

# Revisión sistemática del estigma en personas con trastorno mental grave (*Systematic review of stigma in people with severe mental illness*)

Irene Martínez-Cava Cáceres<sup>1</sup>  
Myriam Rebeca Pérez Daniel<sup>2</sup>  
María de Lourdes Vargas Garduño<sup>3</sup>  
Francisco Antar Martínez Guzmán<sup>4</sup>

## Resumen

El estigma hacia personas con un diagnóstico psiquiátrico ha tomado mayor relevancia en las últimas décadas debido a su impacto negativo en la experimentación de bienestar y en la efectividad de los tratamientos. El objetivo del presente capítulo es comparar los resultados de estudios relativos al estigma en población con un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) para identificar el estado actual del conocimiento respecto del tema y comprender aquellos elementos pertinentes en la propuesta de estrategias que permitan el abordaje del estigma. Entre marzo y junio se realizó una búsqueda y selección de artículos

---

1 Universidad de Colima. Correo e.: <irene.martinezcava@gmail.com>.

2 Universidad de Colima.

3 Universidad de San Nicolás Hidalgo.

4 Universidad de Colima.

que estuvieran publicados en el período 2000-2021 en tres bases de datos, obteniéndose un total de 31 artículos (14 en América, 11 en Europa y 6 en Asia). Los resultados señalan relaciones complejas que forman parte del fenómeno del estigma. En primer lugar, se recogen las experiencias y percepciones que tienen las personas con un diagnóstico del proceso de estigmatización. En segundo lugar, la interiorización del estigma por parte de las personas diagnosticadas a consecuencia del estigma percibido y experimentado. En tercer lugar, las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha para lidiar con la discriminación. Finalmente, se aborda la resistencia al estigma como fenómeno protector frente a los efectos negativos del estigma.

**Palabras clave:** estigma, salud mental, trastorno mental, autoestigma.

## **Abstract**

Stigma towards people with a psychiatric diagnosis has become more relevant in recent decades due to its negative impact on the experimentation of well-being and the effectiveness of treatments. The objective of this chapter is to carry out a systematic review of the research that addresses stigma in people with a diagnosis of Serious Mental Illness (SMI) in order to know the current state of knowledge on this subject. The results point to complex relationships that are part of the phenomenon of stigma. In the first place, experiences, and perceptions that people with a diagnosis have about the stigmatization process are collected. Second, the internalization of stigma by people diagnosed because of perceived and experienced stigma. Third, the coping strategies they put in place to deal with discrimination. Finally, resistance to stigma is addressed as a protective phenomenon against the negative effects of stigma.

**Keywords:** stigma, mental health, mental disorder, self-stigma.

## **Introducción**

Convivir con un trastorno mental suele conllevar diferentes retos. Por un lado, aprender a vivir los síntomas y dificultades que pueden surgir derivados de la

condición de salud mental y/o de la adaptación a la medicación. Por otro lado, se enfrentan al reto de tener que lidiar con el prejuicio que existe en torno a los trastornos mentales y las discriminaciones en las que se materializan (Velasco, 2013; Treviño-Elizondo, Willis, Siller-González y Quiroga-Garza, 2015; Vega-Santiago y González-Santiago, 2016).

El impacto del estigma en la vida de las personas con trastorno mental grave (en adelante TMG) es múltiple y se relaciona con el rechazo y la evitación (a ser vecinos, a casarse, a emplear), la restricción en torno a actividades y decisiones cotidianas (conducir, votar, ser parte activa de su tratamiento o decidir materner), la sobreprotección y la interiorización de estas expectativas por parte de las personas diagnosticadas (Gil, Winter, León y Navarrete, 2016; O'Reilly *et al.*, 2019; Steinberg y Wetterneck, 2017; Dunne, MacGabhann, Amering y McGowan, 2018). Debido al impacto que tiene, este ha sido señalado dentro de los principales obstáculos para la recuperación de las personas con un diagnóstico, tanto por la generación de vulnerabilidad a consecuencia de la desigualdad y discriminación, como por el impacto negativo en el desarrollo de bienestar (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Goffman (2006) conceptualiza el *estigma* como un conjunto de actitudes negativas que facilitan la discriminación de las personas con TMG por poseer características que se consideran devaluables (en este caso, poseer un diagnóstico). Las actitudes negativas hacia quienes poseen este atributo devaluado, genera que este grupo se encuentre inmerso en un proceso de pérdida de estatus social que termina impactando negativamente en la construcción de su propia identidad (Corrigan, 2000; Link, 1987; Goffman, 2006).

A pesar de las múltiples manifestaciones del estigma, este puede ser dividido en dos macrobloques: el *estigma público* (actitudes y reacciones de la población general hacia las personas con trastorno mental) y el *autoestigma* (la incorporación, por parte de las personas con un diagnóstico, del prejuicio social a la visión de sí mismos/as) (Corrigan y Watson, 2002). Asimismo, el *estigma* (tanto público como interiorizado) puede ser entendido bajo la estructura de los tres componentes clásicos del prejuicio: componente cognitivo, afectivo y conductual (Corrigan y Watson, 2002).

A pesar de que el fenómeno del estigma aparece en diversos grupos poblacionales (Campillay y Monárdez, 2019; Araújo *et al.*, 2018), su estudio en personas con TMG es un objeto relativamente reciente. Este desarrollo ha sido especialmente notable en las últimas décadas, acompañándose de las recomen-

daciones de organismos internacionales de indagar acerca de su funcionamiento (OMS, 2018).

Adicionalmente, durante la contingencia de COVID-19 se han puesto de manifiesto algunos elementos que, si bien ya habían sido planteados, empezaron a ser experimentados por la generalidad de la población: los estragos que genera el aislamiento social y la necesidad de repensar los conocimientos y prácticas en torno a las diferentes condiciones de salud mental (Galea, Merchant y Lurie, 2020). En este sentido, el trabajo con personas que tienen un diagnóstico de TMG ha sido señalado de especial importancia, ya que constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a las características psicológicas, económicas y sociales (Buitrago, Ciurana, Fernández y Tizón, 2020), así como la discriminación histórica ejercida hacia este grupo (Foucault, 1998). Por tanto, el objetivo del presente trabajo consiste en revisar la literatura acerca del estigma en personas con TMG para sintetizar el conocimiento existente en las últimas dos décadas y que puedan emerger elementos clave en el abordaje del estigma y aspectos que requieran mayor profundización.

