



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**Transformando el estigma social sobre los Trastornos  
Mentales desde el rol de voluntariado**

Autora: Leire Cuadrado Manzanedo

Tutora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2025/2026

## **Resumen**

El estigma hacia las personas con trastorno mental grave constituye una de las principales barreras para la inclusión social. El presente Trabajo de Fin de Grado analiza el papel del voluntariado como estrategia de intervención orientada a la reducción del estigma público y del autoestigma. A través de una revisión bibliográfica de carácter descriptivo y analítico de modelos internacionales como NAMI, el Toolkit MOSAIC de la OMS y programas de Befriending, se evalúan los mecanismos de cambio basados en la teoría del contacto horizontal y los enfoques centrados en la recuperación. Los resultados indican que el voluntariado como herramienta puede contribuir a disminuir prejuicios y actitudes discriminatorias. No obstante, la evidencia también indica que su impacto resulta limitado cuando se implementa de forma aislada. Se concluye que el voluntariado no sustituye las intervenciones clínicas, ni políticas de inclusión, pero sí puede actuar como herramienta complementaria para favorecer la transformación de los vínculos relacionales y promover la integración en salud mental.

*Palabras clave: autoestigma, voluntariado, inclusión social, salud mental, acompañamiento social.*

## **Abstract**

Stigma towards people with mental health problems remains one of the main barriers to social inclusion. This Thesis discusses the role of volunteering as psychosocial intervention strategy aimed at reducing public stigma and self-stigma. Through a descriptive and analytical review of international models such as NAMI, the Toolkit MOSAIC from WHO and Befriending programs. It is important to evaluate the mechanisms based on horizontal contact theory and the recovery approaches. Results suggest that peer support can lead to a reduction of prejudice and negative attitudes. However, evidence also demonstrate that its impact is limited when it is implemented in isolation. Finally, we outline the potential of peer supports which represent a relevant complementary tool to transform relational bonds and focusing on inclusion in mental health.

*Key words: self-stigma, volunteering, social inclusion, mental health, peer support.*

## Índice

Resumen .....	2
1    Introducción.....	5
1.1    Justificación y Relevancia Social de la Investigación .....	5
1.1.1    La Realidad del Estigma en Salud Mental: Crítica a los enfoques tradicionales .....	7
1.1.2    El Voluntariado como Estrategia de Cambio: Análisis de riesgos en la literatura. ....	8
1.2    Objetivos Generales y Específicos.....	11
2    Marco Teórico: .....	12
2.1    Conceptualización del Estigma en Salud Mental.....	12
2.1.1    Componentes Teóricos del Estigma: Modelo Tripartito .....	14
2.1.2    Consecuencias en la Calidad de Vida y Recuperación.....	15
2.2    El Voluntariado como Intervención Psicosocial.....	16
2.2.1    Definición y Funciones del Rol de Voluntariado en Trastorno Mental Grave .....	18
2.2.2    Modalidades de Intervención Voluntaria: Acompañamiento y Apoyo.....	19
3    Metodología.....	20
4    Análisis del Voluntariado en la Actualidad.....	22
4.1    Variables que Influyen y Mecanismos de cambio .....	22
4.1.1    Impacto en Autoestima y Autoeficacia de las Personas con Trastorno Mental.....	23
4.1.2    Efectos en la Generalización de la Interacción Social e Integración Comunitaria .....	23
4.2    Impacto en la Percepción Social .....	24

4.2.1	Análisis de la Reducción del Estigma Público a través del Contacto Social .....	24
4.2.2	Evaluación del Efecto Neutralizador sobre el Autoestigma .....	25
4.3	Programas de Voluntariado Existentes .....	25
5	Discusión y Conclusiones.....	27
5.1	Discusión de Resultados y Evidencias.....	27
5.1.1	Indicadores de Resultados: Análisis de Estudios Cualitativos ...	27
5.1.2	Argumento Principal: El Rol del Voluntariado como Factor de Inclusión.....	29
5.2	Conclusiones .....	30
5.3	Limitaciones y Futuras Investigaciones .....	31

