la mayoría de los programas dirigidos a la reducción de este último, no se centran en estudiar el impacto que tienen sobre esta variable de recuperación. Encontramos solo tres trabajos en los que sí se evalúan, consiguiéndose en todos ellos cambios positivos en ella tras el tratamiento (Lucksted et al., 2011; Russinova et al., 2014; Díaz-Mandado, 2015). Sería necesario evaluar si en el seguimiento, esta tendencia a la mejoría observada tras recibir el PAR, llega a niveles de significación estadística, una vez que los logros obtenidos se hayan materializado y generalizado.

Lo que tendría sentido que ocurriera, ya que las personas para aumentar sus expectativas de recuperación han de realizar un cambio profundo en sus actitudes, sentimientos, metas, habilidades y roles personales para de este modo desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida no limitado por los efectos de la enfermedad. Y realizar este cambio supone un proceso que podría demorarse en el tiempo, dada su complejidad y nivel de profundidad (Anthony, 1993; Lysaker y Buck, 2008).

En relación a la variable autoestima, los resultados prueban un aumento en ambos grupos, control y experimental en la evaluación postratamiento. Siendo el tratamiento de rehabilitación psicosocial que ambos grupos reciben, el factor común que preferiblemente podría explicar esta mejora. Es por ello, que a nuestro Programa de Autoafirmación y Revelación, no se le pueden atribuir efectos significativos añadidos a estos cambios en autoestima. En esta misma línea, el programa de rehabilitación psicosocial y vocacional del grupo de Lysaker (2012), aunque sin emplear grupo control, mostró una mejora en la autoestima en un conjunto de personas con un diagnóstico de esquizofrenia. Mientras que al analizar aquellos trabajos que empleando ECAs evalúan la eficacia sobre la autoestima de un programa específico para la reducción del EI, podemos afirmar que la mayoría de ellos tampoco consiguen mejoría en esta variable tras el tratamiento (Morrison et al., 2016; Díaz-Mandado, 2015; Link et al., 2002; McCay et al., 2007). Y los dos que lo hacen no mantienen la mejora conseguida en el seguimiento (Aho-Mustonen et al., 2011; Fung, et al., 2011). El motivo por el que no se encuentran resultados claramente a favor de un cambio en la autoestima en este tipo de programas pese a la alta evidencia de su relación con el EI (Livingston et al., 2010; Corrigan et al., 2006; Rüsçh et al., 2009), podría explicarse por los reducidos tamaños de las muestras que proporcionan una baja potencia de contraste; o por las características de la variable autoestima, la cual se trata de un constructo estable en el tiempo, que se refiere a rasgos muy consolidados de la persona. Pudiendo ser por ello que se necesite, bien más tiempo para consolidar los logros obtenidos en un programa como PAR y así tener experiencias vitales que contradigan la imagen negativa de uno mismo y permitan construir un autoconcepto más positivo; o bien el empleo de intervenciones más profundas que puedan llegar a la movilización de un constructo tan estable, como es el caso de las intervenciones de rehabilitación vocacional o psicosocial habituales que sí que demuestran mejoras en ella (Lysaker et al., 2012).

Centrándonos en la variable calidad de vida, al igual que ocurría en los resultados sobre las expectativas de recuperación, se evidencia cierta tendencia a la mejora en el grupo que recibe el PAR, que es mayor que la que tiene lugar en el grupo control. Sin embargo tampoco en este caso, se puede concluir este efecto como significativo, al no encontrarse una significación estadística en la interrelación grupo y tiempo. Es destacable que pese a la relación entre el EI y

la calidad de vida, confirmada en todos los estudios que la han analizado (Livingston et al., 2010; Han et al., 2018; Dinos et al., 2004; Ow et al., 2015; Picco et al., 2016), la mayoría de los programas específicos para reducir EI, que evaluaron el impacto en esta variable, incluido el presente trabajo, no obtienen resultados de eficacia (Li et al., 2018; Aho-Mustonen et al., 2011). Por lo que se concluye se trata de un constructo que aunque relacionado con el EI, no experimenta cambios significativos en función de la mejora del mismo, al menos no a corto plazo. No obstante, es igualmente necesario que se puedan estudiar los efectos en la eficacia de la calidad de vida en el seguimiento al año, pues podría ser que al tratarse de una variable tan estable, necesitará más tiempo para mejorar una vez se haya reducido el EI.

En lo relativo al resto de variables: funcionamiento psicosocial y percepción de la salud mental general, los resultados no confirman las hipótesis planteadas, al no obtenerse diferencias significativas en la evaluación postratamiento en el grupo que recibió el programa en comparación con el grupo control. No pudiéndose, por ello concluir efectos del programa en ninguna de estas variables en principio asociadas al estigma, como veíamos en el capítulo II de la presente tesis; y como otros autores previos habían confirmado, sobre todo en relación a la variable funcionamiento psicosocial, altamente relacionada con él (Muñoz et al., 2011; Angell et al., 2005; Gerlinger et al., 2013; Yanos et al., 2008). Esto podría deberse, nuevamente a la necesidad de una mayor consolidación de los logros alcanzados con el programa, algo que necesitaría más tiempo y cuyos efectos se verían a medio-largo plazo. El funcionamiento psicosocial, se trata de una variable que evalúa la capacidad de desempeño de las personas en el área social, a la hora de integrarse, comunicarse y participar socialmente con otras. Es probable que las personas que reciben el PAR, comiencen como propone el programa a enfrentarse a situaciones sociales que antes evitaban, y que con ello puedan ir mejorando su funcionamiento psicosocial, sin embargo para ello necesitarán un proceso paulatino, en el que se vayan poniendo en marcha cada vez más estrategias adaptativas, y el entorno social responda de forma favorable, algo que no ocurre en un plazo de una semana tras terminar el tratamiento. Por lo que igualmente es necesario poder evaluar estos cambios en un seguimiento a medio-largo plazo, que de espacio temporal para la consolidación de los logros adquiridos y las pertinentes transformaciones en el funcionamiento psicosocial. Además se observa que la mayoría de programas dirigidos a reducir el EI que la incluyen como variable dependiente tampoco consiguen mejoras estadísticamente significativas en ella tras recibir el tratamiento, pudiendo corroborarse con ello dicha justificación (McCay et al., 2007; Uchino et al., 2012; Yanos et al., 2012; Díaz-Mandado, 2015).

En cuanto a la variable percepción de la salud mental general, aunque los resultados del estudio II permitieron concluir cierta relación con el EI, en la línea del trabajo de Pearl y su grupo (2017), podríamos decir que no existen demasiados estudios en la literatura previa que relacionen

estas dos variables. Pudiendo esto deberse a una menor estabilidad de la relación o incluso a la posibilidad de tratarse de una relación medidas por otras variables, como por ejemplo la adherencia a un determinado tratamiento. En este caso, se explicaría que la simple reducción del EI no generara cambios en esta variable, pudiendo ser necesarios cambios en otras variables mediadoras, para lograr mejoras en la percepción general de salud mental. Por su parte, los estudios de eficacia de programas específicos para reducir el EI previos que incluyen como variable dependiente a la salud general, por una parte no cuentan con diseños que garanticen que los resultados se deben a los efectos del programa, al no emplear grupo control, y por otro lado los resultados son contradictorios pues solo hay dos estudios (Macinnes et al., 2008 y Luoma et al., 2008) y uno de ellos sí que encuentra mejora en la salud general tras el tratamiento, dadas las mejoras en el estigma (Luoma et al., 2008), mientras que el otro no lo hace (Macinnes et al., 2008). Sin duda, resultan necesarios más trabajos de investigación que analicen más detalladamente la relación entre el EI y la percepción de salud mental general, así como el efecto que tendrían sobre ella otros programas dirigidos a reducir el EI.

### **6.8.3. Evaluación de la adherencia y la satisfacción con el Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR)**

Finalmente en cuanto a la adherencia y la satisfacción, los resultados nos permiten concluir que el Programa de Autoafirmación y Revelación, muestra una mortandad experimental baja si la comparamos con otros programas aplicados en este grupo de personas (Wood et al., 2016). Al mismo tiempo que consigue niveles elevados de asistencia de los participantes a las sesiones, así como de participación e implicación en las mismas. Pudiéndose por ello concluir una adecuada adherencia de los participantes a él. Por su parte, el grado de satisfacción con el programa también es elevado, tanto en lo referido al programa general, como a condiciones más específicas derivadas de la evaluación de las terapeutas o del material. Además también se observa elevada percepción subjetiva de ayuda y de utilidad, hasta el punto de considerarse alta la intención de continuidad en la puesta en práctica de lo aprendido durante el programa y la recomendación del programa a otras personas. Esta continuidad de la práctica de lo aprendido, resulta un aspecto que se considera clave a la hora de consolidar los logros y de poder obtener un incremento en los beneficios a medio y largo plazo del resto de variables que comentábamos se estiman más estables y complejas.

#### 6.8.4. Limitaciones y retos futuros

Si bien los resultados del presente estudio permiten establecer observaciones de interés, se debe considerar para su interpretación algunas limitaciones. En primer lugar, al igual que ocurría en el estudio empírico II, la muestra que constituye el presente trabajo fue heterogénea en cuanto al diagnóstico. Esto resulta ventajoso a la hora de generalizar los resultados obtenidos a la población general de personas con TMG. Sin embargo no nos permite saber si el programa sería eficaz para todos los tipos de trastornos por separado. Es por esto que para controlar las posibles diferencias que puedan existir en función del tipo de TMG y poder asegurar la generalización de la eficacia del programa para todos ellos por separado, sería interesante poder replicar los resultados obtenidos en futuros estudios con muestras más homogéneas en el diagnóstico.

También relacionado con la generalización y nuevamente como ocurrió en el estudio previo, es importante tener en cuenta que todas las personas que participaron eran usuarias de los servicios de la Red Pública de Atención Social y cumplían unos criterios de inclusión que garantizaban la estabilidad psicopatológica y un mínimo nivel cognitivo, suficientes para poder responder adecuadamente al protocolo de evaluación y al de intervención. Tratar de realizar posteriores investigaciones que evalúen la eficacia del PAR en un grupo de personas con TMG que no presenten una adherencia al tratamiento, supondría un reto dada la dificultad añadida al acceso a la muestra. Y el hacerlo en un grupo de personas con mayor deterioro cognitivo o psicopatológico supondría una adaptación radical del programa, que se sospecha no garantizaría el éxito, dada la complejidad cognitiva del constructo abordado. No obstante, a la hora de interpretar los resultados debemos tener en cuenta a qué grupo de personas con TMG son generalizables y a cual no. Ahora bien, sí que se considera podría ser interesante no limitar el uso de un programa como el PAR a la población de personas con TMG graves, pudiéndose ser de gran interés y beneficio su aplicación en personas que presentan problemas de salud mental que no cumplen los criterios para recibir un diagnóstico de trastorno mental grave, pero que sin embargo sufren los efectos negativos de la internalización del estigma. Se considera que dada las características del programa sería igualmente aplicable en personas de este perfil al no centrarse su contenido en el trastorno en sí, sino en el impacto del estigma y en las estrategias para poder enfrentarse a él. Consideramos esta ampliación de la población diana una línea de investigación conveniente para próximos estudios.

Por su parte, en relación al tamaño muestral, no se puede obviar que el presente trabajo cuenta con una limitación compartida con prácticamente todos los estudios que incluyen a personas con un diagnóstico de TMG. Sin embargo el tamaño de la muestra obtenida está dentro de lo esperado en comparación con las muestras medias de los trabajos empíricos previos (Mittal

et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Siendo además suficiente para poder contar con potencia estadística en el análisis de los datos. No obstante, la ampliación de la misma siempre es algo deseable y que se ha de considerar en futuros estudios. Siendo necesario para ellos estrategias de captación de participantes más eficaces, así como protocolos de evaluación menos ambiciosos y que favorezcan la facilidad de su aplicación.

Dentro de la metodología del trabajo, encontramos igualmente algunas limitaciones a tener en cuenta. Por un lado y en relación al procedimiento de aleatorización, un grupo pequeño del total de participantes fue asignado al grupo control o experimental en función de la aleatorización del centro al que pertenecían dada las condiciones geográficas y las dificultades de desplazamiento encontradas. La ausencia de diferencias en la línea base entre ambas condiciones experimentales (control y tratamiento) en todas las variables del estudio apoya la ausencia de sesgos debidos al método de asignación aleatoria utilizado. Asimismo se cuenta con la limitación de estudiar la eficacia mediante la comparativa con un tratamiento habitual y no con la ausencia de tratamiento. El que lo hubiéramos hecho de este modo y comparado con la usencia de tratamiento a nivel metodológico hubiera supuesto una gran ventaja, pero por cuestiones éticas en trastornos como estos no sería recomendable ni factible dada la gravedad y grado de discapacidad y sufrimiento asociados. De hecho, la mayoría de los programas aplicados en esta población también utilizan al igual que en este estudio la comparación entre el grupo experimental más el tratamiento habitual, con el grupo en lista de espera más el tratamiento habitual (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Sin embargo, sí que se contempla como útil poder comparar este programa con otros programas de los existentes para reducir EI y poder analizar los resultados entre ambos, algo que sería un nuevo reto para próximas investigaciones.

Por otro lado, mencionar que la evaluación se llevó a cabo por un grupo de personas diferentes y manteniendo un formato heteroaplicado, al igual que ocurría en el estudio empírico II. Y del mismo modo que en él, la posibilidad de que existieran sesgos se disminuyó al establecerse un protocolo estandarizado de evaluación y una formación y supervisión continua para todas personas evaluadoras. Al mismo tiempo que se garantizaba que todas ellas fueran ciegas a la condición experimental. También en la relación a la evaluación, se considera la posibilidad de que haber usado solo algunas de las subescalas de la medida de funcionamiento psicosocial (SFS) y no la escala completa, o una versión breve de instrumentos como el RAS, o el GHQ-12, cuyos usos aún no han sido ampliamente extendidos en esta población, haya podido limitar la obtención de resultados positivos en las variables implicadas. Siendo interesante que en futuros trabajos se incluya las versiones completas y extensas de dichos instrumentos, siempre

que no se generen baterías de evaluación demasiadas amplias que resulten inabordables para una población como la analizada. Además de esto, hubiera sido ventajoso el haber contado con mayor número de momentos de evaluación continuos, pues nos hubieran reportado información más específica sobre que componente del programa añade mejoras, permitiéndonos realizar un mejor análisis de cada componente por separado. Sin embargo esto fue algo que se descartó en la planificación del estudio, al estimar que la sobrecarga de los participantes ante continuas evaluaciones podría ser un factor facilitador del no éxito, por agotamiento cognitivo incluso por abandono del programa ante el cansancio.

También hay que mencionar que por cuestiones de optimización de recursos una de las tres terapeutas del programa fue la investigadora principal de esta tesis. Aunque se siguió de forma fidedigna el protocolo de aplicación manualizado, minimizando con ello el riesgo de que los resultados se explicaran por la influencia de la terapeuta en lugar de por el contenido, resultaría indispensable que otras psicoterapeutas ajenas al grupo de investigación, aplicaran igualmente el PAR, para de este modo garantizar que su eficacia es independiente de la persona que lo aplica. Algo que se contempla poder hacer en estudios próximos, al pretender extenderse la aplicación del programa a todos aquellos psicoterapeutas que la soliciten, mediante la facilitación del mismo y la pertinente formación.

Finalmente otra limitación significativa, pero que será resuelta en próximas publicaciones derivadas de esta tesis, es la falta de resultados de evaluaciones de seguimiento al año que permitan dilucidar los efectos a largo plazo del PAR. Esta limitación ha sido común en los trabajos previos sobre programas dirigidos a la reducción del EI (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Wood et al., 2016). Y se considera pudiera deberse en parte a las características de la población, cuyo acceso y mantenimiento del nivel de participación es limitado y difícil, sobre todo ante la ausencia de recursos, como posibles bonificaciones económicas, que generen motivación suficiente para que la persona se vuelva a someter de nuevo a un extenso proceso de evaluación. No obstante, como se ha mencionado, se ha conseguido realizar este seguimiento al año, con una muestra suficiente de participantes como para una próxima publicación de los resultados.

En conclusión, el programa de reducción de estigma Programa de Autoafirmación y Revelación (PAR), se trata del primer programa protocolizado de intervención grupal que se muestra eficaz en la reducción del estigma internalizado, al conseguir cambios significativos en todas sus dimensiones: cognitiva, emocional y conductual. Al mismo tiempo que también consigue mejoras en la reducción de la discriminación percibida y de la sintomatología depresiva asociada, en un grupo de personas con trastornos mentales graves. Siendo además un programa que resulta satisfactorio para los participantes, y cuya adherencia e implicación es elevada.

# **CAPÍTULO 7.**

## **Conclusiones finales**



## CAPÍTULO 7. Conclusiones finales

Como hemos visto en los capítulos anteriores, las personas que son diagnosticadas con un trastorno mental grave no solo tienen que enfrentarse y dar salida al sufrimiento que esta situación trae consigo, sino que además se ven afectadas por el insostenible peso de un estigma que igualmente les genera daño y malestar. Un estigma, que desafortunadamente sigue estando presente en una sociedad, que aunque intenta transformarse en el trato y en la mirada hacia lo diferente, continúa manteniendo y perpetuado un repertorio de creencias estereotipadas sobre las personas que tienen un TMG. Creencias que tratan de la peligrosidad asociada, de la incapacidad evaluada, de la culpa atribuida o de la no recuperación anticipada (Corrigan, 2000; Corrigan et al., 2005). Y que no se quedan ahí, en el plano de lo conceptual, sino que irrevocablemente y automáticamente se transforman en respuestas emocionales: miedo al supuesto peligro, pena de la supuesta incapacidad o rabia ante el juicio de la culpa... Estas creencias y sus respuestas emocionales terminan filtrándose y convirtiéndose, con más o menos consciencia y con más o menos intencionalidad de dañar al otro, en comportamiento de discriminación, que van desde un rechazo al simple contacto con el diferente, hasta un sobreproteger y con esto anular a una persona que, contrariamente a lo que se cree, puede ser muy capaz (Corrigan, 2002b; Livingston et al., 2010).

