Revista Española de Enfermería de Salud Mental
Spanish Journal of Mental Health Nursing
ISSN: 2530-6707

Estigma internalizado en personas atendidas en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil

Internalized stigma in individuals attended at the Montevil Comprehensive Treatment Center

Andrea Moreta Cacicedo, Laura Cuesta Castañón, María Teresa Andrés Jaén

Centro de Tratamiento Integral de Montevil. Gijón, Asturias, España.
Contacto: María Teresa Andrés Jaén, maitexu1510@hotmail.com
Fecha de recepción: 26 de octubre de 2024 / Fecha de aceptación: 14 de abril de 2025

Resumen

El presente estudio pretende conocer el grado de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave que acuden a seguimiento en el Centro de Tratamiento Integral Montevil en el Servicio de Salud del Principado de Asturias y establecer posibles relaciones con determinadas variables sociodemográficas y clínicas.
Para ello se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal. El instrumento fundamental utilizado para la recogida de datos ha sido la I*nternalized Stigma of Mental Illness Scale*, validada al castellano y compuesta a su vez por cinco subescalas. Además, se elaboró un registro con otros datos sociodemográficos mediante un cuestionario.
La muestra fue conformada por un total de 73 participantes escogidos a través de un muestreo por conveniencia de los cuales el 54,8 % eran hombres, con edades comprendidas entre los 22 y los 74 años y con una media de 21.8 años a seguimiento en los servicios de salud mental.
La puntuación media de la escala fue de 60.18, siendo la media en mujeres mayor que en hombres. El 48 % (IC 95 %: 36 %-60 %) de los participantes obtuvieron puntuaciones que corresponden con un mínimo estigma internalizado y el 37 % (IC95 %: 25 %-49 %) con estigma internalizado leve, no encontrándose relaciones significativas entre las distintas variables sociodemográficas y clínicas estudiadas.
En conclusión, según nuestros resultados, el grado de estigma internalizado en la población estudiada parece escaso, puesto que prácticamente la mitad de la muestra obtuvo valores que corresponden con un estigma internalizado mínimo.

Palabras clave: estigma internalizado, trastorno mental grave, escala ISMI, adultos, hospital de día, estigma social, autoestigma, enfermería salud mental.

Abstract

The aim of the present study is to determine the degree of internalized stigma in patients with Severe Mental Disorders who receive follow-up at the Montevil Comprehensive Treatment Center within the Health Service of the Principality of Asturias and to establish possible relationships with certain sociodemographic and clinical variables.
To this end, a descriptive, observational, and cross-sectional study was conducted. The primary instrument used for data collection was the *Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, validated in Spanish, which consists of five subscales.
Additionally, a record was created to collect other sociodemographic data through a questionnaire. The sample consisted of 73 patients selected through convenience sampling, of which 54.8 % were men, ranging in age from 22 to 74 years, with an average of 21.8 years of follow-up in mental health services.
The mean score on the scale was 60.18, with women scoring higher on average than men. Forty-eight percent (95 % CI: 36 %-60 %) of participants obtained scores corresponding to a minimum level of internalized stigma, and 37 % (95 % CI: 25 %-49 %) presented mild internalized stigma, with no significant relationships found between the different sociodemographic and clinical variables studied.
In conclusion, according to our results, the degree of internalized stigma in the studied population appears to be low, as nearly half of the sample scored at levels corresponding to minimum internalized stigma.

Keywords: internalized stigma, severe mental illness, ISMI scale, adults, day hospital, social stigma, self-stigma, mental health nursing.

Introducción

Las personas que padecen un trastorno mental grave (TMG) acuden a los servicios de salud debido al deterioro que provocan los síntomas en todas las esferas de su vida, pero también por lo que supone tener un diagnóstico de este tipo a nivel social[1]. La sociedad aún tiende a asociar los trastornos mentales con características negativas, lo que influye directamente en la conducta hacia quienes los padecen[2]. Esas características negativas que se atribuyen se denominan prejuicios y son muy diferentes dependiendo de la cultura en la que nos encontremos. Al ser estos prejuicios el elemento clave en el proceso de estigmatización, el estigma y su internalización también son diferentes dentro de cada cultura[3, 4].

Dentro del propio concepto de estigma se diferencian cinco tipos, entre los que se encuentra el estigma internalizado (autoestigma), que corresponde a la aceptación de las ideas negativas como propias. Esta aceptación provoca que la identidad de la persona se transforme hacia una idea más devaluada de sí mismo, que encaja con los prejuicios sociales[2, 4].