## **1 Introducción**

### **1.1 Justificación y Relevancia Social de la Investigación**

A pesar de los avances alcanzados, como la mayor visibilidad en medios de comunicación y la implementación de estrategias de salud mental, se requiere más esfuerzo en programas y políticas que abarquen los procesos de estigmatización y discriminación (Thornicroft et al., 2016; The Lancet Commission, 2022). “Desde el marco de la OMS, la salud mental fue definida como un estado de bienestar mental, físico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (World Health Organization, 1948). Esta conceptualización históricamente ha generado muchos debates, para el estudio del estigma ya que adopta una visión biopsicosocial. El enfoque fue formalizado posteriormente por el psiquiatra George L. Engel en 1977 integrando las dimensiones psíquicas y sociales en un mismo ámbito. Aunque la definición fue objeto de debate, su relevancia reside en que cambió el foco de la patología y lo trasladó hacia el funcionamiento social y relacional del sujeto.

Haciéndose eco de esta divergencia de opinión, la OMS en 2024 reformula y amplía la definición como un estado de bienestar que permite ser consciente de las propias capacidades, afrontar estrés cotidiano y trabajar de forma productiva, incluyendo la capacidad de contribuir en la comunidad (OMS, 2022; OMS, 2025). A escala global, el estudio sobre el estigma en salud mental sigue siendo un problema mayoritario y urgente. Según datos recientes de la OMS (2025), aproximadamente una de cada siete personas en el mundo sufre alguna condición de salud mental. Este elevado número de afectados evidencia que el estigma es una barrera estructural que afecta una gran parte de la población mundial. El estigma sigue presente manifestado en prejuicios culturales, actitudes negativas y barreras institucionales que influyen en el aislamiento social, la discriminación y marginación de aquellos que padecen la enfermedad (Corrigan & Watson, 2002).

Esta realidad se refleja en datos más recientes, como el aumento de las denuncias por vulneración de derechos en salud mental en 2024, donde se observaron casos de discriminación laboral y rechazo social en España (Salut Mental Catalunya, 2024; Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA, 2024). El mero diagnóstico continúa actuando como barrera social significativa, perpetuando mitos y estereotipos que refuerzan la exclusión.

Ante esta situación, el presente Trabajo de Fin de Grado tiene como propósito analizar el rol del voluntariado como agente transformador del estigma social asociado a los Trastornos Mentales Graves (TMG). A diferencia de los enfoques tradicionales centrados únicamente en la descripción de la discriminación, esta investigación busca cubrir el vacío existente en la literatura científica respecto a cómo la acción voluntaria interviene en la reducción del estigma y la discriminación de enfermedad mental. Esta carencia de información sobre el papel mediador del voluntario dificulta actualmente la implementación de estrategias institucionales efectivas, perpetuando reacciones sociales negativas que reducen la identidad de la persona al simple diagnóstico.

A través de la participación de la población en general, los voluntarios pueden convertirse en herramienta de cambio y así orientar futuras intervenciones que ayuden a alcanzar una visión más inclusiva en la sociedad con menos prejuicios. El *Mosaic Toolkit to end stigma and discrimination in mental health* (Organización Mundial de la salud OMS, 2024) respalda esta perspectiva al proponer tres principios fundamentales basados en evidencia: el liderazgo o coliderazgo de personas con experiencia vivida en trastornos mentales, el contacto social significativo y las alianzas inclusivas. Estos elementos destacan el valor del contacto y la participación comunitaria como herramientas clave para la modificación de los prejuicios y estereotipos negativos.