Se ha demostrado que el estigma supone una barrera que limita las oportunidades y derechos de las personas con TMG, en todas las áreas laboral, vocacional, social, familiar, sanitaria y personal (Corrigan et al., 2009; Perlick et al., 2001; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al., 2013). Además, esta barrera no solo viene impuesta desde fuera, sino que llega a convertirse en una barrera invisible autoimpuesta desde dentro, conocida como estigma internalizado o autoestigma. Las cifras apuntan que hasta un 42% de las personas que tiene un diagnóstico de TMG presentarían niveles de moderados a altos en estigma internalizado (Boyd et al., 2014; Gerlinger et al., 2013; Brohan et al., 2010). Y es que muchas de las personas que tiene un TMG, inmersas en esta sociedad a la que nos referimos, internalizan ese estigma social, aceptando y estando de acuerdo con esas creencias estereotipadas compartidas que se transmiten culturalmente, llegando a aplicarlas sobre sí mismas, por el simple hecho de tener un TMG, más allá del carácter real de las mismas. Esto transforma la imagen que una persona tiene de sí, y con ello su propia identidad. Se despiertan sentimientos negativos hacia una misma de vergüenza, desesperanza, desilusión, miedo... Y nuevamente estas emociones, facilitan la puesta en marcha de comportamientos autodiscriminatorios, tales como el no intentarlo (echar un curriculum vitae, apuntarse a ese curso, proponer un café o tener un cita), o como el distanciarse, pudiendo llegar en muchos casos a un aislamiento extremo, del que es difícil retornar. Además, este autoestigma,

y el secreto derivado del mismo, coarta hasta incluso llegar a hacer desaparecer, acciones tan necesarias como la búsqueda de ayuda, el acceso a los tratamientos y la adherencia a los mismos. Con lo que el proceso de recuperación de este grupo de personas se ve considerablemente afectado (Fung et al., 2008).

Un amplio conjunto de estudios añaden resultados que dejan ver las consecuencias tan negativas que se ha demostrado que el estigma internalizado tiene sobre las personas con TMG y sus vidas. Entre ellas reportan la disminución de la autoestima y la autoeficacia, el aumento de la sintomatología depresiva y de la ansiedad social (Corrigan et al., 2006; Ilic et al., 2012; Rüsche et al., 2009; Gerlinger et al., 2013). Se observa que el EI también reduce el funcionamiento, la esperanza, y las expectativas de recuperación (Garay et al., 2014; Muñoz et al., 2011; Gerlinger et al., 2013). Además de empobrecer la calidad de vida y disminuir el propio bienestar, limitando los objetivos y metas vitales de este grupo de personas (Gerlinger et al. 2013; Livingston et al., 2010; Picco et al., 2016).

Este impacto tan negativo del EI, es el motivo por el que desde hace varios años se están haciendo numerosos esfuerzos por abordar y erradicar la realidad del autoestigma, mediante el desarrollo de programas de intervención dirigidos a su reducción. Como vimos en la extensa revisión realizada en el marco teórico, pese a los prometedores hallazgos con los que se cuentan (Díaz-Mandado, 2015; Russinova et al., 2014; Corrigan et al., 2015), en este momento siguen siendo necesarios, dada la ausencia de los mismos, programas que consigan resultados eficaces en la mejora de este constructo multidimensional, no solo en su globalidad sino en la especificidad de todas sus dimensiones. Necesitándose en esta línea, un programa que disminuya las tres dimensiones que caracterizan al estigma internalizado: la dimensión cognitiva del autoestigma que representa a este repertorio más conceptual de creencias estereotipadas; la dimensión emocional resultado de las respuestas alienantes ante estas creencias y que lleva a la persona a verse como inferior, a sentir vergüenza o decepción; y finalmente la dimensión conductual, materializada en comportamientos autodiscriminatorios de evitación social o aislamiento (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016).

En este contexto surgió la presente tesis, que tenía como objetivo principal el diseño y la evaluación de un nuevo programa de intervención que se esperaba eficaz en la reducción del estigma internalizado a nivel general y en todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual. Añadido a esto, también se formulaba como objetivo secundario que el programa consiguiera la mejora en variables de recuperación asociadas al estigma internalizado, entre las que se encontraban la sintomatología psiquiátrica, depresiva y la ansiedad social. Y variables psicosociales como la autoestima, expectativas de recuperación, calidad de vida, funcionamiento psicosocial y salud mental general.

Para poder lograr la consecución de estos objetivos, se crearon tres estudios sucesivos y complementarios que constituyeron un intento de partir desde la base, desde la realidad existente, y obtener de ese modo resultados que junto a la información aportada por el marco teórico reflejado en los capítulos 1 y 2, guiaran el diseño del nuevo programa de intervención.

Concretamente, el estudio empírico I, pretendía una primera aproximación cualitativa a la identificación de las variables estratégicas en el desarrollo del EI, con el fin de que pudieran convertirse en variables dianas, objetivos del nuevo programa de intervención. Para ello se evaluó mediante grupos de discusión, entrevistas individuales y estudios de panel, a distintas personas, entre las que se encontraban expertos/as profesionales del área de la salud mental y el estigma, y expertos/as en primera persona al tener un diagnóstico de TMG.

Los resultados de este primer estudio, nos permitieron reconocer un conjunto de variables con un papel significativo en el desarrollo del EI, entre las que se encontraban:

- El desempeño de roles. siendo el rol de enfermo un factor facilitador del EI, y la ocupación de roles valiosos y significativos un factor protector del mismo.
- Las creencias estereotipadas previas inherentes al estigma social de la propia persona.
- Las ideas disfuncionales existentes en su repertorio cognitivo relacionadas con la necesidad de aprobación y el perfeccionismo.
- Tener niveles bajos de autoestima y de autoeficacia.
- Tener una escasa red de apoyos sociales.
- Presentar niveles elevados de afecto negativo.
- Haber experimentado o anticipado situaciones de discriminación.
- La existencia de TMG en familiares.

De todas estas variables sobresalen la identificación del rol de enfermo, las disfunciones cognitivas, o la presencia de un TMG en la familia, por no haber sido estudiadas hasta este momento (Livingston et al., 2010; Brohan et al., 2010; Gerlinger et al. 2013). Constituyéndose, por ello, estos resultados en hallazgos novedosos que abren la puerta a nuevos estudios que investiguen en profundidad estas relaciones predictivas sobre el EI.

Por otra parte, el estudio empírico I, también nos permitió determinar un conjunto de estrategias o abordajes terapéuticos que se consideraban válidos y útiles a la hora de reducir el EI. Entre ellos destacaban los siguientes:

- Encuadrar la intervención en el paradigma biopsicosocial del modelo de recuperación, donde no se separa categorialmente entre la salud y la enfermedad.
- Emplear estrategias que fomenten la autonomía de las personas participantes, dotándolas de un papel activo en el proceso de intervención. Haciendo especial hincapié en el empleo de grupos de apoyo mutuo entre iguales.
- Entrenar en estrategias de afrontamiento ante el estigma, entre las que destacan como útiles aquellas que fomentan el contacto social, como es el caso de la estrategia de “dar a conocer el propio trastorno mental”, sobre la que se constituye todo el programa de intervención “Honest, Open, Proud” de Corrigan y colaboradores (2015).
- Con menos nivel de acuerdo, y señalando su utilidad pero en menor grado aparecen las estrategias terapéuticas derivadas de la TCC, la ACT, o la terapia narrativa.

De este primer trabajo cabe remarcar la importancia otorgada a las experiencias en primera persona, por ser consideradas estas las verdaderas expertas al lidiar con el estigma en sus múltiples formas. Y cuyas opiniones, sin embargo, suelen ser olvidadas por la mayoría de los estudios previos que se basan únicamente en aspectos más cuantitativos de la realidad. Se considera indispensable que para el análisis de un constructo tan complejo como es el estigma existan más trabajos de estas características.

Por su parte el estudio empírico II complementa a este primer trabajo mencionado. Pues los resultados obtenidos en él, relativos a las variables reconocidas como claves en el desarrollo del EI y que se esperaban pudieran ser objetivos del nuevo programa de intervención, fueron puestos a prueba y analizados en un trabajo de tipo cuantitativo. Este pretendió aportar un mayor rigor metodológico y enriquecer así las conclusiones que guiarían el diseño final del programa de intervención. Específicamente, el objetivo principal del estudio empírico II, fue analizarla contribución del conjunto de estas variables identificadas en el estudio empírico I, a la predicción del estigma internalizado en personas con TMG.

Los principales resultados, evidenciaron que el mayor desempeño de un rol de enfermo, el tener una baja autoestima y autoeficacia, junto a presentar creencias disfuncionales de perfeccionismo y necesidad de aprobación, así como, un elevado estigma social previo, predecían niveles mayores de estigma internalizado en personas con TMG. Mientras que el afecto negativo, el menor apoyo social y la presencia de experiencias de discriminación, aunque se relacionaron con un mayor EI, no fueron determinantes en su predicción. Estos resultados, además de permitirnos una evaluación comprehensiva del fenómeno del estigma internalizado, para de este

modo poder prevenirlo, nos sitúan en una posición altamente ventajosa para complementar las conclusiones sobre el EI extraídas de la literatura previa y proceder al diseño de nuestro nuevo programa de intervención.

Este nuevo programa, que recibió el nombre de “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR), es un programa de intervención grupal estructurado y manualizado de nueve sesiones de duración. Está constituido por una combinación de estrategias de intervención derivadas de la terapia cognitivo-conductual, la terapia de la aceptación y compromiso y de la terapia narrativa. Y tuvo como objetivo general intervenir sobre aquellas variables identificadas como predictores del estigma internalizado en el estudio empírico II, para de este modo lograr la reducción de este último y la mejora de variables de recuperación asociadas a él.

Resumidamente y en función de los resultados obtenidos en los estudios empíricos I y II, y por supuesto de aquellos hallados en los estudios previos, el PAR planteó los siguientes objetivos específicos:

- Aumentar los conocimientos de los/las participantes sobre conceptos relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales graves mediante el empleo de estrategias psicoeducativas.
- Cuestionar y modificar, empleando la reestructuración cognitiva, las creencias disfuncionales y distorsionadas que presenta la persona, tanto aquellas que corresponden a estereotipos sobre el TMG; como aquellas otras más personales que reflejan necesidad de aprobación o perfeccionismo.
- Aprender a relacionarse, desde la aceptación y el distanciamiento, con aquellos pensamientos negativos, resistentes a la reestructuración cognitiva, bien por su carácter de realidad o de recurrencia.
- Aumentar la autoestima e identificar metas vitales personales que guíen el desempeño de roles valiosos y significativos lejanos al rol de enfermo.
- Aumentar la percepción de autoeficacia a la hora de enfrentarse a situaciones estigmatizantes.
- Emplear estrategias de afrontamiento ante el estigma más adaptativas, dando especial importancia a la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental.
- Ser capaces de narrar la propia historia desde la mirada de la recuperación y la valía personal, para emplearla en el caso de querer revelar la condición de tener un TMG.

- Generalizar los logros y prevenir las recaídas, empleando para ello tareas entre sesiones que fortalezcan lo aprendido durante las sesiones.

Los resultados obtenidos en este tercer trabajo, en el que se evalúa mediante un estudio controlado y aleatorizado la eficacia del nuevo programa al compararlo con el tratamiento habitual, nos permiten concluir que el PAR se trata del primer programa que se muestra eficaz en la reducción del estigma internalizado total y en todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual. A la vez que consigue mejoras en la discriminación percibida y en la sintomatología depresiva asociada. Ninguno de los trabajos previos había logrado cambios en todas las dimensiones del EI, encontrándose solo algunos estudios que conseguían mejoras en algunas de sus dimensiones específicas (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Es por esto, que se considera a este hallazgo de fundamental importancia al tratarse de un constructo multidimensional de gran complejidad y cuyas dimensiones tienen características diferenciales y que no siempre resultan congruentes entre sí (López et al., 2008; Corrigan et al., 2002a; Livingston et al., 2010).

En cuanto a la sintomatología depresiva, igualmente se trata del primer programa capaz de lograr su reducción en la población total del estudio (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016). Esta mejora puede deberse a la reducción del EI, al estar ambas variables altamente relacionadas (Sibitz et al., 2011; Han et al., 2018). Esto otorga un gran valor añadido al programa, ya que, la depresión se constituye como una variable que trae consigo grandes consecuencias negativas para la persona, al incrementar los niveles de sufrimiento y discapacidad y al reducir el propio bienestar (Beekman et al., 2002).

Asimismo, nuestro programa evidencia que reducir el EI en su globalidad facilita la reducción de la discriminación percibida. Esto podría explicarse bien por la disminución de la atención ante sucesos discriminatorios y con ello la estimación o anticipación de los mismos, o bien, por dotar a la persona de estrategias más adaptativas para enfrentarse a ellos. Igualmente se trata el primer programa que reduce este factor en personas con TMG (Mittal et al., 2012; Yanos et al., 2015; Griffiths et al., 2014; Tsang et al., 2016; Wood et al., 2016).

Sin embargo el PAR, no consigue cambios significativos, en el resto de las variables de recuperación asociadas al EI, aunque se observen en algunas de ellas ciertas tendencias hacia la mejoría, que no llegan a la significación estadística. Esto, tal como se comentó extensamente en la discusión del estudio empírico III, puede deberse entre otras razones a la necesidad de una mayor consolidación de los logros obtenidos en el programa al tratarse de variables más estables y de mayor complejidad. De este modo las personas podrían ir poniendo en marcha las estrategias

aprendidas a lo largo del tiempo, obteniendo con ello los beneficios esperados en estas variables de recuperación asociadas más a largo plazo. Es por esto que se espera que en el seguimiento del programa, con el cual contamos pese a no haber sido incluido en la presente tesis, no solo se mantengan los logros obtenidos, sino que se consigan mejoras a largo plazo en estas variables de recuperación asociadas al estigma internalizado.

Además, como también se detalla en las tres discusiones pertinentes a cada uno de los tres estudios que componen la tesis, se consideran necesarios futuros trabajos que superen algunas de las limitaciones o retos pendientes presentadas en cada uno de ellos. Destacamos las siguientes:

- La replicación de los resultados en muestras más homogéneas en cuanto al diagnóstico, para poder comparar entre sí posibles diferencias en función de los mismos, o por el contrario poder afirmar la eficacia del programa en la reducción del EI en personas con cada uno de los diagnósticos por separado.
- La replicación de los resultados en muestras de personas que presenten problemas de salud mental de menor gravedad, pero que sin embargo, tienen niveles moderados o elevados de EI.
- Evaluar la eficacia del programa en muestras más amplias y comparándolo con otros tratamientos dirigidos a la reducción del EI de los existentes en lugar de con el tratamiento habitual.
- Continuar evaluando los efectos en seguimientos, algo que ya se está haciendo y cuyos resultados se divulgarán en futuras publicaciones.

En conclusión, el presente trabajo de investigación ha dado voz a las personas expertas: personas con un diagnóstico de TMG y profesionales que trabajan día a día en el área de la salud mental y el estigma. Y en base a ello ha obtenido un conjunto de resultados, que junto a los ya aportados por la literatura previa, han permitido identificar y demostrar la capacidad predictiva sobre el estigma internalizado de un conjunto de variables, que se han transformado en objetivos de un nuevo programa de intervención dirigido a su reducción. El Programa de Autoafirmación y Revelación ha demostrado ser el primero que consigue mejoras en el estigma internalizado general y en todas sus dimensiones cognitiva, emocional y conductual, así como en la discriminación percibida y en la sintomatología depresiva asociada, en una muestra de personas con TMG. Por ello, se considera que el PAR pudiera resultar de gran utilidad como programa coadyuvante a las intervenciones psicosociales para poder acabar con el estigma internalizado y mejorar el proceso de recuperación en salud mental de este grupo de personas.



## **Referencias Bibliográficas**



## Referencias bibliográficas

- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. W., y Mortensen, P. B. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 61(1), 28-33. <https://doi:10.1001/archpsyc.61.1.28>.
- Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Ryyänen, O. P., Miettinen, R., y Rätty, H. (2011). Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: An exploratory randomized controlled trial. *Criminal behaviour and mental health*, 21(3), 163-176. <https://doi.org/10.1002/cbm.788>.
- Allport, G. W., Clark, K., y Pettigrew, T. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J., y Gorman, J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 150, 873-879.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- Anderson, C., Reiss, D., y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Angell, B., Cooke, A., y Kovac, K., (2005). First person accounts of stigma. En P.W. Corrigan. (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change*. American Psychological Association, Washington D.C., pp. 69-98 <http://dx.doi.org/10.1037/10887-003>.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>.
- Ashmore, R. D., y Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. En D. L. Hamilton. (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). (2012). *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial*. Cuadernos técnicos (16). Recuperado de <http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf>.
- Asociación Médica Mundial. (2008). *Declaración de Helsinki*. Brasil. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>.
- Assefa, D., Shibre, T., Asher, L., y Fekadu, A. (2012). Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC psychiatry*, 12(1), 239. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-239>.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., y Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Báguena, M. J., Villarroja, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis Modificación Conducta*, 27, 581-604.
- Bailer, J., Bräuer, W., y Rey, E. R. (1996). Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 368-377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb10662.x>.

