



El estigma asociado a los trastornos de salud mental

Trabajo Fin de Grado

Revisión Narrativa

Universidad Autónoma de Madrid

Grado de Enfermería

Curso académico 2017/2018

Autora: Cristina Bermejo Mazo

Tutora: Dra. María Felipa Hernando Martínez

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Contextualización	6
1.2. Concepto de estigma.....	9
1.3. Enfermería y la salud mental	12
1.4. Fundamentación.....	15
2. METODOLOGÍA	16
2.1. Objetivos.....	16
2.2. Traducción de la consulta	16
2.3. Elección de fuentes	17
2.4. Estrategia de búsqueda y ejecución	17
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18
3.1. Situación actual del estigma asociado a la salud mental	19
3.2. Concepción de la población sobre la salud mental	20
3.3. Percepción de la enfermedad mental por parte de la familia	22
3.4. Profesionales sanitarios y el estigma hacia la enfermedad mental	22
3.5. Estrategias de prevención y educación	22
4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	26
5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA	27
6. CONCLUSIONES	27
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
8. ANEXO I.....	35

RESUMEN

Introducción

El estigma, concebido por la población en general en torno a los trastornos de salud mental, afecta no solo a la persona que sufre la enfermedad, sino también a las personas que le rodean, como son familiares, o profesionales que trabajen con ellos.

Objetivos

General: Conocer la situación del estigma que sufren las personas con trastornos de salud mental. **Objetivos específicos:** Examinar la concepción de la salud mental que tiene la población. Identificar cómo percibe la familia la enfermedad. Saber si existen estrategias de prevención y educación a la población para disminuir el estigma de la población sobre los trastornos de salud mental.

Metodología

Se ha realizado una revisión narrativa, ejecutando las búsquedas bibliográficas en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl, y Cuiden. El número final de artículos seleccionados ha sido de 18.

Resultados

El análisis realizado de los artículos muestra como las personas afectadas por enfermedades de salud mental sufren distintas formas de estigmatización y discriminación a diario, por parte de la población general. La familia de la persona con problemas de salud mental adoptará distintos tipos de comportamientos en función de sus creencias, y su cultura. Se han realizado estudios sobre distintos tipos de intervenciones para la reducción del estigma, entre las que destacan las basadas en el contacto directo con personas con trastornos mentales.

Conclusiones

Existe una necesidad de educación dirigida tanto a la población general como, específicamente, a los profesionales sanitarios, sobre la salud mental, con el fin de reducir el estigma.

Palabras clave: estigma, enfermedad mental, discriminación, prevención.

ABSTRACT

Introduction

The stigma surrounding mental health disorders conceived by the general population affects not only the person that suffers from the disease, but also the people the individual is surrounded by, such as the family or the professionals that work with him or her.

Objectives

General: to know the stigma situation which persons with mental illness suffer.
Specific objectives: to evaluate the conception of the mental health that people have, to identify how the family perceives the person with mental illness, to examine if there are prevention and education strategies to reduce the stigma of the population regarding the mental health disorders.

Methodology

A narrative revision has been carried out using the databases Pubmed, Cinahl and Cuiden. Finally, 18 articles have been selected of the bibliographic search.

Results

The analysis of the articles shows how people affected by mental illness suffer different forms of stigmatization and discrimination on a daily basis by the general population. The family of the person with mental health problems will adopt different types of behaviors based on their beliefs and their culture. Studies have been carried out on different types of interventions to reduce the stigma, among which the ones based on direct contact with the people with mental health disorders are to be highlighted.

Conclusions

An education about mental health aimed at the general population and, in particular, focused on the health professionals, is needed in order to reduce the stigma.

Keywords: stigma, mental illness, discrimination, prevention.

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años, como iremos viendo más adelante, el estigma asociado a las enfermedades de salud mental ha estado arraigado a la población, provocando en los pacientes problemas derivados de ese estigma, que se unen a los problemas derivados de su enfermedad ¹.

Dentro de las definiciones de la salud mental, para nuestra revisión hemos elegido la que ofrece la OMS (Organización Mundial de la Salud) por considerar que es una de las más completas, según la cual la salud mental “es el estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones propias de la vida, puede trabajar de forma productiva y, fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” ². Es decir, es un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad ².

En el año 2004, la carga de morbilidad debido a las enfermedades de salud mental, a nivel mundial, junto con los trastornos neurológicos, y el consumo de sustancias era de un 13% ³. Siendo estas cifras muy significativas, y en 2010 la estimación de la carga mundial de morbilidad del conjunto de dichos trastornos aumentó al 14% ⁴. En España, en el año 2001, el 19,5% de la población había sufrido algún trastorno mental a lo largo de su vida ⁴.

En estudios realizados se ha hallado que, por parte de la población, existen pensamientos más negativos en relación a los problemas de salud mental, que a los aspectos relacionados con la salud física, en términos de capacidad de control y estabilidad ¹. A partir de estos pensamientos negativos o estereotipos puede comenzar el proceso de estigmatización ⁵. El estigma es una atribución negativa que se da a la característica de una persona o a un grupo de personas con esa característica en común ⁶. En este caso, el estigma está asociado a los trastornos de salud mental, consecuencia de estereotipos y prejuicios que la población tiene de dichos trastornos ¹. En una serie de estudios se obtuvieron datos que demostraban como más de la mitad de las personas con enfermedad mental, había sufrido sentimientos de rechazo a causa de su enfermedad ¹.

Las personas con trastornos de salud mental son personas vulnerables que pueden sufrir violación de sus derechos como consecuencia de la estigmatización y

discriminación ³. El estigma afecta a la vida de las personas que lo sufren en todos los ámbitos, tanto personal, social, como laboral ¹. Incluso puede afectar a los familiares de la persona con el trastorno de salud mental, quienes son estigmatizados por la relación que mantienen con esa persona ¹. Por otro lado, los familiares también pueden actuar como la fuente de ese estigma al sobreproteger al paciente, o limitar sus actividades ¹.

En España, la gran parte de las comunidades autónomas han integrado en sus políticas planes de salud mental, dirigidos a la disminución de la estigmatización y a promover la integración de las personas con trastornos de salud mental en la sociedad ⁷.

1.1. Contextualización

En 1986 se produjo un gran avance en la historia de la salud mental en España con la aprobación de la Ley General de Sanidad, dado que comenzó el proceso de reforma psiquiátrica ⁸. Aunque, en realidad, esta comenzó con la fundación de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que se encargó de redactar el *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (1985) que contendría las estrategias que más tarde se plantearían en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad ⁸⁻¹⁰.

El *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* buscaba trabajar sobre tres ejes: el primero de ellos fue la creación de un nuevo modelo de atención de salud mental en la sanidad, dirigido a la comunidad, que estuviese concienciado con el compromiso territorial y con un modelo de prevención, que permitiese abarcar la salud mental desde la atención primaria ^{8,11}. Así, se establecía un nivel especializado con una nueva estructuración para responder a las necesidades planteadas ^{8,11}. El segundo eje fue la redacción de recomendaciones para realizar la reforma, y el tercero, mantener su compromiso de establecerlo teniendo en cuenta el proceso global de cambios en la sanidad ^{8,10}.

Hasta la reforma psiquiátrica, en España las personas con trastornos mentales eran recluidas en los hospitales psiquiátricos de internamiento ⁸. Estos eran instituciones donde se les aislaba de la sociedad, y de sus familias, manteniéndoles en condiciones precarias, y sin proporcionarles la atención sanitaria que precisaban ⁸. Una de las prioridades del *Informe de la reforma* fue la transformación de los hospitales psiquiátricos, además del desarrollo de nuevos recursos alternativos, nuevos centros de

salud mental, reordenación de la urgencia psiquiátrica y la atención en crisis ¹⁰. Y la creación de recursos de apoyo comunitario para permitir la continuidad de los cuidados, y el cambio a la hospitalización en la red sanitaria general ⁸.

Por tanto, la redacción del *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* es un punto de inflexión ⁸. Ya que supuso la recuperación de la dignidad a las personas con enfermedades mentales y de sus derechos, fomentando la inclusión social y el acceso a una atención integral e integrada ^{8,12}.

Sin embargo, múltiples fuentes destacan que en la actualidad no se ha producido de forma completa ese desarrollo de recursos alternativos a los hospitales psiquiátricos, lo que se traduce en una falta de recursos en el ámbito comunitario ⁸. Existen desigualdades territoriales en el reparto de los recursos, y no se ha producido la participación activa de la población que queda patente en el insuficiente desarrollo comunitario ⁸. A pesar de estos avances, según la literatura, el estigma en las personas con trastornos mentales ha continuado tras la reforma, relacionándoles con violencia y agresividad en mayor medida, como resultado de una falta de conocimiento y concienciación de los problemas de salud mental ¹³. Como respuesta a esta realidad se están desarrollando múltiples programas y estrategias de salud mental contra la estigmatización tanto a nivel nacional, como europeo.