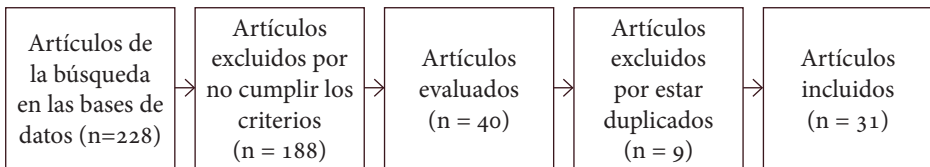
## **Procedimiento**

Se ha realizado una revisión bibliográfica entre marzo y junio de 2022 de artículos encontrados en los buscadores de PsycNet, PubMed y ScieLo. La estrategia de búsqueda consistió en introducir en los buscadores, en inglés y castellano, los términos «estigma» y «trastorno mental grave». Se añadieron los filtros de que fueran artículos de revistas científicas y que estuvieran publicados entre 2000 y 2021. Previo a la búsqueda bibliográfica, se establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos. Los criterios de inclusión fueron que los artículos estuvieran escritos en inglés o castellano, que fuesen trabajos empíricos originales, que utilizarasen muestra de personas con un diagnóstico de TMG y que hubieran sido publicados entre 2000 y 2021. Los criterios de exclusión, por su parte, fueron que los resultados presentados no tuvieran concordancia con los objetivos planteados y que abordaran tratamientos e intervenciones específicas, así como reseñas, editoriales, resúmenes y actas de conferencias, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Los estudios arrojados fueron revisados por una de las autoras utilizando una hoja de extracción de datos que incluyera títulos y resúmenes, los cuales

se leyeron para identificar qué artículos debían ser incluidos o excluidos atendiendo a los criterios anteriormente comentados. Adicionalmente, se realizó una base de datos en la que se anotó el año y autores del artículo, país(es), objetivo, participantes, método, técnicas e instrumentos y conclusiones. El análisis de los datos se realizó mediante análisis de contenido, conformando categorías de manera inductiva en función a los núcleos de sentido que emergieron de los resultados. Se obtuvo una muestra total de 228 artículos, de los que se excluyeron 188 por no cumplir con los criterios de inclusión y/o presentar algunos de los criterios de exclusión, y 9 que se encontraban repetidos, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 31 artículos que estudian el estigma en personas con un diagnóstico psiquiátrico (véase figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática



Fuente: Elaboración propia.

## Resultados

La agrupación de los artículos por zonas de estudio se organiza de la siguiente manera: 14 en América (de los cuales uno se realizó en América Latina, y otro se realizó en diferentes países a nivel intercontinental), 11 en Europa (uno de los estudios compara resultados intracontinentalmente entre países europeos) y seis en Asia. Organizados por paradigma de estudios, predominan los estudios cuantitativos (24), seguido de los estudios cualitativos (7).

Una vez realizados el análisis y síntesis, emergen cuatro categorías. Si bien hay artículos que reportan resultados pertenecientes a varias de las categorías, el reporte general y los objetivos se incluyen, preferencialmente, en una de las categorías: percepción y experimentación del estigma (12 de los estudios analizados), autoestigma (14), estrategias de afrontamiento (1) y resistencia al estigma (4). Adicionalmente, emergen nueve subtemas que se reparten entre las

tres primeras categorías. A continuación, se presenta la tabla de categorías y subcategorías:

Tabla 1. Categorías y subcategorías emergentes.

Número estudios	Nombre de la categoría	Nombre de la subcategoría
12	Percepción y experimentación de estigma	Estereotipos y conductas percibidas
		Diferencias en la experimentación de discriminación
		Efectos del estigma
13	Autoestigma	Reacciones afectivas
		Consecuencias o efectos
		Factores moderadores, predictores y variables relacionadas
1	Estrategias de afrontamiento	Ocultación
		Evitación
		Participación/discusión
4	Resistencia al estigma	

Fuente: Elaboración propia.

## Percepción y experimentación del estigma

En este tema se engloban las situaciones, conductas o mensajes que las personas con TMG identifican como muestras del estigma, pudiendo ser o no ser experimentadas en primera persona.

En primer lugar, las percepciones que tienen las y los participantes es que la experimentación del estigma no refiere a unos espacios concretos (Hernández, Frías, Fernández, Melián y González, 2019; Whitley y Campbell, 2014), ni se limita a aquellas situaciones de discriminación abierta y directa, como las agresiones (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich y King, 2004).

Para estas personas, el *estigma* también refiere a la percepción de ser sobreprotegidos por asumirse que no tienen suficiente capacidad (Dunne *et al.*, 2018) y a ser evitados por diferentes grupos y personas –preferir mantener dis-

tancia social y no hablar de las condiciones de salud mental– (Grover *et al.*, 2017; Dinos *et al.*, 2004; Dunne *et al.*, 2018). Esta evitación que se observa (especialmente con la apertura a hablar de estas condiciones) es percibida como elemento que causa y retroalimenta el estigma, junto a la falta de formación general en salud mental (Dunne *et al.*, 2018).

Estas personas perciben que el estigma está relacionado con los estereotipos de violencia y peligrosidad. Consideran que los medios de comunicación desempeñan un eje central en la difusión y refuerzo de estos estereotipos negativos (Ochoa *et al.*, 2011; Dunne *et al.*, 2018). Asimismo, en el estudio de Hugget *et al.* (2018) señalan que la diferenciación que se hace de los niveles de peligrosidad atribuidos a las diferentes etiquetas diagnósticas marcan una jerarquización en el estigma que acompaña a las etiquetas diagnósticas.

A pesar de que el *estigma* es percibido en las diferentes condiciones de salud mental, las y los participantes refieren que existen diferencias en la intensidad del estigma (Vedana *et al.*, 2017; Dinos *et al.*, 2004). Por un lado, revelar el diagnóstico es percibido como un riesgo en el incremento del estigma, es decir, aquellas personas que revelan abiertamente su diagnóstico tienen más posibilidades de recibir discriminación (Vedana, Silva, Miasso, Zanetti, y Borges, 2017). Por otro lado, la percepción social de la severidad y visibilidad de los síntomas, así como poseer comportamientos no aceptados socialmente son identificados como elementos que también potencian el estigma (Vedana *et al.*, 2017; Dinos *et al.*, 2018).

Sin embargo, Corker *et al.* (2015) en su estudio con personas en su primer episodio de depresión y esquizofrenia, encontraron que aquellas con depresión experimentan más discriminación en múltiples áreas interpersonales (a excepción de las relaciones con la policía) en comparación con personas con esquizofrenia. Asimismo, encontraron un número considerable de participantes que no experimentaron estigma (Corker *et al.* (2014).

En cuanto a los efectos del estigma, las discriminaciones experimentadas y percibidas parecen presentar efectos negativos directos en el soporte social de la persona que, a su vez, ha sido identificado como otro factor de riesgo para ser víctima del estigma (Nugent, Rosato, Hughes y Leavey, 2020). Igualmente, Nugent *et al.* (2020) identificaron dos factores de riesgo adicionales: ser joven y haber experimentado trauma temprano.

Otra de las consecuencias del estigma que se ha señalado, refiere al aumento del aislamiento, tanto por la tendencia social a evitar a personas con un

diagnóstico, como debido a que las personas con una condición de salud mental evitan establecer relaciones sociales como forma de lidiar con el estigma anticipado (Dinos *et al.*, 2004; Vedana *et al.*, 2017). Todo ello se traduce en una progresiva pérdida de roles sociales, que dificulta el reconocimiento social y autorreconocimiento de sus cualidades (Ochoa *et al.*, 2011). Al mismo tiempo, Rabadán (2015) identifica la *pérdida de identidad* como un elemento clave por lo reportado por los y las participantes. La pérdida de las actividades que la persona solía realizar, de los roles que solía desempeñar y la nueva pertenencia social a un grupo negativamente estereotipado y devaluado con el que la persona no se identifica, conlleva una sensación de pérdida de la propia identidad (Rabadán, 2015).