- Baker, F., y Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5(1), 69-79. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90059-3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90059-3).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N., y Grant, P. (2009). Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy. *Psychiatric Rehabilitation J*, 32, 327-328. <http://dx.doi.org/10.1037/h0094638>.
- Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., Beurs, E. D., Geerlings, S. W., y Tilburg, W. V. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x>.
- Ben-Zeev, D., Frounfelker, R., Morris, S. B., y Corrigan, P. W. (2012). Predictors of self-stigma in schizophrenia: New insights using mobile technologies. *Journal of dual diagnosis*, 8(4), 305-314. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.723311>.
- Berk, M., Berk, L., Dodd, S., Jacka, F. N., Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., ... y Stafford, L. (2012). Psychometric properties of a scale to measure investment in the sick role: the Illness Cognitions Scale. *Journal of evaluation in clinical practice*, 18(2), 360-364. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01570.x>.
- Birchwood, M., Smith, J. O., Cochrane, R., Wetton, S., y Copestake, S. O. N. J. A. (1990). The Social Functioning Scale The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853-859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., y Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour research and therapy*, 45(5), 1025-1037. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.011>.
- Blanco, A., y Pastor, A. (1997). *Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide, 33-55.
- Blasi Ras, R. (2000). La rehabilitación psicosocial integral en la comunidad y con la comunidad. En P. Escribá y M. Huertas (Orgs.), *Salud mental comunitaria: rehabilitación psicosocial y reinserción socio-laboral*. (pp. 309-330). Valencia Nau llibres.
- Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L., y Wiersma, D. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia research*, 142(1-3), 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.017>.
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., y Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746147>.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G. y Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.1006.1005>.
- Bradstreet, S., y Pratt, R. (2010). Developing peer support worker roles: reflecting on experiences in Scotland. *Mental Health and Social Inclusion*, 14(3), 36-41. <https://doi.org/10.5042/mhsi.2010.0443>.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., y GAMIAN–Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with

- schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232- 238. <http://dx.doi.org/210.1016/j.schres.2010.1002.1065>.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., Thornicroft, G., y GAMIAN–Europe Study Group. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 56-63.
- Brown, R. D., y Hauenstein, N. M. (2005). Interrater agreement reconsidered: An alternative to the rwg indices. *Organizational Research Methods*, 8(2), 165-184. <https://doi.org/10.1177/1094428105275376>.
- Butzlaff, R. L. y Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552. <http://dx.doi.org/510.1001/archpsyc.1055.1006.1547>.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9(3), 579-605.
- Cañamares, J. M., Castejón, M. A., Florit, A., González, J., Hernández, J. M. y Rodríguez, A. (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cañamares, J.M, González-Cases, J y Blanco, A (2010). Programas de integración para alternativas residenciales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 539-563). Madrid: Editorial Síntesis.
- Çapar, M., y Kavak, F. (2019). Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 103-111. <https://doi.org/10.1111/ppc.12309>.
- Carbajosa, A. B., Pérez, F. B., Bertina, A., Quintana, Y. C., Sánchez, M. B. M., y Galán, S. P. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana Stigmatizing dynamics: generation and maintenance of stigma and self-stigma associated. *Clínica Contemporánea*, 9(e1), 1-15. <https://doi.org/10.5093/cc2018a3>.
- Carlson, J., Ochoa, S., Haro, J. M., Escartín, G., Ahuir, M., Gutierrez-Zotes, A., ... y Cañete, J. (2009). Adaptation and validation of the quality-of-life scale: Satisfaction with Life Domains Scale by Baker and Intagliata. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.008>.
- Carrasco, O., Pradana, M.L., y Vehil, L. (2010). Psicoeducación y prevención de recaídas. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 295-332). Madrid: Editorial Síntesis.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 333-334. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.136044>.
- Chadwick, P. D. (2006). *Person-based Cognitive Therapy for distressing psychosis*. John Wiley & Sons.
- Chamberlin, J. (2006). Servicios dirigidos por usuarios. En J. Read, L. R. Moshier y R. Bentall (Eds.), *Modelos de locura*. Barcelona: Herder Editorial.
- Chan, K. K., y Mak, W. W. (2017). The content and process of self-stigma in people with mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 34. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000127>.
- Chinman, M., Kloos, B., O'Connell, M., y Davidson, L. (2002). Service providers' views of psychiatric mutual support groups. *Journal of Community Psychology*, 30(4), 349-366. <https://doi.org/10.1002/jcop.10010>.

- Ciarrochi, J., y Bailey, A. (2008). *A CBT-practitioner's guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Clay, S. (Ed.). (2005). *On our own, together: Peer programs for people with mental illness*. Vanderbilt University Press.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37-46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>.
- Conner, K. O., McKinnon, S. A., Ward, C. J., Reynolds III, C. F., y Brown, C. (2015). Peer education as a strategy for reducing internalized stigma among depressed older adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 186. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000109>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *American Psychological Association*, 12, 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>.
- Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493-1496.
- Corrigan, P. W., y Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548. <https://doi.org/10.1080/09638230400017004>.
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., y Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community mental health journal*, 35(3), 231-239. <https://doi.org/10.1023/A:1018741302682>.
- Corrigan, P. W., Kerr, A. y Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179- 190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E. y Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75- 81. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Del Rossi, R., Fontecchio, M. J., ...y Rüsçh, N. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 148-154. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.053>
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., y Michaels, P. J. (2014). Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*, 215(2), 466-470. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.006>.
- Corrigan, P. W., Rafacz, J. y Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. y Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(9), 875-884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002a). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002b). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>.
- Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma. En D. T. Gilbert, S.T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*. (4ª ed., pp.504-553). Boston, MA: McGraw-Hill.

- Cuevas-Yust, C. (2010). *Entrenamiento en habilidades sociales*. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 237-263). Madrid: Editorial Síntesis.
- Cuevas-Yust, C. y Perona-Garcelán, S. (2010). Síntomas psicóticos permanentes. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave*. (pp. 333-357). Madrid: Editorial Síntesis.
- Çuhadar, D., y Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 28(1), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>.
- Cunningham, K. C., y Lucksted, A. (2017). Social cognition, internalized stigma, and recovery orientation among adults with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation journal*, 40(4), 409. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000248>.
- Davidson, L., y González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., y Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>.
- De Graaf, L. E., Roelofs, J., y Huibers, M. J. (2009). Measuring dysfunctional attitudes in the general population: The Dysfunctional Attitude Scale (form A) Revised. *Cognitive therapy and research*, 33(4), 345. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9229-y>.
- Del Rio Noriega, F., (coordinador). (2006). *Trastorno Mental Grave: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/pai/trastorno\\_mental\\_grave\\_v3?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pai/trastorno_mental_grave_v3?perfil=org).
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., y Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question: A meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 21(3), 267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>.
- Desviat, M. (1995). La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio. *R.R.P.i.c. I(0)*, 87-90.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la ley general de sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436.
- Díaz-Mandado, O. (2015). *Estigma internalizado en el trastorno mental grave: predictores cognitivos de la eficacia de un programa de intervención* (Doctoral dissertation). Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.
- Díaz-Mandado, O., Nieto-Moreno, M., Montorio, I., y Periañez, J. A. (2015). Predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(2), 101-114. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15165>.
- Dickerson, F. B., Sommerville, J., Origoni, A. E., Ringel, N. B., y Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 28(1), 143-155. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006917>.
- Dovidio, J. F., Major, B., y Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ertugrul, A., y Uluğ, B. (2004). Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), 73-77. Doi 10.1007/s00127-004-0697-9.
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., y Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14

- European countries. *Psychological medicine*, 42(8), 1741-1752  
<https://doi.org/10.1017/S0033291711002558>.
- Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G., y Priebe, S. (2002). Research in supported housing. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(7), 301-315.
- Falloon, I. R. H., y Liberman, R. P. (1983). Behavioral family interventions in the management of chronic schizophrenia. En W. R. McFarlane (Ed.), *Family therapy in schizophrenia* (pp. 117-137). New York: Guilford Press.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. y Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <http://dx.doi.org/110.1007/s10597-10005-12649-10596>.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., y Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G\* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>.
- Faulkner, A., y Basset, T. (2012). A helping hand: taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16(1), 41-47. <https://doi.org/10.1108/20428301211205892>.
- Fernández, J. R. y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 337-344. Recuperado de <https://www.psicothema.com/pdf/458.pdf>.
- Fernández-Álvarez, H., y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Finn, R. H. (1970). A note on estimating the reliability of categorical data. *Educational and Psychological Measurement*, 30(1), 71-76. <https://doi.org/10.1177/001316447003000106>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Fung, K. M., Tsang, H. W. y Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189(2), 208-214. <http://dx.doi.org/210.1016/j.psychres.2011.1002.1013>.
- Fung, K. M., Tsang, H. W. y Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104. <http://dx.doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>.
- Garay, M., Pousa, V. y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 459-475. <http://dx.doi.org/410.4321/S0211-57352014000300002>.
- García Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M., y Cangas Díaz, A. J. (2006). Aproximación al abordaje clínico de los síntomas psicóticos desde la aceptación. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología*, 24 (1-3), págs. 293-307.
- García-Cubillana, P., Dios Luna, J. D., Laviana, M., Fernández, L., Perdiguero, D., y López, M. (2006). Adaptación y fiabilidad del cuestionario de red social, versión española del "Questionario sulla rete sociale", aplicado a personas con trastorno mental severo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 135-150.

- García-Montes, J. M. y Pérez-Álvarez, M. (2003). La Psicoterapia Analítico Funcional. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapias cognitivas. Evolución y comparaciones* (pp. 167-186). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gaudiano, B. A., y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 415-437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>.
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., y Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12(2), 155-164. <http://dx.doi.org/110.1002/wps.20040>.
- Girma, E., Tesfaye, M., Froeschl, G., Möller-Leimkühler, A. M., Dehning, S., y Müller, N. (2013). Facility based cross-sectional study of self-stigma among people with mental illness: towards patient empowerment approach. *International journal of mental health systems*, 7(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-21>.
- Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., y Fernández, J. (2002). *Rehabilitación Psicosocial del Trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones*. AEN Cuadernos Técnicos. Madrid.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goffman, E. (1989). On fieldwork. *Journal of contemporary ethnography*, 18(2), 123-132. <https://doi.org/10.1177/089124189018002001>.
- Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
- Gómez, Á., y Huici, C. (1999). Orientación política y racismo sutil y manifiesto: relaciones con la discriminación. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 159-180.
- González-Domínguez, S., Muñoz, M., Ausín, B., Castellanos, M. A., y Pérez-Santos, E. (2018). Age-related self-stigma of people over 65 years old: adaptation of the Internalized Stigma of Mental Illness scale (ISMI) for use in age-related self-stigma (IS65+) in a Spanish sample. *Aging y mental health*, 22(2), 250-256. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1247422>
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Quirt, G., Koopmans, J., Arnold, A., Dohan, E., ... y Navarro, M. (2000). Lessons learned from enrollment in the BEST study—A multicenter, randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer. *Journal of clinical epidemiology*, 53(1), 47-55. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00148-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00148-1).
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., y Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World psychiatry*, 13(2), 161-175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Non 2007/05. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf).
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació

- de Tecnología i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2. Recuperado: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH / AEN Núm. 2012. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_510\\_Trastorno\\_Bipolar\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf)
- Hallis, L., Cameli, L., Dionne, F., y Knäuper, B. (2016). Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 186. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000028>
- Han, J. H., y Kim, C. K. (2018). Comparisons of the Clinical Variables between High and Low Self-Stigma Group in the Outpatients with Schizophrenia. *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 21(1), 28-36. <https://doi.org/10.16946/kjsr.2018.21.1.28>.
- Hansson, L., Stjernswärd, S., y Svensson, B. (2014). Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness. An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(2), 100-106. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.775339>.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K. C., Ganey, K., Giel, R., an der Heiden, W., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W., Leon, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., Skoda, C., Thara, R., Tsirkin, S. J., Varma, V. K., Walsh, D. y Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.1178.1196.1506>.
- Hawke, L. D., Michalak, E. E., Maxwell, V., y Parikh, S. V. (2014). Reducing stigma toward people with bipolar disorder: impact of a filmed theatrical intervention based on a personal narrative. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(8), 741-750. <https://doi.org/10.1177/0020764013513443>.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hebl, M. R., y Dovidio, J. F. (2005). Promoting the “social” in the examination of social stigmas. *Personality and Social Psychology Review*, 9(2), 156-182. [https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0902\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0902_4).
- Henderson, C., Corker, E., Lewis-Holmes, E., Hamilton, S., Flach, C., Rose, D., ... y Thornicroft, G. (2012). England's time to change antistigma campaign: one-year outcomes of service user-rated experiences of discrimination. *Psychiatric Services*, 63(5), 451-457. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100422>.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., y Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling psychology*, 56(1), 32. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014672>.
- Hernández-Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología*, 16(3), 295-303.
- Hernández-Monsalve, M., y Herrera, R. (2003). La atención a la salud mental de la población penitenciaria. *Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Huberman, A. M., y Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (Vol. 428-444). London: Sage Publications.

- Huici, C. (1999). Estereotipos. En J. F. Morales y C. Huici (Coords.). *Psicología Social* (pp. 73-84). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Hung, H. L., Altschuld, J. W., y Lee, Y. F. (2008). Methodological and conceptual issues confronting a cross-country Delphi study of educational program evaluation. *Evaluation and program planning*, 31(2), 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.005>.
- Hunter, S. (2007). *Coming out and disclosures: LGBT persons across the life span*. Routledge.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Rottgers, H. O., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U. y Corrigan, P. W. (2012). Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 246-257. <http://dx.doi.org/210.1177/0020764010392058>.
- IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a personas con trastorno mental grave*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documentos/binario/atenenfermental.pdf>.
- Katz, A. H. (1981). Self-help and mutual aid: An emerging social movement?. *Annual review of sociology*, 7(1), 129-155. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.07.080181.001021>.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... y Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical psychology review*, 33(6), 763-771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., y Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150(1), 176-184. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.055>.
- Kingdon, D. G., y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press..
- Knight, M. T. D., Wykes, T. y Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self-esteem in schizophrenia: a waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 4, 305-318. <http://dx.doi.org/310.1017/S1352465805002705>
- Kohout, F. J., Berkman, L. F., Evans, D. A., y Cornoni-Huntley, J. (1993). Two shorter forms of the CES-D depression symptoms index. *Journal of aging and health*, 5(2), 179-193. <https://doi.org/10.1177/089826439300500202>.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszka, M., Gmaj, B., Ilgen, M., y Wojnar, M. (2015). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community mental health journal*, 51(5), 628-634. DOI 10.1007/s10597-014-9796-6.
- Krajewski, C., Burazeri, G., y Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan European stigma study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1136-1146. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.013>.
- Landeta, J. (1999). *El método Delphi. Una técnica de previsión del futuro*. Barcelona, España. Editorial: Ariel.
- Larson, J. E., y Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2), 87-91. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.32.2.87>.
- Lascorz, D., Serrats, E., Pérez, V., Fábregas, J., y Vegué, J. (2009). Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(1), 191-201.

- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., y Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?. *European Psychiatry*, 19(7), 423-427. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.019>.
- Leary, M. R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of personality assessment*, 47(1), 66-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4701\\_8](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4701_8)
- LeBreton, J. M., y Senter, J. L. (2008). Answers to 20 questions about interrater reliability and interrater agreement. *Organizational research methods*, 11(4), 815-852. <https://doi.org/10.1177/1094428106296642>.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., y Sturgeon, D. (1985). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 146(6), 594-600.
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Goldberg, R., ... y Sandson, N. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia bulletin*, 30(2), 193. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007071>.
- Levin, M. E., Luoma, J. B., Lillis, J., Hayes, S. C., y Vilaridaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire–Stigma (AAQ-S): Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of contextual behavioral science*, 3(1), 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.11.003>.
- Ley n. 14 de 25 de abril de 1986. *Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado*, 29/04/1986, pag 15.020 a 15.224.
- Li, J., Huang, Y. G., Ran, M. S., Fan, Y., Chen, W., Evans-Lacko, S., y Thornicroft, G. (2018). Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian journal of psychiatry*, 34, 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.04.017>.
- Lieberman, R. P. (2008). *Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Lieberman, R. P., y Eckman, T. A. (1989). Dissemination of skills training modules to psychiatric facilities: Overcoming obstacles to the utilization of a rehabilitation innovation. *The British Journal of Psychiatry*, 155(S5), 117-122. <https://doi.org/10.1192/S0007125000296098>.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., y Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9083-x>.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. <http://dx.doi.org/10.2307/2095395>.
- Link, B. G., y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., y Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American sociological review*, 400-423. <http://DOI: 10.2307/2095613>.
- Link, B. G., Mirotznic, J., y Cullen, F. T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided?. *Journal of health and social behavior*, 302-320.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental

- illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626. <http://dx.doi.org/1610.1176/appi.ps.1652.1612.1621>.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S. y Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 201-231. <http://dx.doi.org/210.1080/10973430208408433>.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., y Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>.
- Livingston, J. D., y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science y Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., ... y Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(1), 39. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-39>.
- López Luengo, B., Florit Robles, A., y González Andrade, A. (2010). Rehabilitación del funcionamiento cognitivo. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- López, M., Laviana, M y González-Álvarez, S (2010). *Rehabilitación laboral y programas de empleo. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 511-537). Madrid: Editorial Síntesis.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A.M. y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXVIII (101), 43-83.
- López-Gómez, I., Hervás, G., y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología conductual*, 23(3), 529-548.
- Luciano Soriano, M. C., y Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2).
- Lucksted, A., Drapalski, A., Calmes, C., Forbes, C., DeForge, B., y Boyd, J. (2011). Ending self-stigma: Pilot evaluation of a new intervention to reduce internalized stigma among people with mental illnesses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 35(1), 51. <http://dx.doi.org/10.2975/35.1.2011.51.54>.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., y Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research y Theory*, 16(2), 149-165.
- Lv, Y., Wolf, A., y Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General hospital psychiatry*, 35(1), 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.07.007>.
- Lysaker, P. H., y Buck, K. D. (2008). Is Recovery from Schizophrenia Possible? An Overview of Concepts, Evidence, and Clinical Implications. *Primary Psychiatry*, 15(6).
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A., y Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry research*, 149(1-3), 89-95.
- Lysaker, P. H., Roe, D. y Yanos, P. T. (2007). 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. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199. <http://dx.doi.org/110.1093/schbul/sbl1016>.
- Lysaker, P. H., Roe, D., Ringer, J., Gilmore, E. M., y Yanos, P. T. (2012). Change in self-stigma among persons with schizophrenia enrolled in rehabilitation: Associations with self-esteem and positive and emotional discomfort symptoms. *Psychological services*, 9(3), 240. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027740>.
- Lysaker, P. H., Salyers, M. P., Tsai, J., Spurrier, L. Y., y Davis, L. W. (2008). Clinical and psychological correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia.
- Lysaker, P., Yanos, P., Outcalt, J., y Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical schizophrenia y related psychoses*, 4(1), 41-48. <https://doi.org/10.3371/CSRP.4.1.3>.
- Macinnes, D. L., y Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 59-65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01212.x>.
- Mackie, D. M., Hamilton, D. L., Susskind, J., y Rosselli, F. (1996). Social psychological foundations of stereotype formation. *Stereotypes and stereotyping*, 41-78.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., y Maj, M. (2006). Special section: a memorial tribute: patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric services*, 57(12), 1784-1791. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.12.1784>.
- Malone, D., Marriott, S., Newton-Howes, G., Simmonds, S., y Tyrer, P. (2008). Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Schizophrenia bulletin*, 35(1), 13-14. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn164>.
- Manos, R. C., Rüsç, L. C., Kanter, J. W., y Clifford, L. M. (2009). Depression self-stigma as a mediator of the relationship between depression severity and avoidance. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(9), 1128-1143. <https://doi.org/10.1521/jscp.2009.28.9.1128>
- Manzo, J. F. (2004). On the sociology and social organization of stigma: some ethnomethodological insights. *Human Studies*, 27(4), 401-416.
- Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Martínez, I., Durante, P., Noya, B. (2010). Actividades de la Vida Diaria (AVD). En A.Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 359-394). Madrid: Editorial Síntesis.
- Martínez-Zambrano, F., Pizzimenti, M., Barbeito, S., Vila-Badía, R., Comellas, G., Escandell, M. J., ... y Martínez, M. (2016). Spanish version of the link's perceived devaluation and discrimination scale. *Psicothema*, 28(2), 201-206.
- Mateos-Ronco, A., y Izquierdo, R. J. S. (2011). Drawing up the official adjustment rules for damage assessment in agricultural insurance: Results of a Delphi survey for fruit crops in Spain. *Technological Forecasting and Social Change*, 78(9), 1542-1556. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2011.04.003>.
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L. y Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatization in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 6(3), 1-9. <http://dx.doi.org/10.5172/jamh.5176.5173.5212>.