En España, en 2012, se realizó el primer *Congreso Nacional de Sensibilización al estigma social en salud mental* ¹⁴. En él participaron activamente profesionales relacionados con el ámbito de la salud mental, y personas que sufren o habían sufrido estigmatización asociada al trastorno mental, enriqueciéndolo gracias a las experiencias propias ¹⁴. Supone un nuevo avance para conseguir cambios y poder acabar con los estereotipos, estableciendo estrategias eficaces para disminuir el estigma ¹⁴.

La Confederación Salud Mental España lleva a cabo campañas y estrategias de sensibilización dirigidas a la promoción de la salud mental y, a reducir las conductas estigmatizadoras hacia las personas con problemas de salud mental ¹³. El *Programa de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Exclusión* forma parte de este movimiento. A pesar de que se ha logrado avanzar en el proceso de sensibilización de la población por medio de actuaciones planeadas, se continúan precisando estrategias para la erradicación del estigma en los diferentes ámbitos que afectan a la persona con la

enfermedad mental ¹³. Por ello, uno de los objetivos de la Confederación Salud Mental España es la elaboración de la *Estrategia de Lucha contra el Estigma* ¹³. Dicha estrategia ha de detallar las líneas estratégicas a desarrollar para la erradicación del estigma en los diferentes ámbitos planteados en el estudio denominado *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma* ¹³.

El *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020* es otro ejemplo de esfuerzo por definir estrategias y prioridades, y establecer un plan de acción, basados en el análisis de la situación actual ¹¹. Así, una de las líneas estratégicas de este plan busca la protección de los derechos de las personas y la eliminación de los prejuicios sobre los trastornos mentales y quienes los padecen ¹¹. Además la Unión Europea, en el ámbito de la salud mental, también establece objetivos que se relacionan con la reducción del estigma relacionado con los problemas de salud mental, la persona enferma, y su entorno.

En el año 2005, durante la Declaración de Helsinki, celebrada por la Conferencia Ministerial de la OMS, se plantearon un conjunto de estrategias e intervenciones prioritarias para la promoción de la salud mental, la prevención, recuperación, inclusión social y laboral ¹⁵. Se incluyó entre los objetivos principales: la lucha contra el estigma, la discriminación y la desigualdad ¹⁵. Tras su celebración la Comisión Europea publicó el proyecto del *Libro Verde de la Salud Mental* ¹⁶. El fin de este proyecto era el de aplicar en Europa dicha declaración, proponiendo entre sus cuatro aspectos fundamentales, el de la mejora de la calidad de vida mediante la inclusión social, y la protección de los derechos de las personas con enfermedad mental, teniendo en cuenta la estigmatización y la discriminación ¹⁶.

Después de la primera respuesta de Europa para aplicar la declaración de Helsinki, en 2008 se realiza una conferencia en la que comienza el llamado *Pacto europeo para la salud mental y el bienestar* ¹⁷. En él se establecen cinco áreas donde se priorizado la instauración de políticas de mejora, siendo una de ellas, la lucha necesaria contra las conductas estigmatizadoras ¹⁷. Con ello se pretende establecer un marco de trabajo común, que permita la colaboración entre diferentes países e, instituciones para lograr el cambio ¹⁷.

En 2016 se publica el documento denominado *Marco europeo para la acción en materia de salud mental y bienestar*¹⁸. Este documento recoge estrategias de mejora de las políticas de salud dirigidas a cada país de la Unión Europea, con el fin de garantizar una atención y tratamiento adecuado para todas aquellas personas que sufren una enfermedad mental, y continuar fomentando la promoción de la salud mental, y prevención de los trastornos mentales¹⁸. Además, también se reconoce que el estigma asociado a los trastornos mentales continúa siendo una barrera para el tratamiento de la persona con la enfermedad, y marcan la necesidad de erradicarlo¹⁸.

The European Mental Health Action Plan 2013–2020 es un plan perteneciente al nuevo marco de política de salud europea, denominado *Health 2020*¹⁹. En él se proponen un conjunto de actividades, que denominan anti-estigma, basadas en la evidencia científica¹⁹. Están dirigidas a las personas con trastornos de salud mental que son víctimas del estigma, debido a la gran influencia que el estigma tiene en las vidas de las personas diagnosticadas de una enfermedad de salud mental¹⁹.

Además, la OMS redactó a nivel internacional el *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020*³. Su propósito lo resumen en “Fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales”, incluyendo para el cumplimiento de dicho propósito, la lucha contra el estigma³. Se plantea que los Estados Miembros han de desarrollar una estrategia multisectorial que combine intervenciones universales, y otras elegidas por cada uno, para la reducción de la estigmatización³. En el *Plan de acción* se prevé el prestar apoyo, por parte de la Secretaría, a los países para la selección de esas intervenciones, apoyados tanto en la evidencia, como en su efectividad³. La OMS también está utilizando el proyecto del *Atlas de salud mental* para la medición de esos avances, utilizando los valores proporcionados por cada país como referencia y comparándolos con los objetivos establecidos en el plan de acción²⁰.

1.2. Concepto de estigma.

Según Goffman, los griegos fueron los precursores del término estigma, que usaban para denominar a los signos corporales que representaban algo malo en la categoría social de la persona que los llevaba, como quemaduras en los esclavos²¹.

Durante el cristianismo se usó el término para referirse a signos corporales de perturbación física ²¹.

Actualmente, estigma implica una percepción negativa. Goffman lo define como una diferenciación no esperada, ni deseada, que distingue a un grupo diferente de la mayoría ²¹. Él habla de atributos diferentes en el individuo relacionado con el contexto de dicha persona, es decir, atributos impropios del estereotipo que corresponde a la persona, y que le devalúan ²¹. Posteriormente, otros autores definieron el estigma a partir del concepto de Goffman, como un atributo del individuo que le relaciona con unas características indeseables, que son los estereotipos ⁶.

La realidad es que existen múltiples y variadas definiciones de estigma que se debe a que este término es estudiado y analizado por distintas disciplinas y, que se aplica en diferentes situaciones ²². Por ejemplo, el estigma relacionado con enfermedades, raza, religión, etc. ²². Concretamente Link y Phelan determinan que se habla de estigma cuando existen presencia de etiquetas que diferencian a los individuos, estereotipos, exclusión, y discriminación asociada a una pérdida del estatus social ²². Las etiquetas pueden ir asociadas a un atributo indeseable a distintos niveles, cuanto mayor sea esa asociación, mayor será la discriminación que sufrirá el grupo etiquetado ²². Además, proponen la teoría del etiquetado modificado, desarrollada a partir de la teoría de Scheff ²³. En ella, afirman y defienden, que aunque el etiquetado no provoque trastornos mentales, si puede producir efectos negativos en la persona que lo sufre, y por tanto, en su enfermedad y en el desarrollo de su vida ²³. Una etiqueta psiquiátrica se asocia a los estereotipos y creencias, mayormente de índole negativa, que la sociedad ha internalizado de los trastornos mentales, y de lo que supone ser un paciente con trastorno mental ²⁴. Los pacientes que también han asumido estas concepciones, sufren las consecuencias, sintiéndose estigmatizados y consecuentemente discriminados, tanto por la sociedad como por ellos mismos ²³. Esta teoría pretende defender que es la etiqueta la que determina esos efectos negativos sobre el individuo que la sufre, más que el comportamiento de este, frente al modelo médico, el cual negaba que la etiqueta tuviese un impacto destacable en la vida de la persona afectada ²⁵.

Más adelante, autores como Weiss, Ramakrishna, y Somma continúan reivindicando que es necesaria una nueva aproximación al término de estigma, que permita abarcarlo en el ámbito de la salud y la enfermedad ²⁶. Consideran que el

concepto de Goffman no es aplicable al nuevo contexto social ²⁶. Tanto por su lenguaje, como su teoría basada en la normalidad y lo diferente, que no permite la diferenciación fruto de la multiculturalidad, y su inexactitud al relacionarlo con la salud pública y las políticas de salud ²⁶. Weiss, y sus colaboradores, definen el estigma relacionado con la salud como “un proceso social, experimentado o anticipado, caracterizado por la exclusión, rechazo, la culpa o devaluación como resultado de la experiencia, percepción o anticipación de un juicio externo sobre una persona o un grupo” ²⁶.

