



**Facultad de Enfermería
Universidad de Cantabria**

**EVALUACIÓN DEL ESTIGMA PERSONAL EN PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIÓN DE SU *INSIGHT*
DE ENFERMEDAD.**

Evalutation of internalized stigma in people with severe mental disorders according to their own illness insight.

TRABAJO FIN DE GRADO – GRADO DE ENFERMERÍA 2022

- **Alumno:** Pablo Erquicia Rodríguez
- **Directora Trabajo Fin de Grado:** Ana Bermúdez Saiz

AVISO RESPONSABILIDAD UC

“Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

“El conocimiento de tu propia oscuridad, es el mejor método para hacer frente a las tinieblas de otras personas”

Carl Gustav Jung (1875-1961), psicólogo y psiquiatra

“La verdad se esconde en los sentimientos de las personas que se sienten oprimidas y no son capaces de expresarse”

Wilhelm Reich (1897-1957), psiquiatra y psicoanalista

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
Justificación	5
Objetivos	7
Material y métodos	7
CAPÍTULO 1: ENFOQUE DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	8
1.1. Criterios de inclusión del trastorno mental grave	8
1.2. Estrategias de intervención en pacientes con Trastorno Mental Grave	9
1.3. Abordaje actual del Trastorno Mental Grave en la Comunidad de Cantabria	10
CAPÍTULO 2: EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL	12
2.1. Partes del estigma y tipos de estigma	12
2.2. Consecuencias del estigma personal	14
2.3. El estigma en los profesionales de enfermería	15
CAPÍTULO 3: AFECTACIÓN DEL <i>INSIGHT</i> EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	16
3.1. Modelos etiológicos de la falta de <i>insight</i> en los pacientes con trastorno mental grave	16
3.2. La falta de <i>insight</i> en función de la sintomatología manifestada	17
3.3. Cómo afecta la adherencia al tratamiento en el <i>insight</i> de enfermedad	18
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	25

ACRÓNIMOS

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- AEN: Asociación Española de Neuropsiquiatría
- APA: American Psychological Association
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EIR: Enfermero Interno Residente
- NIMH: National Institute of Mental Health (EEUU)
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- RAE: Real Academia Española
- SCS: Servicio Cántabro de Salud
- TMG: Trastorno Mental Grave

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es comprobar si un paciente con Trastorno Mental Grave (TMG) con un *insight* elevado, sufrirá más estigma personal. Para ello, se realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva en bases de datos con la selección de los artículos y publicaciones más pertinentes.

Con la información obtenida, se han contextualizado los dos aspectos a estudio en el marco conceptual e histórico de la salud mental. Además, se han examinado los criterios requeridos para ser considerado paciente con TMG, cómo es la asistencia sanitaria ofrecida a estas personas y las posibles líneas de mejora. Se ha evaluado qué tipos de estigma afectan más en la vida sociolaboral y la salud mental del paciente, y cómo influye la visión de las enfermeras. Por último, se ha discernido en qué etapas del TMG se acentúa el *insight* de enfermedad en función de la sintomatología presente.

Aunque hay evidencia que relaciona un mayor *insight* de enfermedad con la presencia de mayor estigma personal y sintomatología negativa; no se reúne bibliografía suficiente para obtener resultados concluyentes por escasez de estudios que vinculen las dos variables directamente, por ello se sugieren nuevas líneas de investigación.

Palabras clave: estigma social, enfermos mentales, conciencia, trastornos mentales.

ABSTRACT

The objective of this study is to comprobate if patients with Severe Mental Disorders (SMD) that have an increased illness insight, will suffer more personal stigma. There have been selected several and relevant articles and publicitations after carrying out a bibliographic research in some databases.

The information obtained, was put in a conceptual and historical context inside the mental health field. Moreover, they have been examined the criteria needed for being considered as SMD, the sanitary assistance received by these people and the possible lines of innovation and improvements in their attention. Types of stigma have been evaluated with the aim of getting the ones that affect more in the living standards and mental health of these patients, and the influence of the nurses point of view. Finally, it is important to discern the stages in which illness insight is increased in relation to the symptomatology.

There are articles that relate illness insigth with elevated personal stigma and negative symptoms, but it is not enough to obtain verified results due to a shortage of studies that directly match these two variables. According to that, new investigations are suggested.

Keywords: social stigma, mentally ill persons, conscience, mental disorders.

Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Así pues, queda reflejada la importancia del aspecto mental en el constructo global de salud, siendo una pieza fundamental para la funcionalidad sociolaboral y comunitaria de las personas (1).

Actualmente, la especialidad de Psiquiatría y salud mental es una rama de la medicina, adoptando cada vez más relevancia en los planes de salud y las intervenciones sanitarias (2). Sin embargo, aún siguen presentes distintos tipos de estigma cuyo foco es el paciente con patología mental. Esta forma de discriminación tiene un origen histórico, ya que desde varios siglos atrás las enfermedades mentales se han ubicado en la cuerda floja entre lo natural y lo sobrenatural (3,4).

Ya en el siglo II a.C., Hipócrato y Galeno se decantaban por terapias como la sangría para intentar curar a personas con melancolía o manía, creyendo que eran fruto de un exceso de bilis negra y amarilla respectivamente (5).

En la Antiguo Testamento de la Biblia, el libro de Daniel recoge la historia de Nabucodonosor, estableciendo un símil de la locura y el delirio con la vida animal e irracional; atribuyendo su cura a un milagro de la divinidad (3).

En la Edad Media se interpretaba la patología mental como demoniaca. La causa creía encontrarse en el ámbito religioso, identificando a estas personas como “poseídas” y no como enfermas; y con la única terapia de ofrecer apoyo emocional y compasión. Ante estos casos, la familia intentaba ocultarlo, por los prejuicios que suponía para la persona y para todo su núcleo sacar a la luz a un miembro en estado de “locura”, más aún tras la creación de corrientes como las cazas de brujas para tratar de perseguir a con comportamientos extraños y perturbadores (3,5), o como la figura del “loco” como mujeres animador o bufón de la clase media-alta de aquella época (6).

En la Edad Moderna, también en vinculación a la Iglesia, se realizaron diversos exorcismos para intentar sacar al diablo del cuerpo del afectado; pero además nacieron nuevas figuras como las de los hechiceros y curanderos que trataban de solventar el problema de forma naturalista, o la de los médicos y boticarios que realizaban sanguijuelas, duchas cefálicas frías y extrañas dietas (7).

No fue hasta el siglo XVII cuando Thomas Hobbes primero y Jhon Lock después, se refirieron a la locura como un producto de impulsos del cerebro humano movido por impresiones sensoriales del mundo externo que conducirían a las alucinaciones percibidas (5).

En los siguientes dos siglos a los denominados “locos” se les encierra en manicomios o loqueros. Pensaban que el tenerles aislados y confinados en habitaciones y jaulas con la coerción como único elemento terapéutico, controlaría sus conductas; pero de esta forma les privaban de su autocontrol, no se les consideraba institucionalizados y no tenían capacidad de tomar ninguna decisión (5).

No es hasta el siglo XIX cuando estos centros se tornan en lugares acogedores, con espacios naturales, calefacción, jardines, buenas y amplias instalaciones, se les permitía trabajar, se hacían talleres con los internos etc. y de esta manera se intentaba reconducir a los pacientes y que encontrasen su paz mental y su naturaleza psíquica (5).

En el siglo XX el principal desarrollo vino de la mano de la psicofarmacología, con el surgimiento de los antidepresivos, antipsicóticos y antimaniacos; ejemplos de estas innovaciones fueron los barbitúricos o el litio. Estos nuevos fármacos permitían llevar una vida extrahospitalaria y evitaban el internamiento. El problema emergente residía en la adicción farmacológica no solo del paciente, sino también de la propia medicina psiquiátrica. Los profesionales tenían la necesidad de catalogar a los pacientes para determinar qué medicación de las citadas previamente funcionan mejor con unas patologías u otras. En este punto se introdujeron nuevas vías de investigación y la idea de la curación de la patología mental, con la consecuente reinserción en la sociedad (5).

La cuestión se halla en que una enfermedad psiquiátrica no tiene unos signos o síntomas patognomónicos, sino que aparecen en más cantidad o en menos, manifestándose de una forma u otra, dependiendo de cada sujeto (8).