La conjugación de las múltiples pérdidas (social, identitaria, de la propia capacidad y bienestar) y las dificultades para realizar tareas, en un contexto de desvalorización social, son percibidas en su conjunto como la principal causa de la reducción de la autoestima (Vedana *et al.*, 2017; Dinos *et al.*, 2004; Ochoa *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2017). Por su parte, Buchman-Wildbaum *et al.* (2020) y Dinos *et al.* (2004), encontraron que tanto la anticipación del estigma como los sentimientos de pérdida, se relacionan con retrasar acudir a servicios de atención profesionales, y con una peor adherencia al tratamiento (Buchman-Wildbaum *et al.*, 2020; Dinos *et al.*, 2004).

Finalmente, ha sido reportado también un aumento de los malestares, especialmente los síntomas depresivos y ansiosos. Los síntomas depresivos son percibidos en relación tanto con el proceso de estigmatización (Dinos *et al.*, 2004); como de la interiorización del estigma (Pearl, Forgeard, Rifkin, Beard y Björgvinsson, 2016; Yanos, Roe, Markus y Lysaker, 2008). Los síntomas ansiosos, por su parte, parecen relacionarse con la anticipación del estigma (Link, Wells, Phelan y Yang, 2015; Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius y Leese, 2009), y se vinculan especialmente con situaciones en las que la persona se plantea decir que tiene un diagnóstico (Dinos *et al.*, 2004). Cabe mencionar que la interiorización del estigma aparece en sí misma como otra consecuencia que se deriva del estigma social. Sin embargo, debido al interés que ha despertado su estudio, y al papel que desempeña en el proceso de estigmatización, se ha decidido considerar como una categoría separada.



## Autoestigma

En esta categoría se incluyen los resultados relativos al proceso por el cual la persona con un diagnóstico acepta los estereotipos y expectativas sociales negativas y los incorpora a su propia visión de sí mismo/a, conformándose el autoestigma o estigma internalizado. De manera general, diversos estudios reportan que la prevalencia de los niveles de autoestigma en personas con un diagnóstico son altos o relativamente altos: variando del 36 % al 94.7 % (Bello *et al.*, 2019; Ran *et al.*, 2018; Grover *et al.*, 2017; Li *et al.*, 2017; Ehrlich-Ben *et al.*, 2013; Brohan, Elgie, Sartorius y Thornicroft, 2010; West, Yanos, Smith, Roe y Lysaker, 2011).

En cuanto a las reacciones afectivas, hay estudios que señalan que debido a la pérdida de roles sociales y a la discriminación experimentada a consecuencia del diagnóstico, aparecen sentimientos de culpa, relacionados con la interiorización de la falta de capacidad para responder y enfrentar las situaciones que se presentan (Dinos *et al.*, 2004; Ochoa *et al.*, 2011). Adicionalmente, también han sido reportadas emociones de enfado y miedo, así como también sentimientos de vergüenza y soledad (Dinos *et al.*, 2004).

Entre las consecuencias reportadas se encuentra la reducción de la autoestima (Cunningham y Lucksted, 2017; Ochoa *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2017). Pese a esto, Yanos *et al.* (2008) encontraron que no solo hay relación entre el estigma internalizado y la autoestima, sino que el autoestigma actúa como mediador de los niveles de autoestima y de esperanza. De manera congruente, el estudio de Ehrlich-Ben *et al.* (2013) encontró que, a mayor estigma internalizado, menor sentido o significado de vida. Si bien el *insight* parece desempeñar un papel clave en el significado de vida, el estigma internalizado parece moderar esta relación –altos niveles de *insight*, junto con altos niveles de estigma internalizado, producen niveles menores de sentido o significado de la vida– (Ehrlich-Ben *et al.*, 2013).

Otro de los efectos que han sido reportados –fruto de la conjugación de la interiorización de estereotipos negativos y la consecuente reducción de la autoestima– es el aumento de la dificultad para que la persona se oriente hacia su recuperación (Cunningham y Lucksted, 2017). Incluso, Buchman-Wildbaum *et al.* (2020) encontraron que los niveles altos de autoestigma predicen peores tasas de adherencia, y que una baja adherencia a los tratamientos se relaciona con una peor calidad de vida. Hack, Muralidharan, Brown, Drapalski

y Lucksted (2020) encontraron también este efecto predictor específicamente en aquellas personas con niveles altos de educación, mientras que, cuando los niveles altos en educación se unían a experiencias de estigma, la adherencia al tratamiento resultó mayor. En un sentido similar, Pearl *et al.* (2016) reportaron que el estigma internalizado se relaciona con una peor salud mental y física y concluyeron que la reducción del estigma internalizado parece guardar relación con la mejora de la severidad de la sintomatología, el funcionamiento psicosocial en diferentes áreas y la calidad de vida percibida.

Dentro del tema de autoestigma, el tercer gran bloque temático que se encontró es el de aquellos estudios que abordan las variables (sociodemográficas y clínicas) que se relacionan con el estigma internalizado, así como otras las variables que predicen o moderan el autoestigma. En cuanto a variables relacionadas con el autoestigma, a pesar de que en algunos estudios no se encuentra relación significativa con variables sociodemográficas y/o clínicas (Hernández *et al.*, 2019; Hofer *et al.*, 2019), otros estudios han reportado que las personas con diagnósticos de tipo psicótico puntúan más alto (Ran *et al.*, 2018; Grover *et al.*, 2017). También aquellos y aquellas con un comienzo más temprano en el diagnóstico y/o que su recuperación es/ha sido de mayor duración (Grover *et al.*, 2017). Asimismo, algunos estudios han relacionado el autoestigma con una mayor cantidad de síntomas, específicamente, con mayor sintomatología positiva y residual (Hofer *et al.*, 2019; Yanos *et al.*, 2008), así como con un aumento de síntomas depresivos y ansiosos (Pearl *et al.*, 2016; Yanos *et al.*, 2008).

Por su parte, en el estudio de Ran *et al.* (2018) se encontró que las variables económicas (específicamente, el nivel económico familiar y el ingreso económico) predijeron los niveles de autoestigma. En el caso de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia, además de las variables económicas, se encontró que tener una mayor edad predijo el estigma internalizado. En cuanto a los predictores y mediadores, la percepción y/o experimentación de estigma es el que más se reporta (Brohan *et al.*, 2010; Garay Arostegui, Pousa Rodríguez y Pérez Cabeza, 2014; Quinn, Williams y Weisz, 2015; Li *et al.*, 2017; Buchman-Wildbaum *et al.*, 2020). En algunos estudios, como el de Quinn *et al.* (2015), se reporta que el impacto de la percepción y experimentación de estigma en la interiorización se encuentra mediado por la anticipación del estigma.