- McFarlane, W. R., Dunne, E., Lukens, E., Newmark, M., McLaughlin-Toran, J., Deakins, S., y Horen, B. (1993). From research to clinical practice: Dissemination of New York State's family psychoeducation project. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(265-270).
- Michaels, P. J., López, M., Rüsck, N. y Corrigan, P. W. (2012). Construct and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society y Education*, 4(2), 183-194. <http://hdl.handle.net/10835/12865>.
- Miles, M. B., y Huberman, A. M. (1994). *An expanded sourcebook qualitative data analysis*. London. Sage Publications. Edición: 2a ed.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., y Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(10), 974-981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>.
- Molero, F., Recio, P., García-Ael, C., Fuster, M. J., y Sanjuán, P. (2012). Measuring dimensions of perceived discrimination in five stigmatized groups. *Social Indicators Research*, 114(3), 901-914. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0179-5>.
- Monsalve, M. H. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudios de Psicología*, 16(3), 295-303.
- Moos, R. H. (1982). *Coping with acute health crises*. In *Handbook of clinical health psychology* (pp. 129-151). Springer, Boston, MA.
- Morrison, A. P., Burke, E., Murphy, E., Pyle, M., Bowe, S., Varese, F., ... y Wood, L. J. (2016). Cognitive therapy for internalized stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. *Psychiatry research*, 240, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.024>.
- Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., y Bentall, R. (2004). *Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based approach*. Routledge.
- Mueller, B., Noord, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., y Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: a longitudinal approach. *Social Science y Medicine*, 62(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.014>.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., y Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl\_1), S32-S43.
- Mundial, A. M. (2008). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Korea.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.
- Muñoz, M., Guillén, A. I., Pérez-Santos, E., y Corrigan, P. W. (2015). A structural equation modeling study of the Spanish Mental Illness Stigma Attribution Questionnaire (AQ-27-E). *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(3), 243. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000059>.
- Muñoz, M., Guillén, A., y Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación psicosocial*, 10(2), 10-19.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Panadero, S., y Guillén, A. I. (2006). *Informe de propuestas específicas para la reducción del estigma social en las personas con enfermedad mental grave y crónica*. Madrid: Consejería de familia y asuntos sociales de la Comunidad de Madrid.

- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E. y Quiroga M.A. (2011). Proposal of a sociocognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 402-408. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.019>.
- Nabors, L. M., Yanos, P. T., Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Leonhardt, B. L., Buck, K. D., y Lysaker, P. H. (2014). Stereotype endorsement, metacognitive capacity, and self-esteem as predictors of stigma resistance in persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 792-798. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.011>.
- National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and Schizophrenia in adults: treatment and management: National Institute for Health and Care Excellence*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/cg178-psychosis-and-schizophrenia-in-adults-full-guideline3>.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1987). *Towards a Model for a Comprehensive Community-Based Mental Health System*. Washington, DC: NIMH.
- Navarro D. (2010). Adaptación de la rehabilitación en contextos rurales. En A. Pastor, A. Blanco, A., y D. Navarro (Coords.), *Manual de Rehabilitación* (pp. 713-734). Madrid: Pirámide.
- Navarro, D., y Carrasco, O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial*, 7(1-2), 11-25.
- Nemec, P. B., Swarbrick, M., y Legere, L. (2015). Prejudice and discrimination from mental health service providers. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(2), 203. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000148>.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., y Stegner, B. L. (1983). Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and program planning*, 6(3-4), 299-313. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(83\)90010-1](https://doi.org/10.1016/0149-7189(83)90010-1)
- Nuechterlein, K. H. y Liberman, R. P. (1985). *Schematic for the vulnerability stress model NIMH renewal application for the Mental Health Clinical Research Center for study for Adult Schizophrenia*. UCLA.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., y Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3, 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: WHO Regional Office. Recuperado de [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf).
- Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). *Social psychological models of mental illness stigma. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*, 99-128. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Ow, C. Y., y Lee, B. O. (2015). Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1932-NP1941. <https://doi.org/10.1177/1010539512469246>.
- Pankey, J. y Hayes, S. (2003). Acceptance and commitment therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 311-328.
- Park, S. G., Bennett, M. E., Couture, S. M., y Blanchard, J. J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.040>.

- Pastor, A., Mouriño, C. y Pérez-Boadella, M.J. (2010). Trastorno límite de la Personalidad. Intervención en habilidades psicosociales. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp.473-508). Madrid: Editorial Síntesis.
- Pearl, R. L., Forgeard, M. J., Rifkin, L., Beard, C., y Björgvinsson, T. (2017). Internalized stigma of mental illness: Changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*, 2(1), 2.
- Pérez-Garín, D., Molero, F., y Bos, A. E. (2015). Perceived discrimination, internalized stigma and psychological well-being of people with mental illness. *The Spanish journal of psychology*, 18. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.74>.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., y Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric services*, 52(12), 1627-1632. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1627>.
- Perris, C. (2004). Definición del concepto de vulnerabilidad como base para las intervenciones psicoterapéuticas. En C. Perris y P. D. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Manual teórico-práctico. (pp. 43-61)
- Perron, B., y Munson, M. (2006). Coping with voices: A group approach for managing auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(3), 241-258. <https://doi.org/10.1080/15487760600962160>.
- Persico, C., y Heaney, T. W. (1986). *Group Interviews: A Social Methodology for Social Inquiry*. ERIC Document Reproduction Service (ED275915).
- Petryshen, P. M., Hawkins, J. D., y Fronchak, T. A. (2001). An evaluation of the social recreation component of a community mental health program. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24(3), 293. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095083>.
- Pfammatter, M., Junghan, U. M. y Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32 Suppl 1, S64-80. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl1030>.
- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., y Wong, W. (2010). *Family intervention for schizophrenia*. The Cochrane Library.
- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., ... y Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*, 246, 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>.
- Pina, I. B. (2010). *Vulnerabilidad y enfermedad mental: la imprescindible subjetividad en psicopatología* (Vol. 1). Univ Pontifica Comillas.
- Pistrang, N., Barker, C., y Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American journal of community psychology*, 42(1-2), 110-121. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9181-0>.
- Quinn, D. M., Williams, M. K., y Weisz, B. M. (2015). From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000136>.
- Quirk, S. E., Berk, M., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Brennan-Olsen, S. L., Pasco, J. A., y Williams, L. J. (2016). Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(2), 136. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000148>.

- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., y Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 74(2-3), 211-219.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.1008.1008>.
- Roberts, R. E., Atrkisson, C. C., y Mendias, R. M. (1984). Assessing the client satisfaction questionnaire in English and Spanish. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6(4), 385-396. <https://doi.org/10.1177/07399863840064004>.
- Roca Soriano, F. (1998). Los " desconocidos " grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de trabajo social*, (11), 251-263.
- Rodríguez, A. y Bravo, M. F. (2003). Marco general y conceptualización. En Gisbert C. (Ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo* (pp. 53). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de [http://www.aen.es/docs/SRPS\\_RPS\\_y%20Tratamiento\\_Integral\\_TMS\\_AEN.pdf](http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_y%20Tratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf).
- Roe, D., Hasson-Ohayon, I., Mashiach-Eizenberg, M., Derhy, O., Lysaker, P. H., y Yanos, P. T. (2014). Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) effectiveness: A quasi-experimental study. *Journal of clinical psychology*, 70(4), 303-312. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61, 52.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G. y Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 149-155. <http://dx.doi.org/110.1192/bjp.1177.1192.1149>.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1).
- Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., ... y Kawohl, W. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 204(5), 391-397. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135772>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 65- 71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.1001.1005>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., y Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 150-153. <http://doi:10.1097/NMD.0b013e3181cc43b5>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 551-552. <http://dx.doi.org/510.1192/bjp.bp.1109.067157>.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S. y Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 59-64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.1001.1006>.

- Russinova, Z., Rogers, E. S., Gagne, C., Bloch, P., Drake, K. M., y Mueser, K. T. (2014). A randomized controlled trial of a peer-run antistigma photovoice intervention. *Psychiatric Services*, 65(2), 242-246. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200572>.
- Sánchez-López, M. D. P., y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4).
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Su2).
- Sanz, J. (1994). The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: Psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment*, 10(2), 129-135.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R. y Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.1147.1612.1602>.
- Schwarzer, R., y Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8.
- Seguí Mas, E. (2008). *La gestión del capital intelectual en las entidades financieras. Caracterización del capital humano en las cooperativas de crédito* (Tesis Doctoral). Valencia. España.
- Shin, S. K. y Lukens, E. P. (2002). Effects of psychoeducation for Korean Americans with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 53(9), 1125-1131 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1125>.
- Sibitz, I., Amering, M., Unger, A., Seyringer, M. E., Bachmann, A., Schrank, B., ... y Woppmann, A. (2011). The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European psychiatry*, 26(1), 28-33. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.08.010>.
- Sibitz, I., Provaznikova, K., Lipp, M., Lakeman, R., y Amering, M. (2013). The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: Preliminary report. *Psychiatry research*, 209(3), 326-332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.001>.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T., y Amering, M. (2009). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 316-323. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048>.
- Sobrinho, T., Rodríguez, A., y Fernández, J. M. (1997). *Servicios residenciales comunitarios para personas con enfermedades mentales crónicas. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Sobrinho-Calzado, T. y Fernández-Liria, A. (2010). Programa de continuidad de cuidados. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 173-199). Madrid: Editorial Síntesis.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401. <http://dx.doi.org/10.2975/27.2004.392.401>.
- Sousa, S. D., Marques, A. J., y Queirós, C. (2012). P-1194-How to reduce self-stigma in schizophrenia?-an intervention through sociodrama and e-learning. *European Psychiatry*, 27, 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)75361-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)75361-0).
- Stewart, S., y Schröder, T. (2015). Emotional homework: A systematic literature review of patients' intersession experiences. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(3), 236-252.

- Tajfel, H. y Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Wordrel y W. G. Austin (Eds.). *The Psychology of Intergroup Relations*. Chicago: Nelson-Hall.
- Tansella, M., Amaddeo, F., Burti, L., Garzotto, N., y Ruggeri, M. (1998). Community-based mental health care in Verona, Italy. *Mental health in our future cities*, 239-262.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, W., y Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Telford, K., Kralik, D., y Koch, T. (2006). Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *Journal of advanced nursing*, 55(4), 457-464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03942.x>.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., y INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6).
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., Johnson, S., y Szmuckler, G. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services: PRiSM Psychosis Study 10. *The British Journal of Psychiatry*, 173(5), 423-427. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.5.423>
- Torres, A., y Olivares, J. M. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas española de psiquiatría*, 33(4), 216-220.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E y Fernández-Fernández, J (2010). Intervención con familias. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 395-420). Madrid: Editorial Síntesis
- Tsang, H. W., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y., y Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1-2), 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>.
- Tsang, H. W., Fong, M. W., Fung, M. T., y Corrigan, P. W. (2010). *Reducing employers' stigma by supported employment. Vocational rehabilitation and mental health*. Oxford: John Wiley y Sons.
- Tsang, H. W., Fung, K. M., y Corrigan, P. W. (2009). Psychosocial and socio-demographic correlates of medication compliance among people with schizophrenia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(1), 3-14. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.02.003>.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., y Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of personality and social psychology*, 85(3), 409. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.3.409>.
- Uchino, T., Maeda, M., Y Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *The Kurume medical journal*, 59(1.2), 25-31. <https://doi.org/10.2739/kurumemedj.59.25>.
- Urbaniak, G., y Plous, S. (2006). *Research Randomize*. Social Psychology Network.
- Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Duque, A., y Everts, F. (2015). Insight in paranoia: The role of experiential avoidance and internalized stigma. *Schizophrenia research*, 164(1-3), 214-220. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.010>.
- Valiente-Ots, C., Villavicencio-Carrillo, P., y Cantero-Martínez, M. D. (2006). La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 111-135.

- Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, M.P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Editorial Síntesis.
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M. y Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005>.
- Vázquez, C. y Nieto-Moreno, M. (2010). Rehabilitación en salud mental: viejos problemas y nuevas soluciones. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 59-75). Madrid: Editorial Síntesis
- Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H., y Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of counseling psychology*, 60(2), 311. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031889>.
- Wagner, S. M., Eggert, A., y Lindemann, E. (2010). Creating and appropriating value in collaborative relationships. *Journal of business research*, 63(8), 840-848. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.01.004>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. y Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbl1076>.
- Weiss, D.S. y Marmar, Ch. (1997): The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane, eds.): *Assessing psychological trauma and PTSD*, pp. 399-411. New York: The Guilford Press.
- Weissman, A. N., y Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Chicago.
- West, M. L., Vayshenker, B., Rotter, M., y Yanos, P. T. (2015). The influence of mental illness and criminality self-stigmas and racial self-concept on outcomes in a forensic psychiatric sample. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 150. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000133>.
- West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., y Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma research and action*, 1(1), 3. DOI: 10.5463/sra.v1i1.9.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... y Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M. y Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry Research*, 220, 604-608. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.1007.1012>.
- Wood, L., Byrne, R., Varese, F., y Morrison, A. P. (2016). Psychosocial interventions for internalized stigma in people with a schizophrenia-spectrum diagnosis: A systematic narrative synthesis and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 291-303. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.001>.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.

- World Health Organization. (1988). *WHO psychiatric disability assessment schedule* (WHO/DAS: with a guide to its use). World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/40429>.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., y Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia bulletin*, 34(3), 523-537. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm114>.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., y Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 171-178. <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000100>.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K. y Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. <http://dx.doi.org/1410.1176/appi.ps.1459.1412.1437>.
- Yanos, P. T., Roe, D., West, M. L., Smith, S. M., y Lysaker, P. H. (2012). Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: Findings from a randomized controlled trial. *Psychological Services*, 9(3), 248. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028048>.
- Yanos, P. T., Rosenfield, S., y Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405-419. <https://doi.org/10.1023/A:1017528029127>.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <http://dx.doi.org/110.1037/0021-1843X.1086.1032.1103>.