En definitiva, este Trabajo de Fin de Grado propone que el voluntariado bajo condiciones estructuradas de contacto igualitario y supervisión, puede constituir una herramienta eficaz para la reducción del estigma tanto a nivel individual como social. Este enfoque se alinea con objetivos similares a los planteados en planes de acción para el bienestar de personas con trastornos mentales, como en lo descrito en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, concretamente el ODS 3 (salud y bienestar), que promueve la salud mental, el bienestar común, la prevención de trastornos y la reducción del estigma y la discriminación asociada; y el ODS 10 (Reducción de las desigualdades), que busca eliminar barreras discriminatorias, fomentar la inclusión social y garantizar la igualdad de oportunidades para grupos vulnerables. Por tanto, la intención principal de este trabajo es realizar un análisis y revisión bibliográfica sobre el rol de voluntariado como fuente de apoyo para combatir y reducir el estigma en personas con trastornos mentales desde una perspectiva psicosocial.

### *1.1.1 La Realidad del Estigma en Salud Mental: Crítica a los enfoques tradicionales*

Desde la perspectiva teórica, el estigma ha sido objeto de estudio empírico en numerosas investigaciones que permiten comprender su complejidad. Autores clásicos se refieren a él como un proceso social complejo que inicia con el etiquetado, la separación, el estereotipado y discriminación (Goffman 1963), mientras enfoques posteriores describen el fenómeno como una entidad única y global (Reidpath & Chan, 2005). Sin embargo, esta perspectiva unitaria ha sido criticada por su excesiva simplificación. En contraste, Link y Phelan (2001) profundizan en la naturaleza del fenómeno concibiéndolo como un proceso social complejo que se manifiesta a través del etiquetado, los estereotipos, la separación, la pérdida de estatus y la discriminación. Parker y Aggleton (2003), son autores que profundizan en esta línea al definir el estigma como mecanismo de control social, donde las diferencias son construidas y actualizadas para mantener jerarquías y exclusión. Como resultado de esta variedad de significados que se otorgan a este fenómeno en el ámbito de la salud mental surgen modelos que buscan abarcar su multidimensionalidad. Tradicionalmente, para facilitar su medición, se reconocen tres componentes esenciales en el estigma: la dimensión cognitiva que hace referencia a las creencias negativas o estereotipos como, por ejemplo, al asociar la enfermedad mental con peligrosidad, responsabilidad o competencia. La dimensión afectiva que implica prejuicios emocionales, tales como el miedo o la compasión. Y la dimensión conductual de la discriminación traduciéndose en prácticas de aislamiento y exclusión social (Corrigan & Watson, 2002).

Sin embargo, pese a la utilidad de este modelo tripartito, el enfoque clásico de autores clásicos como Goffman (1963), ha sido objeto de importantes críticas. Principalmente permite una visión centrada en la interacción micro, invisibilizando las estructuras institucionalmente y no abordando de forma adecuada las políticas públicas que mantienen el estigma. Autores como Hatzenbuehler (2016) y Stangl et al. (2019) han ampliado esta perspectiva integrando conceptos como el de estigma estructural, que reconoce cómo las normas y leyes y practicas institucionales restringen las oportunidades de personas con Trastorno Mental Grave. Asimismo, Yang et al. (2007) subrayan la necesidad de entender el estigma como un “daño moral” que se instaura en la cultura y las normas sociales, teniendo un impacto limitado al no abordar los contextos de desigualdad.

Finalmente, la combinación de educación y contacto, especialmente aquellos con experiencia, puede potenciar una práctica más prometedora. Se recomienda para ello diseñar intervenciones en relación con sus componentes y adaptadas a la cultura para un mayor impacto. No obstante, estudios como los de Pettygrew y Tropp (2006) confirman resultados que sugieren que el contacto no siempre funciona. En caso de que no se garanticen condiciones de igualdad, reciprocidad y liderazgo de personas con experiencia, se pueden producir efectos de rebote que refuercen los prejuicios existentes. Es precisamente en respuesta a la necesidad de crear entornos de contacto igualitario y libre de jerarquías clínicas donde el voluntariado surge como recurso transformador. Al fomentar interacciones basadas en horizontalidad y la cooperación en entornos comunitarios, el apoyo voluntario se entiende como mecanismo adecuado para neutralizar el estigma estructural y promover la inclusión de personas con trastornos mentales.