De esta manera, la psicología social para entender el estigma en la salud mental, ha planteado tres conceptos básicos, que son: **estereotipos, prejuicios, y discriminación** ^{5,27}. A su vez, Corrigan define los estereotipos como estructuras de conocimiento que son internalizadas por los miembros de diferentes grupos sociales, comúnmente apoyados en creencias de índole negativa ²⁸. A pesar de tener conocimiento de estos estereotipos, las personas no tienen por qué aceptarlos. De este modo, los estereotipos pasan a convertirse en prejuicios cuando las personas si muestran su acuerdo con dichas creencias y se producen emociones negativas, que conducen a conductas discriminatorias ²⁸. En el caso de la enfermedad mental, se ha demostrado que los estereotipos tienden a estar asociados a peligrosidad, responsabilidad de la enfermedad, incapacidad provocada por la enfermedad, poca inteligencia, etc. ^{1,29}.

También, en la literatura se han diferenciado tres niveles de estigma: el **social**, el **internalizado** y el **estructural** ²⁹. Corrigan define el estigma **social** o público como la percepción que tiene la población sobre la salud mental, es decir, al aceptar unos estereotipos, y llevar a cabo unas conductas relacionadas con esos estereotipos, que provocan discriminación ²⁸. Estas conductas estigmatizadoras tienen importantes consecuencias en quienes las sufren, afectando al desarrollo de su vida diaria y al proceso de recuperación ^{29,30}. Provocan miedo, aislamiento, incluso la no búsqueda de ayuda por temor a ser etiquetado viéndose expuesto a las críticas, lo que no favorecerá a la recuperación del enfermo ³⁰. A su vez, Corrigan y sus colaboradores, diferencian tres distintas formas en las que se hace visible el estigma público, que son: la pérdida de oportunidades (como el empleo), la coerción en el sentido de no permitirles tomar decisiones de forma autónoma, y la segregación ³⁰.

Otros autores hablan del estigma **internalizado**, que es el que está asociado a la etiqueta con la que se identifica la persona. Lo definen como aquel que se produce

cuando las personas adquieren el conocimiento de los estereotipos existentes y los internalizan, aceptando los prejuicios, autodevaluándose y discriminándose a sí mismas³⁰. Dicho autoestigma o, estigma internalizado, puede provocar consecuentemente una pérdida o disminución de la autoestima, y de la autoeficacia de la persona afectada, que dependerá del grado de autoestigma^{29,31}. Estos dos constructos, autoestima y autoeficacia, hacen referencia a la valoración que la persona tiene de sí misma, y a la confianza del sujeto en sus propias actuaciones, respectivamente³⁰. Así, la disminución de ellas, tiene como consecuencia el no logro de las metas del individuo que sufre trastorno de enfermedad mental³⁰. Por otro lado, se puede producir una reacción diferente en el individuo frente al estigma, que es el empoderamiento³¹. Conoce los estereotipos y se revela en contra de ellos, teniendo un papel más activo en su proceso de recuperación (búsqueda de ayuda, participación en actividades, etc.)³⁰.

El estigma **estructural** es aquel producido por las políticas, las instituciones, y los medios de comunicación, que muestran unas concepciones negativas de la enfermedad mental²⁹. En el *Libro Verde sobre la salud mental* se expone que es necesaria una concienciación de la población. En Europa “persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales”¹⁶. Para dicha concienciación se plantea la necesidad de promover estrategias dirigidas a la población, tanto de promoción de la salud como de prevención de las enfermedades de salud mental, y la búsqueda de soluciones a los problemas de estigmatización presentes en la enfermedad mental que fomenten la inclusión social de los individuos estigmatizados¹⁶. El éxito de estos planes o estrategias dependerán de las políticas de salud, y de la colaboración entre los gobiernos e instituciones¹⁶. Además, refieren que la participación de las personas que sufren los trastornos es imprescindible para lograr cambiar la concepción de la enfermedad²⁸. Han tener un papel activo en la propuesta de políticas y estrategias de mejora y, por tanto en su recuperación²⁸.

1.3. Enfermería y la salud mental

Dentro de la enfermería, una de las figuras más influyentes en la historia de la asistencia psiquiátrica, del siglo XIX, fue Dorothea Dix³². Estudió las necesidades de los pacientes psiquiátricos, haciendo visible la realidad de las condiciones en las que se

encontraban, y promovió la creación de nuevos, y mayor número de hospitales psiquiátricos estatales ³². Otra figura destacada del siglo XIX, fue Linda Richards, quien impulsó los cuidados enfermeros en hospitales psiquiátricos ³³. Esto supuso el inicio de una serie de cambios que llevarían al desarrollo de la Enfermería psiquiátrica y de salud mental ³³.

En España, se crea el Diploma de Enfermeros Psiquiátricos en 1932, tras la fundación del primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, que regulaba la formación del personal subalterno en instituciones psiquiátricas ³³. Supuso la consideración de los cuidados como profesión ³³. Más adelante se establece la especialidad de Enfermería de Salud Mental que surgió a partir del Real Decreto 992 de 1987 ^{33,34}. En él se plantea la formación de la enfermera especialista, y el desarrollo de este proyecto llevó a la aprobación de la especialidad en 1998 ^{33,34}.

Asistencia de salud mental y psiquiatría

En la actualidad los objetivos de la asistencia psiquiátrica y de salud mental son reducir la estancia hospitalaria ofreciendo un cuidado continuo mediante la asistencia comunitaria y, lograr cumplir los objetivos de salud esperados ^{32,33}. Para ello se ha de ofrecer una atención integral (biopsicosocial) e integrada (promoción, prevención, tratamiento), centrada en la persona, y continuada y permanente ¹². Por esto, se promueve la continuidad de los cuidados con el fin de lograr una coordinación eficaz entre los distintos profesionales, colaboradores no profesionales y organizaciones, que se encargan de la atención del paciente ³⁵.

Para alcanzar la continuidad de los cuidados es imprescindible la asistencia comunitaria. Para conseguirlo se precisan múltiples recursos, tanto estructurales (centros de salud mental, unidades de psiquiatría, centros de rehabilitación psicosocial, hospitales de día...) como humanos ^{32,33}. Además, el Proceso de atención de enfermería es la herramienta indispensable para llevar a cabo una adecuada continuidad de los cuidados, ya que permite realizar intervenciones enfermeras consensuadas, y promueve una colaboración entre los diversos proveedores de cuidados implicados en el proceso de atención ³⁶.

La relación terapéutica forma parte del proceso de enfermería, y es la que se establece entre el profesional de enfermería y el paciente, con el fin de ayudarle a

manejar sus recursos para afrontar su situación, y adaptarse a ella, enseñándole a conocer sus necesidades ¹². La enfermera de salud mental puede estar influenciada por los estereotipos que rodean a los trastornos mentales de forma consciente e inconsciente ³⁷. Esto puede afectar al establecimiento de la relación terapéutica ³⁷. Por ello, en la literatura se habla de que ha de existir una aceptación de la conducta del paciente por parte de la enfermera, que significa que la enfermera conozca las necesidades del paciente, conozca su conducta, y le respete ³⁷.

Estigma hacia la salud mental en Enfermería

Se ha investigado las actitudes presentes en las enfermeras, frente a las personas con trastornos de salud mental, y como afectan en el proceso de atención del paciente, encontrando que existen pensamientos negativos (estereotipos) en las enfermeras acerca de los pacientes de salud mental. ³⁸. Estos pensamientos pueden generar, a su vez, sentimientos que tengan un efecto negativo tanto en la enfermera como en el paciente, dado que pueden derivarse conductas discriminatorias, que afectarán a la atención que el paciente recibe ³⁸.

En la documentación revisada se percibe que una de las principales causas de esta estigmatización es la falta de conocimientos, y afirman que es imprescindible la formación y la concienciación de los profesionales enfermeros en la lucha contra el estigma sobre los trastornos de la salud mental ³⁸. Además, han de hacer partícipes a las personas que sufren o han sufrido enfermedades de salud mental ^{13,38}. Para que puedan participar de modo directo o indirecto en su tratamiento, es necesaria la capacitación de los pacientes, que también es responsabilidad del personal del ámbito sanitario ¹³.

Entre esas conductas discriminatorias que se producen dentro del ámbito sanitario se encuentra la culpabilización del individuo por actos realizados secundarios a la enfermedad, como son los intentos autolíticos ¹³. Esto se pone de manifiesto en acciones como no adjudicar el nivel de gravedad que el paciente realmente tiene, si no disminuirlo ¹³. La hostilidad hacia el paciente es otra de las conductas estigmatizantes detectadas con mayor frecuencia en los centros sanitarios ^{13,38}.

Otro problema identificado en la bibliografía que hemos utilizado es que en el ámbito sanitario se continúa separando la atención de la patología física, de la patología psíquica ³⁹. El ser humano es un ser biopsicosocial, por tanto, es necesario ofrecer unos

cuidados integrales, para que cubran todas las necesidades y dimensiones que conforman a la persona (tanto biológicas, psicológicas y relacionadas con el entorno). Dado que la afectación de una, podrá tener consecuencias en el resto ¹².