De ahí la dificultad de establecer un diagnóstico a un paciente en psiquiatría y el error de intentar encasillarlos en una taxonomía que se viene haciendo desde que se fundó la primera versión del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) en 1952 por la *American Psychological Association* (APA) (9), en la que se clasifican a estos usuarios en base a “etiquetas” que permiten establecer diagnósticos médicos. Es cierto, que en su momento supuso un gran avance para la medicina psiquiátrica y una gran ayuda a la investigación; siendo un punto de inflexión para el desarrollo de nuevas corrientes de diagnóstico, clínica, tratamiento e intervención de la patología mental (10). Pero el problema de la clasificación DSM no radica exclusivamente en la clínica sintomatológica, sino en todas las dificultades subyacentes en el ámbito sociolaboral e incluso introspectivo de la persona. Por este motivo, hoy en día ya existen esas corrientes alternativas a estas taxonomías que engloban de manera holística al paciente, cambiando el modelo biomédico que interpreta los trastornos mentales como enfermedades cerebrales por el biopsicosocial. Estos paradigmas plantean a parte de la farmacología pautada por psiquiatras, terapias psicológicas que auguren una mayor funcionalidad del paciente y una mejoría en la efectividad que ya aportaba la medicación psiquiátrica (11), humanizando los cuidados y hablando de personas con problemas en detrimento de pacientes con enfermedades (12).

Es una vía aún en desarrollo, y es que la realidad todavía contempla al paciente psiquiátrico como una lacra en la que no merece la pena invertir, lo que supone aún una gran fuente de estigmatización institucional. España ocupa el 13^{er} lugar de los países europeos en cuanto al porcentaje del gasto sanitario a nivel nacional que se destina a la salud mental, con solo un 5%. Esta cifra se sitúa por debajo de la media europea que es del 5,5% y muy por debajo de países con mejor gestión económica como Alemania y Suecia, que emplean un 11,3% y un 10% en salud mental respectivamente de su gasto sanitario total. Otro dato desesperanzador es el número de plazas destinado a la especialización en esta rama, en cuya lista España se sitúa en el penúltimo lugar por detrás exclusivamente de Bulgaria, con solo 30 psiquiatras, neuropsiquiatras infantiles, enfermeras de salud mental y psicólogos por cada 100.000 habitantes (13).

En contraste con estos datos tan pobres en el ratio de atención a estas patologías y el porcentaje de gasto sanitario, se encuentra las escandalosas cifras de que el 40% de las patologías crónicas en nuestro país son por causa mental, al igual que el 30% de las discapacidades en España (5).

Produce impotencia el ver cómo no se toman medidas al respecto para solucionar este problema. La prevalencia sigue aumentando y el auge de patologías psiquiátricas sigue afectando a la sociedad. Surge entonces la curiosidad por encontrar una causa y una solución, y se considera oportuno realizar esta evaluación que permita vislumbrar un haz de luz en este ámbito que siempre ha permanecido en la oscuridad de un segundo plano.

Para ello, se divide el trabajo en tres capítulos. En el primero se trata de clarificar el término de “trastorno mental grave”, plasmar los criterios de inclusión para saber qué patologías abarca y

cuáles no; y explorar cómo es la atención sanitaria a estas personas hoy en día, centrando la atención en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

En el segundo capítulo se describen los tipos de estigma y su influencia sobre la persona con TMG, con especial atención en el estigma personal que sufren y cómo les afecta en su día a día. Se extrae además una visión global del nivel de estigmatización de las enfermeras sobre estos pacientes.

En el tercer capítulo se intenta clarificar el concepto de *insight* de enfermedad en la persona con TMG, los factores que influyen en el mismo y la sintomatología predominante en función de una mayor o menor conciencia de enfermedad.

Objetivos

GENERAL:

- Comprobar si los pacientes con trastorno mental grave que tienen mayor *insight* de enfermedad sufren mayor estigma personal.

ESPECÍFICOS:

- Esclarecer los tipos de estigma que existen y cómo repercute cada uno en la persona que padece TMG.
- Conocer la repercusión del estigma personal en la vida sociolaboral del paciente.
- Averiguar si mejora el afrontamiento si se tiene mayor conciencia de enfermedad y/o menor estigma personal.
- Intuir nuevas líneas de investigación que puedan aportar conocimientos innovadores y concluyentes a la solución del tema planteado.

Material y métodos

Para realizar la recopilación de toda la información obtenida y los datos plasmados en esta revisión bibliográfica, se han consultado bases de datos como PubMed, Google Académico, SciELO, Medline, Dialnet Plus o Scopus; además de realizar búsquedas secundarias partiendo de las referencias ya consultadas.

Se establecieron unos DeCS/MeSH: “estigma social/*social stigma*”, “enfermos mentales/*mentally ill persons*”, “conciencia/*conscience*” y “trastornos mentales/*mental disorders*”; y con ellos se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica hasta el día 10/04/2022.

Se buscaron artículos en español e inglés, aplicando el filtro de “solo artículos de acceso libre y gratuito” y el filtro de “fecha”, accediendo primero por los últimos 10 años. Con estos criterios se encontraron 29 artículos oportunos para el tema tratado. Por escasez de contenido, se amplió el margen de años hasta los 20 últimos, añadiendo 10 citas relevantes más a la bibliografía. Para apartados como el contexto histórico y evolución del estigma a lo largo de los años, en los que la información aún era insuficiente, se descartaron los filtros y se ordenaron los artículos de las búsquedas realizadas con los DeCS y MeSH correspondientes según fecha, sumando 3 artículos más. El ampliar los filtros e incluso obtener datos de citas de incluso finales del siglo XX, no se considera en detrimento de la rigurosidad de la búsqueda bibliográfica, por ser empleados como

sustento de apartados invariables con el paso del tiempo; como son los dos mencionados previamente. Finalmente, se obtuvieron un total de 42 referencias bibliográficas para la elaboración del trabajo, guardadas y ordenadas en el gestor bibliográfico Mendeley.

CAPÍTULO 1: ENFOQUE DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Existen diversas definiciones para el constructo de Trastorno Mental Grave (TMG), aunque en base a una amplia bibliografía y coincidiendo la mayoría de los autores en ello, actualmente la más aceptada es la establecida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987: *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”* (14).

1.1. Criterios de inclusión del trastorno mental grave

Para etiquetar a una persona como paciente con TMG, el NIMH fija tres dimensiones a considerar que son el diagnóstico clínico, la duración del trastorno y la discapacidad asociada (14).

Dentro de esta patología, podemos diferenciar dos grupos principales de síntomas. El primero son los síntomas positivos, que se caracterizan por figurar un mundo irracional, otra realidad, manifestando un estado de sobreexcitación y de energía excesiva; incluyendo los delirios, la psicosis, las alucinaciones, la desorganización de la conducta, la verborrea o los soliloquios. El segundo grupo son los síntomas negativos, que provocan en el paciente un estado de desánimo, tristeza y ausencia de ganas ni ambición por nada; abarcando la depresión, la abulia, la anhedonia, la inexpresividad emocional y comunicativa o la dejadez (15).

Empleando como eje la presencia de estos síntomas positivos o negativos y/o desorganización de la conducta; los diagnósticos clínicos que abarca el TMG según el NIMH son la esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos y el trastorno límite de personalidad. Además, como existen otras patologías que la clínica pone en manifiesto síntomas psicóticos, la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) aumenta la lista e incluye la depresión mayor, el trastorno bipolar y el trastorno obsesivo-compulsivo (14,16). Agrupando estos diagnósticos se puede concluir que son trastornos mentales graves los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos mayores y los trastornos de personalidad.

En cuanto a la segunda dimensión a tener en cuenta, la duración del trastorno, debe ser mayor a dos años con tratamiento prescrito para dicha patología. Por ende, se puede asumir que una vez se diagnostica como TMG, el estadio de enfermedad es más tardío y se evita así la premorbididad del trastorno, para obtener datos e información más clara y concluyente. De esta manera, se considera a una persona con TMG cuando la enfermedad ya está asentada, evitando la fase de debut y diagnóstico; y con un criterio de inclusión que se perfila hacia la cronicidad del trastorno (14). El problema de esta clasificación diagnóstica subyace en la demora de la toma del tratamiento idóneo para estos trastornos y por eso se trata de la dimensión que más conflicto genera y en la que menos consenso existe (16).