### *1.1.2 El Voluntariado como Estrategia de Cambio: Análisis de riesgos en la literatura.*

El impacto del voluntariado en la reducción de prejuicios no es un fenómeno automático; por el contrario, es el resultado de diversas condiciones críticas, tales como el diseño de la intervención, el rol asignado a los participantes y el marco institucional que regula la relación. Cuando estos elementos están alineados, la práctica de carácter prosocial proporciona al usuario habilidades de interacción social y un sentimiento de utilidad vinculados al empoderamiento personal (Pérez-Corrales, Huertas & Hoyas, 2022).

Aunque algunas campañas de sensibilización han logrado incrementar el conocimiento público sobre el papel de voluntariado, su impacto sobre el estigma conductual, especialmente en la disposición al contacto social o la contratación laboral, suele ser limitado y poco sostenido. Por ello, se propone que el cambio real no solo surge de la información, sino de un modelo cognitivo-afectivo-conductual que se nutre de prácticas cotidianas (Corrigan & Watson, 2002; Link & Phelan, 2001). Para comprender como se produce la transformación, es fundamental diferenciar dos modelos de voluntariado que operan con mecanismos y resultados distintos. Por un lado el modelo asistencialista y más tradicional y por otro, el modelo de contacto social estructurado.

Históricamente, el voluntariado en el ámbito de la salud mental se fundamenta en principios de caridad y compasión paternalista, un enfoque que suele producir efectos estigmatizantes no deseados. Este modelo tradicional presenta riesgos críticos derivados de la ausencia de entrenamiento previo adecuado, supervisión estructurada y una definición clara de objetivos, lo que mantiene incluso, puede reforzar el estigma en vez de reducirlo. Entre los principales problemas asociados a este enfoque se encuentra el enfoque en el déficit, en el que al centrar la atención en los síntomas como alucinaciones o desorganización del pensamiento se refuerza una percepción de incapacidad crónica en la persona con trastorno mental. El segundo que destacamos es el refuerzo de estereotipos y paternalismo benévolo. El modelo genera una dicotomía excluyente entre voluntarios “normales o sanos” y los otros como “enfermos”. Estudios experimentales sobre el estigma sugieren que la ayuda paternalista puede interpretarse como confirmación de la menor capacidad mental del receptor. Finalmente, el último riesgo que destacamos es el fracaso institucional con un ejemplo ilustrativo como el Project Anchor (Gurel et al.), programa implementado en hospitales de veteranos de EE.UU. en la década de 1970. Los autores atribuyeron el fracaso en la reducción del estigma a la ausencia de preparación de voluntarios, supervisión insuficiente y la ambigüedad en la definición de objetivos.

Frente al modelo asistencialista, surge la alternativa del contacto intergrupar directo basado en la Teoría del Contacto de Allport (1954), que requiere condiciones de igualdad de estatus y objetivos comunes para ser efectiva. Para definir el voluntariado formado hay que tener en cuenta su enfoque en el estigma asociado a la salud mental, promoviendo relaciones igualitarias y centradas en recuperarse. Este modelo contrarresta los prejuicios y promueve una visión más autónoma. Uno de los elementos clave que define este voluntariado es la formación previa en salud mental, procesos de recuperación y evitación del paternalismo.

Para garantizar la integridad del modelo, se requiere el desarrollo de habilidades de comunicación no jerárquica (Goffman, 1963) integradas en un sistema de supervisión constante que prevenga la aparición de dinámicas de poder asimétricas entre los participantes (Link & Phelan, 2001). El modelo se basa en los intereses y objetivos comunes de los participantes, no tanto en la necesidad de ayuda. Su intención es evitar poner el foco en el déficit o los síntomas, y, por tanto, para construir relaciones efectivas se requiere una duración mínima de compromiso que se establece entre los 6-12 meses. Asimismo, se incorpora en el modelo a personas con diagnósticos similares para aportar

experiencias vividas y así, reducir la estigmatización, como evidencian los voluntarios “peer” (McCorkle et al., 2009).