En las conclusiones reportadas por Watson, Corrigan, Larson y Sells (2007), la aceptación o acuerdo con los estereotipos sociales parece actuar como mediador en las posibilidades de poder identificarse de forma positiva con

el grupo y autoperibirse de forma positiva, obstaculizando la percepción de ilegitimidad del estereotipo. Por su parte, Brohan *et al.* (2010) identificaron el empoderamiento y el contacto social como predictores de la disminución del estigma internalizado. Adicionalmente, el estigma internalizado parece afectar negativamente la percepción de recuperación que tienen las personas expertas por experiencia. Por un lado, estas personas identifican la *recuperación* como la mejora de su bienestar, lo cual se dificulta cuando se autoaplican las expectativas y estereotipos negativos (Garay *et al.*, 2014). Por otro lado, el *bienestar* es significado también como la mejora de las relaciones sociales (Garay *et al.*, 2014), y la reducción de las dificultades cognitivas con las que la persona percibe enfrentarse (Aakre, Klingaman y Docherty, 2015).

## Estrategias de Afrontamiento

Esta tercera categoría refiere a cuáles son las formas que las personas con un diagnóstico accionan para lidiar con su condición de salud mental y el estigma asociado. Por un lado, se encuentran conductas de ocultación tanto del diagnóstico (Ochoa *et al.*, 2011; Vedana *et al.*, 2017) como de los pensamientos y conductas que puedan ser interpretados como señal de una condición de salud mental (Vedana *et al.*, 2017; Whitley y Campbell, 2014).

En el artículo de Whitley y Campbell (2014), las y los participantes refieren que estas estrategias de ocultación constituyen un esfuerzo consciente por parecer «normal» (p. 4) ante la percepción de estar siendo observados socialmente. Del mismo modo, perciben que comportarse de acuerdo con lo socialmente normativizado es entendido como una prueba de recuperación que les permite pasar desapercibidos y desapercibidas y no recibir (o minimizar) el estigma (Whitley y Campbell, 2014). Por otro lado, aparecen conductas de evitación activa, principalmente de situaciones sociales. En este sentido, refieren tender a aislarse tanto para reducir las posibilidades de que se descubra su condición, como por percibir que son segregados/as (Vedana *et al.*, 2017).

La tercera estrategia identificada tiene que ver con la participación en la discusión de experiencias y saberes, el estudio de Dunne *et al.* (2018) identifica que para las y los participantes, las reuniones de diálogo abierto permiten el desarrollo de su capacidad de agencia, tanto al poder expresar su vivencia como por percibirse con un rol activo en la desmitificación de creencias y en

la generación de conocimiento, junto con otros individuos que son percibidos con una posición más valuada socialmente.

## **Resistencia al estigma**

Se identifica que el poder compartir las experiencias y poder divulgar el diagnóstico, constituyen prácticas significadas como la capacidad de volver a tomar el control de su vida, facilitando el empoderamiento (Hugget *et al.*, 2018). También se señala el papel que tiene el soporte social (especialmente en forma de acompañamiento entre pares, estén estos mediados o no por profesionistas) en tanto que ayudan a lidiar con el estigma experimentado y percibido y como aproximaciones que permiten compartir sus experiencias sin temer enfrentar una discriminación que se anticipa posible y permitiendo cuestionar los estereotipos (Hugget *et al.*, 2018; Dunne *et al.*, 2018; Whitley y Campbell, 2014).

En cuanto a las variables asociadas, aunque en algunos estudios no se encuentra relación con variables sociodemográficas (Hofer *et al.*, 2019; Pearl *et al.*, 2016), Lau *et al.* (2017) reportaron que el estatus marital, específicamente no tener pareja (soltero/a, divorciado/a, viudo/a), se relaciona con un aumento de la resistencia al estigma. Mientras, tener un diagnóstico de depresión y/o presentar síntomas depresivos se asocia con una menor resistencia al estigma (Hofer *et al.*, 2019; Lau *et al.*, 2017).

## **Discusión**

Algo que resulta común en los estudios analizados es que las personas con TMG han experimentado o percibido estigma de forma generalizada, tanto de formas explícitas como implícitas y relacionadas con diferentes condiciones de salud mental, sin que este pueda circunscribirse a entornos o personas concretas (Bello *et al.*, 2019; Dinos *et al.*, 2004; Dunne *et al.*, 2018; Li *et al.*, 2017; Link *et al.*, 2015; Corker *et al.*, 2014; Quinn *et al.*, 2015; Hernández *et al.*, 2019; Whitley y Campbell, 2014). Sin embargo, en la frecuencia y magnitud del estigma experimentado, surgen algunos resultados que, en primer lugar, pueden resultar contradictorios.

Por un lado, resultados como el de Dinos *et al.* (2004) y Vedana *et al.* (2017), reportan mayor estigma (y más explícito) en unas condiciones de salud mental que en otras, especialmente aquellas personas con sintomatologías más llamativas. Asimismo, en el estudio de Hugget *et al.* (2018), las y los participantes identificaban una jerarquización de las etiquetas diagnósticas y del estigma. Estos resultados parecen congruentes con resultados y propuestas teóricas anteriores (Link, Yang, Phelan y Collins, 2004; Tapia, Lips, Mena y Manchego, 2015) que señalan que aquellas condiciones más asociadas con la idea social de «locura» conllevan una mayor estigmatización.

Por otro lado, se encuentran resultados como el de Corker *et al.* (2015), que señalan que aquellas personas con diagnósticos más comunes como la depresión, experimentan más discriminación. Sin embargo, y más allá de diagnósticos concretos, estos resultados aparentemente contradictorios podrían coexistir si se tiene en cuenta lo reportado por Grover *et al.* (2017) acerca del incremento del estigma conforme avanza la duración del diagnóstico.

Algo que resulta tomar en consideración es que el estigma es percibido no solo ante situaciones de discriminación directa, sino que se encuentra impregnado de forma sutil en las múltiples relaciones sociales de la persona con un diagnóstico de TMG (hacer o mantener amistades, en relaciones familiares, búsqueda o mantenimiento de trabajo o relaciones de pareja) a través de la estereotipación negativa y la evitación de aquello que se relacione con un diagnóstico. (Dinos *et al.*, 2004; Grover *et al.*, 2017; Thornicroft *et al.*, 2009; Dunne *et al.*, 2018). Esta transversalidad que tiene el estigma en la vida de las personas con TMG, les requiere permanecer alerta ante un estigma que es anticipado y significado como la amenaza del rechazo y la discriminación (Hernández *et al.*, 2019; Dinos *et al.*, 2004; Rabadán, 2015; Whitley y Campbell, 2014).

Esto ayuda a comprender por qué, incluso aunque no se haya experimentado discriminación, las personas con un diagnóstico la anticipan y desarrollan conductas de evitación de situaciones y oportunidades que se traduce en una autodiscriminación (Thornicroft *et al.*, 2009). Del mismo modo, resulta congruente con que, a pesar de que los estereotipos y expectativas negativas no sean aceptados por la persona, pueda mantenerse el estigma internalizado (Hernández *et al.*, 2019; Vedana *et al.*, 2017) o que, incluso, aunque la persona desarrolle resistencia al estigma, esta puede no predecir el estigma internalizado (Brohan *et al.*, 2010).

En esta misma línea parece encontrarse el hallazgo de Quinn *et al.* (2015) en el que el impacto que tienen las experiencias de discriminación en la interiorización del estigma está mediado por su anticipación. Asimismo, estos hallazgos resultan congruentes con los resultados obtenidos por estudios cualitativos acerca de las percepciones del estigma en personas con un diagnóstico (Hugget *et al.*, 2018; Vedana *et al.*, 2017; Rabadán, 2015; Dinos *et al.*, 2004).