La discapacidad asociada hace referencia al deterioro funcional en los diferentes ámbitos de la vida diaria, a la pérdida de autonomía, a la afectación de las relaciones interpersonales o a comorbilidades concomitantes que puedan afectar al trastorno mental; sin necesariamente poseer

el certificado del grado de discapacidad (14). La propia NIMH, decreta una serie de características de las cuales deben presentar al menos dos de ellas ya sea de forma persistente o puntual para que una persona sea considerada con TMG (16):

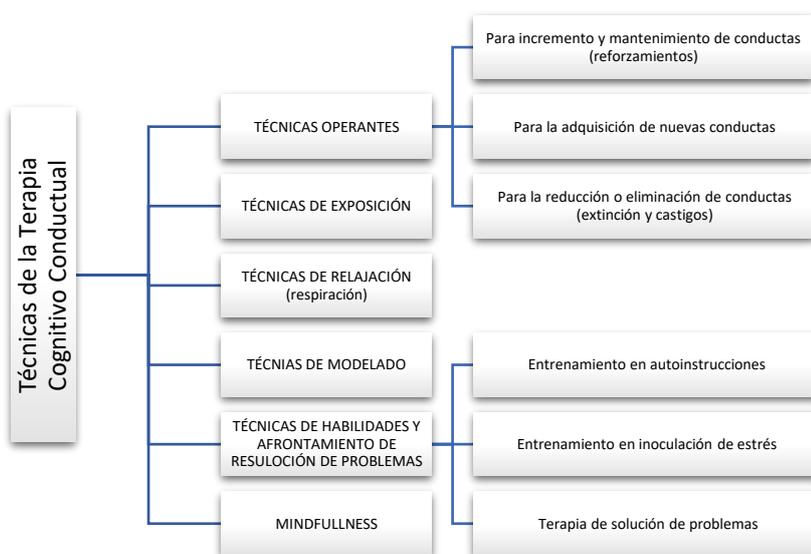
- Deben de ser personas desempleadas, con escasa vida laboral previa o en puestos de trabajo protegido.
- Necesitan ayudas monetarias de carácter público para evitar ingresos hospitalarios.
- Presentan carencias en cuanto a círculo y apoyo social.
- Requieren ayuda para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Muestran conductas desadaptativas que precisan mediación del Sistema de Salud Mental correspondiente o del Sistema Judicial.

1.2. Estrategias de intervención en pacientes con Trastorno Mental Grave

Es evidente que las personas con TMG deben de tener un plan de asistencia sanitaria específico por la gran afectación que suponen estas patologías en todos los determinantes de la salud del paciente (*anexo A*), añadidas a la clínica de la propia enfermedad (2).

El dar un fármaco neuroléptico a pacientes delirantes o con alucinaciones, un hipnótico o ansiolítico a un paciente sobreexcitado o un antidepresivo si predominan los síntomas negativos; no conforma una actuación sanitaria holística y completa. Se requieren terapias con un abordaje multidisciplinar que establezcan como objetivo mejorar la funcionalidad del paciente en su día a día, su seguridad y autoestima, su inclusión sociolaboral y sus expectativas de vida. Esta corriente y mentalidad positiva y mejoría de calidad de vida que se busca en las personas con TMG arrastraría una mejora en la adherencia al tratamiento, que irá de la mano de una mayor conciencia de enfermedad y convencimiento del propio paciente de no sufrir estigma personal (17).

A este tipo de terapias se les denomina Terapia Cognitivo Conductual y busca una rehabilitación psicosocial de los pacientes englobando todas las áreas afectadas por la enfermedad, desde integrar a la familia en las intervenciones hasta ayudar al paciente a tener un empleo, mejorar sus habilidades sociales o saber controlar la impulsividad de los síntomas que pueda presentar (17). Algunas de las técnicas empleadas en la Terapia Cognitivo Conductual son las siguientes (18):



Gráfica 1. Fuente propia

Además, existen nuevas terapias denominadas de tercera generación que persiguen el mismo objetivo y la forma de actuar es similar a la Terapia Cognitivo Conductual como la Terapia de Aceptación y Compromiso en la que se intenta que los pacientes integren en su día a día el dolor y los hechos hirientes que conviven con él sin que le cause ningún perjuicio; o la Terapia Dialéctico Conductual que trata de que las personas acepten emociones y conductas negativas y mediante el razonamiento cambien y sepan manejar estos hechos que le perjudican (18).

Las intervenciones psicosociales en el tratamiento del TMG, deben de diseñarse en función de la fase en la que se sitúe el paciente (19):

- **Fase de crisis psicótica/aguda.** se deben dirigir las intervenciones hacia la reducción de factores estresantes o excitantes, estableciendo objetivos fáciles y buscando una estabilidad principalmente clínica que permita una mejora de las ABVD.
- **Fase postcrítica/de estabilización.** las terapias deben mejorar las competencias sociales mediante psicoterapia grupal; controlar la sintomatología positiva y negativa persistentes a pesar de los fármacos prescritos con Terapias Cognitivo Conductuales; contextualizar la realidad e introducirles en ella mediante psicoterapia individual; y asegurar un seguimiento con intervenciones individuales o grupales que vigilen el desarrollo de la enfermedad y eviten crisis recidivantes.

En esta fase también resulta primordial el incluir a la familia en el plan terapéutico. Se les ha de guiar en su acompañamiento diario al paciente, evitar sobrecarga del cuidador y facilitar que vean experiencias similares en intervenciones grupales de familiares de pacientes con enfermedades en la misma fase.

- **Fase de mantenimiento/estable.** la intervención principal en esta fase será psicoterapia grupal semanalmente encaminada a la rehabilitación psicosocial, cognitiva y laboral. Además, se pueden añadir terapias individuales para contratiempos concretos del paciente y educación a las familias para asegurar su implicación una vez pasada la fase postcrítica.

Las intervenciones expuestas, son todas basadas en la evidencia. Existe actualmente mucha investigación que avala el metamodelo planteado para el tratamiento de las personas con TMG. No obstante, existe un criterio consensuado de que para una máxima efectividad terapéutica, se debe realizar un abordaje multidisciplinar, integral y colaborativo. Debe implicar a un grupo terapéutico multidisciplinar que dependiendo del nivel de intervención precisará a unos u otros profesionales, ya sean enfermeras, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales; y garantizar la mejora del paciente enfocándose en diferentes áreas de intervención (19).

1.3. Abordaje actual del Trastorno Mental Grave en la Comunidad de Cantabria

El Plan de Salud Mental de Cantabria en vigor, recoge la mencionada definición de TMG del NIMH como la de mayor consenso a nivel internacional; y se basa en esta para sentar el modelo asistencial de la Comunidad (20).

El problema en la atención a la persona con TMG, radica en la inexistencia de un itinerario específico del Servicio Cántabro de Salud (SCS) que englobe el plan de cuidados que requieren estas personas y sus familias; dadas las características de cronicidad e integridad asociadas. El problema consecuente de esta carencia en el sistema estriba en la falta de conteo del número de pacientes con TMG en la comunidad y en la dificultad para esclarecer si se cumplen los criterios de inclusión en el diagnóstico o no (20).

El trascurso de la enfermedad para la persona con TMG, supone una sobrecarga del rol del cuidador, una peor conciencia de enfermedad del paciente y unas consecuencias sociales importantes, en términos laborales y de relaciones interpersonales. Además, los criterios de diagnóstico y duración de la patología, repercute de forma directamente proporcional en el de discapacidad, con la dependencia asociada que conlleva (20).

Por lo previamente expuesto, es imprescindible crear una línea asistencial multidisciplinar que persista durante todo el proceso de enfermedad y que tenga en cuenta todas las variables asociadas a esta, con una visión holística e integradora que contemple los aspectos familiares, sociales y laborales del paciente (20).

Aunque dicha línea asistencial que se supondría la ideal para los pacientes con TMG no existe en la Comunidad de Cantabria, se establecen en el Plan de Salud Mental 2015-2019 seis objetivos generales que cumplir en relación a los usuarios con esta patología (20):

“Objetivo general 1: Definir, en el ámbito de Cantabria, la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.

Objetivo general 2: Crear una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.

Objetivo general 3: Crear una unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, que ocupe el espacio de interacción entre ambos sistemas, y propicie la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.

Objetivo general 4: Garantizar la protección de los derechos de las personas con trastorno mental crónico en los procesos terapéuticos y asistenciales que precisan por parte de la Red de Salud Mental y de los servicios sociosanitarios.

Objetivo general 5: Promover, a través de programas multisectoriales, campañas de información, sensibilización y divulgación, la lucha contra la estigmatización de las personas afectadas de trastorno mental grave y crónico, con especial incidencia en los ámbitos educativo, laboral y judicial.

Objetivo general 6: Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastorno mental, de sus familias, cuidadores y representantes, para la planificación y evaluación de aquellos aspectos de la atención a la salud mental que sean procedentes.”

La controversia reside en si tratar a un paciente con patología psiquiátrica en centros específicos para esta especialidad, favorece y aumenta el estigma sobre ellos por ser excluidos del sistema convencional por el que se ven el resto de las patologías. Sin embargo, esta vía exclusiva aseguraría la atención longitudinal que se requiere para solventar un problema tan arraigado a estas enfermedades como es el estigma, que en ocasiones causa más estragos que la clínica de la

propia enfermedad. Además, a parte de permitir ver una evolución del efecto de los psicofármacos y poder realizar ajustes en la medicación para evitar los efectos adversos de estas; se podrían hacer Terapias Cognitivo Conductuales que les ayudaría a los usuarios a extrapolar lo aprendido a su vida personal. El desarrollo en la atención a los pacientes psiquiátricos camina desde una visión hospitalaria hacia una visión comunitaria, de manera que estas personas consigan integrarse en la sociedad y continuar con sus proyectos de vida (21).