Los hallazgos de McCorkle et al. (2009) subrayan que los efectos del voluntariado en salud mental son graduales y dependen de la calidad de la formación, supervisión y duración de la relación. En este estudio se especifica que las amistades toman tiempo para poder establecer vínculos reales y las personas diagnosticadas reportan resultados con aumento de autoestima y confianza en sí mismos.

Por otro lado, surge el voluntariado asistencialista, modelo tradicional con efectos opuestos que pueden tener como consecuencia riesgos estigmatizantes. Primer punto clave es la ausencia de entrenamiento previo para los participantes, incluso dando mayor énfasis en los déficits, limitaciones y síntomas de la enfermedad. Destaca por la inexistencia o inadecuada supervisión presentada y por su corta duración que se basa en principios de caridad y una compasión paternalista.

El análisis crítico identifica los efectos contraproducentes destacables de este tipo de voluntariado tales como la reproducción de una dinámica paternalista benévola (Schroeder et al., 2017; Fernández-Ballesteros et al., 2019), el esfuerzo de estereotipos discriminatorios (Burns, 2007) y la asimetría de poder no tematizada (Bladon, 2019; Engström et al., 2013). El primer mecanismo documentado de Schroeder, Waytz & Epley (2017) describe los 9 estudios experimentales que demuestran el mecanismo de percepción de capacidad mental, cuya hipótesis plantea que las personas perciben que la ayuda paternalista es más efectiva para aquellos con menor capacidad mental. Más tarde, los hallazgos críticos presentan el efecto bidireccional creando un ciclo de retroalimentación negativa. La implicación del voluntario supone que, sin entrenamiento, estos adoptan un marco paternalista lo que genera una actitud indirecta hacia la otra persona que hace que internalice el mensaje de no ser capaz. El segundo mecanismo argumenta el paternalismo benévolo que acaba reforzando las creencias negativas categorizando “nosotros los sanos” y “ellos enfermos” perpetuando la exclusión. Blandon (2019) en *Avoiding Paternalism*, identifica que las relaciones entre el voluntario y la persona diagnosticada reproducen la estructura experto-paciente incluso intentando ser cercano.

Adicionalmente Gurel et al. (2014) documentan el caso del Project Anchor, un programa que fracasó por la falta de entrenamiento de voluntarios, supervisión inadecuada y la

insuficiente claridad de objetivos. Este caso ilustra como el rol de voluntario no garantiza la reducción del estigma, es necesario tener en cuenta otras variables.

Para la evaluación de los riesgos que presenta el voluntariado asistencialista Thormar et al. (2013) se identifican los riesgos asociados a personas voluntarias sin entrenamiento específico y como refuerza las actitudes paternalistas. Este estudio determina el peligro en la reproducción de asimetrías de poder, la infantilización y subestimación de capacidades, el refuerzo de estereotipos de incapacidad permanente y la evitación de interacciones estigmatizantes genuinas.

Por lo tanto, para que se den las condiciones necesarias de efectividad es imprescindible la formación de voluntarios y supervisiones centradas en prevención del paternalismo. Incorporar la participación de personas que faciliten experiencias vividas, además de incluir un marco de recuperación, en vez de “patología”.

## 1.2 Objetivos Generales y Específicos

El presente trabajo se centra en el análisis del papel del voluntariado como posible herramienta de transformación social frente al estigma asociado al trastorno mental grave. A partir de esta finalidad general, se formula un objetivo general y una serie de objetivos específicos que guiarán la revisión sistemática de la literatura.