Teniendo en cuenta la habitual experimentación de estigma por parte de las personas con sufrimiento psíquico (OMS, 2018; Fundación Cermi Mujeres, 2017; Yupanqui-Concha, Aranda-Farias y Ferrer-Pérez, 2021), la anticipación del estigma funge como una estrategia de protección de la persona que tiene efectos reforzadores en la dinámica estigmatizante (Badallo *et al.*, 2018; López *et al.*, 2008). Los efectos reportados del estigma son variados: aumento del aislamiento, disminución del soporte social, pérdida de roles sociales e identidad, disminución de la autoestima, aumento de malestares subjetivos y sintomatología, disminución de la adherencia al tratamiento e interiorización del estigma (Pearl *et al.*, 2016; Yanos *et al.*, 2008; Link *et al.*, 2015; Thornicroft *et al.*, 2009; Vedana *et al.*, 2017; Dinos *et al.*, 2004; Ochoa *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2018; Ortiz Rodríguez, Forero Quintana, Arana Clavijo y Polanco Valenzuela, 2021; Ochoa *et al.*, 2011; Rabadán, 2015; Pearl *et al.*, 2016).

Sin embargo, estas consecuencias pueden ser miradas desde la interrelación (no solo entre sí, sino respecto del estigma). Por ejemplo, el estigma internalizado dificulta la mejora de las relaciones sociales por la propia tendencia al aislamiento y la autodiscriminación (Vedana *et al.*, 2017). Y, este aislamiento refuerza tanto el estigma público, como su interiorización (López *et al.*, 2008). Al mismo tiempo, las dificultades (entre ellas, las cognitivas) que perciben las personas diagnosticadas, parecen sobreestimarse, generando una peor valoración de sí mismas en comparación con personas sin un diagnóstico (Aakre *et al.*, 2015). Esta es una de las complejidades que tiene el fenómeno del estigma: la interrelación consecuencias-estigma (Nugent *et al.*, 2020; Cunningham y Lucksted, 2017; Ochoa *et al.*, 2011; Li *et al.*, 2017; Yanos *et al.*, 2008; Buchman-Wildbaum *et al.*, 2020). Resultados similares fueron obtenidos en la revisión de López *et al.* (2008) y resultan congruentes con el modelo de la dinámica estigmatizante que proponen Badallo *et al.* (2018) donde las consecuencias del estigma y las conductas asociadas pueden fungir, a su vez, como reforzadores del estigma.

Así, las estrategias desarrolladas para su eliminación requieren de esta mirada en la interrelación. En este sentido, un posible punto de partida para su abordaje son los significados que las personas con TMG construyen en torno a sus experiencias. De acuerdo con los estudios revisados, los efectos negativos del estigma son significados como un conjunto de pérdidas. Así, se encuentran planteamientos como el de Erkizia (2008) acerca de la necesidad de abordar los sentimientos de pérdida tanto para incrementar el bienestar psicológico, como para reducir el estigma.

Otro conjunto de estrategias que emergen del análisis de los artículos se refiere a aquellas relacionadas con la participación social y la discusión en conjunto de las propias ideas y experiencias. De acuerdo con lo expresado por los participantes en el estudio de Dunne *et al.* (2018), esto permite reconstruir la percepción de tener un rol activo en su cotidianidad, que ha quedado opacado por la pasividad que les requiere la visión tradicional de «ser pacientes» generándose un sentido de agencia. A su vez, constituye un elemento importante en el empoderamiento, la resiliencia, y la percepción de ilegitimidad del estigma, factores clave en el desarrollo de la resistencia al estigma, tanto desde el modelo propuesto por Corrigan y Watson (2002), como desde la evidencia empírica (Hugget *et al.*, 2018; Hofer *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2007; Brohan *et al.*, 2010).

Por otro lado, el contacto social ha sido señalado no solo en la disminución del autoestigma, sino también en la disminución del estigma público (Rüsch *et al.*, 2005). Sin embargo, en los estudios que abordan el estigma público, se precisa que es el contacto social positivo el que tiene efectos en la reducción del estigma (aquel que genera una experiencia significada como beneficiosa o enriquecedora y que permite entender las diferencias bajo la diversidad, en lugar de priorizar la jerarquización social de estas diferencias) (Corrigan *et al.*, 2001; López *et al.*, 2008). Estas propuestas, serían congruentes con los estudios sobre las percepciones que tienen las personas con un diagnóstico, donde encontrar puntos en común a partir de los cuales poder entender las diferencias y reconocer las cualidades que tiene cada persona, son percibidos como elementos que mitigan el estigma (Vedana *et al.*, 2017).

Respecto al papel del soporte social entre pares, este ha sido señalado como positivo tanto debido a que reduce el aislamiento como debido a que permite explicitar la ilegitimidad del estigma. En este sentido, el soporte social entre pares ayuda a lidiar con el estigma experimentado y percibido, pudiendo (com)partir las propias experiencias sin temer enfrentar la discriminación

pública anticipada y cuestionar los estereotipos (Hugget *et al.*, 2018; Dunne *et al.*, 2018; Whitley y Campbell, 2014). Estrategias similares se han observado en otros grupos, como en los feminismos, donde se han desarrollado espacios no mixtos (que no tratan de eliminar los espacios mixtos, sino complementarlos) como estrategia de poder compartir experiencias sin exponerse a la posible discriminación (Osorio, 2018). Desde lo reportado por las personas con un diagnóstico, compartir las experiencias y preocupaciones en espacios percibidos como seguros, parece ser un punto de partida para restaurar o mejorar la autoestima y, aunado a la percepción de mejora en las relaciones sociales, parece aumentar la calidad de vida (Lau *et al.*, 2017).

La resignificación de la pertenencia al grupo ya había sido señalada por Corrigan y Watson (2002) como un elemento que permite desarrollar la resistencia al estigma. Por otro lado, atendiendo a los estudios sobre el estigma en otros grupos –como el de Frable, Wortman y Joseph (2006) con hombres homosexuales–, a pesar de que el estigma público puede ser interiorizado, también pueden desarrollar una identidad positiva y mejorar su autoestima a través del contacto con personas que pertenecen a ese mismo grupo. Estas evidencias con diferentes grupos se encontrarían, al mismo tiempo, en consonancia con la teoría de la identidad social y el comportamiento intergrupal (Tajfel, 2010).

Un tópico de discusión entre algunos y algunas de los y las participantes gira en torno a la problematización de cómo son entendidos los diagnósticos, tratando de normalizar su condición como estrategia para reducir el estigma (social e internalizado). En este sentido, en ocasiones se compara el propio diagnóstico con las enfermedades físicas (ya que estas son percibidas como menos estigmatizadas) y también se defiende la concepción de las diferentes condiciones de salud mental como parte de un continuo social del que forman parte junto con el resto de la sociedad (Whitley y Campbell, 2014). Cabe señalar que estas estrategias tienen puntos en común tanto con las propuestas del modelo social de la discapacidad, como con las propuestas de la neurodiversidad (Graby, 2015; Laufer, 2016).