CAPÍTULO 2: EL ESTIGMA EN SALUD MENTAL

La palabra “estigma” tiene su etiología en la cultura griega (*στίγμα*), significándose entonces con una marca hecha con hierro al rojo candente, a modo de tatuaje sobre la piel de las personas. Se empleaba para marcar a individuos que debían ser excluidos y evitados por la sociedad por el hecho de haber cometido algún delito o como icono de la esclavitud (14).

Aún la Real Academia Española (RAE) recoge hoy en día como primera definición de “*estigma*: *marca o señal en el cuerpo*” y una sexta que hace referencia a la medicina y habla de “*lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria*” (22).

No obstante, quien confeccionó por primera vez una definición de este término fue E. Goffman en 1963, entendiéndolo como una característica que poseía una persona y que la hacía distinta del resto, categorizándola y desestimándola como de un rango menor, en una situación de inferioridad (21).

Existen autores que han acercado y afinado más la definición a lo que actualmente se conoce como “estigma” entendiéndolo como grupos apartados y vistos como vergonzosos, anormales e indeseables por el resto de una población y sus características socioculturales (23).

Hoy en día el estigma no se trata solo desde el campo de la psiquiatría y desde un punto de vista médico, sino que se valora la importancia de intervención de otros profesionales de la psicología, la enfermería o la sociología; por la alta repercusión que tiene el estigma personal en la introspección del propio paciente y cómo éste percibe la sociedad que le rodea. De esta manera se cubre una atención biopsicosocial analizando todos los factores que influyen en la salud mental del paciente y tratando de abolir todos los sentimientos y pensamientos que le lastran en su día a día, percibiéndose a ellos mismos como peligrosos, marginados, inútiles, vergonzosos, incompetentes, etc (24).

2.1. Partes del estigma y tipos de estigma

En 2005 Newman, Bodenhausen y Ottati estudiaron el estigma como un constructo de la sociedad dividido en tres partes (14,25):

- La parte cognitiva da lugar a los estereotipos, que son creencias que forman parte de un colectivo, verdades sociales de una población respecto a grupos de personas concretos. Algunos ejemplos sobre las personas con TMG son peligrosidad o incapacidad.
- La parte emocional son los prejuicios, que son las ideas preconcebidas de cada individuo, yendo más allá de la ideología social e influyendo el componente afectivo de cada uno sobre el colectivo afectado. Estos prejuicios suceden a los estereotipos, y conducen a sentir emociones negativas al tener contacto con una persona con TMG como desconfianza, ira o miedo.

- La parte conductual lleva a la discriminación, que son los hechos y acciones que se llevan en contra del grupo en cuestión, en el ejemplo de los pacientes con TMG podría ser rechazo, abandono, violencia, evitación, sobreprotección, coacción o aislamiento. Pueden venir del contexto familiar, vecinal, institucional, laboral y educativo, judicial o social (26).

Los engranajes de esta cadena tienen como producto final la discriminación. Es evidente que cada población, se habrá desarrollado con unas características sociodemográficas distintas a lo largo de la historia y no todas tendrán la misma ideología ni costumbres; pero sobrepasando la línea de los estereotipos y prejuicios, la cuestión fundamental es por qué se llega a discriminar, a cometer esas acciones perjudiciales para ciertas personas, y por qué no se intenta convivir en una sociedad integradora que acepte a cada uno cómo es. El objetivo de la atención sociosanitaria sería evitar llegar a este último punto de la discriminación, interviniendo sobre las dos fases previas antes de que la acción ocurra (25).

La connotación negativa que lleva adherida este término se aprecia notablemente en los pacientes psiquiátricos y la visión que hay de ellos en la sociedad. Se juzgan como personas imprevisibles, de las que se desconfía, y que no tienen control sobre sus acciones. Se cree que tienen dependencia en otras personas y que son de carácter vulnerable y débil. Se piensa que son enfermedades crónicas, sin cura y que nunca se van a recuperar (27).

Por otro lado, se distinguen tres tipos de estigma en función de cuál sea la fuente de la que proviene (14):

- El estigma estructural o institucional se vincula con las organizaciones soberanas y entidades nacionales capaces de restringir los derechos y conveniencias en este caso de las personas con TMG (14). Simplemente con el porcentaje del gasto sanitario que destina España a la salud mental (5%), se observan grandes diferencias en contraste con otros países europeos como Alemania o Suecia que doblan dicho porcentaje. Además, junto con Bulgaria, somos el país europeo con menos personal especializado en salud mental (25 por cada 100.000 habitantes), mientras Suecia y Finlandia tienen 150 y 200 por cada 100.000 habitantes respectivamente (28).
- El estigma social tiene que ver con la entidad de una ciudadanía concreta, con sus propios estereotipos y con una ideología colectiva definida, que muestran rechazo hacia un grupo de personas hayan tenido o no relación con ellas (14).
- El estigma personal abarca el *autoestigma* o *estigma internalizado* que es la creencia de uno mismo de estigmas sociales negativos con sentimientos autodestructivos que acaban despojando tu verdadera identidad; el *estigma percibido* que es la propia sensación y apreciación de rechazo y aislamiento; y el *estigma experimentado* que son todas las situaciones vividas de discriminación o exclusión a causa de un estereotipo. Este tipo de estigma es el objeto de estudio y sobre el que se centra este trabajo porque es el que mayores consecuencias sociolaborales provoca y el que se vincula con una peor adherencia al tratamiento en el paciente con TMG. Además, poniéndole remedio, se solventarían las repercusiones del resto de estigmas sobre el sujeto porque es el epicentro de todas las ideas negativas que el paciente tiene sobre la enfermedad que padece (14,29).

Esto refleja que el problema no radica únicamente en los ciudadanos de a pie, sino que se debe ser conocedor de cómo actualmente, hasta las organizaciones compuestas por los máximos entendidos en el área de la salud mental, siguen infamando a la persona con problemas de salud mental, con la consiguiente estigmatización institucional (30). Y no solo eso, sino que el propio paciente es quien más daño se acaba causando, por aceptar como propias todas las nociones y percepciones de una sociedad inconsciente del perjuicio que suscita.

2.2. Consecuencias del estigma personal

El estigma tiene consecuencias negativas tanto para el emisor, como para el receptor y el contexto en que se produce.

El sujeto discriminador impulsa un fenómeno y una ideología que le hace más mal del que es consciente, por el mero afán de sentirse superior, poderoso, privilegiado y selectivo. Se acaba autoconvenciendo de las “etiquetas” que establece a los grupos discriminados y promulga una teoría errónea, fruto de su pensamiento mágico. No se da la oportunidad de ponerse en el lugar del otro y eso será probablemente porque nunca nadie le ha discriminado a él. La empatía es la base de la convivencia social armónica, respetuosa e integral que acepte a cada uno como es.

El estigma personal produce en la víctima estigmatizada o discriminada aislamiento, baja autoestima, ostracismo, debilitación, desánimo, rendimiento y desesperanza. Se pierde incluso la identidad personal, porque dejas de ser mencionado por tu nombre y pasas a ser un “el loco”, “el esquizofrénico”, “el chiflado”, etc. Estos apodosos que buscan el sarcasmo y la risa de los que están alrededor, pueden llegar a herir gravemente a los pacientes con TMG, que se terminan por creer estos términos y asumiéndolos como propios (31,32).

Las consecuencias negativas del estigma personal de una persona con TMG se reflejan en el ámbito social, manifestando dificultades para las relaciones interpersonales, la baja autoestima sexual, la inferioridad percibida y la previa pérdida de amistades por el hecho de padecer una enfermedad psiquiátrica. Por ello, es importante recalcar la necesidad de tener líneas asistenciales dirigidas a reducir el estigma personal de estos pacientes (33).

El fenómeno que se produce al final es que personas con TMG se relacionen entre sí, acaben formando sus propios círculos y se potencie ese efecto de aislamiento que provoca la discriminación. A priori, está situación no debería de ser ningún inconveniente ni repercutir desfavorablemente en estos pacientes, pero muchas veces, las malas conductas de unos acaban arrastrando al resto y se produce una ola de retrocesos terapéuticos en todos ellos; ya sea por falta de adherencia al tratamiento, por desvinculación familiar, por malos hábitos higiénico-dietéticos o por consumo de tóxicos. No se debe generalizar y es cierto que muchos de estos vínculos entre enfermos con TMG son sanos, les sirve de mutua ayuda y se motivan recíprocamente, pero deben de ser ellos los que tengan la potestad de decidir con quien relacionarse y con quien no; no una condición impuesta por la sociedad en la que viven (31).