# **ANEXO I.**

## **Protocolo de evaluación del estudio empírico II**

### ***I.I Protocolo de evaluación para participantes***



## **ANEXO I. Protocolo de evaluación del estudio empírico II**

### **I.I Protocolo de evaluación para participantes**

A continuación se presentan los siguientes instrumentos de evaluación utilizadas durante el proceso de evaluación, en el siguiente orden:

1. Datos sociodemográficos
2. Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)\*
3. Escala de Autoeficacia General (GSS)\*
4. Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)\*
5. Escala de Ansiedad a la Interacción (IAS)\*
6. Escala de Depresión Centro de Estudios Epidemiológicos en su versión breve (CES-D)\*
7. Escala de afecto negativo (PANAS-AN)\*
8. Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI)\*
9. Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes en su versión breve (AQ-9)\*
10. Cuestionario de Discriminación (DIS)\*
11. Escala de Impacto del Suceso Revisada (EIS-R)\*
12. Escala de Cognición de Enfermedad (ICS)\*
13. Escala de Evaluación de la Recuperación en su versión breve (RAS)\*
14. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS)\*
15. Cuestionario de apoyo social (APSO)
16. Cuestionario breve de Satisfacción Vital y Calidad de Vida (SV-CV)
17. Cuestionario breve de Salud Mental General (SG)

(\*) Debido a la Ley de Propiedad Intelectual, estos cuestionarios o escalas no se reproducen en su totalidad, sino que se presentan algunos ítems o las instrucciones a modo de ejemplo ilustrativo. Puede consultarse la obra completa en sus respectivas referencias, citadas en el apartado de variables y medidas

## ENTREVISTA DE EVALUACIÓN INICIAL

Centro (Tipo de recurso/Nombre): \_\_\_\_\_

Código persona entrevistada: \_\_\_\_\_ Nombre del/a entrevistador/a: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista (día/mes/año): \_\_/\_\_/\_\_

Hora inicio: \_\_/\_\_/\_\_

Hora final: \_\_/\_\_/\_\_

<p><b>1. Sexo:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hombre                      <input type="checkbox"/> Mujer</p>	<p><b>2. Edad:</b> _____</p>
<p><b>3. Fecha de Nacimiento (día/mes/año):</b></p> <p style="text-align: center;">____/____/____</p>	<p><b>4. País de Nacimiento:</b> _____</p> <p><b>Nacionalidad:</b> _____</p>
<p><b>5. Lugar de Residencia:</b></p> <p><b>a) Madrid Capital:</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Sí *</p> <p>Barrio*: _____ (si no sabe calle)</p> <p><b>b) Madrid Comunidad:</b></p> <p>Pueblo/Cuidad: _____</p>	<p><b>6. Hijos/as:</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No                      <input type="checkbox"/> Sí*</p> <p style="text-align: center;">¿Cuántos hijos/as*? _____</p>
<p><b>7. Estado civil:</b></p> <p><input type="checkbox"/> soltero/a</p> <p><input type="checkbox"/> casado/a</p> <p><input type="checkbox"/> viudo/a</p> <p><input type="checkbox"/> separado/a</p> <p><input type="checkbox"/> divorciado/a</p>	<p><b>8. Con quién vive:</b></p> <p><input type="checkbox"/> solo/a</p> <p><input type="checkbox"/> padres</p> <p><input type="checkbox"/> hermanos/as</p> <p><input type="checkbox"/> pareja</p> <p><input type="checkbox"/> hijos/as</p> <p><input type="checkbox"/> otros familiares ¿Quién? _____</p> <p><input type="checkbox"/> mini-residencia (de la red)</p> <p><input type="checkbox"/> piso compartido (de la red)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros ¿Quién? _____</p>

<p><b>9. Últimos de estudios terminados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sin estudios</li> <li><input type="checkbox"/> elementales/primaria/EGB</li> <li><input type="checkbox"/> bachillerato/secundaria/ESO/BUP/FP</li> <li><input type="checkbox"/> algún curso universitario</li> <li><input type="checkbox"/> universitarios (grado/licenciatura completa/máster/doctorado)</li> </ul>	<p><b>10. ¿Está estudiando actualmente?:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> Sí*    ¿Qué?* _____</li> </ul>
<p><b>11. Situación laboral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> en paro y sin búsqueda de empleo</li> <li><input type="checkbox"/> en paro pero en búsqueda de empleo</li> <li><input type="checkbox"/> estudiante</li> <li><input type="checkbox"/> trabajo protegido</li> <li><input type="checkbox"/> trabajo no protegido (ordinario)</li> <li><input type="checkbox"/> estado de invalidez temporal</li> <li><input type="checkbox"/> estado de Invalidez permanente absoluta</li> </ul>	<p><b>12. Procedencia de sus ingresos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sin ingresos</li> <li><input type="checkbox"/> su propio trabajo</li> <li><input type="checkbox"/> el trabajo de su pareja</li> <li><input type="checkbox"/> ingresos de sus familiares</li> <li><input type="checkbox"/> pensión o ayudas oficiales</li> <li><input type="checkbox"/> ayudas por hijos a cargo</li> <li><input type="checkbox"/> ahorros o inversiones</li> <li><input type="checkbox"/> otros _____</li> <li><input type="checkbox"/> no sabe</li> </ul> <p><b>13. Valorar situación económica:</b> _____ (1: muy pobre; 2 pobre; 3 suficiente; 4: buena; 5: muy buena)</p> <p><b>14. ¿Cómo está de satisfecho/a con su situación económica?:</b> _____ (1: muy insatisfecho; 2 insatisfecho; 3 ni satisfecho ni insatisfecho; 4: satisfecho; 5: muy satisfecho)</p>

Código:

### RSE y GSS

En primer lugar le pido que, señale ¿Cuánto de acuerdo o desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted mismo/a? Si cree que la afirmación sobre sí mismo/a es cierta, estaría de acuerdo, y tiene dos opciones, que esté muy de acuerdo, (mucho) (4), o simplemente de acuerdo (3). Si por el contrario cree que la frase que voy a decirle no le define, entonces está en usted desacuerdo, y puede igualmente estar muy en desacuerdo (1), o en desacuerdo (2).

[Repetir la instrucción]: ¿Cuánto de acuerdo o desacuerdo está usted con la afirmación\_\_\_\_\_?

<b>1. RSE</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1.Me siento una persona valiosa como las otras personas	1	2	3	4
2.Generalmente pienso que soy un fracaso	1	2	3	4
3.Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.Creo que NO tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a	1	2	3	4
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10.	1	2	3	4

*Siga en la siguiente página (con las mismas instrucciones)*

Código:

<b>2. GSS</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1. Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	1	2	3	4
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3.	1	2	3	4
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	1	2	3	4
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo	1	2	3	4

**DAS**

Ahora, me gustaría que respondiera a la siguiente pregunta ¿Cuánto de acuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted mismo/a? Si cree que la afirmación es cierta, estaría de acuerdo, tiene tres opciones, (que esté totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, o un poco de acuerdo). Si cree que la frase que voy a decirle no le define, entonces está en desacuerdo, y puede igualmente estar totalmente en desacuerdo, bastante en desacuerdo o un poco en desacuerdo. Si en alguna pregunta no está ni de acuerdo ni en desacuerdo tiene esta casilla del medio que indica justo que usted no está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

[Repetir la instrucción]: ¿Cuánto de acuerdo o desacuerdo está usted con la afirmación: \_\_\_\_?

<b>3. DAS</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Bastante en desacuerdo</b>	<b>Ligeramente en desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>Ligeramente de acuerdo</b>	<b>Bastante de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
1. Es difícil ser feliz si no se es atractivo/a, inteligente, rico/a y creativo/a	1	2	3	4	5	6	7
2.	1	2	3	4	5	6	7
3. Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad	1	2	3	4	5	6	7
4.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si fracaso en mi trabajo seré un fracaso como persona.	1	2	3	4	5	6	7
6. Si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla	1	2	3	4	5	6	7
7.	1	2	3	4	5	6	7
8. Si fracaso en parte eso lo considero tan malo, como ser un completo fracaso	1	2	3	4	5	6	7
9.	1	2	3	4	5	6	7
10.	1	2	3	4	5	6	7
11.	1	2	3	4	5	6	7
12. Hacer una pregunta me puede hacer parecer inferior	1	2	3	4	5	6	7
13. Es horrible recibir la crítica de personas importantes	1	2	3	4	5	6	7
14.	1	2	3	4	5	6	7
15. Si desagradas a los demás no puedes ser feliz	1	2	3	4	5	6	7
16. Mi felicidad depende más de los demás que de mí mismo/a	1	2	3	4	5	6	7
17. Es muy importante lo que otras personas piensen sobre mí	1	2	3	4	5	6	7

**IAS**

Ahora, voy a mencionarle situaciones, sentimientos o pensamientos que algunas personas experimentan, ha de indicarme hasta qué punto son o no características de usted, o se dan en usted. Pueden ser muy característico si le ocurre mucho, y se marcaría 5, algo característico de usted 4. O pueden no ser en absoluto característico de usted, si no le ocurre nada (1), o muy poco característico de usted, si casi no le ocurre (2). Igualmente puede ocurrir que no sea ni característico ni no característico (3)

[Repetir la instrucción]: ¿Hasta qué punto es característico de usted la siguiente afirmación\_\_\_\_\_?

4.IAS	En absoluto característico de mí	Muy poco característico de mí	Ni característico ni no característico de mí	Algo característico de mí	Muy característico de mí
1.	1	2	3	4	5
2. Normalmente me siento a disgusto cuando estoy con un grupo de personas que no conozco	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
4. Me siento nerviosa/a cuando debo hablar con un superior (jefe/a, profesor/a etc.)	1	2	3	4	5
5. Las fiestas a menudo me hacen sentir ansioso/a y a disgusto	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
8. Estaría nervioso/a si fuera entrevistado/a para un trabajo	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10. Raramente me siento ansioso/a en situaciones sociales	1	2	3	4	5
11. En general soy una persona tímida	1	2	3	4	5
12. A menudo me siento nervioso/a si hablo con una persona que me parece atractiva	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
15. Normalmente me siento relajado/a rodeado de otras personas, incluso si son muy diferentes a mí	1	2	3	4	5

Código:

**CES-D**

Ahora le voy a mencionar algunas situaciones, sentimientos o pensamientos que describen como usted podría haberse sentido durante la última semana, simplemente dígame si se ha sentido así o no.

[Repetir la instrucción]: ¿Se ha sentido durante la última semana \_\_\_\_?

<b>5.CES-D</b>		
<b>Durante la <u>ÚLTIMA SEMANA</u></b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
1. ¿Se ha sentido pesimista (negativo/a)?	0	1
2. ¿Le ha costado un esfuerzo hacer cualquier cosa?	0	1
3.	0	1
4. ¿Estuvo contento/a?	0	1
5. ¿Se he sentido muy solo/a?	0	1
6.	0	1
7. ¿Ha disfrutado de la vida?	0	1
8. ¿Se he sentido triste?	0	1
9.	0	1
10. ¿No tenía ganas de hacer nada?	0	1

Código:

### PANAS-AN

Ahora, me gustaría que marcase la opción que refleje mejor cómo se ha sentido en el último mes incluyendo el día de hoy. Puede haber tenido el sentimiento que voy a nombrarle nada o muy poco (1), un poco (2), moderadamente (3), bastante (4) o mucho (5).

[Repetir la instrucción]: ¿En el último mes se ha sentido....?

6.PANAS-AN					
¿En el <u>ÚLTIMO MES</u> , me he sentido?	Nada o muy ligeramente	Un poco	Moderada- mente	Bastante	Mucho
1. Angustiado/a	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3. Culpable	1	2	3	4	5
4. Asustado/a	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6. Irritable	1	2	3	4	5
7.	1	2	3	4	5
8. Nervioso/a	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10. Miedoso/a	1	2	3	4	5

**ISMI**

Perfecto, ahora le voy a pedir que conteste a la siguiente pregunta ¿Cuánto de acuerdo o desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted mismo/a?

Si cree que la afirmación sobre sí mismo/a es cierta, estaría de acuerdo, y tiene dos opciones, que esté muy de acuerdo, (mucho) (4), o simplemente de acuerdo (3). Si por el contrario cree que la frase que voy a decirle no le define, entonces está en usted desacuerdo, y puede igualmente estar muy en desacuerdo (1), o en desacuerdo (2). Quisiera que sepa, que en estas afirmaciones se va a utilizar el término enfermedad mental, por favor piense que a pesar de lo que pueda sentir respecto este término, es el mejor posible, y necesitamos utilizarlo.

[Repetir la instrucción]: ¿Cuánto de acuerdo o desacuerdo está usted con la afirmación: \_\_\_\_\_?

8.ISMI	Muy en desacuerdo	En desacuer- do	De acuer- do	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha arruinado mi vida	1	2	3	4
3.	1	2	3	4
4. Me siento avergonzado/a por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5.	1	2	3	4
6. Me siento inferior a quienes no tienen una enfermedad mental	1	2	3	4
7. Los estereotipos sobre enfermedad mental se refieren a mi	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9. La gente mentalmente enferma tiende a ser violenta	1	2	3	4
10.	1	2	3	4
11.				
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse	1	2	3	4

*Siga en la siguiente página (con las mismas instrucciones)*

Código:

<b>8.ISMI</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
13. No puedo contribuir en nada a la sociedad por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio sólo por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
17.	1	2	3	4
18. Nadie estaría interesado en intimar conmigo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
19.	1	2	3	4
20.	1	2	3	4
21.	1	2	3	4
22. Me mantengo al margen de las situaciones sociales para proteger a mi familia y amigos de la vergüenza	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24. Evito relacionarme con gente que no tiene una enfermedad mental para evitar el rechazo	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26. En general soy capaz de vivir la vida del modo que quiero	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida buena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental	1	2	3	4
28.	1	2	3	4
29. Vivir con enfermedad mental me ha hecho un superviviente fuerte	1	2	3	4

Código:

### AQ-9

Las siguientes preguntas son acerca de lo que usted piensa sobre José, y lo único que usted sabe de José es que es una persona que tiene una enfermedad mental grave. Sabiendo esto....

¿Cuánto de acuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre José? Sabiendo que 1 es que está totalmente en desacuerdo con la afirmación, es decir, que no piensa eso de José nada en absoluto, y 9 que está totalmente de acuerdo sobre esa afirmación sobre José.

[Repetir la instrucción]: Sabiendo que José tiene una enfermedad mental grave \_\_\_\_\_

9. AQ-9	Nada en absoluto								Muchísimo
1. ¿Sentiría pena por José?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. ¿Considera que José es peligroso?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. ¿Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. ¿En qué medida se sentiría enfadado/a con José?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. ¿Preferiría mantenerse alejado de José?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. ¿Considera que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si no quiere?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Código:

**DIS**

Ahora le voy hacer unas preguntas acerca de cómo se ha visto afectado/a por las situaciones que voy a ir describiéndole. Puede que no se haya nada afectado (1), que se haya visto un poco afectado (2), o por el contrario que se haya visto muy afectado (4), o bastante afectado (3).

Instrucción bloque 1: ¿Ha sido tratado injustamente \_\_\_\_\_?

<b>10.DIS</b>					
<b>¿Ha sido usted tratado/a injustamente</b>					
	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>No aplicable</b>
1. A la hora de hacer o mantener amistades?	1	2	3	4	0
2.	1	2	3	4	0
3. En sus relaciones de pareja? tener, mantener o divorciarte)	1	2	3	4	0
4.	1	2	3	4	0
5.	1	2	3	4	0
6. Por su familia? (excluir la pareja).	1	2	3	4	0
7.	1	2	3	4	0
8. A la hora de conservar su puesto de trabajo?	1	2	3	4	0
9.	1	2	3	4	0
10.	1	2	3	4	0
11. En su vida social? (aficiones, asistir a eventos, ocio, ocupaciones)	1	2	3	4	0
12. Por la policía?	1	2	3	4	0
13.	1	2	3	4	0
14. Por el personal de salud mental? (psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales?).	1	2	3	4	0
15.	1	2	3	4	0
16.	1	2	3	4	0
17.	1	2	3	4	0
18. En relación a formar una familia y/o a su papel como madre o padre	1	2	3	4	0
19.	1	2	3	4	0
20. En relación a su seguridad e integridad personal (abuso verbal, abuso psicológico, agresión)?	1	2	3	4	0

*Siga en la siguiente página (con las mismas instrucciones)*

Código:

Instrucción bloque 2: ¿Cuánto considera que se ha visto afectado por las siguientes afirmaciones es su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

<b>10.DIS</b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>No aplicable</b>
21. ¿Ha sido evitado/a o rechazado/a por personas que saben que tiene un problema de salud mental?)	1	2	3	4	0
22.	1	2	3	4	0
23.	1	2	3	4	0
24. ¿Siente que la gente desconfía de usted por tener una enfermedad mental?	1	2	3	4	0

Instrucción bloque 3: ¿Ha sido tratado/a “más positivamente” que el resto de personas\_\_\_?

<b>10.DIS</b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>No aplicable</b>
<b>¿Ha sido tratado/a “más positivamente” que el resto de personas</b>					
25. Por su familia? (incluida la pareja)	1	2	3	4	0
26. Por sus amigos/as?	1	2	3	4	0
27.	1	2	3	4	0
28.	1	2	3	4	0
29. ¿En otras áreas de la vida (cualquier apoyo que no está disponible para otra gente)?	1	2	3	4	0

Instrucción bloque 4: ¿Ha dejado o evitado \_\_\_?

<b>10.DIS</b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>bastante</b>	<b>Mucho</b>	<b>No aplicable</b>
<b>¿Ha dejado o ha evitado...</b>					
30. Buscar trabajo?	1	2	3	4	0
31. Buscar formación o formarse?					
32.	1	2	3	4	0
33. Realizar alguna actividad de ocio?	1	2	3	4	0
34.	1	2	3	4	0
35. Ciertas situaciones sociales y lugares?					
36. ¿Ha ocultado o escondido sus problemas de salud mental a otros?	1	2	3	4	0

Código:

### EIS-R

Si la persona contesta algo diferente a nada en el ítem 20 del cuestionario DIS, se le pregunta por el suceso de discriminación traumático. Podría contarme brevemente, qué ocurrió, en la ocasión en la que me decía anteriormente que la discriminación o el trato injusto llegó a poner en riesgo su seguridad e integridad personal (abuso verbal, abuso psicológico, agresión). Si se determina es un suceso traumático se continúa aplicando el EIS-R, sino se pasa al siguiente cuestionario.

Ahora le voy a pedir, que pensando en este suceso de discriminación que acaba de contarme, me diga con qué frecuencia se han dado en usted las siguientes situaciones durante la última semana.

[Repetir la instrucción]Pensando en el suceso de discriminación descrito, ¿Con qué frecuencia durante la última semana....?