El estigma internalizado es frecuente entre personas con TMG, con diferencias significativas entre países[4, 5] siendo un problema grave en todas las fases de la enfermedad, incluidas las etapas de riesgo[4-6]. En las investigaciones se intenta dilucidar cuáles son las variables que se relacionan e influyen con el estigma internalizado, tanto las que pueden generar un mayor estigma como las que se relacionan con su disminución. A pesar del esfuerzo por identificar variables asociadas a su aparición o disminución, los resultados aún no son concluyentes, e incluso contradictorios. Lo que sí es claro es que un alto grado de autoestigma se asocia con depresión, desesperanza, baja autoestima, menor adherencia al tratamiento, escasa búsqueda de ayuda y menor empoderamiento[1, 4].

Estos hallazgos nos llevan a considerar el estigma como una forma de violencia que ejerce la sociedad de manera estructural a las personas con problemas de salud mental[7], y el hecho de asumirlo como propio tiene unas consecuencias casi irreparables en la vida de estas personas.

El objetivo principal de este estudio es determinar el grado de estigma personal, internalizado o autoestigma en personas con trastorno mental grave a tratamiento en el Centro de Tratamiento Integral (CTI) del Área de Gestión Clínica Salud Mental V del SESPA.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal con componente analítico.

Población y muestra

La población diana de este estudio son personas de 18 o más años con trastorno mental grave que están a seguimiento en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil (CTI).

No se realizó un cálculo del tamaño de muestra, ya que se incluyó la totalidad de los casos disponibles durante el período de estudio en la población objetivo. Por lo tanto, se trató de una muestra por conveniencia. La recogida de datos de llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de septiembre a noviembre de 2023. Los criterios de inclusión de la investigación son: tener 18 o más años y pertenecer al programa de trastornos mentales graves. Se consideraron criterios de exclusión la agudización de la patología de base, presentar un déficit cognitivo o físico que les impida rellenar el cuestionario, no saber castellano, no saber leer y la negación a participar en el estudio.

Los cuestionarios y la escala fueron completados de manera autoadministrada por las personas participantes delante de las propias investigadoras.

Mediciones

La variable principal a estudio fue el estigma internalizado, que medimos a través de la escala de autoestigma de la enfermedad mental (*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*, ISMI) elaborada en el año 2003[8] y validada posteriormente al castellano[9]. Se trata de una escala autoadministrada y consta de 29 ítems. Dentro de la escala se incluyen 5 subescalas que miden alienación, asunción del estereotipo o autoestigma, discriminación percibida o experiencia de discriminación, aislamiento social y resistencia al estigma[10].

El resto de las variables fueron recogidas en una hoja de datos que fue elaborada por las investigadoras. Las variables sociodemográficas incluidas fueron las siguientes: edad, sexo, estado civil, nivel educati-

vo, situación laboral, ingresos económicos y apoyo social/familiar.

Análisis de datos

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo cifrada elaborada en Excel para su posterior análisis en el programa estadístico PASW SPSS 18 y EPIDAT 4.0. Primero se realizó un análisis univariante. Las variables cualitativas se presentaron con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza al 95 %. Para las cuantitativas se presentó su media y su desviación estándar. En el análisis bivariante se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2. Se analizó el comportamiento de las variables cuantitativas mediante el test de la *t* de Student y se estudió la correlación entre puntuación ISMI y años en tratamiento mediante la ρ de Spearman.

Consideraciones éticas

El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias, cuya autorización se solicitó previa a la realización del estudio (Código CEImPA 2023.305). Todos los participantes fueron informados de las características y fines del estudio antes de su realización, accediendo a participar de forma voluntaria y firmando el consentimiento informado, de acuerdo con la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Resultados

De las 102 personas a las que se invitó a participar, 29 rechazaron su participación (17 hombres y 12 mujeres). Las razones para no participar se resumen en que les parecía largo el cuestionario a rellenar y/o que no querían formar parte de un estudio de investigación. Finalmente, la muestra del estudio fue de 73 personas.