Los estudios de Cunningham y Lucksted (2017) y Ehrlich-Ben *et al.* (2013) señalan, por su parte, la pertinencia de abordar factores adicionales como el *insight*. Cunningham y Lucksted (2017) lo fundamentan debido a que el *insight* parece actuar como moderador de los efectos entre el aumento del autoestigma y la menor orientación a la recuperación. Ehrlich-Ben *et al.* (2013), por su parte, también se encontró que el *insight* tiene un papel clave (específicamente



en el sentido o significado de vida). Sin embargo, este efecto del *insight* se encontraba moderado por el estigma internalizado.

A este respecto, para abordar la mejora en la orientación a la recuperación (y qué sentido tiene esa recuperación en la vida de la persona), sería necesario tener en cuenta qué papel –desde la perspectiva de las personas involucradas– tienen los tratamientos, y el efecto que esto tiene de poder verse a sí mismos/as en un futuro prometedor. Para ello es necesario tener en cuenta al menos tres aspectos resultantes de la investigación realizada al momento.

En primer lugar, retrasar la búsqueda de ayuda profesional y/o la mala adherencia al tratamiento constituye una estrategia de afrontamiento del estigma basada en la evitación de aquellos indicadores que pudieran referir a su condición (Buchman-Wildbaum *et al.*, 2020). En segundo lugar, el tratamiento es percibido en ocasiones como generador de más malestar (Nestsiarovich *et al.*, 2017). En tercer lugar, se ha señalado que es habitual que las personas con un diagnóstico perciban que los tratamientos no se ajustan a sus necesidades (Alarcón, 2017), lo cual, junto al estigma, puede estar influyendo en la adherencia a los tratamientos y la recuperación.

A lo largo de la discusión, se han señalado diferentes aspectos como el abordaje de la pérdida, el significado de la recuperación y la reconstrucción de roles y sentido de agencia a través de la participación social y discusión de saberes, de la percepción de ilegitimidad del estigma y del soporte social entre pares. Estos elementos guardan relación con la resistencia al estigma y la resiliencia (Hugget *et al.*, 2018; Hofer *et al.*, 2019; Watson *et al.*, 2007) que, a su vez parece guardar relación con la esperanza (Yanos *et al.*, 2008). Comparando estos hallazgos con estudios con otras poblaciones –como el de Ortiz *et al.* (2021) con adultos mayores con y sin enfermedad crónica–, encontramos que estos elementos desempeñan un papel importante en la construcción de un significado de vida positivo, lo cual impacta en una mejora del bienestar.

Ahora bien, así como resulta necesario abordar factores individuales y relacionales para acercarse a un fenómeno psicosocial como el estigma, resulta igualmente necesario tomar en consideración aquellos elementos sociales y estructurales que facilitan y/o refuerzan el estigma y su interiorización. En este sentido, la influencia de los factores económicos ha sido señalada por Ran *et al.* (2018), ya que en su estudio tanto el nivel económico familiar como el ingreso propio actuaron como predictores del nivel de estigma internalizado. El Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2021) ya había señalado que la

pertenencia a estratos socioeconómicos bajos es, en sí misma, una vulnerabilidad, la cual se ha visto agravada durante la pandemia de COVID-19. Por otro lado, el rezago a nivel internacional en la integración de la salud mental a los servicios públicos dificulta que aquellas personas con menor poder adquisitivo puedan contar con una atención adecuada y temprana (Pérez-Ferrer *et al.*, 2021; Pinzón y García, 2020).

Todo ello tiene consecuencias en la evolución y cronificación de las dificultades asociadas a los trastornos (Desviat, 2021; Frutos, 2019), lo que, a su vez, se relaciona con mayor riesgo de experimentar estigma (Vedana *et al.*, 2017; Grover *et al.*, 2017; Corker *et al.*, 2015; Dinos *et al.*, 2004). En este sentido, las relaciones entre la dimensión económica y el proceso de estigmatización (dentro del cual se encuentra la interiorización del estigma), se hacen presentes (Martell, 2016; Cazzaniga y Suso, 2015; Chang, Ribot y Pérez, 2018; Tapia, Lips, Mena y Manchego, 2015).

## Conclusiones

El proceso de estigmatización se constituye como un fenómeno complejo con múltiples consecuencias y desafíos en la cotidianidad, especial para aquellas personas con un diagnóstico psiquiátrico. Los resultados de las diferentes investigaciones parecen señalar la necesidad de articular estrategias complejas para detener el proceso de estigmatización. Esto requiere tomar en cuenta la necesidad de modificar las actitudes hacia los trastornos mentales, la disminución del impacto del estigma social, el desarrollo de estrategias para la resolución de conflictos y la eliminación de los elementos de refuerzo que tienen lugar en el proceso de estigmatización como estrategias de afrontamiento comunitario. Por tanto, la eliminación del estigma requiere de no reducir las intervenciones únicamente a la población afectada, sino a la sociedad en su conjunto, teniendo en cuenta que la anticipación del estigma (y las conductas que se derivan de ellas), fungen como estrategia de protección de la persona con sufrimiento psíquico.

La complejidad del fenómeno, blindada por múltiples mecanismos de refuerzos, requiere de acciones sostenidas en el tiempo que incluyan un abordaje interdisciplinar y cuyos objetivos partan de las necesidades cotidianas de las personas afectadas. En este sentido, el énfasis en la recuperación de redes

y roles sociales positivos que permitan reconstruir la identidad social y personal, parece ser un objetivo central para aumentar el bienestar, tanto en el fomento de la resistencia al estigma, como en la eliminación del estigma público e interiorizado. Por otro lado, parece que no solo es necesario considerar los elementos de ruptura de la norma y de sintomatología relacionados con la etiqueta diagnóstica. Adicionalmente, sería conveniente abordar los efectos de la duración del proceso de recuperación y los procesos y mecanismos subyacentes que facilitan o dificultan el desarrollo de la vida autónoma fuera de los espacios –físicos o simbólicos– de tratamiento.

En esta línea, se plantea la eliminación del estigma en salud mental como objetivo que concurre al aumento del bienestar, implica involucrar a las personas con un diagnóstico a la par de las y los profesionistas de salud mental, desde los mismos procesos de toma de decisiones, de implementación de programas de apoyo entre pares y de recuperación de la propia autonomía.

Si bien la situación de vulnerabilidad (psicológica, económica y social) de las personas con trastorno mental se ha visto agravada durante la contingencia por COVID-19, también se ha producido una mayor visibilidad de estas condiciones y de la relación de factores estructurales, como los socioeconómicos, con el desarrollo del bienestar. En este sentido, la influencia de los factores económicos en la cronificación de los trastornos y su estigmatización demanda la necesidad de universalizar y hacer equitativo el acceso a los servicios de salud mental. Asimismo, desde la óptica de la prevención, insta a abordar la violencia que constituye en sí misma la desigualdad social.