<b>11.EIS-R</b>				
<b>¿Durante la <u>última semana</u></b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>
1. Pensaba en ello aunque no quería?	1	2	3	4
2.	1	2	3	4
3. Intentaba apartarlo de su memoria?	1	2	3	4
4. Tenía problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido/a?	1	2	3	4
5. Le invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo ocurrido?	1	2	3	4
6.	1	2	3	4
7. Se mantenía lejos de cualquier cosa que le recordara a lo sucedido?	1	2	3	4
8.	1	2	3	4
9. Intentaba no hablar de ello?	1	2	3	4
10. Imágenes del suceso asaltaban su mente?	1	2	3	4
11. Otras cosas le hacían pensar en el suceso?	1	2	3	4
12.	1	2	3	4
13. Intentaba no pensar en el suceso	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15. Su sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos?	1	2	3	4

**ICS y RAS**

Vamos muy bien, continuemos un poco más. Las personas pueden tener diferentes sentimientos y pensamientos acerca de su problema de salud mental. Responde en su caso cuanto de acuerdo está con las siguientes afirmaciones. Si cree que la afirmación sobre sí mismo/a es cierta, estaría de acuerdo, y tiene dos opciones, que esté muy de acuerdo, (mucho) (5), o simplemente de acuerdo (4). Si por el contrario cree que la frase que voy a decirle no le define, entonces está en usted desacuerdo, y puede igualmente estar muy en desacuerdo (1), o en desacuerdo (2). También puede que no esté ni de acuerdo ni en desacuerdo (3).

[Repetir la instrucción] ¿Cuánto de acuerdo o desacuerdo está con cada una de las siguientes afirmaciones sobre usted mismo/a?

12.ICS	Muy en desacuer do	En desacuer do	Ni de acuerdo ni en desacuer do	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. No estoy seguro/a de si sabría cómo comportarme si me sintiera bien.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3. Estar enfermo/a forma parte de mi vida	1	2	3	4	5
4. Estar enfermo/a tiene algunas ventajas.	1	2	3	4	5
5. La enfermedad es algo a lo que me he acostumbrado	1	2	3	4	5
6. La gente no espera que mejore	1	2	3	4	5
7. No puedo imaginar llegar a estar bien	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5
9. Pienso que estoy mejorando	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12. Mi vida gira entorno a la enfermedad	1	2	3	4	5
13. Ha sido difícil encontrar un tratamiento que me sirva	1	2	3	4	5

Continúe con las mismas instrucciones

<b>13.RAS</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
<b>1.</b>	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Tengo objetivos en la vida que quiero alcanzar.	1	2	3	4	5
<b>3.</b>	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Mi vida tiene un sentido	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Puedo manejar lo que sucede en mi vida	1	2	3	4	5
<b>6.</b> Me gusto a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
<b>7.</b> Algo bueno sucederá en algún momento.	1	2	3	4	5
<b>8.</b> Creo que algo bueno sucederá en el futuro.	1	2	3	4	5
<b>9.</b>	1	2	3	4	5
<b>10.</b> Mis síntomas interfieren cada vez menos en mi vida	1	2	3	4	5
<b>11.</b>	1	2	3	4	5
<b>12.</b> Sé cuándo pedir ayuda	1	2	3	4	5
<b>13.</b> No me cuesta pedir ayuda	1	2	3	4	5
<b>14.</b> Pido ayuda cuando lo necesito	1	2	3	4	5
<b>15.</b>	1	2	3	4	5
<b>16.</b> Tengo personas con las que puedo contar	1	2	3	4	5
<b>17.</b>	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Es importante tener una gran variedad de amigos/as	1	2	3	4	5

**WHODAS**

Las siguientes preguntas son sobre dificultades debidas a las condiciones de salud. Piense en los últimos 30 días y responda a estas preguntas pensando en *¿cuánta dificultad ha tenido para realizar las actividades siguientes?*

<b>14.WHODAS</b>					
<b>En los últimos 30 DÍAS, ¿cuánta dificultad ha tenido para:</b>	<b>Ninguna</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Extrema/ no puede hacerlo</b>
1. Estar de pie durante largos periodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
2. Cumplir con sus tareas de la casa?	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6. Caminar una larga distancia como un kilómetro?	1	2	3	4	5
7. Bañarse, o lavarse todo el cuerpo?	1	2	3	4	5
8. Vestirse?	1	2	3	4	5
9. Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
10. Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12. En total, ¿en qué medida han interferido estos problemas con su vida?	1	2	3	4	5

Código:

APSO

Ahora me gustaría que me contara si ha realizado o no, las siguientes actividades durante la última semana y con quién la ha realizado.

15.APSO	
¿Durante la última semana ha realizado la siguiente actividad?	NO SI, ¿Con quién? (Multi-respuesta)
1. Dar un paseo	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién? _____
2. Ir a un bar o cafetería	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién? _____
3. Ir a un museo, exposición	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién? _____
4. Ir al cine, al teatro o ver un espectáculo deportivo (ver el fútbol)	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién? _____

*Siga en la siguiente página (con las mismas instrucciones)*

Código:

15.APSO	
¿Durante la última semana ha realizado la siguiente actividad?	NO SI, ¿Con quién? (Multi-respuesta)
5. Ir algún evento religioso o espiritual	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién?_____
6. Ir alguna fiesta o evento social	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién?_____
7. Practicar alguna actividad de ocio: baile, yoga, deporte, escritura, informática, inglés	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién?_____
8. Alguna otra actividad de ocio_____	<input type="radio"/> Solo/a <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Amigo/ compañero de la Red de SM <input type="radio"/> Otro amigo de fuera de la Red de SM <input type="radio"/> Otro: ¿quién?_____

*Siga en la siguiente página*

Código:

Continúe respondiendo también en relación al apoyo social, a las dos siguientes preguntas.

**15 .APSO**

9. Si usted tiene un problema o se siente mal. ¿Con cuántas personas contaría?

NÚMERO: \_\_\_\_\_

10. ¿Cuánto de satisfecho/a se siente con el apoyo social, (de los demás) que recibe?

<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Insatisfecho/a</b>	<b>Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a</b>	<b>Satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Código:

### SV-CV

Ya estamos casi terminando, ahora me gustaría que contestara a las siguientes preguntas, sobre su grado de satisfacción con las siguientes áreas. Puede estar de muy insatisfecho (1) a muy insatisfecho (5).

<b>16. SV-CV</b>					
<b>¿Cuánto de satisfecho está con</b>	<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Insatisfecho/a</b>	<b>Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a</b>	<b>Satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
1. Su salud en general	1	2	3	4	5
2. Su situación económica	1	2	3	4	5
3. El apoyo social que recibe	1	2	3	4	5
4. Su calidad de vida en general	1	2	3	4	5

### SG

Y para terminar podría indicarme ¿Cómo evaluaría su salud general durante los últimos 30 días?

<b>Muy mala</b>	<b>Mala</b>	<b>Moderada</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy buena</b>
1	2	3	4	5

Y ¿Cómo de satisfecho/a está con su estado de salud actual?

<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Insatisfecho/a</b>	<b>Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a</b>	<b>Satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
1	2	3	4	5

***I.II Protocolo de evaluación para profesionales de referencia***



## **I.II Protocolo de evaluación para profesionales de referencia**

A continuación se presentan los instrumentos de evaluación utilizadas durante el proceso de evaluación a los profesionales, en el siguiente orden:

1. Datos de la Historia Clínica
2. Escala de la Severidad de Sintomatología Psiquiátrica Evaluadas por el Clínico (CDPS)
3. Escala de desconocimiento sobre los trastornos mentales (SUMD)

## HISTORIA CLÍNICA

Código usuario/a

Fecha de la entrevista (día/mes/año): \_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

---

Hora inicio: \_\_/\_\_/\_\_

Hora final: \_\_/\_\_/\_\_

-Nombre del profesional entrevistado/a: \_\_\_\_\_

-Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

-Fecha aproximada de identificación de los primeros síntomas: \_\_\_\_\_

-Fecha aproximada de contacto con Salud Mental: \_\_\_\_\_

-Fecha de entrada en la Red de Atención Social: \_\_\_\_\_

-Fecha de la primera hospitalización: \_\_\_\_\_

-Número de hospitalizaciones desde entonces: \_\_\_\_\_

-Hospitalizaciones en el último año: Sí  No

-Fecha de la última hospitalización: \_\_\_\_\_

-Tiempo con sintomatología clínica grave en el último año (días de hospitalización): \_\_\_\_\_

-Tratamiento farmacológico:

-¿A lo largo de su vida? Sí  No

-¿En la actualidad? Sí  No

Código:

**CDPS**

En base a toda la información que tiene sobre la persona y basándose en su juicio clínico, por favor evalúe la presencia y severidad de los siguientes síntomas en los últimos 7 días

	No presente	Dudoso	Presente, pero leve	Presente y moderado	Presente y grave
<b>Alucinaciones</b>	No presente <input type="checkbox"/>	Dudoso <input type="checkbox"/>  La gravedad o duración no es suficiente para considerarse psicosis.	Presente, pero leve <input type="checkbox"/> Poca presión para actuar de acuerdo a las voces, o no muy incomodado por las voces.	Presente y moderado <input type="checkbox"/> Alguna presión para actuar de acuerdo a las voces, o algo incomodado por las voces.	Presente y grave <input type="checkbox"/> Mucha presión para actuar de acuerdo a las voces, o muy incomodado por las voces.
<b>Delirios</b>	No presente <input type="checkbox"/>	Dudoso <input type="checkbox"/>  La gravedad o duración no es suficiente para considerarse psicosis.	Presente, pero leve <input type="checkbox"/> Poca presión para actuar según creencias delirantes, no muy incomodado por las creencias	Presente y moderado <input type="checkbox"/> Alguna presión para actuar según creencias delirantes o algo incomodado por las creencias.	Presente y grave <input type="checkbox"/> Mucha presión para actuar según las creencias delirantes o muy incomodado por las creencias
<b>Discurso desorganizado</b>	No presente <input type="checkbox"/>	Dudoso <input type="checkbox"/>  La gravedad o duración no es suficiente para considerarse discurso desorganizado	Presente, pero leve <input type="checkbox"/>  Alguna dificultad para seguir el discurso	Presente y moderado <input type="checkbox"/>  Discurso a menudo difícil de seguir.	Presente y grave <input type="checkbox"/> Casi imposible seguir el discurso.
<b>Comportamiento desorganizado</b>	No presente <input type="checkbox"/>	Dudoso <input type="checkbox"/> Gravedad o duración no es suficiente para considerarse comportamiento desorganizado.	Presente, pero leve <input type="checkbox"/> Alguna u ocasional conducta desorganizada extraña o catatónica	Presente y moderado <input type="checkbox"/> Frecuente conducta desorganizada extraña o catatónica	Presente y grave <input type="checkbox"/> Casi constante conducta desorganizada, extraña o catatónica.

Código:

## **SUMD**

### 1. Valorar la conciencia actual del trastorno mental

0. No puede ser valorado	0
1. Conciencia: la persona claramente cree que tiene un trastorno mental	1
2.	2
3. Conciencia intermedia: está insegura de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo	3
4.	4
5. No conciencia: cree que no tiene un trastorno mental	5

### 2. Valorar la conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación

0. No puede ser valorado o ítem no relevante	0
1. Conciencia: la persona claramente cree que la medicación ha disminuido la intensidad o frecuencia de sus síntomas	1
2.	2
3. Conciencia intermedia: está insegura de que la medicación haya disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas, pero puede considerar la idea	3
4.	4
5. No conciencia: cree que la medicación no ha disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas	5

### 3. Valorar la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental (es decir si la persona sabe a qué se deben las razones por las que ha sido ingresado en un hospital, discriminado, arrestado, herido, desalojado, despedido)

0. No puede ser valorado o ítem no relevante	0
1. Conciencia: la persona claramente cree que las consecuencias sociales relevantes están relacionadas con tener un trastorno mental	1
2.	2
3. Conciencia intermedia: está insegura acerca de que las consecuencias sociales relevantes estén relacionada con tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea	3
4.	4
5. No conciencia: cree que las consecuencias sociales relevantes no tienen nada que ver con tener un trastorno mental	5

## **ANEXO II.**

### **Protocolo de evaluación del estudio empírico III**

#### ***II.I Protocolo de evaluación para participantes***



## **ANEXO II. Protocolo de evaluación del estudio empírico III**

### **II.I Protocolo de evaluación para participantes**

A continuación se presentan aquellos instrumentos de evaluación empleados en el estudio empírico III, y que no se han presentado en los Anexos I.

1. Cuestionario de Salud General (GHQ-12)\*
2. Escala de Satisfacción con la Vida de Baker e Intagliata (SLDS)\*
3. Escala de Funcionamiento Social (SFS)\*

(\*) Debido a la Ley de Propiedad Intelectual, estos cuestionarios o escalas no se reproducen en su totalidad, sino que se presentan algunos ítems o las instrucciones a modo de ejemplo ilustrativo. Puede consultarse la obra completa en sus respectivas referencias, citadas en el apartado de variables y medidas

**GHO-12**

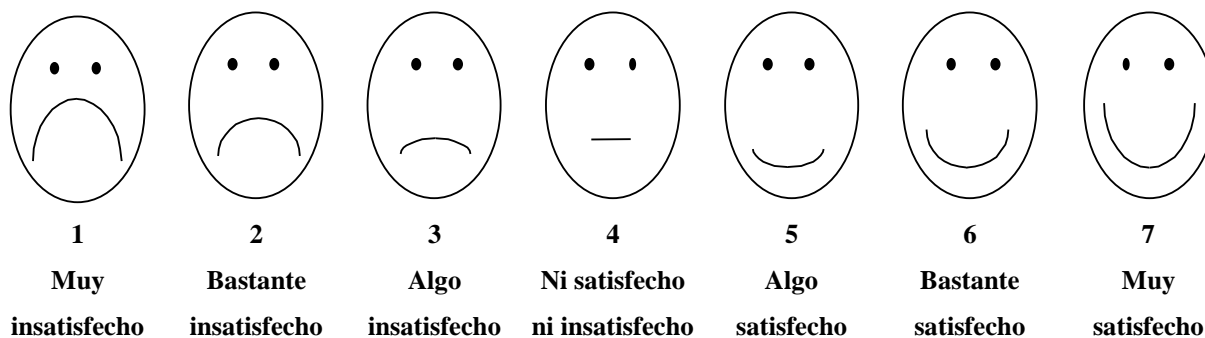
*Pensando en la última semana, por favor, conteste lo que mejor se adecúa a usted. Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.*

<b>1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?</b>			
Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b>			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>3.</b>			
Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
<b>4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b>			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>5. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?</b>			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>6.</b>			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?</b>			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
<b>8.</b>			
Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
<b>9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?</b>			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?</b>			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>11.</b>			
No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
<b>12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?</b>			
Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

Código:

**SFS**

Nos gustaría conocer su satisfacción con diferentes áreas de su vida ¿Podría indicar qué cara expresa mejor sus sentimientos con respecto a los siguientes aspectos en el momento actual? Marque con un círculo el número que corresponde a la cara que eligió:



1. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a su casa/ piso / lugar de residencia?	1	2	3	4	5	6	7
2.	1	2	3	4	5	6	7
3. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a la comida que come?	1	2	3	4	5	6	7
4.	1	2	3	4	5	6	7
5. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a su salud general?	1	2	3	4	5	6	7
6. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a las personas con las que convive?	1	2	3	4	5	6	7
7. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a sus amigos?	1	2	3	4	5	6	7
8.	1	2	3	4	5	6	7
9. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a su relación con otras personas? (ni amigos, ni familia, ni personas con las que convive).	1	2	3	4	5	6	7
10. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a su actividad cotidiana o a su trabajo?	1	2	3	4	5	6	7
11.	1	2	3	4	5	6	7
12. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto las posibilidades de diversión en su barrio/pueblo/cuidad?	1	2	3	4	5	6	7
13.	1	2	3	4	5	6	7
14. ¿Qué cara expresa mejor cómo se siente con respecto a su situación económica?	1	2	3	4	5	6	7

**SFS**

Este cuestionario nos ayudará a conocer cómo ha estado usted en las últimas dos semanas. Le pide que vaya contestando a las preguntas, en base a lo que ha ocurrido durante los últimos 15 días.

1. ¿A qué hora se ha levantado habitualmente?

<b>ENTRE SEMANA</b>			
Antes de las 9	<input type="checkbox"/>	Entre 9 y 11	<input type="checkbox"/>
Entre 11 y 1 de mediodía	<input type="checkbox"/>	Después de la 1	<input type="checkbox"/>
<b>FINES DE SEMANA</b>			
Antes de las 9	<input type="checkbox"/>	Entre 9 y 11	<input type="checkbox"/>
Entre 11 y 1 de mediodía	<input type="checkbox"/>	Después de la 1	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuántas horas pasa usted solo/a al cabo del día? (por ejemplo solo/a en la habitación, de paseo solo/a, escuchando la radio o viendo la televisión solo/a)

- De 0 a 3 horas Pasa muy poco tiempo solo/a
- De 3 a 6 horas Algún tiempo solo/a
- De 6 a 9 horas Bastante tiempo solo/a
- De 9 a 12 horas Mucho tiempo solo/a
- 12 o más horas Prácticamente todo el tiempo

3. ¿Con qué frecuencia empieza usted una conversación en casa?

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente

4. ¿Con qué frecuencia sale usted de casa (por cualquier motivo)?

Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente

5. ¿Cómo reacciona usted a la presencia de extraño?

Los evita  Se pone nervioso/a  Los acepta  Le agradan

6. ¿Cuántos amigos/as tiene usted en la actualidad? (personas con las que se ve, sale de paseo o con las que realiza algunas actividades) Número aproximado

Código:

7. ¿Tiene novio/a o pareja estable? Sí  No
8. ¿Con qué frecuencia se siente usted capaz de mantener una conversación sensata o juiciosa?  
Casi nunca  Pocas veces  Algunas veces  Frecuentemente
9. ¿Cuánta dificultad (o facilidad) tiene usted para hablar con la gente en la actualidad?  
Mucha facilidad  Alguna facilidad  Una cosa media  Alguna dificultad  Mucha dificultad
10. Por favor, ponga una marca en la columna adecuada para indicar con qué frecuencia usted ha participado en cada una de las siguientes actividades en las últimas 2 semanas.