El estigma en la familia de la persona con trastorno mental.

La familia es un sistema de apoyo natural, que aporta un soporte social y personal al individuo en sus diferentes periodos de desarrollo ⁴⁰. Este apoyo juega un papel fundamental en la adaptación de la persona a los diferentes momentos de su desarrollo personal ⁴⁰. La familia del paciente, a su vez, puede ser tanto receptora del estigma asociado a la enfermedad mental del paciente, como la fuente de ese estigma ¹³.

Por una parte, la familia como fuente del estigma se produce cuando conocen los estereotipos existentes relacionados con los problemas de salud mental, y los aceptan. Según estudios realizados, existe una estigmatización de la familia hacia la persona con trastorno mental, respecto a su capacidad de buscar y desempeñar un empleo ¹. Esto nos lleva a la sobreprotección que se produce, a veces, por parte de los familiares hacia el paciente, adoptando actitudes paternalistas que pueden provocar la desmoralización del paciente, y el aumento de sus limitaciones, en consecuencia ^{13,41}.

Por otra parte, los familiares de enfermos de salud mental comparten su percepción del estigma que sufren por la relación que mantienen con ellos, y dentro del estigma percibido ¹. Además, se encuentra el estigma anticipado, muchos familiares de personas con trastorno mental piensan que existe un rechazo por parte de la población hacia las personas que padecen un trastorno de salud mental ¹.

El principal mecanismo de afrontamiento que los familiares tienden a adoptar frente al estigma anticipado o percibido, es el ocultamiento y el aislamiento ^{1,13}. Dicho mecanismo de afrontamiento no es efectivo, y puede afectar de forma negativa tanto a los familiares como al paciente ¹³. Consecuentemente, existe mayor probabilidad de que se produzca sobrecarga del rol del cuidador principal, y además aumentan las posibilidades de que el paciente no esté recibiendo la ayuda completa que necesita ¹³.

1.4. Fundamentación

Según datos aportados por la OMS, el 25% de la población mundial tendrá un trastorno mental a lo largo de su vida, y prevén que estas cifras aumenten en los próximos años ². Siendo estos datos tan significativos, es necesario conocer la

percepción de la sociedad sobre las personas con problemas de salud mental, y los estereotipos existentes en torno a la enfermedad mental y quienes la sufren, y plantear nuevas estrategias de cambio, mediante la concienciación de la población. Es aquí donde los profesionales de enfermería han de tener una función activa en este proceso de cambio, mediante la promoción y la prevención del desarrollo del estigma. El fin de dichas actuaciones será eliminar la concepción negativa que la población en general tiene hacia las personas con problemas de salud mental.

Por todo lo expuesto anteriormente, y la información que hemos recogido en fuentes bibliográficas sobre la estigmatización en las personas con trastornos de salud mental, nos hemos propuesto conocer la situación actual del estigma en nuestra sociedad.

2. METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

Objetivo **general**: conocer la situación actual del estigma que sufren las personas con trastornos de salud mental.

Objetivos **específicos**:

1. Examinar la concepción de la salud mental que tiene la población.
2. Identificar cómo percibe la familia la enfermedad.
3. Saber si existen estrategias de prevención y educación a la población para disminuir el estigma de la población sobre los trastornos de salud mental.

2.2. Traducción de la consulta

Para realizar la búsqueda bibliografía lo primero que se llevó a cabo fue la elección y definición de las palabras clave. Las cuales fueron enfermedad mental, salud mental, estigma, discriminación social, y prevención. Tras la elección los términos fueron traducidos del lenguaje libre al lenguaje controlado a través de los tesauros DeCS y MeSH. Como podemos ver en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH.

DeCS	MeSH
Estigma social, social stigma	Social stigma
Trastornos mentales, mental disorders	Mental disorders
Salud mental, mental health	Mental health.
Discriminación social, social discrimination	Social discrimination
Prevención, prevention	Prevention and control

Fuente: Elaboración propia

2.3. Elección de fuentes

Inicialmente las bases de datos elegidas para realizar la búsqueda bibliográfica fueron Pubmed, Cinahl, Cochrane, Cuiden, y Psicodoc. Finalmente, se optó por elegir únicamente las cuatro primeras para la búsqueda bibliográfica, eliminando Psicodoc debido a la variabilidad de resultados que ofrecía.

2.4. Estrategia de búsqueda y ejecución

La sentencia de búsqueda se construyó con las palabras clave elegidas, y mediante el uso del operador booleano “AND”.

Criterios de inclusión:

- Artículos que tratan de personas con trastornos de salud mental.
- Artículos con acceso libre.
- Artículos publicados en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión

- Artículos que no se ajusten/traten el tema seleccionado.
- Estudios que no cumplen los criterios establecidos.
- Estudios sobre individuos que padecen VIH. Ya que además de reflejar la patología física, explican la patología psíquica a causa del VIH.

Debido a la gran cantidad de información existente sobre el tema del que se ha realizado la revisión narrativa, hemos precisado contar con un total de 59 referencias bibliográficas, entre las que se encuentran los artículos obtenidos de la estrategia de búsqueda.

Los artículos se seleccionaron y descartaron en función de los criterios de inclusión y exclusión elegidos. De los artículos descartados por no cumplir los criterios

si se usaron un determinado número para documentar la introducción. Respecto a los artículos que cumplían los criterios, en primer lugar se hizo una selección tras la lectura del título, contando con 123 artículos. Tras leer el resumen se redujo la cifra a 44. Seguidamente, se descartaron los duplicados, que eran 8 de ellos, quedando finalmente 36. Después se procedió a realizar una lectura completa de cada artículo, tras la cual el número de artículos elegidos fue 18. Ver **Tabla 2**.

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda en bases de datos.

Bases de datos	Sentencia de búsqueda	Nº de artículos revisados	Nº de artículos seleccionados
Pubmed	“Social stigma” AND “Mental disorders” AND “Mental health”	19	5
	“Social stigma” AND “Mental disorders” AND “Mental health” AND “Prevention and control”	8	1
	"Social Stigma" AND "Social Discrimination" AND "Mental Disorders"	28	5
Cinahl	“Mental health” AND “Mental disorders” AND “Social stigma”	5	2
	“Mental health” AND “Mental disorders” AND “Stigma” AND “Prevention”	18	3
	“Mental illness” AND “Stigma” AND “Discrimination”	23	1
Cuiden	“Mental illness” AND “Stigma” AND “Social discrimination”	1	1
	“Mental illness” AND “Stigma”	19	0

Fuente: Elaboración propia.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El número total de artículos elegidos para esta revisión, tras su lectura completa, fueron 18, recogidos en el **Anexo I**. Los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica fueron divididos en los siguientes cinco apartados: situación actual del estigma asociado a la salud mental, concepción de la población sobre la salud mental, profesionales de la salud como fuentes de estigmatización y receptores de estigma, percepción de la enfermedad mental por parte de la familia de la persona afectada por el trastorno, y estrategias de prevención y educación.

3.1. Situación actual del estigma asociado a la salud mental

En cuanto a este objetivo del trabajo, se han encontrado estudios que permiten identificar las características de las conductas estigmatizantes que sufren las personas con trastornos de la salud mental ^{42,43}.

Respecto a las causas del estigma relacionado con la salud mental en el estudio realizado por Egbe, y sus colaboradores, asignaron como principales motivos del estigma y discriminación experimentados por las personas con trastornos de la salud mental, la falta de conocimientos sobre la enfermedad mental y modelos de conocimiento tradicionales ⁴².

En referencia al impacto de la enfermedad Egbe y sus colaboradores concluyeron que el estigma asociado a la enfermedad de salud mental influye en sus estilos de vida, justificándolo con las experiencias de estigma que los pacientes describieron ⁴². Tawiah y sus colaboradores, detallaron como los pacientes se habían visto afectados por el estigma principalmente a nivel económico (falta de acceso a la comida), psicológico (pérdida de autoestima) y social (sentirse excluidos, culpabilizados o ridiculizados) ⁴³. Además, varios artículos informan de que también afecta a su salud, tanto por la adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas, como por el abandono o la no búsqueda de tratamiento ⁴²⁻⁴⁴. Henderson y sus colaboradores hallaron que el conocimiento sobre la enfermedad mental influye en las actitudes y comportamientos dirigidas a la búsqueda de ayuda de la persona con el trastorno de salud mental ⁴⁴. Además, otros de los principales factores que identificaron como causa del retraso de la búsqueda de ayuda fueron: la ignorancia de cómo acceder al tratamiento, prejuicios hacia las personas con problemas de salud mental y, en consecuencia, el estigma anticipado que experimentan las personas con el trastorno de salud mental ⁴⁴.