En cuanto a los resultados de las variables sociodemográficas (tabla 1), en relación con la variable sexo

Variables	n	Porcentaje válido
Género		
Hombres	40	54.80 %
Mujeres	33	45.20 %
Estado civil		
Soltero	64	87.70 %
Casado o con pareja estable	8	11.0 %
Viudo	1	1.4 %
Nivel educativo		
Sin estudios	3	4.20 %
Estudios primarios	24	33.80 %
Estudios secundarios	20	28.20 %
Formación profesional básica	15	21.10 %
Estudios universitarios	9	12.70 %
Ingresos económicos		
Sin ingresos	5	6.80 %
< 500 €	24	32.90 %
500-1000 €	34	46.60 %
1001-1500 €	9	12.30 %
> 1500 €	1	1.40 %
Situación laboral		
Empleado	3	4.10 %
Desempleado	19	26.0 %
Incapacidad laboral transitoria	1	1.4 %
Incapacidad parcial o total	50	68.5 %
Apoyo social/familiar		
Nunca	6	8.20 %
Casi nunca	13	17.80 %
Casi siempre	23	31.50 %
Siempre	31	42.50 %

Tabla 1. Variables Sociodemográficas de los participantes del estudio (n=73)

el 54.8 % de los participantes son hombres. La media de edad de la muestra es de 50 años y la mediana, de 48 años, siendo la edad mínima de 22 y la máxima, de 74 años. En cuanto al estado civil, un 87.7 % se encuentran solteros/as. Respecto al nivel educativo, un 49.3 % tienen estudios secundarios y/o formación profesional básica. Sobre los ingresos mensuales, un 46.4 % cobran entre 500-1000 euros y el 68.5 % se encuentran en una situación de incapacidad parcial o total. En cuanto a la situación laboral, el 68.5 % presentaba incapacidad parcial o total para trabajar. Respecto a las variables clínicas, la edad media de inicio de tratamiento es de 27.8 ± 3.4 años con una media de 21.8 ± 2.8 años a seguimiento. Las variables relacionadas con la adherencia al tratamiento (tabla 2), como son tomar la medicación y acudir a consultas, el 94.5 % y el 98.6 % de los participantes respectivamente, respondieron que siempre lo hacían.

Variables	n	Porcentaje válido	Intervalos de confianza (95 %)
Toma de medicación			
Siempre	69	94.5 %	86.56-98.49
Nunca	3	4.1 %	0.856-11.54
A veces	1	1.4 %	0.035-7.40
Acude a consultas			
Siempre	72	98.6 %	92.60-99.97
Nunca	1	1.4 %	0.035-7.40
A veces	0	0.0 %	0.00 - 4.93

Tabla 2. Variables Clínicas de los participantes

Sobre la variable principal del estudio, el estigma internalizado, la puntuación media obtenida en la escala ISMI es de 60.18 ± 3.38. El 48 % (IC 95 %: 36 %-60 %) de los participantes obtuvieron puntuaciones que corresponden con un mínimo estigma internalizado, es decir con puntuaciones entre 1 y 2; el 37 % (IC95 %: 25 %-49 %) con estigma internalizado leve, que coincide con las puntuaciones entre 2.1 y 2.5; un 11 % (IC95 %: 3 %-19 %) de la muestra alcanza puntuaciones de entre 2.6 y 3, que es un estigma internalizado moderado; y por último un 4 % (IC95 %: 1 %-11 %) tiene valores entre 3.1 y 4, que corresponden con estigma internalizado severo.

Al desglosar los resultados en cada subescala de la ISMI (tabla 3), un 67.1 % no presenta *alienación*; en la subescala *asunción del estereotipo*, un 89 % corresponde con valores negativos; tanto en la *discriminación percibida* como en el *aislamiento social*, un 76.7 % no las presenta; y por último un 65.8 % no presentan *resistencia al estigma*.

Subescalas	n	Porcentaje	Intervalos de confianza (95 %)
Alienación			
NO	49	67.1 %	55.66-78.58
SÍ	24	32.9 %	21.42-44.34
Asunción del estereotipo			
NO	65	89.0 %	81.19-96.82
SÍ	8	11.0 %	3.11-18.81
Discriminación percibida			
NO	56	76.7 %	66.33-87.09
SÍ	17	23.3 %	12.91-33.67
Aislamiento social			
NO	56	76.7 %	66.33-87.09
SÍ	17	23.3 %	12.91-33.67
Resistencia al estigma			
NO	48	65.8 %	54.18-77.32
SÍ	25	34.2 %	22.68-45.82

Tabla 3. Resultados de las Subescalas de la Escala ISMI

Al comparar la variable sexo en las subescalas (tabla 4), las mujeres presentan resultados positivos más elevados que los hombres: *alienación* (42.4 % frente a 25 %), *asunción del estereotipo* (12.1 % frente a 10 %), *discriminación percibida* (33.3 % frente a 15 %) y *aislamiento social* (27.3 % frente a 20 %).