3.SFS				
Frecuencia en los últimos <u>15 DÍAS</u>	Ninguna vez	Pocas Veces	Alguna vez	Frecuente mente
1. Ir al cine	1	2	3	4
2.	1	2	3	4
3. Ver deportes de sala (pin-pon, fútbolín, etc.)	1	2	3	4
4. Ver deportes al aire libre (fútbol, tenis,..)	1	2	3	4
5. Ir a galerías de arte o museos	1	2	3	4
6. Ir a exposiciones	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8. Ir a conferencias o reuniones	1	2	3	4
9.	1	2	3	4
10. Visitar a familiares en sus casas	1	2	3	4
11.	1	2	3	4
12. Visitar amigos/as (incluyendo a novio/a)	1	2	3	4

*Siga en la siguiente página (con las mismas instrucciones)*

<b>3.SFS</b>				
<b>Frecuencia en los últimos <u>15 DÍAS</u></b>	<b>Ninguna vez</b>	<b>Pocas Veces</b>	<b>Alguna vez</b>	<b>Frecuente mente</b>
13. Ir a fiestas	1	2	3	4
14. Asistir a bodas, bautizos, u otras reuniones familiares	1	2	3	4
15.	1	2	3	4
16. Ir a algún club social	1	2	3	4
17. Practicar deporte de sala (pin-pon, billar, etc.)	1	2	3	4
18.	1	2	3	4
19. Participar en alguna organización cultural o política	1	2	3	4
20. Ir a bares o pubs	1	2	3	4
21.	1	2	3	4
22. Actividades de la iglesia (hermandad, catequesis u otras)	1	2	3	4

## **ANEXO III.**

### **Protocolo de tratamiento**



## **ANEXO III. Protocolo de tratamiento**



---

# **Programa de Autoafirmación y Revelación**

---

## **PAR**

(\*) Debido a la Ley de Propiedad Intelectual, este material no se reproduce en su totalidad, sino partes representativas del mismo. El Manual completo se podrá consultarse en su próxima publicación



## **Contenidos del programa**

### **Presentación y objetivos del programa**

#### **Bloque I. Psicoeducación**

1ª SESIÓN. Primer contacto: acercándonos al estigma

1. Bienvenida y presentaciones: ¿quiénes somos?
2. Presentación del programa: ¿qué vamos hacer estos ratos juntos/as?
3. ¿Cómo nos referimos al objeto del estigma?: poniéndole un nombre
4. El estigma: un enemigo común, conozcamos más sobre él y lo venceremos
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

#### **Bloque II. Entrenamiento en reestructuración cognitiva**

2ª SESIÓN. Desafiando al autoestigma I: derribando las creencias estigmatizante

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Reflexionando sobre la interiorización del estigma
3. Listado de ideas falsas sobre el trastorno mental: reflexionando sobre las ideas estigmatizantes
4. Probando la veracidad o falsedad de las idea
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

3ª SESIÓN. Desafiando al autoestigma II: el impacto de derribar las creencias estigmatizantes

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Características de los pensamientos: mis pensamientos no siempre llevan razón
3. Explicación del modelo a-b-c: la cadena de situación-pensamiento-emoción-conducta
4. Ejercicio: cambiando el pensamiento, mejorando las consecuencias
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

#### **Bloque III. Entrenamiento en aceptación y mindfulness**

4ª SESIÓN. Luchando contra el autoestigma desde la aceptación

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ejercicio: trabajo con la metáfora del ordenador
3. Ejercicio: actividad dirigida por los pensamientos

4. Otra forma de manejar los pensamientos negativos relacionados con el trastorno mental: introducción a la aceptación y compromiso. Llevándolo a la práctica: dirigiéndonos hacia el aquí y el ahora
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

#### **Bloque IV. Entrenamiento en: autoestima, autoeficacia, metas vitales y roles valiosos**

5º SESIÓN. Mirando el lado bueno de uno/a mismo/a y caminando hacia las propias metas a través de la autoafirmación

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ejercicio: trabajo con la metáfora del jardín
3. La autoestima como estrategia contra en el estigma y a favor de la recuperación
4. Ejercicio: atendiendo a mis metas y caminando hacia su logro
5. Tareas para casa
6. Cierre de la sesión

#### **Bloque V. Estrategias de afrontamiento**

6º SESIÓN. Dando un paso hacia adelante: enfrentándonos al estigma I

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ejercicio: identificando situaciones estigmatizantes que preocupan/asustan
3. Análisis de las estrategias llevadas a cabo: ¿qué hemos estado haciendo hasta ahora?
4. Ampliando el repertorio de estrategias de afrontamiento ante el estigma I
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

7ª SESIÓN. Dando un paso hacia adelante: enfrentándonos al estigma II

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ampliando el repertorio de estrategias de afrontamiento ante el estigma II
3. Breve repaso de todas las estrategias de afrontamiento y de las situaciones estigmatizantes temidas
4. Ensayos conductuales: manos a la obra, ensayando como emplear las estrategias aprendidas
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

8ª SESIÓN. Dando un paso hacia adelante: enfrentándonos al estigma III: la estrategia de dar a conocer el trastorno mental

1. Introducción a la sesión, corrección de las tareas para casa y presentaciones
2. Ejercicio: razones por las que las personas revelan/cuentan su trastorno mental a otros
3. Ejercicio: beneficios y costes de revelar
4. Formas de revelar o de no revelar el trastorno mental
5. ¿A quién revelar? explicación de cómo elegir a las mejores personas para revelarle
6. Si decidimos revelar: ¿cómo contar mi historia?
7. Tarea para casa
8. Cierre de la sesión

### **Bloque VI. Resumen, prevención de recaídas y cierre del programa**

9ª SESIÓN. Resumiendo y cerrando el programa

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Testimonios de recuperación y lucha contra el estigma
3. Resumen de lo trabajado a lo largo del programa y valoración del programa de intervención
4. Cierre del programa, entrega de diplomas y despedida

## Presentación y objetivos del programa

El “Programa de Autoafirmación y Revelación” (PAR), se trata de un programa grupal, de 9 sesiones, estructurado y manualizado. Su diseño propio se ha basado en los resultados y conclusiones de dos estudios empíricos realizados por el equipo investigador encargado de su creación, que complementan a aquellos ofrecidos por los programas existentes que ofrecen resultados prometedores.

El objetivo principal del PAR, es que las personas que tiene un trastorno mental reduzcan sus niveles de estigma internalizado en todas sus dimensiones: emocional, cognitiva y conductual. Y para conseguirlo interviene sobre un conjunto de variables que se ha demostrado son de gran importancia para su desarrollo como son: el rol de enfermo, la autoestima, la autoeficacia, las creencias disfuncionales y las creencias estigmatizantes.

De forma general, se puede decir que este nuevo programa parte de la perspectiva del modelo de recuperación centrado en la persona, desde donde se pretende romper con la visión categorial de salud vs enfermedad y desde donde se fomenta la implicación de la propia persona en su propio proceso de recuperación. Es por ello que para su diseño se tiene en cuenta las opiniones y conocimientos de un grupo de personas con trastorno mental grave. Y en su aplicación se ofrece un papel activo a los participantes, incluyéndose una sesión basada en el apoyo entre pares.

El Programa de Autoafirmación y Revelación, se caracteriza por combinar estrategias psicoeducativas y técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual, la terapia narrativa y la terapia de aceptación y compromiso. Al mismo tiempo que, como se acaba de mencionar, permite un espacio para la terapia de apoyo mutuo entre pares. Esta combinación de estrategias terapéuticas tiene el propósito de sumar las aportaciones que cada una de ellas ha evidenciado por separado, para que se pueda lograr un mayor efecto positivo sobre todas y cada una de las dimensiones del estigma, algo que se ha demostrado que de forma aislada no se llega a conseguir.

El contenido específico del programa se organiza en seis bloques, que tienen objetivos terapéuticos generales. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos:

**Bloque I. Psicoeducación:** Se corresponde a la primera sesión. Y pretende aumentar los conocimientos de los/las participantes sobre conceptos relacionados con el estigma asociado a los trastornos mentales graves mediante el empleo de estrategias psicoeducativas.

**Bloque II. Entrenamiento en reestructuración cognitiva:** Está compuesto por la 2ª y 3ª sesión. Y su objetivo principal es cuestionar y modificar las creencias disfuncionales y distorsionadas

que presenta la persona, tanto aquellas que corresponden a estereotipos sobre el trastorno mental; como aquellas otras más personales que reflejan necesidad de aprobación o perfeccionismo. Se apoya en el uso de la reestructuración cognitiva.

**Bloque III. Entrenamiento en aceptación y mindfulness:** Complementa mediante una sola sesión al segundo bloque. Para ello emplea estrategias derivadas de la terapia de aceptación y compromiso tales como la defusión cognitiva, el uso de metáforas y el mindfulness. Y su principal propósito es que la persona aprenda a relacionarse, desde la aceptación y el distanciamiento, con aquellos pensamientos negativos, resistentes a la reestructuración cognitiva, bien por su carácter de realidad o de recurrencia.

**Bloque IV. Entrenamiento en autoestima, autoeficacia, metas vitales y roles valiosos:** Formado asimismo por una sola sesión. Sus objetivos son aumentar la autoestima, la autoeficacia e identificar metas vitales personales que guíen el desempeño de roles valiosos y significativos lejanos al rol de enfermo.

**Bloque V. Estrategias de afrontamiento:** Está compuesto por 3 sesiones. Y pretende que las personas aumenten su percepción de autoeficacia a la hora de enfrentarse a situaciones estigmatizantes. Y que amplíen su repertorio de estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones estigmatizantes. Con el fin último de que disminuyan su ansiedad ante situaciones sociales temidas o evitadas al enfrentarse a ellas aplicando las estrategias aprendidas. Entre estas estrategias se pone mayor énfasis en la estrategia de dar a conocer el propio trastorno mental. Para su entrenamiento se adapta el del programa Honest, Open, Proud de Corrigan (Corrigan et al., 2015), en una sesión que será liderada, como en el programa original, por un par. En ella se valoraran las ventajas e inconvenientes de revelar, o no, el propio trastorno mental. Y se narrará la propia historia de recuperación para, en el caso de considerarlo, poder apoyarse en ella a la hora de revelar su propio trastorno mental a los demás.

**Bloque VI. Resumen, prevención de recaídas y cierre del programa:** Se corresponde con la última sesión del programa y su objetivo final es el fomentar el mantenimiento de los logros, la prevención de recaídas y la generalización de los resultados.

Para el desarrollo del Programa de Autoafirmación y Revelación se emplearán 9 sesiones semanales de aproximadamente una hora y media de duración que se encuentran detalladas en este Manual. Se recomiendan que los grupos sean de al menos 5 personas y como máximo 8, para garantizar su eficacia. Y que las sesiones sean aplicadas por psicólogas con experiencia en el área de la salud mental y en el desarrollo de terapias de grupos. Específicamente dentro de cada sesión aparecen los siguientes apartados:

- Objetivos específicos de la sesión
- Procedimiento y contenidos de la sesión
- Materiales generales y específicos
- Índice de actividades
- Desarrollo de la sesión. En todas ellas presenta la siguiente estructura:
  - ✓ Introducción de la sesión y corrección de las tareas para casa
  - ✓ Introducción del nuevo contenido teórico: mediante exposiciones, discusiones grupales y actividades y ejercicios
  - ✓ Explicación de las tareas para casa
  - ✓ Cierre de la sesión
- Materiales para los/las terapeutas para el desarrollo de la sesión
- Resumen de la información más importante y las consideraciones que el terapeuta ha de tener en cuenta para el desarrollo de la sesión

Además del Manual del/a terapeuta, se cuenta con material audio visual en formato PowerPoint, y videos. Así como con un conjunto de hojas de contenidos y hojas trabajo para los y las participantes que se entregan en cada sesión y que la persona participante podrá ir guardando en su carpeta de trabajo facilitada el primer día.

## ***Bloque I. Psicoeducación***

### **1ª SESIÓN. Primer contacto: acercándonos al estigma**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Promover la cohesión y la confianza grupal
- ❖ Comunicar los objetivos, los contenidos, la programación temporal y la metodología del programa
- ❖ Establecer normas generales que faciliten el adecuado desarrollo de las sesiones
- ❖ Conocer o aumentar el conocimiento sobre los conceptos de estigma social y estigma internalizado
- ❖ Conocer el impacto del estigma sobre la calidad de vida, el bienestar y la recuperación de las personas con trastorno mental

#### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

La sesión la dirigirá una terapeuta y una co-terapeuta (que ayudará en la parte organizativa de la misma). Para conseguir los objetivos destacados, la terapeuta y la co-terapeuta comenzarán dando la bienvenida y presentándose. Seguidamente se iniciará un ejercicio para que todos los y las participantes se presenten a sí mismos/as. A continuación se introducirán los objetivos y los contenidos del programa y se detallará la metodología a seguir a lo largo de las sesiones. Se entregará a cada participante una programación temporal de todas las sesiones, con el fin de fomentar la asistencia. Y conjuntamente se establecerán las normas generales que facilitarán el desarrollo de las sesiones.

En la siguiente de la sesión se procederá a la explicación de los conceptos “estigma social y “estigma internalizado”, señalando sus componentes o dimensiones y ejemplificándolos. Se hará hincapié en el impacto del estigma en la recuperación, la calidad de vida y el bienestar. En esta parte se emplearán debates que propiciaran la participación y reflexión activa de cada una de las personas participantes sobre los constructos a trabajar.

Finalmente se explicará la tarea para casa con el fin de consolidar lo aprendido durante la sesión, que consistirá en ejemplificar y adaptar a sí mismos/as los conceptos aprendidos.

#### ACTIVIDADES

1. Bienvenida y presentaciones: ¿quiénes somos?
2. Presentación del programa ¿qué vamos hacer estos ratos juntos/as?

3. ¿Cómo nos referimos al objeto del estigma? poniéndole un nombre.
4. El estigma: un enemigo común conozcamos más sobre él y lo venceremos.
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

## *Bloque II. Entrenamiento en reestructuración cognitiva*

### **2ª SESIÓN. Desafiando al autoestigma I: derribando las creencias estigmatizantes**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Identificar las creencias estereotipadas sobre las personas con trastornos mentales
- ❖ Someter a juicio los estereotipos, cuestionando su falsedad y su veracidad
- ❖ Reducir el acuerdo con los estereotipos asociados a los trastornos mentales
- ❖ Remplazar los estereotipos por otras ideas más verdaderas y menos dañinas

#### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

La terapeuta, comenzará resumiendo la sesión anterior y corrigiendo la tarea para casa. A continuación se presentaran los objetivos de la presente sesión y se repartirá el material necesario para su desarrollo. Se continuará con una reflexión individual sobre el propio autoestigma. Y se normalizará el que las personas que tienen un trastorno mental, u otra característica que de algún modo ha sido devaluada por la sociedad en la que vive, terminen aceptando las creencias socialmente compartidas, e incluso aplicándolas sobre sí mismas en algunos momentos.

Seguidamente, se recordará que son las creencias estereotipadas (dimensión cognitiva del estigma) y se identificarán mediante una discusión grupal aquellas creencias estereotipadas compartidas por la sociedad sobre las personas con trastornos mentales. De inmediato se procederá a cuestionar estas creencias mediante información veraz, para concluir en una creencia más verdadera y menos dañina que la remplace. Finalmente se explicará la tarea para casa que consistirá en continuar buscando pruebas que cuestionen las creencias estereotipadas, para de este modo consolidar lo aprendido durante la sesión.

#### ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Reflexionando sobre la internalización del estigma.
3. Listado de creencias sobre el trastorno mental: reflexionando sobre las ideas estigmatizantes
4. Probando la veracidad o falsedad de las creencias: ejercicio del inspector/a de policía
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

### **3ª SESIÓN. Desafiando al autoestigma II: el impacto de derribar las creencias estigmatizantes**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Conocer las características de los pensamientos, al concebirlos como interpretaciones subjetivas de la realidad
- ❖ Conocer la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas relacionadas (Modelo a-b-c)
- ❖ Cuestionar los pensamientos estigmatizantes sobre uno/a misma y remplazarlos por pensamientos alternativos
- ❖ Cuestionar las creencias disfuncionales sobre uno/a misma y reemplazarlas por pensamientos alternativos
- ❖ Transformar las cogniciones de enfermedad, reduciendo con ello el rol de enfermo

#### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

Siguiendo la dinámica de las sesiones previas, el/la terapeuta comenzará resumiendo la sesión anterior y corrigiendo la tarea para casa. Inmediatamente después se presentarán los objetivos de la sesión y se repartirá el material.

Se introducirá el contenido propio de esta sesión mediante un ejercicio experiencial en el que se presentaran imágenes de ilusiones ópticas, que facilitarán la explicación sobre las características de los pensamientos distorsionados (creencias disfuncionales y creencias estereotipadas). Se continuará explicando y ejemplificando el modelo a-b-c y con él la relación entre los pensamientos, las emociones y las conductas relacionadas y sus consecuencias. Seguidamente se procederá a la reestructuración cognitiva de los pensamientos distorsionados, al cuestionarlos y sustituirlos por pensamientos alternativos más realistas y útiles para la persona. Y finalmente se propondrá tarea para casa para poder seguir trabajando durante la semana aquello aprendido en la sesión. Concretamente la tarea consistirá en continuar reestructurando nuevas creencias distorsionadas (pensamientos estigmatizantes y disfuncionales).

#### ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Características de los pensamientos: mis pensamientos no siempre llevan razón
3. Explicación del modelo a-b-c: la cadena: situación-pensamiento-emoción-conducta
4. Ejercicio: cambiando el pensamiento, mejorando las consecuencias
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

### ***Bloque III. Entrenamiento en aceptación y mindfulness***

#### **4ª SESIÓN. Luchando contra el autoestigma desde la aceptación**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Profundizar en las características de los pensamientos, al concebirlos como interpretaciones subjetivas de la realidad
- ❖ Aprender otras formas de relacionarnos con nuestras creencias estigmatizantes y disfuncionales, desde la aceptación y el distanciamiento
- ❖ Aprender otras formas de relacionarnos con las cogniciones de enfermedad que están debajo del rol de enfermo, desde la aceptación y el distanciamiento
- ❖ Reducir los pensamientos automáticos y negativos relacionados con creencias estigmatizantes y disfuncionales

##### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

Esta sesión también se iniciará resumiendo la sesión anterior y corrigiendo la tarea para casa. Igualmente, se presentarán sus objetivos y se repartirá el material necesario para su desarrollo.