**Objetivo general.** Analizar el impacto del voluntariado en la reducción del estigma social hacia personas con trastorno mental grave, así como su potencial para favorecer procesos de inclusión social y participación comunitaria.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las conceptualizaciones actuales del estigma, incluyendo el modelo tripartito y su manifestación a través de creencias, emociones y conductas.
2. Analizar y comparar las metodologías y modalidades del contacto intergrupales aplicables a los programas de voluntariado revisando la evidencia e incluyendo las variables psicológicas y/o sociales asociadas.
3. Evaluar el impacto de los programas de voluntariado existentes en el fomento de actitudes no estigmatizantes, la prevención del paternalismo y la inclusión de pares en salud mental.

Con este estudio a través de una revisión narrativa estructurada, se pretende aportar una mayor comprensión de las condiciones necesarias en el rol de voluntariado en salud mental y su función en la intervención dirigida a reducir el estigma basado en el contacto.

## **2 Marco Teórico:**

### **2.1 Conceptualización del Estigma en Salud Mental**

Más allá del origen etimológico, el estigma en salud mental se configura como una barrera estructural crítica que condiciona la vida de las personas con trastorno mental. Siguiendo las bases sentadas por Goffman (1963) y Link y Phelan (2001), el fenómeno deja de entenderse como un mero rasgo individual para definirse como un proceso social complejo asociado al control social y la exclusión.

Más tarde se amplía el concepto teniendo a Bruce G. Link y Jo C. Phelan (2001) como principales exponentes proponiendo un modelo que justifica, que para que el estigma exista, es fundamental que se ejerza el poder social para permitir que los componentes se desplieguen de forma efectiva. Sobre esta base, Link y Phelan (2001) describen cinco componentes interrelacionados que deben converger para que exista estigma: (1) etiquetado de diferencias, (2) asociación de esas diferencias a atributos indeseables, (3) separación de los portadores del estigma del resto de población, (4) estatus reducido y discriminación, y (5) la presencia de poder estructural que habilita los procesos anteriores. Esta estructura multidimensional evidencia que el estigma no se limita a percepciones individuales, sino que restringe el acceso a derechos fundamentales y compromete la integridad psicosocial del colectivo.

En esta línea, Corrigan y Watson (2002), en *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*, aportan una distinción fundamental entre las dimensiones pública y subjetiva del estigma. Mientras que el estigma público engloba los estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias que la sociedad dirige hacia las personas con enfermedad mental, el autoestigma representa el proceso mediante el cual el individuo asume como propias estas percepciones negativas. Esta aportación resulta central para el presente trabajo, ya que permite conocer el impacto del estigma no se limita al rechazo externo, sino que afecta al autoconcepto, anulando la confianza en sí mismo y sus perspectivas de futuro. Asimismo, Corrigan y Watson (2002), en *The paradox of self-stigma and mental*

*illness*, se subraya que la interiorización del estigma debilita los mismos recursos psicológicos que el individuo necesita para combatir la discriminación, fijando un círculo de aislamiento y pérdida de valor personal que impide el cambio.

Los desarrollos posteriores exploran más sobre la mirada hacia estigma estructural, institucional y cultural que destaca por la restricción de oportunidades, acceso a derechos comprometiendo la calidad de vida e integridad psicosocial de aquellos con un diagnóstico de trastorno mental (Thornicroft et al., 2016).

La formulación clásica evoluciona y da lugar a otros modelos que exploran las innovaciones conceptuales post. Son aportaciones que incorporan una visión más dinámica, interseccional y temporal, dando una comprensión más integral sobre el estigma. Hazenbuehler (2016) introduce la distinción entre estigma individual y el estructural, reconociendo que el estigma se prolonga a través de actitudes sociales. El estigma individual refleja las actitudes discriminatorias personales hacia personas con enfermedad mental. En cambio, el estructural abarca leyes, políticas y prácticas que tienen consecuencias como la restricción de derechos de custodia para padres con diagnósticos psiquiátricos. En este sentido, el *Health Stigma and Discrimination Framework*, desarrollado por Stangl et al. (2019) ofrece una perspectiva más amplia para entender el estigma en salud mental. La innovación clave radica en el enfoque multinivel que reconoce que las estrategias efectivas deben ocurrir a la vez en niveles individuales, relacionales, institucionales y estructurales.