Las experiencias de estigma externalizado a nivel social, que declararon haber sufrido pacientes en varios estudios, incluyen acciones y actitudes por parte de los profesionales sanitarios, como negarles la atención ^{42,43}. También por parte de familiares, y/o por la comunidad, a través de acciones que minusvaloran a la persona. Ejemplo de dichas acciones que reportan los pacientes son: el recibir insultos, la exclusión de la comunidad, o la exclusión a nivel laboral ^{42,43}.

Asimismo, se han realizado asociaciones de como las creencias y la cultura pueden influir en el impacto de la enfermedad y en el estigma experimentado, tanto en la persona como en familiares, y amigos o conocidos ⁴⁵. Existen determinadas creencias, religiosas y culturales, que asocian la enfermedad a un castigo de Dios, al karma, o a la debilidad del individuo, culpabilizándole de su enfermedad ⁴⁵.

Los medios de comunicación también tienen impacto en las personas con trastornos de salud mental ⁴⁶. Una revisión sobre la relación de los medios de comunicación y la enfermedad mental, recogió experiencias de los pacientes de salud mental, de los cuales, un tercio refirieron que los medios de comunicación habían tenido efectos negativos sobre ellos ⁴⁶. Son muy comunes las imágenes negativas que se muestran de los pacientes de salud mental al público desde los medios de comunicación, relacionándoles con ideas de peligrosidad y violencia, que influyen en los prejuicios de la población general ⁴⁶.

3.2. Concepción de la población sobre la salud mental

Un estudio realizado con participantes de grupos minoritarios de población extranjera en Escocia, halló que en las comunidades minoritarias eran prevalentes los problemas de salud mental y, que todas las comunidades del estudio opinaban que las personas con trastornos de la salud mental sufren estigmatización ⁴⁵. Ellos denominaban trastornos de salud mental a los trastornos graves, siendo la ansiedad y la depresión más comúnmente vistas entre la población, no asociándolo a problema de salud mental ⁴⁵. Las enfermedades de salud mental los asociaban a situaciones estresantes de la vida diaria, y referían que condiciones de vida relacionadas con la pobreza, prejuicios y violencia contribuían en mayor medida a desarrollar un problema de salud mental ⁴⁵.

El artículo, consistente en el análisis de los resultados del estudio denominado Estigma Global en el Contexto de la Salud Mental, realizado en 16 países a nivel internacional, obtuvo que la mayor parte del público encuestado había recibido información sobre la enfermedad mental ⁴⁷. Además, rechazaban antiguas creencias que relacionan la enfermedad mental con la debilidad, ocultamiento, y afirmaban que las personas con trastornos mentales han de buscar tratamiento ⁴⁷. En cambio, datos obtenidos de un estudio realizado por Reta y sus colaboradores, en la población del sudoeste de Etiopía, mostraron resultados diferentes, interpretándolos como consecuencia de una falta de conocimientos generalizada en la población participante

(el 43,8% no habían recibido información sobre salud mental)⁴⁸. En dicho estudio, solo un porcentaje pequeño de los encuestados (el 7,3%) opinaban que no se les debe negar los derechos a los pacientes con enfermedades de salud mental⁴⁸.

Stromwall y sus colaboradores analizaron los niveles de estigma y discriminación percibidos por trabajadores del medio sanitario (pero que no eran profesionales médicos) que habían experimentado una enfermedad de salud mental y el estigma además de la discriminación percibida por los profesionales médicos. Encontraron que aquellos participantes que mantenían contacto cercano con personas con problemas de salud mental percibían mayores niveles de discriminación⁴⁹. Lo asociaron a una mayor concienciación del individuo a través del contacto personal, que coincide con datos obtenidos del estudio de Reta y colaboradores. En dicho estudio, los participantes en contacto con personas, de su vecindario, que sufrían trastornos de salud mental eran más benevolentes, presentando menores niveles de estigmatización hacia las personas con enfermedad mental^{48,49}. Además, de entre los dos grupos encuestados, los niveles de discriminación percibidos por los profesionales sanitarios fueron mayores, lo que explicaron que podía deberse a la evitación por parte de los empleados de denominar a un tipo de conducta, comportamiento discriminatorio, y en consecuencia, sentirse etiquetado como enfermo de salud mental⁴⁹. Otra posible explicación que propusieron fue que los niveles de educación influyeran en su percepción de estigma y discriminación⁴⁹. En estudios anteriores si se halló una asociación entre mayores niveles de conocimientos, con actitudes y conductas menos estigmatizantes y discriminatorias⁴⁹. En otro estudio, se identificó que las personas con mayores niveles de educación estaban más concienciados, mostrándose más predispuestos hacia la inclusión social de las personas con enfermedades de salud mental en la sociedad⁴⁸.

Prejuicios más generalizados entre la población

En el estudio de Reta y colaboradores, la mayor parte de los participantes opinaban que las personas con problemas de salud mental eran una amenaza para la sociedad, y debían de ser evitados y excluidos de la sociedad⁴⁸. En diversos estudios encontrados en esta revisión bibliográfica, se ha identificado que los participantes creían y aceptaban estereotipos de las personas con trastornos mentales, es decir, compartían determinados prejuicios^{45,48,50}. Ejemplos de estos prejuicios son las ideas de que son

personas peligrosas, violentas, o de que no son capaces de ser independientes para las actividades de la vida diaria, así como para trabajar ^{45,48,50}.

3.3. Percepción de la enfermedad mental por parte de la familia

Los hallazgos encontrados por el estudio de Ahmedani, y los colaboradores, demuestran que hay más posibilidades de que exista vergüenza en la familia o sentimientos estigmatizantes hacia el familiar que padece la enfermedad, que cuando esta está relacionada con condiciones de salud mental, que de características físicas ⁵¹.

En la concepción de la familia también influyen las creencias y la cultura, según Knifton explicó en su estudio sobre comunidades minoritarias en Escocia ⁴⁵. En la mayoría de las comunidades, que un miembro de la familia estuviese afectado por una enfermedad de salud mental, provocaba la estigmatización de la familia en su conjunto ⁴⁵. Una de las estrategias frecuentes adoptadas por la familia para evitar ese estigma, era el ocultamiento de la persona con el trastorno ⁴⁵.

3.4. Profesionales sanitarios y el estigma hacia la enfermedad mental

Los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes de salud mental pueden ser, tanto receptores del estigma por tratar con personas con problemas de salud mental, como generadores del estigma hacia las personas con enfermedad de salud mental ⁵². Dicha estigmatización, provocada por los profesionales sanitarios, influye directamente en la búsqueda de ayuda por parte de personas con enfermedades de salud mental, que la precisan ⁴⁴.

A su vez en el artículo redactado por Maranzan, se menciona la importancia de estudiar el estigma desde una perspectiva interprofesional, que permitirá prestar una atención integrada al paciente ⁵³. Lo justifica presentando la evidencia de que la práctica en equipo en la atención a la salud mental, mejora la calidad del tratamiento y favorece la recuperación del paciente ⁵³.

3.5. Estrategias de prevención y educación

Respecto a los países en los que se han realizado o hacia los que se han dirigido los estudios de reducción del estigma en relación a la salud mental, la revisión sistemática de Mehta, y sus colaboradores, constató que son pocos los realizados en países de ingresos medios y bajos ⁵⁴.

Cuando se realizan campañas educativas basadas en intervenciones para la reducción del estigma es necesario tener en cuenta la diversidad de población ⁴⁵. Y por tanto, la diversidad cultural, para tener un abordaje lo más completo, como se propone en dos de los estudios analizados en la revisión ^{45,47}. Así, en el estudio realizado en Escocia los participantes refirieron que las campañas de educación debían de adaptarse a cada comunidad, incluyéndoles en las campañas para que ellos se sintiesen representados ⁴⁵.

Muchos estudios tienen su foco en las intervenciones basadas en la educación sobre la salud mental dirigida, tanto a los pacientes de salud mental, como a sus familiares, a miembros de la comunidad y profesionales de la salud ⁴². Concretamente, los participantes del estudio de Egbe, propusieron como intervenciones que ellos consideraban necesarias: la psicoeducación dirigida a familiares y miembros de la comunidad y la rehabilitación psicosocial de los pacientes ⁴². Además, creían que los grupos de apoyo tendrían efectos muy beneficiosos en los pacientes, derivados de compartir sus experiencias ⁴².

Otros estudios son dirigidos a la población adolescente. Como el desarrollado por la autora Ke y sus colaboradores, que buscan disminuir el estigma hacia la salud mental en estudiantes de educación secundaria mediante una intervención de una hora de duración ⁵⁵. Dicha intervención está basada en dos componentes: la educación y el contacto indirecto con personas con trastornos de la salud mental a través de medios visuales ⁵⁵. Se demostró su efectividad tanto de forma inmediata, como al mes de la intervención, con una reducción del estigma en relación a la disminución del deseo de distancia social hacia las personas con problemas de salud mental ⁵⁵.