A continuación, se trabajará con los y las participantes en la línea de la terapia de aceptación y compromiso, con el fin de reducir la credibilidad y el impacto de los pensamientos estigmatizantes negativos que se resisten a la reestructuración cognitiva, bien por su mayor carácter de realidad o su recurrencia. Para ello se empleará el uso de metáforas y ejercicios experienciales grupales. Además se entrenarán estrategias que sustituyen a la fusión cognitiva y que favorecen la aceptación y el distanciamiento de los pensamientos negativos. Entre ellas se realizará un ejercicio de mindfulness. Finalmente como en el resto de sesiones se explicará la tarea para casa que en este caso consistirá en registrar algunos de los pensamientos negativos que tienen a lo largo de la semana, indicando que estrategia llevaron a cabo (puede ser cuestionar y modificar el pensamiento o aceptarlo y distanciarse de él). También se solicita el grado de utilidad de la estrategia. Además, se entregará a las personas participantes un audio con un ejercicio de mindfulness para que puedan continuar practicándolo.

##### ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ejercicio: trabajo con la metáfora del ordenador
3. Ejercicio: actividad dirigida por los pensamientos
4. Otra forma de manejar los pensamientos negativos: introducción a la aceptación y compromiso

5. Llevándolo a la práctica: dirigiéndonos hacia el aquí y el ahora
6. Tarea para casa
7. Cierre de la sesión

***Bloque IV. Entrenamiento en: autoestima, autoeficacia, metas vitales y roles valiosos***

**5ª SESIÓN. Mirando el lado bueno de uno/a mismo/a y caminando hacia las propias metas a través de la autoafirmación**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Conocer la relación entre el estigma, la autoestima, la autoeficacia y la recuperación
- ❖ Identificar y reforzar las propias cualidades positivas, fortalezas y capacidades
- ❖ Identificar debilidades y la forma de poder hacerle frente y/o aceptarlas
- ❖ Identificar o generar metas vitales personales y trabajar el proceso hacia su logro
- ❖ Sustituir el rol de enfermo por otros roles valiosos y significativos

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

En esta sesión se mantiene el mismo formato que en las sesiones previas, empezando por el repaso de la sesión anterior, esta vez para ello, se empleará como material de apoyo un cuento breve, que será comentado y analizado por los y las participantes con la ayuda de el/la terapeuta. Seguidamente, se corregirá la tarea para casa, se comentarán los objetivos de la sesión y se repartirán los materiales necesarios.

Para abordar el contenido central de esta quinta sesión se empleará nuevamente trabajo con metáforas y se realizaran ejercicios individuales y grupales, con el fin de mejorar la autoestima y la autoeficacia, así como los planes, metas y roles personales de forma práctica y experiencial.

Se propone finalmente, como en el resto de sesiones la continuidad del trabajo en casa, que en este caso se llevará a cabo mediante dos tareas. La primera de ella consistirá en apuntar cualidades y capacidades de sí mismos que vayan observando y/o que alguien les haya hecho saber. Y la segunda consiste en poner en marcha alguna acción dirigidas al logro de sus metas vitales y que resultan coherentes con roles valiosos y significativos que sustituyen al rol de enfermo. Han de identificar dificultades y autorreforzar los logros.

ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ejercicio: trabajo con la metáfora del jardín

3. La autoestima y la autoeficacia como estrategias contra en el estigma y a favor de la recuperación
4. Ejercicio: haciendo crecer mi autoestima y mi autoeficacia
5. Ejercicio: atendiendo a mis metas y caminando hacia su logro, fomentando con ello roles valiosos y significativos.
6. Tareas para casa
7. Cierre de sesión

### ***Bloque V. Estrategias de afrontamiento***

#### **6ª SESIÓN. Dando un paso hacia adelante: enfrentándonos al estigma I**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Detectar situaciones estigmatizantes acontecidas y que se temen o evitan.
- ❖ Identificar las estrategias de afrontamiento empleadas en estas situaciones y analizar su la eficacia
- ❖ Aprender nuevas estrategias de afrontamiento más adaptativas y saludables
- ❖ Aumentar la consciencia de la propia autoeficacia para poner en marchas las estrategias aprendidas y promover su uso en el día a día

##### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

Esta sesión comenzará como las anteriores con el resumen de la sesión previa y la corrección de las tareas para casa. En relación al contenido propio de la misma, en primer lugar se procederá a la identificación de situaciones sociales estigmatizantes temidas o evitadas por cada uno de los y las participantes. Seguidamente, se establecerá una jerarquía de ansiedad (miedos) con dichas situaciones para trabajar con ellas a lo largo de las próximas sesiones. Se continuará con un análisis de las estrategias de afrontamiento empleadas y su eficacia y utilidad. Para finalmente introducir nuevas estrategias de afrontamiento ante situaciones estigmatizantes; estas se explicarán, se ejemplificarán, se analizarán los beneficios y los costes de su uso y se mostrará dónde y cómo usarla, mediante ejercicios prácticos y discusiones grupales. En esta sesión también se recomiendan tareas para casa, en las que se completarán y terminarán los ejercicios trabajados durante la sesión.

##### ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ejercicio: identificando situaciones estigmatizantes que me preocupan/asustan
3. Ejercicio: análisis de las estrategias llevadas a cabo: ¿qué hemos estado haciendo hasta ahora y cuanto de eficaz es?

4. Ampliando el repertorio de estrategias de afrontamiento del estigma
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

## **7ª SESIÓN. Dando un paso hacia adelante: enfrentándonos al estigma II**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Continuar aprendiendo nuevas estrategias de afrontamiento ante estigma
- ❖ Continuar aumentando la consciencia de la propia autoeficacia para poner en marcha las estrategias aprendidas
- ❖ Adquirir destrezas en la práctica de todas las estrategias de afrontamiento aprendidas en esta sesión y en la sesión previa
- ❖ Disminuir la ansiedad asociada a las situaciones estigmatizantes temidas
- ❖ Reducir la evitación de situaciones sociales y aumentar los contactos sociales
- ❖ Reducir los comportamientos asociados al rol de enfermo y fomentar otros comportamientos asociados a roles personales valiosos y significativos
- ❖ Promover la generalización del uso de las estrategias de afrontamiento aprendidas a situaciones reales

### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

Esta sesión, comenzará con el resumen de la sesión previa y con la corrección de las tareas para casa. Posteriormente, se repasarán las estrategias de afrontamiento abordadas en la sesión anterior y se introducirán nuevas. Como en la sesión anterior se ejemplificarán, se analizarán los beneficios y costes de su uso y se indicará dónde emplearlas, mediante ejercicios prácticos y discusiones grupales. Finalmente se realizarán ensayos conductuales con el objetivo de que los y las participantes practiquen la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento aprendidas, al mismo tiempo que se exponen a las situaciones temidas en un entorno controlado y con ello comienzan a disminuir la ansiedad asociada. Para conseguir la consolidación y generalización de los logros se proponen ejercicios para casa, que consistirán en la exposición gradual a las situaciones temidas identificadas, empleando las nuevas estrategias aprendidas.

### ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Ampliando el repertorios de estrategias de afrontamiento del estigma
3. Breve repaso de todas las estrategias de afrontamiento y de las situaciones estigmatizantes temidas

4. Ensayos conductuales: manos a la obra, ensayando como emplear las estrategias aprendidas
5. Tarea para casa
6. Cierre de la sesión

**8ª SESIÓN. Dando un paso hacia adelante: enfrentándonos al estigma III:  
la estrategia de revelar el propio trastorno mental**

Esta sesión está basada en el Programa Honest, Open, Proud del Prof. Patrick Corrigan.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Aumentar el conocimiento sobre las diferentes formas de dar a conocer o revelar el propio trastorno mental
- ❖ Valorar los beneficios y los costes de la estrategia dar a conocer el trastorno mental y de cada una de las diferentes formas de revelar
- ❖ Identificar quién sería una buena persona a quien revelar el trastorno mental
- ❖ Aumentar el apoyo mutuo entre iguales y conocer una historia de recuperación real
- ❖ Crear una propia historia de recuperación mediante la autoafirmación de uno/a mismo/a y de las propias fortalezas y capacidades

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

Esta sesión será dirigida por una persona con trastorno mental grave, que tomará el papel de agente par a lo largo de toda la sesión. Esta persona actuará como modelo al presentar elevada resistencia al estigma, y al haber revelado a otras su trastorno mental grave mediante una historia de autoafirmación y de recuperación.

El contenido de la sesión será: profundizar en los motivos por los que las personas dan a conocer su trastorno mental, explicar la estrategia de revelar el trastorno mental y todas sus formas, analizar de los costes y los beneficios de dicha estrategia, reflexionar sobre quién es una buena persona para revelar y por último mostrar cómo construir la propia historia a la hora de dar a conocer el trastorno mental. Todo ello se abordará mediante discusiones y reflexiones conjuntas, así como mediante ejercicios prácticos y experienciales, donde se hará especial hincapié a la narrativa de la propia historia.

ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y presentaciones
2. Ejercicio: razones por las que las personas revelan su trastorno mental a otros
3. Ejercicio: beneficios y costes de revelar
4. Formas de revelar o de no revelar el trastorno menta

5. ¿A quién revelar? explicación de cómo elegir a las mejores personas para revelarle
6. Si decidimos revelar: ¿cómo contar mi historia de recuperación desde la autoafirmación?
7. Tareas para casa
8. Cierre de la sesión

### ***Bloque VI. Resumen, prevención de recaídas y cierre del programa***

#### **9ª SESIÓN: Resumiendo y cerrando el programa**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN

- ❖ Recordar resumidamente los contenidos principales trabajados a lo largo del programa.
- ❖ Motivar el mantenimiento de los logros y la generalización de lo aprendido. durante el programa
- ❖ Evaluación del programa por parte de los y las participantes
- ❖ Cierre del programa y entrega de diplomas

##### PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS DE LA SESIÓN

En esta última sesión se corregirá las tarea para casa de la sesión 7 y 8, y se introducirán los objetivos al igual que se ha venido haciendo en las sesiones previas.

Se proseguirá discutiendo en grupo historias de recuperación que promuevan la autoafirmación y con ello la lucha contra el estigma. Una vez terminada la puesta en común, se concluirá el programa recordando y resumiendo los contenidos principales trabajados a lo largo de las sesiones. Seguidamente se dará espacio para la evaluación del programa por parte de los y las participantes. Y para terminar como cierre, se procederá a la entrega de diplomas a todos/as los y las participantes del programa.

##### ACTIVIDADES

1. Introducción a la sesión y corrección de las tareas para casa
2. Creando historia: hacía la autoformación y la lucha contra el estigma
3. Resumen de lo trabajado a lo largo del programa
4. Valoración del programa de intervención
5. Cierre del programa y despedida

**CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

**¿Cuánto de satisfecho/a está usted con el programa de intervención recibido?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Cómo de satisfecho/a está con el/la profesional que ha aplicado el programa de intervención?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Cómo de satisfecho/a está con los materiales proporcionados?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Este programa de intervención le ha resultado de ayuda?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Cree que este programa ha reducido su autoestima?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Cree que continuará poniendo en práctica lo trabajado en este programa de intervención?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Recomendaría a otras personas un programa de intervención como este?**

1	2	3	4
Nada	Poco	Bastante	Mucho

**¿Tiene alguna sugerencia o recomendación sobre el programa que quiera hacernos?**

---

---

---

## **ANEXO IV.**

**Hojas informativas y consentimientos informados**





## ANEXO IV. Hojas informativas y consentimientos informados

### HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Estudio Empírico I)

La Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid está realizando una investigación, cuyo principal objetivo es estudiar los problemas sociales que afectan a las personas usuarias de la Red pública de atención social a personas con trastorno grave y duradero de la Comunidad de Madrid y las consecuencias psicológicas que se derivan de los mismos, para poder así mejorar la atención e intervención específica ofrecida en los centros y mejorar con ello la salud y calidad de vida de este grupo de personas.

Para la realización de este estudio estamos llevando a cabo entrevistas a personas usuarias de la red. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Toda la información es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Asimismo grabaremos en audio las entrevistas, con la única finalidad de mejorar la calidad de la recogida de información. Sus datos personales no serán grabados. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas. La grabación realizada, tras ser analizada por el equipo investigador, será destruida, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

En cualquier caso usted podrá no responder o interrumpir la entrevista en cualquier momento. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas a lo largo de su participación en él.

Si desea alguna otra información sobre el proyecto puede ponerse en contacto con Manuel Muñoz López (Director del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: [mmunozlo@ucm.es](mailto:mmunozlo@ucm.es)

Yo,.....(Nombre y Apellidos)

- He sido informado por la psicóloga.....
- Se me ha explicado el proyecto y lo he entendido
- He leído y entendido la Hoja de Información

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a [mmunozlo@ucm.es](mailto:mmunozlo@ucm.es)



### HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Estudio Empírico II)

La Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid está realizando una investigación, cuyo principal objetivo es estudiar los problemas sociales que afectan a las personas usuarias de la Red pública de atención social a personas con trastorno mental grave y duradero de la Comunidad de Madrid y las consecuencias psicológicas que se derivan de los mismos, para poder así mejorar la atención e intervención específica ofrecida en los centros y mejorar con ello la salud y calidad de vida de este grupo de personas.

Para la realización de este estudio estamos llevando a cabo entrevistas y aplicando cuestionarios a personas usuarias de la red. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Toda la información es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

En cualquier caso usted podrá no responder o interrumpir la entrevista en cualquier momento. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas a lo largo de su participación en él.

Si desea alguna otra información sobre el proyecto puede ponerse en contacto con Manuel Muñoz López (Director del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: [mmunozlo@ucm.es](mailto:mmunozlo@ucm.es)

Yo,.....(Nombre y Apellidos)

- He sido informado por la/el psicóloga/o.....
- Se me ha explicado el proyecto y lo he entendido
- He leído y entendido la Hoja de Información

Presto libremente mi conformidad para participar en el presente Proyecto de Investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM - Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a [mmunozlo@ucm.es](mailto:mmunozlo@ucm.es)



### HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Estudio Empírico III)

La Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid está realizando una investigación, cuyo principal objetivo es estudiar los problemas sociales que afectan a las personas usuarias de la Red pública de atención social a personas con trastorno mental grave y duradero de la Comunidad de Madrid y las consecuencias psicológicas que se derivan de los mismos, para poder así mejorar la atención e intervención específica ofrecida en los centros y mejorar con ello la salud y calidad de vida de este grupo de personas.

Para la realización de este estudio vamos a aplicar un programa de intervención psicológica sobre el autoestigma y sus consecuencias en el proceso de recuperación. El programa consistirá en 9 sesiones grupales, de 60 minutos, que se realizarán una vez por semana. Para poder evaluar la eficacia del mismo, se realizarán dos sesiones de evaluación una previa a la intervención y otra al finalizar el mismo. Se mantendrá el anonimato de los datos en todo momento.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. En cualquier caso usted podrá no responder o interrumpir las entrevistas de evaluación. Al mismo tiempo usted puede abandonar el programa el programa de intervención en cualquier momento, sin que el abandono tenga ninguna consecuencia. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas a lo largo de su participación en él.

Si desea alguna otra información sobre el proyecto puede ponerse en contacto con Manuel Muñoz López (Director del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: [mmunozlo@ucm.es](mailto:mmunozlo@ucm.es)

Yo,.....(Nombre y Apellidos)

- He sido informado por la psicóloga.....
- Se me ha explicado el proyecto y he leído y entendido la Hoja de Información

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Firma:

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a [mmunozlo@ucm.es](mailto:mmunozlo@ucm.es)



**ANEXO V.**  
**Tablas Anexas**



## ANEXO V. Tablas Anexas

**Tabla anexa.** Modelos de regresión lineal múltiple sobre la variable dependiente EI (ISMI)

Modelos	B	E.T(B)	Beta	t	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
<b>Paso 1</b>					0,460**	0,460**
Constante	0,66**	0,12		5,369		
ICS	0,039**	0,003	0,678	11,564		
<b>Paso 2</b>					0,575**	0,115**
Constante	2,150**	0,254		8,453		
ICS	0,027**	0,004	0,472	7,732		
RSE	-0,039**	0,006	-0,396	-6,485		
<b>Paso 3</b>					0,634**	0,059**
Constante	1,804**	0,247		7,314		
ICS	0,021**	0,004	0,356	5,806		
RSE	-0,033**	0,006	-0,377	-5,792		
DAS	0,007**	0,001	0,289	5,013		
<b>Paso 4</b>					0,645**	0,011*
Constante	1,761**	0,244		7,211		
ICS	0,019**	0,004	0,325	5,213		
RSE	-0,034**	0,006	-0,348	-6,039		
DAS	0,007**	0,002	0,254	4,304		
AQ9	0,006*	0,003	0,119	2,230		
<b>Paso 5</b>					0,659**	0,013*
Constante	1,996**	0,259		7,709		
ICS	0,018**	0,004	0,304	4,906		
RSE	-0,028**	0,006	-0,283	-4,530		
DAS	0,006**	0,001	0,252	4,339		
AQ-9	0,007*	0,003	0,137	2,576		
GSS	-0,014*	0,006	-0,138	-2,441		

*Nota:* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .001$  B; B= Coeficiente no Estandarizado; E.T (B)= Error típico de B; Beta= Coeficiente Estandarizado; t= contraste estadístico; sig.= significación estadística; R<sup>2</sup>= Coeficiente de Determinación; Sig.= significación estadística; ICS= Escala de Cogniciones de Enfermedad; RSE= Cuestionario de Autoestima de Rosenberg; DAS= Escala de Actitudes Disfuncionales; AQ-9= Cuestionario de Atribuciones Estigmatizantes; GSS= Escala General de Autoeficacia