En cuanto al estado civil, los participantes casados o con pareja estable dan como resultado una media de 76.5, mientras que los solteros, una de 58.1. Con respecto al tiempo en tratamiento en los servicios de salud mental, los participantes con estigma mínimo llevaban en tratamiento una media de 16.6 años; aquellos con estigma leve, 25.95 años; con estigma moderado, 18.86 años; y con estigma severo, 28.67 años.

Variable	Alienación		Asunción del estereotipo		Discriminación percibida		Aislamiento social		Resistencia al estigma	
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
Género										
Hombres	75.0 %	25.0 %	90.0 %	10.0 %	85.0 %	15.0 %	80.0 %	20.0 %	62.5 %	37.5 %
Mujeres	57.6 %	42.4 %	87.9 %	12.1 %	66.7 %	33.3 %	72.7 %	27.2 %	69.7 %	30.3 %
Nivel educativo										
Sin estudios y primarios	63.0 %	37.0 %	77.8 %	22.2 %	81.5 %	18.5 %	66.7 %	33.3 %	63.0 %	37.0 %
Secundarios y formación profesional básica	74.3 %	25.7 %	97.1 %	2.9 %	77.1 %	22.9 %	80.0 %	20.0 %	68.6 %	31.4 %
Universitarios	55.6 %	44.4 %	88.9 %	11.1 %	66.7 %	33.3 %	88.9 %	11.1 %	55.6 %	44.4 %
Ingresos económicos										
< 500 €	79.3 %	20.7 %	86.2 %	13.8 %	93.1 %	6.9 %	79.3 %	20.7 %	62.1 %	37.9 %
500-1000 €	58.8 %	41.2 %	91.2 %	8.8 %	61.8 %	38.2 %	73.5 %	26.5 %	67.6 %	32.4 %
> 1000 €	60.0 %	40.0 %	90.0 %	10.0 %	80.0 %	20.0 %	80.0 %	20.0 %	70.0 %	30.0 %

Tabla 4. Resultados de las Subescalas de la Escala ISMI relacionadas con variables sociodemográficas

Discusión

Según los datos del *Informe anual del Sistema Nacional de Salud* del año 2022, la prevalencia de trastornos mentales tanto en España como en Asturias es más elevada en mujeres que en hombres (425 frente a 340 aproximadamente en esta comunidad autónoma). Al revisar estudios previos, podemos encontrar algunos que encajan con esta realidad en la población general de este país[11-13]. Sin embargo, otros tienen una muestra con más predominio de hombres que de mujeres[1,14] al igual que nuestro estudio, aunque esta prevalencia no debe equipararse directamente debido a la composición de la muestra.

En primer lugar, según nuestros resultados, el grado de estigma internalizado en la población estudiada parece escaso, puesto que el 48 % presenta valores que corresponden con un mínimo autoestigma, prácticamente la mitad de la muestra, y el 37 % presenta niveles leves. Estudios realizados recientemente, muestran resultados similares, con porcentajes elevados en mínimo estigma o estigma leve[1,11,15]. Esto contrasta con resultados obtenidos en el de una revisión sistemática que incluye múltiples estudios, y cuyos resultados muestran que aproximadamente un tercio de las personas participantes informan de un elevado estigma y destacan que la frecuencia del estigma internalizado es consistentemente alta en todos los continentes[4].

Al analizar los resultados obtenidos en cada una de las subescalas de forma individual, encontramos que la *asunción del estereotipo*, *discriminación percibida* y *aislamiento social* presentan resultados mínimos en nuestra población a estudio, lo que sugiere que la mayoría de los participantes no se identifican con estas formas de estigma. Sin embargo, en las subescalas *alienación* y *resistencia al estigma*, se observa una mayor variabilidad de respuesta. Esta situación es algo que se repite en otros estudios, en los que se observan puntuaciones bajas en discriminación percibida y elevadas en la alienación[16]. Del mismo modo, podemos ver que se repite esta misma dinámica con resultados similares en estudios realizados con muestras de adolescentes con problemas de salud mental[1].