## Referencias

- Aakre, J., Klingaman, E., y Docherty, N. (2015). The relationship between stigma sentiments and self-identity of individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 125. <<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000119>>.
- Alarcón, R. (2017). Estigma en la práctica psiquiátrica de un hospital general. *Revista de Medicina Clínica Condes*, 28(6), 818-825. Recuperado de <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301414>>.
- Araújo, Ludgleydson Fernandes de, y Carlos, Karolyna Pessoa Teixeira. (2018). Sexualidad en la vejez: un estudio sobre el envejecimiento LGBT. *Psico-*

- logía, Conocimiento y Sociedad*, 8(1), 188-205. <<https://doi.org/10.26864/pcs.v8.n1.10>>.
- Badallo, A., Ballesteros, F., Bertina, A., Cerezo, A., Magro, M. B., y Polvoriños, S. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Revista Clínica Contemporánea*, 1(9), 1-15. <<https://doi.org/10.5093/cc2018a3>>.
- Bello, M. J., Frías, L. R., Fernández, A. A. R., Melián, R. A. D., y González, M. Á. R. (2019). Estigma personal y actividades psicoeducativas en pacientes de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 7. <<http://doi.org/10.35761/reesme.2019.7.04>>.
- Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E., y Reyes, D. A. (2021). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana Salud Pública*, 46(1), 1-14. Recuperado de <<https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es>>.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., y Thornicroft, G. (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. <<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>>.
- Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., y Urbán, R. (2020). Targeting the problem of treatment non-adherence among mentally ill patients: The impact of loss, grief and stigma. *Psychiatry Research*, 290. <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113140>>.
- Buitrago, R., Ciurana, R., Fernández, M. C., y Tizón, J. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención Primaria*, 53(1), 89-101. <<https://doi.org/doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>>.
- Campillay, M., y Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con vih/sida, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. Recuperado de <<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n47/1886-5887-bioetica-47-00093.pdf>>.
- Cazzaniga, J., y Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Madrid: Confederación de Salud Mental España. Recuperado de <<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>>.

- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (2021). Nota informativa sobre el avance de resultados de la «Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19». CIS. Recuperado de <[http://www.cis.es/cis/opencms/es/9\\_prensa/noticias/2021/prensa0494ni.html](http://www.cis.es/cis/opencms/es/9_prensa/noticias/2021/prensa0494ni.html)>.
- Chang, N., Ribot, V., y Pérez, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas con esquizofrenia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705-719. Recuperado de <<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2415>>.
- Corker, E. A., Beldie, A., Brain, C., Jakovljevic, M., Jarema, M., Karamustafalioglu, O., Fedora Study Group. (2015). Experience of stigma and discrimination reported by people experiencing the first episode of schizophrenia and those with a first episode of depression: the FEDORA project. *International journal of social psychiatry*, 61(5), 438-445. <<https://doi.org/10.1177/0020764014551941>>.
- Corrigan, P. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102. <[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6629\(200001\)28:1<91::aid-jcop9>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6629(200001)28:1<91::aid-jcop9>3.0.co;2-m)>.
- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16. Recuperado de <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1489832/>>.
- Corrigan, P., River, P., Lundin, R., Penn, D., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Kubiak, M. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 27(2), 187-195. <<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865>>.
- Cullen, W., Gulati, G., y Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312, <<https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>>.
- 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), 409-411. <<https://doi.org/10.1037/prj0000248>>.
- Desviat, M. (2021). *La Reforma Psiquiátrica: Nueva edición revisada*. Valladolid: La Revolución Delirante.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., y King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness: qualitative study.

- The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 176-181. <<https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.176>>.
- Dunne, S., MacGabhann, L., Amering, M., y McGowan, P. (2018). «Making People Aware and Taking the Stigma Away»: Alleviating Stigma and Discrimination Through Trialogue. *Irish Journal of Applied Social Studies*, 18(1), 15-28. Recuperado de <<https://arrow.dit.ie/ijass/vol18/iss1/2>>.
- Ehrlich-Ben, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., y Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 195-200. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011>>.
- Erkizia, B. (2008). Objetivo del tratamiento psiquiátrico: la esperanza. *Norte de Salud Mental*, 7(31), 27-37. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830487>>.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. (Trad. J. Utrilla). Fondo de cultura económica. (Trabajo original publicado en 1964). Recuperado de <<https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>>.
- Frale, D. E., Wortman, C., y Joseph, J. (2006). Predicting self-esteem, well-being, and distress in a cohort of gay men: The importance of cultural stigma, personal visibility, community networks, and positive identity. *Journal of personality*, 65(3), 599-624. <<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00328.x>>.
- Frutos, C. (2019). *Estigma en usuarios de servicio de salud mental con trastorno mental grave*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <<https://www.aacademica.org/000-111/924>>.
- Fundación Cermi Mujeres. (2017). *Poner fin a la esterilización forzosa de las mujeres y las niñas con discapacidad*. Recuperado de <<http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2018/02/informe-esterilizaci%c3%93n.pdf>>.
- Galea, S., Merchant, R. M., y Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and

- Early Intervention. *Jama Internal Medicine*, 180(6), 817-8. <<https://doi.org/1001/jamainternmed.2020.1562>>.
- Garay Arostegui, M., Pousa Rodriguez, V., y Pérez Cabeza, 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. <<https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300002>>.
- Gil, H., Winter, M., León, P., y Navarrete, E. (2016). El estigma hacia personas con enfermedad mental en profesionales sanitarios del hospital general. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 103-111. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836868>>.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. 1ª ed. 10ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu.
- Graby, S. (2015). Neurodiversity: Bridging the gap between the disabled people's movement and the mental health system survivors' movement? En Spandler, H., Anderson, J., y Sapey, B., *Madness, distress and the politics of disablement*. Bristol: Bristol University Press.
- Grover, S., Avasthi, A., Singh, A., Dan, A., Neogi, R., Kaur, D.,...,Behere, P. (2017). Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from India. *Psychiatry Research*, 257, 550-558. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.027>>.
- Hack, S. M., Muralidharan, A., Brown, C. H., Drapalski, A. L., y Lucksted, A. A. (2020). Stigma and discrimination as correlates of mental health treatment engagement among adults with serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(2), 106. <<https://doi.org/10.1037/prj0000385>>.
- Hernández, M., Frías, L., Fernández, A., Melián, R., y González, M. (2019). Estigma personal y actividades psicoeducativas en pacientes de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (7). <<http://doi.org/10.35761/reesme.2019.7.04>>.
- Hofer, A., Post, F., Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Hoertnagl, C. M., Kemmler, G., y Fleischhacker, W. W. (2019). Self-stigma versus stigma resistance in schizophrenia: Associations with resilience, premorbid adjustment, and clinical symptoms. *Psychiatry research*, 271, 396-401. <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.029>>.
- Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., y Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by peo-

- ple with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(3), 380-397. <<https://doi.org/10.1111/papt.12167>>.
- Lau, Y. W., Picco, L., Pang, S., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Chong, S. A., y Subramaniam, M. (2017). Stigma resistance and its association with internalised stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, 257, 72-78. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.027>>.
- Laufer, M. (2016). Derechos humanos de las personas con discapacidad psico-social. Nuevos estándares para la Defensa Pública en salud mental. *Revista del Ministerio Público de Defensa de la Nación*, (11), 12-54.
- Li, J., Guo, Y. B., Huang, Y. G., Liu, J. W., Chen, W., Zhang, X. Y., Evans-Lacko, S., y Thornicroft, G. (2017). Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry research*, 255, 225-231. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.040>>.
- 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., Yang, L. H., Phelan, J., y Collins, P. (2004). Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bull*, 30(3), 511-541. <<https://doi.org/10.1093/oxford-journals.schbul.a007098>>.
- Link, B. G., Wells, J., Phelan, J. C., y Yang, L. (2015). Understanding the importance of «symbolic interaction stigma»: How expectations about the reactions of others adds to the burden of mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 117-124. <<https://doi.org/10.1037/prj0000142>>.
- 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*, 28(1), 48-83. Recuperado de <[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So211-57352008000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So211-57352008000100004)>.
- Martell, J. (2016). Una reflexión en torno a las políticas sociales de salud mental en México. *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11(22), 117-149. Recuperado de <[https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ espanol/5\\_martell\\_voces\\_y\\_contextos\\_no\\_22.pdf](https://ibero.mx/iberoforum/22/pdf/ espanol/5_martell_voces_y_contextos_no_22.pdf)>