Adicionalmente, el estigma se entiende como un proceso dinámico con fases temporales diferenciadas. En la fase prediagnóstico, el estigma anticipado reconocido como el miedo a ser juzgado, aleja a las personas para la búsqueda de ayuda. Después del diagnóstico, se da el shock inicial, seguido se da la internalización de los prejuicios limitando el desarrollo personal. Por último, ocurre la fase de recuperación que, desde el punto de vista de prevención, introducir apoyos y experiencias de contacto en el inicio puede servir para intervenir y romper el ciclo de exclusión.

En consecuencia, este trabajo adopta una conceptualización multinivel, estructural y dinámica del estigma, reconociendo que su impacto no es estático ni puramente clínico. Bajo esta premisa, el análisis posterior se centra en el voluntariado tanto de forma de apoyo social complementario como herramienta estratégica capaz de intervenir en las

narrativas estigmatizantes y facilitar modelos de recuperación basados en la integración comunitaria real (Earnshaw et al., 2022).

### *2.1.1 Componentes Teóricos del Estigma: Modelo Tripartito*

El modelo tripartito usado en psicología social identifica tres dimensiones convirtiendo el concepto de estigma en un constructo multidimensional que abarca componentes afectivos, cognitivos y conductuales (Corrigan & Watson, 2002). Esta triada permite la exploración de actitudes concretas manifestadas en contenidos cognitivos o estereotipados que después se convierten en sentimientos de miedo, rechazo. Debido a los prejuicios y la distancia social, pueden presentarse consecuencias negativas como el aislamiento, retrasan la búsqueda de ayuda y se llega a la reclusión institucional (López et al., 2007).

Los modelos de Goffman (1963) y Link & Phelan (2001), desglosan los componentes y niveles que surgen de la interacción social proporcionando un andamiaje teórico útil para la revisión sistemática y el análisis crítico del diseño de estrategias de intervención.

El primer nivel de estigma es el público, que hace referencia a las actitudes y creencias negativas de la sociedad hacia un grupo. Por otro lado, el estigma internalizado cuya manifestación más grave es la internalización o autoestigma referido al estado en el que una persona internaliza los prejuicios y actitudes negativas hacia uno mismo (Corrigan, Roe y Tsang, 2011). Corrigan (2002) enfatiza en como el autoestigma influye en aspectos de autoevaluación, autoeficacia y la desesperanza hacia uno mismo y, obstaculizan la recuperación e integración social.

Existe un tercer nivel referido al estigma estructural, que abarca políticas y barreras institucionales que provocan restricciones en oportunidades y derechos de ciudadanos que padecen problemas de salud mental (Hatzenbuehler & Link, 2014).

En este marco literario, conviene proponer el voluntariado que puede operar como estrategia de intervención basándose en el contacto significativo para desmontar creencias y obstáculos a los que se enfrentan constantemente personas con perfiles que presentan enfermedades mentales (Corrigan et al., 2012; Thornicroft et al., 2016). Este modelo

tripartito permitirá analizar posteriormente cómo el voluntariado interviene sobre cada dimensión del estigma.

### *2.1.2 Consecuencias en la Calidad de Vida y Recuperación*

Estudios científicos recientes, muestran la importancia del impacto del estigma como concepto multidimensional, influyendo no solamente en las oportunidades que se le ofrece al individuo, sino que afecta asimismo a la propia arquitectura interna. Desde una perspectiva más institucional, la National Alliance on Mental Illness (NAMI, 2022), se percibe el estigma como principal barrera para la búsqueda de apoyo y el comienzo del tratamiento para la enfermedad.