En lo relativo a las variables sociodemográficas, hay que destacar que en nuestro estudio, al comparar las medias de la puntuación total de la escala ISMI en relación con algunas de las variables, los resultados

no presentan grandes diferencias en los valores, excepto la variable estado civil. La media entre los solteros y las personas casadas o con pareja estable se diferencian en casi 20 puntos. Sin embargo, no se identificaron diferencias destacables en el resto de los análisis de estas variables en nuestra población, como ocurre en la mayor parte de los estudios revisados[4,14]. A pesar de no encontrar diferencias notables, muchos de ellos sí remarcan la influencia de estas variables en el desarrollo e interiorización del estigma y, en consecuencia, en los resultados obtenidos en las escalas de estigma internalizado[14].

Dentro de esta investigación, se encuentran las subescalas como factores determinantes a la hora de medir los resultados totales de la escala ISMI. Cabe destacar que, al realizar el análisis bivariante de cada una de las subescalas con la variable sexo, se puede observar que las mujeres presentan mayores porcentajes, llegando incluso a duplicar los valores del porcentaje de los hombres en dos de ellas: *alienación* y *discriminación percibida*. En las subescalas de *asunción del estereotipo* y *aislamiento social*, también son mayores, pero en menor medida. Además, en la subescala *resistencia al estigma*, ellas presentan una menor resistencia. Por último, al analizar la puntuación total obtenida en la escala en función de esta variable, las mujeres también presentan valores totales más elevados que los hombres, con una media de 62 puntos frente a 58, respectivamente. Algunos estudios previos han encontrado resultados con esta misma tendencia de un mayor estigma internalizado en las mujeres que en los hombres[16].

En cuanto a la variable *nivel de estudios* respecto a las subescalas, podemos observar que las personas con estudios universitarios presentan una mayor alienación, así como mayor puntuación en la discriminación percibida, pero a la vez también presentan una mayor resistencia al estigma con respecto al resto de categorías, lo que podría indicar una mayor conciencia crítica respecto al estigma social. A su vez, las personas sin estudios o estudios primarios tienen porcentajes más elevados en cuanto a la asunción del estereotipo y el aislamiento social.

En relación con la adherencia al tratamiento, algunos estudios afirman que puntuaciones más altas de estigma internalizado están asociadas a la falta de adherencia al tratamiento[9,11]. Sin embargo, centrándonos en nuestros resultados, se observa que las puntuaciones más elevadas y, por tanto, con un mayor estigma internalizado también presentan una buena adherencia al tratamiento (valorado con la variable acudir a consultas y con la toma de medicación). Esto puede deberse a un sesgo de selección de la muestra, ya que la mayoría de los participantes eran personas que acudían con regularidad al centro, lo que podría explicar su elevada adherencia.

Destacar que, aunque la correlación lineal entre la puntuación total de la escala y el tiempo a tratamiento es débil en los resultados de nuestra investigación, en otros estudios afirman que un mayor tiempo a tratamiento influye de forma significativa en un aumento de los niveles de estigma internalizado[1].

Conclusiones

El presente estudio ha permitido identificar que el grado de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave atendidas en el Centro de Tratamiento Integral de Montevil es, en general, bajo. Entre las subescalas analizadas, destaca la mayor variabilidad en las dimensiones de *alienación* y *resistencia al estigma*, lo que sugiere áreas potenciales de intervención a nivel clínico y psicosocial.

Respecto a las limitaciones de nuestro estudio, el hecho de no encontrar una relación entre el grado de estigma internalizado con las características sociodemográficas ni con los años de seguimiento se puede explicar por el pequeño tamaño muestral. No se incluyó el diagnóstico como variable independiente por la limitación temporal a la hora de desarrollar el estudio por lo que no se puede tener en cuenta la influencia que estos podrían tener en los resultados del estigma internalizado.

Además, al ser una escala autoadministrada, puede haber problemas de entendimiento de las preguntas. Esto también influye en que puede aparecer el sesgo de no respuesta ya que no vamos a conocer las razones por las que los participantes no responden a ciertas preguntas de la escala o del cuestionario. Para disminuir la presencia de este sesgo, los cuestionarios siempre han sido entregados por las investigadoras y/o las enfermeras de referencia de cada paciente, por si pudieran aparecer problemas a la hora de rellenarlo. Sin embargo, con esta medida podría aparecer el sesgo de complacencia, ya que al estar presente la enfermera de referencia las respuestas de la persona pueden estar influenciadas por lo que cree que la enfermera espera de él.