Otra intervención realizada en población adolescente fue la desarrollada por Abadía y Cristóbal, que consistió en un programa educativo sobre la enfermedad mental ⁵⁶. Se impartió en tres sesiones, en las que se combinaron diferentes actividades, como lectura de casos y proyección de videos de personas con trastornos de salud mental ⁵⁶. Tras realizar la intervención con el grupo se produjo una reducción del estigma, que se mantuvo pasados cuatro meses tras la sesión ⁵⁶. Con el análisis de los resultados se demostró la efectividad de la intervención en el cambio de opiniones y actitudes estigmatizantes, tal y como lo expresaron los estudiantes de educación secundaria ⁵⁶.

Los medios de comunicación son otra herramienta, que Padhy y sus colaboradores proponen para reducir el estigma y la discriminación, fomentando la educación de la población sobre la salud mental y, sobre los diferentes tipos de trastornos, a través del uso de información veraz y de terminología adecuada ⁴⁶.

Henderson y sus colaboradores, investigaron la existencia de programas con intervenciones que favoreciesen la búsqueda de ayuda ⁴⁴. Observaron que si había habido una mejora respecto al número de población que acudía al sistema de salud en busca de ayuda. Sin embargo no se pudo demostrar a través de datos medibles que se debía a la aplicación de los programas estudiados ⁴⁴.

Contacto directo con personas afectadas por trastornos de salud mental

Dentro de la búsqueda bibliográfica realizada, existen varios estudios que investigan el contacto directo con personas con enfermedad mental como intervención para la reducción al estigma. Estas intervenciones consisten en que la persona con el trastorno comparta sus experiencias de enfermedad y recuperación con el grupo al que va dirigida la intervención. Dicho contacto puede ser tanto directo como indirecto ⁵⁷.

Una revisión publicada en el año 2015, encontró estudios sobre la evidencia de intervenciones basadas en el contacto personal, pero la mayoría hacían referencia a los efectos de las intervenciones a corto plazo ⁵⁴. Otro estudio hizo uso de testimonios de pacientes de salud mental para la mejora de los conocimientos sobre la enfermedad mental en profesionales y estudiantes del ámbito sanitario ⁵². Se produjo una reducción significativa de la idea de peligrosidad asociada a las personas con enfermedades de salud mental entre los participantes del estudio ⁵².

Sin embargo, en el estudio del año 2014 de Egbe y sus colaboradores, investigaron entre otras intervenciones para la reducción del estigma, el contacto personal, y este no resultó efectivo como intervención única ⁴². Consideraron necesario el uso de la educación junto con el contacto personal ⁴². En este caso particular, fue dirigido a los profesionales sanitarios, quienes tienen una función importante en el proceso de recuperación de la persona con el trastorno de salud mental ⁴².

La campaña llamada *Time to Change*, desarrollada en Inglaterra, se basó en fomentar a través de eventos el contacto social entre la población general y personas con trastornos de salud mental ⁵⁸. En la evaluación del programa midieron

conocimientos, comportamientos y actitudes hacia la enfermedad mental ⁵⁸. La concienciación y el contacto social fueron los elementos que mayor influencia tuvieron en el aumento del conocimiento y en la mejora de las actitudes y los comportamientos ⁵⁸. De los dos métodos, el contacto social fue el que mayores cambios produjo ⁵⁸. Esto les guió a la suposición de que una intervención que incluya la educación y el contacto social será más efectiva para la reducción del estigma ⁵⁸.

El artículo de Maranzan propone varios métodos de aprendizaje interprofesionales para la reducción del estigma, entre los que destacan: la participación del paciente en el proceso de educación, uso de viñetas y/o role-play, y el contacto directo con personas que sufren estigma o indirecto, a través de recursos multimedia ⁵³. En su estudio no determinaron si el contacto personal era más efectivo que el indirecto ⁵³.

Un estudio valoró concretamente, que elementos debía de tener un programa anti-estigma basado en el contacto con pacientes que hayan experimentado una enfermedad mental ⁵⁹. Dividieron los componentes del programa en cinco áreas ⁵⁹. La primera es el **diseño** del programa, que debe contener la información y planificación necesaria para lograr que dicho programa sea efectivo ⁵⁹. La siguiente son los **objetivos**, que han de estar adaptados al grupo al que va dirigido el programa, teniendo en cuenta la función o relación de dichos grupos con las personas con trastornos de la salud mental ⁵⁹. Otras de las áreas la representan, por un lado, el **personal** encargado de dirigir el programa, quienes han de estar capacitados en experiencias de recuperación ⁵⁹. Y por otro lado, el **mensaje** del programa, que tiene que ser respetuoso y fomentar la diversidad cultural ⁵⁹. Además ha de incluir experiencias de los pacientes de cada dimensión de su enfermedad, como signos, síntomas, experiencias de estigma, y de recuperación. También tendría que definir, de forma clara, el objetivo principal del programa ⁵⁹. Por último, describen el componente de **evaluación** y **seguimiento**, imprescindible para continuar con la investigación hacia nuevos avances ⁵⁹. Requiere de una evaluación del programa en su conjunto, valorando si se han alcanzado los objetivos, tras la finalización de la presentación, y al mes de esta ⁵⁹. Buscan identificar los resultados favorables y aquellos en los que es preciso mejorar ⁵⁹.

En el estudio de Chen y sus colaboradores, también identificaron los componentes necesarios que debía de tener un programa para la reducción del estigma

basado en el contacto, pero específicamente dirigido a la población joven ⁵⁷. En el estudio no hicieron distinción entre el contacto directo e indirecto ⁵⁷. Encontraron una serie de elementos que los clasificaron en tres criterios ⁵⁷. El primero es en relación al **ponente**, quien ha de tener experiencia propia de enfermedad mental, y estar en fase de recuperación, además de ser capaz de conectar con los asistentes ⁵⁷. El segundo, será el **mensaje**, que debe de contener información sobre la recuperación, y abordar concepciones erróneas que se tienden a tener acerca de la enfermedad mental ⁵⁷. Asimismo consideran importante que el ponente haga uso de distintos tipos de recursos materiales para apoyar la transmisión del mensaje ⁵⁷. El tercer componente es la **interacción**, dado que lograr una conexión con los asistentes se ha demostrado que guiará a efectos más positivos ⁵⁷. Los resultados obtenidos les llevó a concluir que cuanto mayor número de ingredientes, descritos por el estudio, incluyan en un programa anti-estigma basado en el contacto, mayores serán los efectos respecto a la reducción del estigma, y la concienciación ⁵⁷.

4. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La principal limitación encontrada en la revisión realizada ha sido la falta estudios que investiguen sobre el estigma hacia la salud mental en relación con los miembros de la familia del paciente. Teniendo en cuenta la importancia de la función de los familiares en la mayor parte de los casos, es preciso diseñar futuras líneas de investigación sobre como ellos perciben la enfermedad del paciente y sobre la estigmatización que pueden llegar a experimentar.

Los estudios revisados de las intervenciones de educación basadas en el contacto directo con personas de enfermedad mental, contaban con un seguimiento a corto plazo. Sin embargo, debido a las características de la enfermedad mental y lo que conlleva para el paciente, consideramos necesario realizar seguimiento a largo plazo para comprobar cómo influyen los programas de educación en las actitudes y comportamientos de las personas tras meses e incluso años después. Esto es debido a que se busca un cambio permanente.

Otra limitación es la falta de estudios actualizados en la búsqueda bibliográfica sobre intervenciones anti-estigma dirigidas por profesionales de enfermería, en el que se defiende la función de la enfermera en la reducción de la estigmatización hacia el

paciente de salud mental. La enfermera tiene una función principal en el proceso de atención al paciente y en su recuperación e inclusión social. En consecuencia, consideramos necesario contemplar futuras líneas de investigación desde este sector, orientadas hacia los problemas a los que se enfrentan los pacientes a diario, así como, a las actitudes adoptadas por las enfermeras hacia ellos.

5. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La principal implicación de la revisión en la práctica de los cuidados enfermeros, es la de prevención y promoción de la salud mental, a través de la educación. Los profesionales de enfermería han de estar capacitados para atender a las personas afectadas por trastornos de la salud mental. Han de fomentar que los pacientes tengan un papel activo en el proceso de enfermedad, y en la reducción del estigma. Para realizar una adecuada práctica clínica es necesario que los profesionales enfermeros estén libres de prejuicios y de comportamientos discriminatorios hacia los pacientes y sus familias. Esto lo pueden lograr a través de la búsqueda de información y del desarrollo de conocimientos acerca de la salud mental.