Los propios pacientes con TMG se sienten personas diferentes y peculiares, apartadas del resto de la población y sin opción a integrarse en ella (32). Esto es producto de las propias experiencias vividas por ellos (estigma experimentado) de rechazo, que les hace creerse su propia realidad paralela al del resto de la sociedad.

En el ámbito sexual, también repercute el estigma personal, a veces influenciado por los efectos adversos de algunos psicofármacos como la disfunción eréctil o la inhibición sexual; y otras veces por sucesos que han vivido de malas experiencias. Además, por el estigma percibido de desinterés hacia ellos, creen que no llaman la atención ni atraen a otras personas lo que favorece su propia indiferencia (31).

Por norma general, son personas que les resulta difícil hablar de su enfermedad y requieren de excesiva confianza con un individuo para abrirse a él y contar su patología. Incluso se da la paradoja de que la propia familia, con el fin de ampararlos o por mero pánico a sufrir ellas mismas estigma y discriminación, les cuesta confesar y hablar de que tienen un miembro familiar con una enfermedad psiquiátrica. Esto repercute en la desconfianza del paciente sobre su principal núcleo y multiplica su estigma personal, al percibir que hasta su familia se “avergüenza” de hablar de ellos (31).

Por último, es primordial analizar el contexto. No es lo mismo dirigirte directamente a una persona con TMG de manera discriminatoria, que hacerlo en tu grupo de amigos, en tu familia o incluso en un ambiente público. No obstante, en el primer caso, aunque el daño a la víctima sea inmediato, se produce el mismo o incluso menos prejuicio que en los tres otros casos. Si te encuentras con tus amigos o familia, tienes más confianza para emplear la terminología acorde a tu ideología subyacente, pero arrastras contigo un colectivo. Y este grupo puede compartir o no tu idea, pero estas inculcando ya unos valores estigmatizantes. En el caso del ámbito público, se pueden producir dos fenómenos, que habitualmente son en masas por el número de adeptos si se produce en conferencias o actos multitudinarios. Las dos reacciones posibles a lo postulado son a favor o en contra, pero son movimientos que implican gran volumen de personas sin que nunca se llegue a un mutuo acuerdo. Un ejemplo son los medios de comunicación cuando ofrecen una noticia refiriéndose al protagonista de ella como “esquizofrénico” y resaltando esta cualidad atribuyendo lo sucedido a la enfermedad. Consecuentemente en las redes se producirá una oleada de apoyos y otra de desestimaciones, pero nunca se llegará a un punto común.

2.3. El estigma en los profesionales de enfermería

Se debe de evitar con toda conciencia el tener prejuicios sobre los pacientes de psiquiatría, y con más ende si tu puesto laboral se ubica en esa misma área o posees la especialidad en salud mental.

Cuando trabajas a diario con personas con TMG diagnosticado, debes de ser muy cauto y tener un juicio clínico objetivo e imparcial para el trato con el paciente. Además, resulta incongruente el trabajar con este tipo de usuarios y ser el primero en estigmatizarles, cuando la visión debería de ser holística y empática.

Según un estudio realizado por Javier Sanz Calvo sobre el “Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave”, trabajar en el área de salud mental reduce el estigma de las enfermeras sobre el paciente psiquiátrico. Además, el tener esta especialidad conduce a resultados llamativamente positivos por encima de las que no la poseen (34). Este hecho rompe una lanza a favor de las especialidades en enfermería. Es evidente que actualmente el haber realizado una residencia de enfermería no aporta un beneficio proporcional al esfuerzo que esto supone y la formación subyacente de los dos años de Enfermero Interno Residente (EIR). La única excepción es la de “matrona”, que te permite entrar en la bolsa de empleo específica de esa especialidad. El resto de residencias, dependen de la Comunidad Autónoma en la que trabajes, pero no existe consenso nacional alguno para verte favorecido si posees alguna de las otras 5 especialidades. Este es el caso de salud mental, que a pesar de existir estudios como el de Javier Sanz Calvo que verifiquen y contrasten las ventajas ya no teóricas, sino prácticas de poseer la especialidad; solo te otorga puntos extra, pero no te augura el situarte por delante en la bolsa de empleo de salud mental de otras profesionales que no hayan obtenido la especialidad. Para tratar temas como el estigma, es necesario una formación profunda y específica del ámbito; por lo que el camino a seguir parece encaminado hacia la proliferación de las especialidades y su rentabilidad para obtener estos puestos con primacía; aunque queda mucha senda por recorrer.

En el mismo estudio, el autor resalta la veteranía y la experiencia profesional sobre los recién graduados, saliendo ventajosos a la hora de reducir la estigmatización sobre el paciente mental (34). Se acentúa así la necesidad de una formación continuada que asegure una mejora sustancial y exponencial de los conocimientos y técnicas para reducir el estigma a lo largo de la carrera profesional de una enfermera.

Sobre los que llevan menos recorrido en el mundo de la enfermería, los alumnos; se realizó un estudio en la Universidad de Girona acerca de la efectividad de las asignaturas de salud mental

y psicosocial y las prácticas clínicas en esta área. Los resultados de la investigación fueron favorables, demostrando los alumnos unas cogniciones y conductas ventajosas respecto a otras personas de su misma edad sin la formación que ellos han recibido. Sin embargo, cabe remarcar la importancia de proseguir con la línea formativa, que no se estanque en la enseñanza universitaria y que se inculquen estos conocimientos con cursos periódicos una vez titulado, con el objetivo de reducir cada vez más el estigma sobre los pacientes psiquiátricos (35).

Todas estas figuras componen la enfermería, un grueso de la línea asistencial sanitaria y un equipo profesional que pasa su jornada completa junto al paciente. Por ello, debe ser una pieza clave para solucionar el problema. Porque son los primeros que tratan con las personas con TMG y los que dan las directrices a los propios pacientes para evitar su afección a culpa del estigma. No se debe caer en la gran torpeza de por el hecho de ser esta primera figura asistencial permitirse hablar de ellos con términos estigmatizantes, al contrario, se debe tomar la responsabilidad de ser las enfermeras y los profesionales sanitarios en general, quienes comiencen con la erradicación de estos prejuicios y estereotipos.

CAPÍTULO 3: AFECTACIÓN DEL INSIGHT EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

El *insight* de enfermedad es el grado de introspección que un paciente es capaz de realizar para reconocer la afección patológica que tiene, sus síntomas, su tratamiento y las posibles consecuencias (36). En el ámbito de salud mental, la conciencia de enfermedad es un aspecto que se ve deteriorado habitualmente en función de la clínica y los distintos factores extrínsecos que afecten a la persona. Cuando se empezó a contemplar y estudiar este concepto, se intuía como una característica del paciente de tipo bivariable, de manera que una persona lo podía poseer o no. Con el paso del tiempo y el incremento de las investigaciones el *insight* ya pasó a ser considerado categórico, una característica que se podía tener en mayor o menor medida y con afectación multicausal (37).

El origen de este concepto se vincula con la antigua cultura griega, quienes ya hablaban de autoconocimiento y autoevaluación de uno mismo como métodos para alcanzar la satisfacción personal y el bienestar (36).

Dagonet en el siglo XIX emplea ya la palabra *insight* en conclusiones de investigaciones realizadas cuando los pacientes no reconocían las manifestaciones clínicas de su enfermedad. En este mismo siglo, se relaciona este término con la estructura y mecanismos neurológicos del cerebro, interpretando el *insight* como un déficit neuronal y como una patología de etiología cerebral. En el año 1934, Aubrey Lewis enlaza la introspección con la anosognosia y la esquizofrenia, al darse cuenta que era una afectación muy común en las personas con este tipo de enfermedad (36).

Sigmund Freud en su Teoría de la Personalidad (1923), establece tres constructos. El “Ello”, que es el sentimiento de placer, un proceso primario inconsciente; el “Yo” que compone la realidad y el contacto con el mundo externo; y el “Super Yo” que añade mandatos morales y guía hacia la perfección. En este caso la conciencia de enfermedad pertenecería a la clasificación del “Yo” y se vería afectada por estímulos inconscientes que conducen a la sintomatología psicótica, alucinaciones y desvirtuaciones del mundo externo. Además, en la citada teoría, se refiere al *insight* como la percepción de padecer una enfermedad y la visión que la propia persona tiene del proceso que está sufriendo (36,38).

3.1. Modelos etiológicos de la falta de *insight* en los pacientes con trastorno mental grave

En la actualidad, existen tres modelos etiológicos que sustentan la falta de *insight* durante la

fase psicótica de un paciente con TMG (8):

- El primero es el modelo **clínico**, que contempla la falta de conciencia de enfermedad como un síntoma positivo más, sobre el que hay que intervenir y tratar de mejorar con terapias y tratamientos interdisciplinares.
- El segundo modelo es el **neurocognitivo**, que establece que la falta de *insight* es fruto de una funcionalidad patológica de los lóbulos cerebrales frontales y parietales; que provocan que el paciente no tenga consciencia sobre su propia enfermedad y todo lo que acarrea.
- El tercero es el modelo **psicológico de negación**, que interpreta la disminución de conciencia de enfermedad como una conducta del propio paciente para afrontar los factores estresantes que rodean al TMG y como técnica de protección ante las secuelas perjudiciales consecuentes de la enfermedad.