Por último y como hemos adelantado anteriormente, en los resultados de las dos cuestiones referidas a la adherencia al tratamiento (asistencia a consultas y toma de tratamiento), nuestro estudio podría estar afectado por un sesgo de selección debido a que las personas a las que hemos tenido acceso para que completaran la escala y el cuestionario son las que acuden a tomar la medicación al centro, administrarse medicación intramuscular y/o a las consultas con sus terapeutas. Esto explicaría que casi el 100% de los participantes hayan afirmado que tienen una buena adherencia al tratamiento.

Con todo lo anteriormente mencionado, podemos deducir que el estigma y en concreto el estigma internalizado es un aspecto que continúa influyendo de forma negativa en las personas que padecen trastornos mentales graves, sobre todo en relación con la búsqueda de tratamiento y en la adherencia al mismo. Por esta razón, consideramos importante continuar con la investigación en este ámbito, pero mediante estudios con muestras más amplias y representativas, e incluyendo variables clínicas relevantes. Asimismo, utilizar una perspectiva cualitativa permitiría acercarnos a la realidad del estigma de una manera mucho más amplia, completando así la información que aporta la investigación cuantitativa sobre el tema. Pero también nos parece importante nombrar la necesidad de que se amplíe esta visibilidad hacia los trastornos mentales graves y no vuelvan a quedar relegados e incomprendidos a nivel social, para conseguir con ello reducir el estigma social y con él el estigma internalizado y sus consecuencias en la vida de las personas que los padecen.

Bibliografía

1. Barcenilla Barcenilla D, González González M, González Marugán EM, Martínez Menéndez N, Sumillera Diéguez CI. Autoestigma y apoyo social percibido en adolescentes atendidos en salud mental. Trabajo fin de residencia. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias; 2020.
2. Stefaniak I. I am what I am: a review of the assumptions of anti-self-stigma intervention. Adv Psychiatry Neurol [Internet]. 2021; 30(1):45–51. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082030/
3. Schomerus G, Angermeyer MC. Blind spots in stigma research? Broadening our perspective on mental illness stigma by exploring what matters most in modern Western societies. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. 2021; 30(26):1-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33729113/
4. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences. Schizophr Bull [Internet]. 2021; 47(5):1261–87. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33459793/
5. Moraleda Á, Galán-Casado D, Cangas AJ. Reducing self-stigma in people with severe mental illness participating in a regular football league: an exploratory study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019; 16:1-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31561438/
6. Soroka E, Słotwiński M, Pawęzka J, Urbańska A. Between self-stigma and the will of recovery. Difficulties in accepting a psychiatric diagnosis - case study. Psychiatr Pol [Internet]. 2022; 56(1):183–93. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35569157/
7. Comité asesor para la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
8. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. Psychiatry Res. 2003; 121(1):31–49.
9. Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018; 11(4):244–54. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286articulo-adaptacion-al-espanol-escala-internalized-S1888989116000367
10. Del Valle Gallo V. Estigma y salud mental: evaluación del nivel de estigma en personas que consumen sustancias psicoactivas. Tesis de maestría en salud mental. Universidad Nacional de Córdoba; 2019: 24–6. Disponible en: https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/14975/GALLO%20CC.pdf?seque nce=1
11. Ghosh P, Balasundaram S, Sankaran A, Chandrasekaran V, Sarkar S, Choudhury S. Factors associated with medication non-adherence among patients with severe mental disorder - A cross-sectional study in a tertiary care centre. Explor Res Clin Soc Pharm [Internet]. 2022; 7:1-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36161207/
12. Díaz Hernández EL, Brito Brito PR, García Hernández AM. Cambios en la percepción del estigma en personas con trastorno mental grave. Majorensis: Rev Electron Cienc Tecnol [Internet]. 2021; 17:66-71. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8070494&info=resumen&idioma=SPA
13. Hernando-Merino E, Baca-Garcia E, Barrigón ML. Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2022; 15:205–10. Disponible en: www.elsevier.es/saludmental
14. González Domínguez S. Estigma y salud mental: estigma internalizado. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid; 2020. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14352/11074
15. Sanz Domingo AI, Ferrer Aguilo L, Lorente Fernández D, Garrido Carrera A, Larraz Giganto S, Lario Marín NE. Estigmatización y adherencia al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia: revisión sistemática. Rev Sanitaria Investig [Internet]. 2023; 4(1). Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/estigmatizacion-y-adherencia-altratamiento-psicofarmacologico-en-pacientes-con-esquizofrenia-revisionsistematica/
16. Del Cura Bilbao A, Sandín Vázquez M. Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. Gac Sanit [Internet]. 2021; 35(5):473–9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.004