6. CONCLUSIONES

- Las personas con trastornos de salud mental sufren estigma y discriminación por parte de la población en general. Dichos niveles de estigma y discriminación dependerán de diversos factores sociales, económicos, familiares, y tendrán un impacto en la vida de la persona que lo sufran.
- Según los datos que muestran los estudios es imprescindible educar a los profesionales sanitarios sobre la salud mental, por la función fundamental que tienen durante el proceso completo de atención al paciente.
- La concepción de la población sobre la enfermedad mental está influenciada por los niveles de la educación recibida, incluyendo el conocimiento que tengan sobre la salud mental. También va a estar influenciada por los estilos de vida, la cultura, y las creencias.
- Al diseñar las intervenciones para la reducción del estigma, se deben de tener en cuenta las características de la población a la que van dirigidas.
- Las intervenciones basadas en el contacto directo con pacientes de salud mental, ofrecen resultados positivos cuando se combinan con otra serie de

intervenciones. Existen estudios sobre la estructura que han de tener los programas basados en el contacto personal con las personas con problemas de salud mental, para que sean efectivos en la práctica diaria.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y Salud Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. [Internet]. Chemistry & 2004. 386 p. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>
2. OMS. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. Salud OMD La, editor. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra; 2001. 169 p. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
3. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Salud OM de la, editor. Organización mundial de la salud. Ginebra; 2013. 54 p. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
4. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: resultados del estudio ESEMeD-España. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. Med Clínica (Barcelona) [Internet]. 2006;126(12):445-51. Disponible en: <http://public-files.prbb.org/publicacions/e144ec9a-b14a-4cfd-bc18-56bf5c447ae6.pdf>
5. Ottati V, Bodenhausen G, Newman L. Social Psychological models of mental illness stigma. En: Corrigan PW, editor. On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change [Internet]. Washington DC: American Psychological Association; 2005. p. 99-128. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=pzh&AN=2004-20896-004&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
6. Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller DT, Scott R. Social stigma: The Psychology of Marked Relationships. New York. Freeman. Freeman, editor. New York; 1984.

7. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad E. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Ministerio de Sanidad P e I, editor. Madrid; 2011. 100 p. Disponible en: <http://www.aepp.net/arc/SaludMental2009-2013.pdf>
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2007. 1-170 p. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
9. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Of del Estado [Internet]. 1986;(102, 29 de abril):17. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
10. Espino A. La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social. [Internet]. Granada AE, editor. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. 2005. 245 p. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf
11. Carmona Calvo J, García-Cubillana de la Cruz P, Millán Carrasco A, Huizing E, Fernández Regidor G, Rojo Villalba M, et al. III PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA 2016-2020 [Internet]. Andalucía J de, Salud C de, editores. Vol. 13. Sevilla; 2017. 148 p. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/655/pdf/III-PISMA_041016.pdf
12. Lluch MT. Consideraciones psico-sociales básicas. En: Masson, editor. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona; 2005. p. 3-8.
13. Pesenti JC, Araico AS. Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma” [Internet]. 1.ª ed. CONSULTORES R, editor. Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Madrid; 2015. 1-112 p. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

14. Cangas A, Navarro N. I Congreso Nacional de sensibilización al estigma social [Internet]. 1.^a ed. Ed A, editor. Granada; 2012. 123 p. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Congresoestigmasaludmental.pdf>
15. WHO Europe. Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. [Internet]. World Health Organisation. 2005. 195 p. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
16. European Commission. Green Paper. Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. Heal Consum Prot Dir Gen. 2005;22.
17. Europe WHO. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. 2008;12-3.
18. Wellbeing E joint action on mental health and. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. En: Wellbeing E joint action on mental health and, editor. 2016. p. 21-2. Disponible en: [http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework for action_19jan \(1\)-20160119192639.pdf](http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf)
19. WHO. The European mental health action plan 2013-2020 [Internet]. World Health Organization [WHO], editor. World Health Organization. Dinamarca; 2015. 19 p. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
20. WHO. Mental Health Atlas 2014. WHO, editor. Who. Francia; 2014. 72 p.
21. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Books P, editor. Harmondsworth; 1973. 173 p.
22. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing tigma. Annu Rev Sociol. 2001;27(Lewis 1998):363-85.
23. Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend P, Link BG, et al. A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. Am Sociol Rev [Internet]. 1989;54(3):400-23. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2095613>

24. Markowitz FE. Sociological Models of Mental Illness Stigma: Progress and Prospects. En: Corrigan PW, editor. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change [Internet]. Washington DC: American Psychological Association; 2005. p. 129-44. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,url,uid&db=pzh&AN=2004-20896-005&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
25. Gove W. Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness : An Evaluation [Internet]. Vol. 35, American Sociological Review. American Sociological Association; 1970. p. 873-84. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2093298>
26. Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychol Heal Med*. 2006;11(3):277-87.
27. Fiske S. Stereotyping , prejudice , and discrimination. En: Handbook of social psychology. 4.^a ed. New York: Mc Graw Hill; 1998. p. 357-411.
28. Corrigan PW. Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness. *World Psychiatry* [Internet]. 2016;15(1):67-73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26833611%5Cnhttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4780288>
29. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a Barrier to Recovery: The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2001;52(12):1621-6. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.52.12.1621>
30. Corrigan PW, Larson JE, Rüş N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* [Internet]. 2009;8(2):75-81. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
31. Watson AC, Corrigan P, Larson JE, Sells M. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull* [Internet]. 2007;33(6):1312-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779887/pdf/schbul-33-1312.pdf>

32. Schoen Johnson B. Introducción a la enfermería de salud mental y psiquiátrica. En: McGraw-Hill-INTERAMERICANA, editor. Enfermería de salud mental y psiquiatría Tomo I. 4.^a ed. Madrid; 2000. p. 3-16.
33. Fornés Vives J, Gómez Salgado J. Evolución histórica y modelos conceptuales en Salud Mental y Psiquiatría. 1.^a ed. Funden, editor. Madrid; 2007. 210 p.
34. España. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. 1987;(183, 1 de agosto):23642-4. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>
35. Betolaza López de Gámiz E. De la valoración a la planificación de cuidados. En: Fuden, editor. Evolución de los cuidados enfermeros en Salud Mental. 1.^a ed. Madrid; 2008. p. 275-309.
36. Benavent Garcés MA, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Re C. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. En: Enfermería DA de, editor. Fundamentos de enfermería. 2.^a ed. 2009.
37. Furnari Brady P. La relación terapéutica. En: Enfermería de salud mental y psiquiatría Tomo I. 4.^a ed. Madrid: Mc Graw Hill- Interamerica; 2000. p. 49-56.
38. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009;16(6):558-67.
39. Thomas S, Jenkins R, Burch T, Nasir LC, Fisher B, Giotaki G, et al. Promoting mental health and preventing mental illness in general practice. London J Prim Care (Abingdon) [Internet]. 2016;8(1):3-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17571472.2015.1135659>
40. Novel G. Sistemas sociales de apoyo. En: Masson, editor. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona; 2005. p. 81-7.
41. Uribe M, Mora OL, Cortés AC. Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Univ Médica. 2007;48(3):207-20.
42. Egbe CO, Brooke-Sumner C, Kathree T, Selohilwe O, Thornicroft G, Petersen I. Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: Perspectives from key

- stakeholders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1-14.
43. Tawiah PE, Adongo PB, Aikins M. Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers. *Ghana Med J* [Internet]. 2015;49(1):30-6. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4549818/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4549818/?report=abstract)
 44. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health*. 2013;103(5):777-80.
 45. Knifton L. Understanding and addressing the stigma of mental illness with ethnic minority communities. *Heal Sociol Rev* [Internet]. 2012;21(3):287-98. Disponible en: <http://0-search.ebscohost.com.library.alliant.edu/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=85205926&site=ehost-live&scope=site>
 46. Padhy SK, Khatana S, Sarkar S. Media and mental illness: Relevance to India. *JPGM* [Internet]. 2014;60(2):163-70. Disponible en: <http://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2014;volume=60;issue=2;spage=163;epage=170;aulast=Padhy#>
 47. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. The «backbone» of stigma: Identifying the Global core of public prejudice associated with mental illness. *Am J Public Health*. 2013;103(5):853-60.
 48. Reta Y, Tesfaye M, Girma E, Dehning S, Adorjan K. Public stigma against people with mental illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PLoS One*. 2016;11(11):1-14.
 49. Stromwall LK, Holley LC, Kondrat DC. Peer employees' and clinicians' perceptions of public mental illness stigma and discrimination. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2012;35(5):406-8. Disponible en: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0094502>
 50. Clark W, Welch SN, Berry SH, Collentine AM, Collins R, Lebron D, et al. California's historic effort to reduce the stigma of mental illness: The Mental Health Services Act. *Am J Public Health*. 2013;103(5):786-94.