Se ha desarrollado un cuarto modelo no contrastado sólidamente, por eso se le sitúa al margen de los otros tres ya consolidados. Este modelo es denominado modelo de la dimensión social. Plantea que la conciencia de enfermedad de un paciente depende de todas las influencias externas que este reciba, de su entorno y de la sociedad en la que está instalado; de manera que se configura una visión de su propia enfermedad en función a todas estas opiniones y estereotipos sociales (8).

3.2. La falta de *insight* en función de la sintomatología manifestada

La conciencia de enfermedad abarca varias cualidades, desde el conocimiento que el paciente tiene sobre su propia clínica mental, hasta la visión que tiene sobre las repercusiones sociolaborales que acarrearán y cómo asimila y se adhiere a la pauta farmacológica y terapéutica. Además, es importante evaluar si la persona con algún tipo de alucinación es capaz de percibir como tal los hechos patológicos que sufre, porque puede ocurrir que dentro del delirio, sea consciente de que los sucesos que su mente se figura no son reales (39,40). Todas estas características del *insight*, vendrán de la mano de un conjunto de síntomas. Es muy trascendente clarificar cuáles predominan ante una conciencia de enfermedad disminuida para enfocar las intervenciones profesionales y el tratamiento en una dirección u otra, dependiendo de si la clínica es positiva o negativa.

En estadios clínicos en los que la conciencia de enfermedad se ve notablemente afectada, el tipo de sintomatología predominante es positiva con alucinaciones, delirios, excitación psicomotora, verborrea, etc. A su vez, la sintomatología negativa está disminuida o es inexistente, sin presencia de depresión, apatía, aislamiento, tristeza, etc. (8). En tal caso para que una persona tenga buena conciencia de enfermedad, se asocia mayormente a síntomas negativos; por eso es importante encontrar el equilibrio farmacológico que evite grandes fluctuaciones en la clínica del paciente y permita una armonía emocional y psicológica, de forma que la persona evalúe y analice la propia enfermedad y sus consecuencias en todos los aspectos de su propia vida.

Andreu Pascual M. et al, se basan en esta correlación para realizar un estudio y los resultados verifican las investigaciones ya existentes en las que se establece que la conciencia de enfermedad aumenta cuando el paciente presenta sintomatología negativa y depresión y disminuye cuando el paciente tiene clínica psicótica positiva (8).

El papel de la familia juega un rol fundamental en la psicología y la mentalidad del paciente. No obstante, se ven inmersos en este juego de estigma-*insight* de manera que cuando un paciente tiene mayor conciencia de enfermedad con sintomatología negativa, las opiniones estigmatizantes de sus propios familiares también se ven atenuadas. La justificación es que estos allegados

al observar que el paciente tiene una opinión crítica y percibe el proceso por el que está pasando; ya no tienen la percepción de que su familiar está “loco” y cambian su impresión estigmatizante de la enfermedad por una más inclusiva, tratando la patología mental con la misma normalidad que una física (41).

La controversia subyace en las consecuencias que tiene la negatividad y la visión pesimista de estos pacientes, que puede conducir a consecuencias fatales como la ideación suicida (8). El juntar dos conceptos como mayor *insight* y depresión; a priori puede parecer favorable para el paciente frente a la no conciencia de enfermedad, pero resulta en un incremento de la autorreflexión de la persona acerca de la situación que atraviesa o la enfermedad que sufre aumentando la posibilidad de acciones fatales.

3.3. Cómo afecta la adherencia al tratamiento en el *insight* de enfermedad

La adherencia al tratamiento en el paciente con TMG tiene una relación directa con la sintomatología que presenta, que a su vez, afectará al *insight* de enfermedad, como se ha expuesto previamente.

En las personas con TMG, las investigaciones parecen indicar que tiene más trascendencia conocer los beneficios de tomar la medicación que tener conciencia de la propia enfermedad para la mejoría de su patología y consecuentemente, de la clínica. La primera pieza del engranaje sería que el paciente sepa que el tomar la medicación le augura una buena evolución. Si está convencido de ello, es más probable que tome los fármacos y que los síntomas se disminuyan. De esta forma, la clínica asociada a la enfermedad se mantendría atenuada y el plan terapéutico del paciente se alejaría entonces del ingreso hospitalario, permitiendo una mejoría en su calidad de vida y adaptación social (8,36).

No obstante, vinculado a la vida sociolaboral, tiene más influencia el *insight* de enfermedad, independientemente de si tiene una correcta adherencia al tratamiento o no. Un mayor *insight* te permitirá examinar la autopercepción de tu propia enfermedad y como afecta en tu día a día, pero una buena adherencia al tratamiento, aunque mejore la clínica manifestada, no te augura una mayor funcionalidad, autoestima y propia perspectiva del paciente y raciocinio sobre su integración en la sociedad. Este hecho permite relacionar los términos de *insight* y estigma internalizado, ya que cuando adoptas creencias sociales y estereotipos como propios, estas variables asociadas a la enfermedad se ven alteradas (42).

La ardua tarea de los profesionales sanitarios radica en encontrar un tratamiento farmacológico, que no anule la vida sociolaboral del paciente y su funcionalidad; de manera que se preserven las habilidades sociales del paciente y se le añadan terapias cognitivo-conductuales, grupales o individuales para facilitar su reintegración social y una vuelta a la normalidad lo más llevadera, progresiva y efectiva posible.

CONCLUSIONES

La importancia de establecer dentro de los objetivos terapéuticos la mejora del estigma personal y el *insight* de enfermedad en los pacientes con TMG, radica en la gran vinculación que tienen estas dos variables a estudio con un pronóstico más favorable y un incremento en la calidad de vida sociolaboral (17).

En la actualidad, el modelo asistencial se focaliza en la comunidad, por eso es de especial interés el valorar e intervenir de forma efectiva sobre estos dos constructos, que jugarán un papel clave en la toma de decisiones de la persona y en si solicitará ayuda sanitaria o no, con el consiguiente

riesgo de empeoramiento clínico. Se deben fomentar las intervenciones sobre estos pacientes actuando en su propia zona de confort, en la sociedad en la que habitan; empleando los servicios que se prestan en esta, las infraestructuras y los recursos materiales y humanitarios a los que se tenga acceso (20).

La adherencia terapéutica es clave para vigilar la evolución del paciente; y esta se verá favorecida durante fases con un *insight* elevado y un estigma personal disminuido. Así se conformaría un sistema asistencial longitudinal en el que tras una fase de enfermedad aguda, cobra especial importancia como profesionales el remarcar la relevancia del seguimiento ambulatorio. Aunque el estigma personal y el *insight* estén bien controlados, preservar y mantener el seguimiento clínico de los pacientes, evita descompensaciones bruscas, graves y con ingresos hospitalarios reincidentes (19).

Las repercusiones del estigma no tienen origen únicamente en la discriminación social sino en las propias ideas y creencias que se configura la propia persona secundarias a todos los hechos hirientes y estigmatizantes vividos (estigma experimentado). Como consecuencia de esta imagen que ellos mismos se crean sobre su patología, sufren una afección en el mundo laboral, familiar, social, etc. y se autoexcluyen de la realidad, viviendo aislados en su vida paralela. El resultado es una autodestrucción emocional con pensamientos derrotistas sobre la incapacidad de obtener empleo, de estudiar o de tener relaciones interpersonales; y con sentimientos de tristeza, cobardía, introversión o timidez (19).

Para un plan de salud mental satisfactorio, es una necesidad primordial el invertir en personal especializado no solo a nivel hospitalario sino ambulatorio para poder llevar a cabo las intervenciones requeridas y específicas encaminadas a trabajar sobre estos constructos, *insight* y estigma personal en la persona con TMG, ya sea en unidades de rehabilitación de salud mental, pisos tutelados, hospitalización de día o centros de salud; de forma que se aseguraría una asistencia interdisciplinar cohesionada, integral y holística que funcionaría además como una red de prevención, detección precoz y atención temprana en nuevos episodios de problemas de salud mental (20). Y es que ese es otro factor contrastado que se debe potenciar, el diagnóstico rápido de casos incipientes para poner tratamiento lo antes posible y evitar intervenir cuando las fases clínicas están avanzadas (14). Si se notifica un caso en una fase clínica temprana, el estigma personal y la conciencia de enfermedad no estarán muy elevados y a parte de tener un mejor pronóstico, las intervenciones profesionales serán más sencillas, efectivas y eficientes.