- Nestsiarovich, A., Hurwitz, N., Nelson, S., Crisant, A., Kerner, B., Kuntz, M., Lambert, C. (2017). Systemic challenges in bipolar disorder management: A patient-centered approach. *Bipolar disorders*, 19, 676-688. <<https://doi.org/10.1111/bdi.12547>>.
- Nugent, C., Rosato, M., Hughes, L., y Leavey, G. (2020). Risk factors associated with experienced stigma among people diagnosed with mental ill-health: a cross-sectional study. *Psychiatric Quarterly*, 92(2), 633-643. <<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09827-1>>.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Vilellas, R., Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. <<https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>.
- O'Reilly, C. L., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., y Ramzy, T. (2019). Stigma and discrimination in individuals with severe and persistent mental illness in an assertive community treatment team: Perceptions of families and healthcare professionals. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 570-579. <<https://doi.org/10.1177/0020764019867358>>.
- Ortiz Rodríguez, E., Forero Quintana, L. F., Arana Clavijo, L. V., y Polanco Valenzuela, M. (2021). Resiliencia, optimismo, esperanza y sentido de vida en el adulto mayor con y sin enfermedad crónica de la ciudad de Bogotá. *Diversitas (17949998)*, 17(2). <<https://doi.org/10.15332/22563067.7117>>.
- Ortiz, M., Río, C., Rodríguez, M., y López, M. (2009). La necesaria discusión del modelo de atención psiquiátrica en México. *Desarrollo Científico en Enfermería*, 17(7), 312-316. Recuperado de <<http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-312.pdf>>.
- Osorio, D. (2018). Economía Solidaria y Feminismo (s): pistas para un diálogo necesario. En Santamaría E., Yufra, L., De la Haba Morales, J. (Coords.), *Investigando Economías Solidarias (Acercamientos teórico-metodológicos)* (pp. 97-105). Barcelona: Pol-len edicions.
- Pearl, R. L., Forgeard, M. J. C., Rifkin, L., Beard, C., y Björgvinsson, T. (2016). Internalized Stigma of Mental Illness: Changes and Associations With

- Treatment Outcomes. *Stigma and Health*, 2(1), 2-15. <<http://dx.doi.org/10.1037/sah0000036>>.
- Pérez-Ferrer, C., López-Olmedo, N., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M.A., Stern, D., Zepeda-Tello, R., Barrientos-Gutiérrez, T. (2021). Ciclos de trabajo-confinamiento para reducir la transmisión de COVID-19: evidencia y recomendaciones en el contexto de México. *Salud Publica Mex.*, 63, 314-321. <<https://doi.org/10.21149/12105>>.
- Pinzón, E. R., y García, A. Á. (2020). América Latina ante la COVID-19, impacto político y económico de una pandemia. *América Latina y el impacto de la pandemia del COVID-19*, 45. Recuperado de <<http://www.cries.org/wp-content/uploads/2021/01/pp52-preliminar-1.pdf#page=47>>.
- 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. <<https://doi.org/10.1037/prj0000136>>.
- Rabadán, A. (2015). Contribuyendo a la autodeterminación a través de la fotografía participativa en adultos con enfermedad mental. En Guadarrama, L. A., Suárez, J. C., y González, M. M. (Eds.), *Desafíos éticos de la comunicación en la era digital: III Congreso Internacional de Ética de la Comunicación, libro de actas* (pp. 390-407). Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado de <[https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/38960/pages%20from%20libro\\_actas\\_3icme\\_red-4.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/38960/pages%20from%20libro_actas_3icme_red-4.pdf?sequence=1)>.
- Ran, M. S., Zhang, T. M., Wong, I. Y. L., Yang, X., Liu, C. C., Liu, B., CMHP Study Group. (2018). Internalized stigma in people with severe mental illness in rural China. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 9-16. <<https://doi.org/10.1177/0020764017743999>>.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., y Corrigan, P. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>>.
- Tajfel, H. (Ed.). (2010). *Social identity and intergroup relations*. Vol. 7. Cambridge: Cambridge University Press.
- Steinberg, D. S., y Wetterneck, C. T. (2017). OCD taboo thoughts and stigmatizing attitudes in clinicians. *Community mental health journal*, 53(3), 275-280. <<https://doi.org/10.1007/s10597-016-0055-x>>.

- Tapia, F., Lips, W., Mena, C., y Manchego, S. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58. Recuperado de <<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n1/v38n1a8.pdf>>.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., y Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373, 408-415. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)>.
- Treviño-Elizondo, F. A., Willis, G. B., Siller-González, B., y Quiroga-Garza, A. (2015). La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 24(2), 1861-1874. <<https://doi.org/10.5209/esmp.62251>>.
- Vedana, K. G. G., Silva, D. R. A., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., y Borges, T. L. (2017). The Meaning of Stigma for People with Mental Disorders in Brazil. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 1022-1029. <<https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1346013>>.
- Vega-Santiago, I., y González-Santiago, O. (2016). Attitudes toward mental illness among college students in Nuevo Leon, México. *Figshare. Journal Contribution*, 1-11. <<https://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.3483077.v3>>.
- Velasco, R. (2013). De-construyendo el estigma en salud mental. *Psychology, Society & Education*, 5(1), 91-102. Recuperado de <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4489425>>.
- Wang, K., Weiss, N. H., Pachankis, J. E., y Link, B. G. (2016). Emotional clarity as a buffer in the association between perceived mental illness stigma and suicide risk. *Stigma and health*, 1(4), 252. <<https://doi.org/10.1037/sah0000032>>.
- Wastler, H., Lucksted, A., Phalen, P., y Drapalski, A. (2020). Internalized stigma, sense of belonging, and suicidal ideation among veterans with serious mental illness. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(2), 91. <<https://doi.org/10.1037/prj0000386>>.
- Watson, A., Corrigan, P., Larson, J., y Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 3(6), 1312-1318. <<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>>.
- West, M., Yanos, P., Smith, S., Roe, D., y Lysaker, P. (2011). Prevalence of internalized stigma among persons with severe mental illness. *Stigma Res Action*, 1, 3-10. <<https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>>.

- Whitley, R., y Campbell, R. D. (2014). Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine*, 107, 1-8. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.010>>.
- World Health Organization (WHO) (2018). *Mental Health Atlas 2017*. Recuperado de <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>>.
- 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. Recuperado de <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.12.1437>>.
- Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farias, C., y Ferrer-Pérez, V. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales*, 77, 58-75. <<https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>>.