51. Ahmedani BK, Kubiak SP, Kessler RC, De Graaf R, Alonso J, Bruffaerts R, et al. Embarrassment when illness strikes a close relative: A world mental health survey consortium multi-site study. *Psychol Med*. 2013;43(10):2191-202.
52. Villani M, Kovess - Masfety V. Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1-9.
53. Maranzan KA. Interprofessional education in mental health: An opportunity to reduce mental illness stigma. *J Interprof Care*. 2016;30(3):370-7.
54. Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona AC, Bezborodovs N, EvansLacko S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental Healthrelated stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2015;207(5):377-84.
55. Ke S, Lai J, Sun T, Yang MMH, Wang JCC, Austin J. Healthy Young Minds: The Effects of a 1-hour Classroom Workshop on Mental Illness Stigma in High School Students. *Community Ment Health J*. 2015;51(3):329-37.
56. Abadía Casasús P, Cristóbal Domínguez E. Intervención psicoeducativa en adolescentes: efecto inicial y trascendencia en las opiniones sobre la enfermedad mental y las actitudes estigmatizadoras. *Rev Presencia [Internet]*. 2017;13. Disponible en: <http://www.index-f.com/p2e/v13/e11456r.php>
57. Chen SP, Koller M, Krupa T, Stuart H. Contact in the Classroom: Developing a Program Model for Youth Mental Health Contact-Based Anti-stigma Education. *Community Ment Health J*. 2016;52(3):281-93.
58. Evans-Lacko S, Malcolm E, West K, Rose D, London J, Rüsch N, et al. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011. *Br J Psychiatry*. 2013;202(SUPPL.55):77-88.
59. Corrigan PW, Vega E, Larson J, Michaels PJ, McClintock G, Krzyzanowski R, et al. The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs. *Psychiatr Rehabil J*. 2013;36(3):173-9.

8. ANEXO I

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
Pubmed					
Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009-2011 ⁵⁸	Evans-Lacko, S Malcolm, E West, K Rose, D London, J Rüsch, Nicolas Et al.	2013	Estudio cualitativo	British Journal of Psychiatry	El contacto social puede ser efectivo para la reducción del estigma de la población hacia las personas con enfermedad de salud mental.
Embarrassment when illness strikes a close relative: a World Mental Health Survey Consortium Multi-Site Study ⁵¹	Ahmedani, BK Kubiak, SP Kessler, RC De Graaf, R Alonso, J Bruffaerts, R Et al.	2013	Estudio cualitativo	Psychological Medicine	La vergüenza familiar se manifiesta de forma visible ante un familiar con un problema de salud mental, alcohol o drogas.
Media and mental illness: relevance to India ⁴⁶	Padhy, S K Khatana, S Sarkar, S	2014	Revisión narrativa	Journal of Postgraduate Medicine	Potenciar el uso de los medios de comunicación para la reducción del estigma.
Psychiatric stigma and discrimination in South Africa: Perspectives from key stakeholders ⁴²	Egbe, CO Brooke-Sumner, C Kathree, T Selohilwe, O Thornicroft, G Petersen, I	2014	Estudio cualitativo	BMC Psychiatry	Estigma y discriminación afecta a la vida y a la salud del individuo que lo sufre. Hay una necesidad de desarrollar intervenciones anti-estigma.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
Healthy Young Minds: The Effects of a 1-hour Classroom Workshop on Mental Illness Stigma in High School Students ⁵⁵	Ke, S Lai, J Sun, T Yang, MM Wang, JCC Austin, J	2015	Estudio experimental	Community Mental Health Journal	Intervención efectiva para la reducción del estigma público en salud mental basada en la educación y el contacto indirecto.
Evidence for effective interventions to reduce mental Health related stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review ⁵⁴	Mehta, N Clement, S Marcus, E Stona, AC Bezborodovs, N EvansLacko, S	2015	Revisión sistemática	British Journal of Psychiatry	No encontraron intervenciones que evidenciarán la efectividad del contacto social, en la mejora de las actitudes de la población, a largo plazo.
Mental Health-Related Stigma and Discrimination in Ghana: Experience of Patients and Their Caregivers ⁴³	Tawiah, PE Adongo, PB Aikins, M	2015	Estudio transversal exploratorio	Ghana Medical Journal	Distinguieron distintas formas de estigma y discriminación hacia las personas con trastornos de salud mental, a diferentes niveles. Los cuidadores, de las personas con el trastorno, lo sufrían también.
Public Stigma against People with Mental Illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia ⁴⁸	Reta, Y Tesfaye, M Girma, E Dehning, S Adorjan, K	2016	Estudio transversal descriptivo	PLOS ONE	Se precisan medidas de concienciación a la población y de inclusión en la sociedad de las personas con trastornos de salud mental.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
Contact in the Classroom: Developing a Program Model for Youth Mental Health Contact-Based Anti-stigma Education ⁵⁷	Chen, SP Koller, M Krupa, T Stuart, H	2016	Estudio cualitativo	Community Mental Health Journal	Identificaron tres criterios principales que ha de cumplir un programa anti-estigma basado en el contacto, dirigido a población joven: la conexión (entre ponente y asistentes), compromiso con el mensaje y empoderamiento de los asistentes.
Could a short training intervention modify opinions about mental illness? A case study on French health professionals ⁵²	Villani, M Kovess-Masfety, V	2017	Estudio cualitativo	BMC Psychiatry	Se produjo mayor reducción de estigma en relación a la integración de las personas con trastornos mentales y respecto a los sentimientos de miedo y exclusión hacia estas personas.
Cuiden					
Intervención psicoeducativa en adolescentes: efecto inicial y trascendencia en las opiniones sobre la enfermedad mental y las actitudes estigmatizadoras ⁵⁶	Abadía, P Cristóbal, E	2017	Estudio experimental	Rev Presencia	Intervención efectiva en la reducción de actitudes estigmatizantes, en la población adolescente, hacia las personas con enfermedad mental.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
Cinahl					
Understanding and addressing the stigma of mental illness with ethnic minority communities ⁴⁵	Knifton, L	2012	Estudio cualitativo	Health Sociology Review	Necesidad de que el diseño de las campañas de intervenciones anti-estigma se basen en la diversidad socio-cultural.
Peer employees' and clinicians' perceptions of public mental illness stigma and discrimination ⁴⁹	Stromwall, LK Holley, LC Kondrat, DC	2012	Estudio cualitativo	Psychiatric Rehabilitation Journal	Los profesionales sanitarios y los empleados percibieron altos niveles tanto de estigmatización como discriminación hacia las personas con trastornos de salud mental. También detectaron que el contacto con personas con enfermedad mental, y los niveles de educación, influían en los niveles de estigma percibidos.
The California schedule of key ingredients for contact-based antistigma programs ⁵⁹	Corrigan, PW Vega, E Larson, J Michaels, PJ McClintock, G Krzyzanowski, R	2013	Estudio cualitativo	Psychiatric Rehabilitation Journal	Realizaron la guía de componentes que han de estar incluidos en un programa anti-estigma basado en el contacto personal.
Mental illness stigma, help seeking, and public health programs ⁴⁴	Henderson, C Evans-Lacko, S Thornicroft, G	2013	Revisión narrativa	American Journal of Public Health	No encontraron datos que evidenciarán el impacto de positivo de los programas educativos de la salud, en la búsqueda de ayuda. Los comportamientos de los profesionales sanitarios influirán significativamente en la búsqueda de ayuda de las personas con enfermedad mental.

Título	Autores	Año	Tipo de estudio	Fuente	Principales hallazgos
The "backbone" of stigma: Identifying the Global core of public prejudice associated with mental illness ⁴⁷	Pescosolido, BA Medina, TR Martin, JK Long, JS	2013	Estudio cualitativo	American Journal of Public Health	La mayor parte de la población había recibido información sobre la enfermedad mental. La estigmatización hacia la depresión fue menor que hacia la esquizofrenia. Identifican la necesidad de campañas educativas dirigidas a la inclusión de las personas con enfermedades mentales en la sociedad.
California's historic effort to reduce the stigma of mental illness: The Mental Health Services Act ⁵⁰	Clark, W Welch, SN Berry, SH Collentine, AM Collins, R Lebron, D	2013	Estudio experimental	American Journal of Public Health	Los 25 proyectos desarrollados por el programa para reducir el estigma, están produciendo resultados positivos en cuanto a la recuperación, pero también en la prevención, y el bienestar de la persona con el trastorno de salud mental.
Interprofessional education in mental health: An opportunity to reduce mental illness stigma ⁵³	Maranzan, KA	2016	Revisión narrativa	Journal of Interprofessional Care	Las intervenciones anti-estigma dirigidas al cambio de percepciones y actitudes de la población hacia la enfermedad de salud mental son adecuadas en la educación interprofesional.