Corre prisa invertir, invertir en salud mental y acabar con el estigma institucional que rodea a la psiquiatría, siempre apartada y minusvalorada. No se puede pretender prestar mejores servicios con el mismo número o incluso menor de personal, además de ser necesaria su formación en esta especialidad por ser el poseerla, un dato contrastado de reducción del estigma en sanitarios, como demuestra Javier Sanz Calvo en su estudio (34). Se debe de luchar por una bolsa que prime y priorice la obtención de especialidades en las áreas destinadas a ello y así fomentar la inversión en la formación EIR y que tenga beneficios el invertir esos dos años en el aprendizaje íntegro de la especialidad. En ese plan estratégico específico para la intervención del paciente con TMG, se deberá diseñar la cantidad de profesionales necesarios y evitar una sobrecarga de trabajo de los que ya se dedican a ello. La atención sanitaria en salud mental requiere la máxima ambición, empatía y motivación por parte del sanitario; y no se pueden reflejar debilidades ni presentar *burn out*, debiendo mostrarse firme y convincente ante un paciente que necesita toda la confianza y esmero del profesional para impulsar su propia mejora.

Existe controversia frente a la destinación de hospitales exclusivos para patologías de la especialidad médica de psiquiatría, por el hecho de que puedan fomentar el estigma que las personas ingresadas sufren. Probablemente los pacientes vean incrementado su estigma personal por verse rodeados de más personas con otras o la misma patología psiquiátrica y sentirse apartados de la sociedad, pero es una forma de trabajar todos los especialistas de esta área al unísono,

integrados y ver la evolución de cada paciente de forma interdisciplinar. Además, con unas buenas infraestructuras y recursos, se pueden desarrollar más variedad de terapias, hacer un ingreso más ameno y fomentar su independencia. La clave reside en cómo se intervenga sobre ellos, de forma que sea ventajoso el tener hospitales de salud mental con resultados clínicos satisfactorios; una atención continua con figuras como la enfermera de enlace o gestora de casos que asegure una vida extrahospitalaria grata para el paciente; y una atención farmacológica y terapéutica centrada no solo en los síntomas, sino también en el aspecto biopsicosocial de la persona, involucrando a la familia y el entorno (25). Se debe incentivar el refuerzo de la identidad personal, que dejen de verso como los “locos”, los “enfermos”, los “marginados”... y comiencen a autoconvencerse de que son personas como el resto, con un proceso médico que sufre fluctuaciones pero que con un control y un seguimiento podrán llevar una vida normal, convivir en sociedad, trabajar y relacionarse con el resto de personas (31).

Al ubicar la relación *insight* – estigma personal, se puede estatuir la relevancia de construir una atención sanitaria en salud mental enfocada a mejorar estos dos conceptos en los pacientes con TMG. Si bien no se sabe qué influye más en uno o en lo otro entre *insight* y estigma personal, sí está demostrado que un mayor estigma personal se asocia con mayor desesperanza, ideación suicida y mayor *insight* de enfermedad siendo conscientes de la situación personal que les rodea. El problema es que todas las intervenciones planteadas, deberán tener en cuenta y actuar también en función de otros factores que influyen directamente en esta relación, como son la adherencia al tratamiento, la clínica que presenta y el entorno (8).

Si un amplio conjunto de estudios visibilizan las consecuencias negativas para la persona que padece TMG de sufrir estigma personal, y sabiendo que en muchos casos el tener más conciencia del proceso – *insight* – aumenta también el estigma personal e influye en su autoestima y vida sociolaboral (8,36); parece oportuno establecer líneas de investigación que determinen si existe o no relación de impacto entre estos constructos, y en qué medida influye uno sobre otro, con el objetivo final de generar programas de actuación eficaces para mejorar la calidad de vida de las personas con TMG a través de estos aspectos.

En este contexto, surge la idea de realizar un estudio transversal, usando como herramienta para la recogida de datos dos cuestionarios, que permitan por un lado valorar la conciencia de enfermedad (Scale of unawareness of mental disorders – ANEXO 2), y por otro el estigma personal (Internalized Stigma of Mental Illness – ANEXO 3); considerándose que la comparativa de resultados y el análisis de las diferentes variables recogidas en ambos, pudiese resultar de utilidad para establecer una relación más clara entre ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [Citado 15 mar 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, Berenzon-Gorn S, Robles-García R, Madrigal-de León EÁ. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población Mexicana con trastornos mentales graves. Salud Publica Mex [Internet]. 2020 [Citado 15 mar 2022]; 62(1):72–9. Disponible en:
<https://doi.org/10.21149/10323>
3. Salaverry O. La piedra de la locura: the stone of madness. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2012 [Citado 15 mar 2022]; 29(1):143–8. Disponible en:
<https://doi.org/10.1590/s1726-46342012000100022>
4. Castillo Ramírez S. Importancia de la psiquiatría forense en el proceso penal. Med Leg Costa Rica [Internet]. 1999 [Citado 16 mar 2022]; 16(1–2):14–21. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900151999000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Álvarez Cernuda S. Trabajo Fin de Grado La enfermedad mental a lo largo de la historia. Esc Enfermería Palencia “Dr Dacio Crespo” [Internet]. 2015 [Citado 16 mar 2022]. Disponible en:
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/13235>
6. Catalán RP. Locos y locura a finales de la edad media: Representaciones literarias y artísticas. Rev Filol Rom. 2008; 25:127–38.
7. Pileño Martínez ME, Morillo Rodríguez FJ, Salvadores Fuentes P, Nogales Espert A. El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades [Internet]. 2003 [Citado 16 mar 2022]; (13):29–35. Disponible en:
<https://doi.org/10.14198/cuid.2003.13.06>
8. Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, Pedrós Roselló A, Martínez Mollá P, Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, et al. Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría [Internet]. 2018 [Citado 20 mar 2022]; 38(134):491–508. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200008>
9. del Barrio V. Raíces y evolución del DSM. Rev Hist Psicol. 2009; 30(23):81–90.
10. González Robles A, García Palacios A, Molinari G, del Río González E. DSM-5: avances en la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales. Àgora Salut I [Internet]. 2015 [Citado 20 mar 2022]; 115–26. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2015.1.8 - pp. 115-126>
11. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. Clin Psychol Rev [Internet]. 2013 Nov [Citado 21 mar 2022]; 33(7):846–61. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
12. Longdon E, Read J. ‘People with problems, not patients with illnesses’: Using psychosocial

frameworks to reduce the stigma of psychosis. *Isr J Psychiatry* [Internet]. 2017 [Citado 21 mar 2022]; 54(1):24–30. Disponible en:

https://cdn.doctorsonly.co.il/2017/08/05_People-with-problems.pdf

13. Maldonado G. España, el país con menos sanitarios en salud mental de Europa solo por delante de Bulgaria [Internet]. *iSanidad, lo mejor de la sanidad*. 2020 [Citado 22 mar 2022]. Disponible en:
<https://isanidad.com/197370/espana-pais-menos-sanitarios-salud-mental-europa-solo-delante-bulgaria/#:~:text=España destina un 5%25 a,países que doblan esta media.>
14. González Domínguez S. Estigma y salud mental: Estigma Internalizado. *Norte Salud Mental* [Internet]. 2006 [Citado 24 mar 2022]; 6(26):49–59. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
15. Marcos Rubio MB. Esquizofrenia : Concepto , sintomatología y Autor / a. *Repositorio Comillas* [Internet]. 2021 [Citado 24 mar 2022];32. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/11531/50890>
16. González-fraile E. EDUCA-ESQ Programa psicoeducativo para el manejo de la sobrecarga en el cuidador del paciente con esquizofrenia o paciente esquizoafectivo. 2014.
17. Navarro Bayón D. Cómo aplicar intervenciones basadas en la evidencia en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Problemas, soluciones y metaperspectiva. Clínica Contemporánea* 2011; 2(3): 229-247.
18. Ruiz MÁ, Díaz MI, Villalobos A. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: Desclee de Brouwer. 2012.
19. Lalucat i JÓ LI, San Emeterio M, Aymerich M, Faus G, Guillamón I, Illa JM, et al. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia: consideraciones sobre su aplicación en población infantil y adolescente. *Dialnet* [Internet]. 2005 [Citado 27 mar 2022]; 47–66. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3059581>
20. Melorose J, Perroy R, Careas S. *Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019* [Internet]. Gobierno de Cantabria Conserjería de Sanidad y Servicios Sociales. 2015. [Citado 27 mar 2022] Disponible en:
<https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
21. Expósito Molina C. Estigma Y Enfermedad Mental: Un Punto De Vista Historico-Social. *Revista De Psiquiatria Y Salud Mental Hermilio Valdizan* [Internet]. 2013 [Citado 27 mar 2022]; 10(2):234. Disponilbe en:
http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Buri%0An_2_010_Preprint.pdf?sequence=1%0Ahttp://www.hhv.gob.pe/revista/2005/4_ESTIGMA_Y_ENFERMEDAD_MENTAL.pdf
22. Estigma. Definición. *Diccionario de la lengua española. RAE - ASALE* [Internet]. [Citado 29 Mar 2022]. Disponible en:
<https://dle.rae.es/estigma>
23. Michaels PJ, López M, Rüsç N, Corrigan PW. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness [Internet]. *Psychology, Society & Education*. 2012 [Citado 29 mar 2022]; 4(2). Disponible en:
<https://doi.org/10.25115/psy.e.v4i2.490>

24. Zárte J, Dávila A, Illanes M, Gioacchini C, Sananez G, Hunziker C, González B, Díaz SI, Denti F. Salud Mental Y Estigma : Análisis Sobre La Formación Profesional En Psicología. Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología. 2020; 5:153–67.
25. Julián IP, Donat AA, Bernabeu I. Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. Norte de Salud Mental XI. 2013, (46):20–8.
26. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change [Internet]. Appl Prev Psychol. 2005 [Citado 2 abr 2022]; 11(3):179–90. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
27. Cazzaniga Pesenti J, Suso Araico A. Salud mental e inclusión social, situación actual y recomendaciones contra el estigma. Confed SALUD Ment ESPAÑA [Internet]. 2015 [Citado 3 abr 2022]; 1–112. Disponible en:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-sociallestigma.pdf>
28. Álvarez A. Salud mental: cuánto gastamos en profesionales y recursos, y cuánto haría falta [Internet]. Uppers. 2021 [Citado 5 abr 2022]. Disponible en:
https://www.uppers.es/salud-bienestar/noticias-salud/salud-mental-recursos-plan-nacional_18_3250550705.html
29. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma [Internet]. Rev Psiquiatr y Salud Ment (English Edition). 2018 [Citado 5 abr 2022]; 11(4):244–54. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2016.01.009>
30. Espinosa López R, Valiente Ots C. ¿Qué Es El Trastorno Mental Grave Y Duradero? Rev Psicol y educación. 2017; 16(1):4–14.
31. Sáez Álvarez EJ, Burguete Ramos MD, Martínez Riera JR, Moreno Rupérez FD. Estigma social percibido y estrategias de afrontamiento en personas con enfermedad mental. Rev Española Enfermería Salud Ment. 2018; (5):15–20.
32. Martínez-castillo AA, Rosas Santiago FJ. El estigma hacia los pacientes psiquiátricos : una revisión bibliográfica. Alternativa psicológica. 2022; 47: 8–21.
33. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C, et al. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. Actas Esp Psiquiatr. 2018; 46(2):33–41.
34. Sanz Calvo J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. Rev Española Enfermería Salud Ment. 2019; (7):4–21.
35. Sayols-Villanueva M, Ballester-Ferrando D, Gelabert-Vilella S, Fuentes-Pumarola C, Rascón-Hernán C. El estigma de los trastornos mentales en los estudiantes de enfermería. Rev Enfermería y Salud Ment. 2015; (2):7–15.
36. Esparza Moreno F. La no conciencia de enfermedad (insight) desde el Trabajo Social con enfermos mentales. Doc Trab Soc. 2011;(49):262–9.
37. David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry [Internet]. 1990 [Citado 10 abr 2022]; 156(6):798–808. DOI:
[10.1192/bjp.156.6.798](https://doi.org/10.1192/bjp.156.6.798)

38. Seelbach González GA. Teorías de la personalidad. Red tercer milenio. 2017. 91 p.
39. McGorry PD, McConville SB. Insight in psychosis: an elusive target. Compr Psychiatry [Internet]. 1999 [Citado 10 abr 2022]; 40(2):131–42. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90117-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90117-7)
40. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Bull [Internet]. 2000 [Citado 12 abr 2022]; 26(1):193–200. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033439>
41. Krupchanka D, Katliar M. The Role of Insight in Moderating the Association Between Depressive Symptoms in People With Schizophrenia and Stigma Among Their Nearest Relatives: A Pilot Study. Schizophr Bull [Internet]. 2016 [Citado 12 abr 2022]; 42(3):600–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw024>
42. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophr Bull [Internet]. 2007 [Citado 14 abr 2022]; 33(1):192–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>

Anexo 1. Modelo de los Determinantes de la salud



Anexo 2. Escala de Evaluación del Insight

4.2.7. Escala de Evaluación del *Insight*
(Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD)

Autores	X. F. Amador, D. H. Strauss, S. A. Yale, M. M. Flaum, J. Endicott, J. M. Gorman.
Referencia	<i>Assessment of insight in psychosis</i> . Am J Psychiatry 1993;150:873-9.
Evalúa	La conciencia de enfermedad en pacientes psicóticos.
N.º de ítems	9.
Administración	Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La SUMD fue diseñada para evaluar multidimensionalmente la conciencia de enfermedad en los pacientes con psicosis.
- La versión reducida, la más utilizada actualmente, consta de 15 ítems que se agrupan en dos partes:
 - La primera parte, o evaluación global de la conciencia de enfermedad, está formada por los 3 primeros ítems y se centra en la conciencia de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental.
 - La segunda parte o conciencia de los síntomas, está formada por 12 ítems que evalúan el nivel de conciencia y la atribución para cada uno de los siguientes 6 síntomas: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad. Lógicamente, es necesario que previamente el evaluador haya valorado la presencia o ausencia de dichos síntomas (los autores recomiendan utilizar para ello la PANSS; sólo se evalúa la conciencia de un síntoma si en esta escala puntúa 3 o más).
- Las puntuaciones del nivel de conciencia se realizan mediante una escala tipo Likert de 6 valores de intensidad que oscilan entre 0 (ítem no relevante [en la PANSS ha puntuado 1 o 2]), 1 (conciencia/atribución) y 5 (no hay conciencia/no hay atribución). Para evaluar la atribución de un síntoma es necesario tener conciencia de él; por ello, sólo se evalúa la atribución en los síntomas puntuados con 3 o menos en el apartado de conciencia.
- La versión no reducida evalúa 14 síntomas e incluye, además de los de la versión reducida, los siguientes: afecto inapropiado, apariencia inusual, comportamiento estereotipado, juicio social pobre, control de impulsos agresivos, control de impulsos sexuales, alergia, abulia y trastornos de la atención.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona tres puntuaciones: global de conciencia de enfermedad, conciencia de los síntomas y atribución de los síntomas.
- La puntuación de conciencia global se obtiene sumando las puntuaciones en los 3 primeros ítems. Los autores no proporcionan puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad.
- La puntuación de conciencia de los síntomas se obtiene aplicando la siguiente fórmula: suma de las puntuaciones de los ítems 4 al 9 dividido por el número de ítems relevantes (puntuaciones > 0). Los autores no proporcionan puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad.
- La puntuación de atribución de los síntomas se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems 4 al 9 dividido por el número de ítems en los que la atribución ha sido valorada (aquellos con puntuación de conciencia < 4). Los autores no proporcionan puntos de corte; a mayor puntuación, mayor gravedad.

Anexo 3. Escala de Evaluación del estigma

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
3. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
4. Evito relacionarme con personas que no tienen enfermedad mental para evitar el rechazo	1	2	3	4
5. Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse	1	2	3	4
7. Las personas con enfermedad mental hacen contribuciones importantes a la sociedad	1	2	3	4
8. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
9. No me relaciono tanto como solía porque mi enfermedad mental podría hacerme parecer o comportarme raro	1	2	3	4
10. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante	1	2	3	4
11. No hablo mucho de mí mismo porque no quiero agobiar a los demás con mi enfermedad mental	1	2	3	4
12. Los estereotipos negativos sobre la enfermedad	1	2	3	4
13. Estar entre personas que no tienen enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	1	2	3	4
14. Me siento cómodo si me ven en público con una persona que es evidente que tiene enfermedad mental	1	2	3	4
15. La gente a menudo tiene una actitud paternalista conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. Estoy decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
17. Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida	1	2	3	4
18. La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto	1	2	3	4
19. Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que los demás tomen la mayoría de las decisiones por mí	1	2	3	4
20. Me mantengo apartado de situaciones sociales con el fin de no avergonzar a mi familia o amigos	1	2	3	4
21. Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
22. La gente me ignora o me toma menos en serio solo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
23. No puedo contribuir en nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
24. Vivir con una enfermedad mental me ha hecho una persona fuerte	1	2	3	4
25. Nadie estaría interesado en relacionarse conmigo porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir la vida de la manera que quiero	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida plena y satisfactoria, a pesar de mi enfermedad mental	1	2	3	4
28. Algunas personas piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
29. Los estereotipos sobre la enfermedad mental son aplicables a mí	1	2	3	4