Livingston y Boyd (2010), realizan una revisión sistemática que profundizaba en la relación entre el estigma internalizado y otras variables en personas con trastorno mental, ya que el efecto dañino más estable es sin duda la internalización del estigma. En los resultados de su estudio, se refleja una variabilidad en prevalencia según los distintos diagnósticos. Por ejemplo, en la esquizofrenia y trastornos del espectro, se observan altos niveles de internalización del estigma en 14 países europeos, además, también se reportan cifras elevadas en los trastornos bipolares y depresión (Brohan et al., 2010). Otros estudios más actuales sobre población con depresión leve a moderada reflejan que un aumento del estigma internalizado aproximadamente un 29% (Heylen et al., 2024).

Corrigan y Watson (2002) desarrollan el modelo de las tres “A” s que trata de explicar cómo se desarrolla y surge el estigma internalizado. Posteriormente, Corrigan et al., (2009) describen las consecuencias que pueden darse sobre el fenómeno. Primero destacan el efecto “Why try” o traducido al castellano “¿Para qué intentarlo?”. En la literatura señalan consecuencias manifestadas a través del abandono de objetivos, abandono de la vida o incluso el abandono de búsqueda de empleo y educación.

Por otro lado, surge el concepto de la paradoja de la consciencia clínica (Lysaker et al., 2007) que propone un mecanismo específico por el cual, el estigma internalizado potencia los síntomas psiquiátricos. Este estudio informa que existe relación entre la consciencia sobre la condición y el estigma internalizado. Los resultados obtenidos explican la creencia de no poder recuperarse y que se den respuestas como la reducción de la esperanza, un menor sentido de identidad y un aumento de los síntomas depresivos y

ansiosos. Mientras que, personas que carecen de suficiente información o se niegan a asumir estereotipos a uno mismo, dicen experimentar menor gravedad de síntomas.

En el ámbito social, en las personas con TMG, se destacan consecuencias como la probabilidad de desempleo en población general (Brouwes, 2020). Este fenómeno describe además de la discriminación del empleado, el dilema de la revelación del diagnóstico y el agotamiento que supone pretender ser “normal” en entornos hostiles. Al esforzarse en esconderse se generan conductas de evitación en la interacción social. Como indican Whitley y Campbell (2014) en su estudio longitudinal cualitativo, el aislamiento surge como estrategia de anticipación a la discriminación que suponen un desgaste del bienestar subjetivo.

Para comprender en mayor profundidad las consecuencias en la calidad de vida, es de vital importancia conocer la distinción de términos como la recuperación clínica centrada en la remisión de síntomas, y la recuperación personal o psicosocial, que según el autor Slade (2009), se trata de un proceso personal de cambio de actitudes, valores y sentimientos del individuo. Se usa el modelo CHIME para definir el proceso de recuperación basado en cinco procesos: conexión, esperanza, identidad, significado y empoderamiento. Por otro lado, Yanos et al. (2008;2010) propusieron un modelo que especificaba como los prejuicios externos sobre uno mismo, impiden la recuperación psicosocial. El modelo de Identidad de Enfermedad postula que, el diagnóstico absorbe la definición del “yo”. Es decir, el estigma refleja una gran barrera que bloquea los pilares del modelo de recuperación personal. Por tanto, esta evidencia sugiere que las intervenciones dirigidas únicamente a la reducción de los síntomas claramente no son suficientes (Lysaker et al., 2007). Es necesario un cambio de paradigma donde el voluntariado y el acompañamiento social se encargan de restaurar los criterios mencionados para conseguir la reconstrucción de identidad y la creación de espacios libres de etiquetas.

## 2.2 El Voluntariado como Intervención Psicosocial

Por lo general, si tratamos de definir al voluntario, suele entenderse como concepto de caridad. Por ende, es necesario aclarar el termino para comprender al voluntario puede actuar como recurso o puente del capital social, que favorece a la creación de vínculos y

conexión de redes que anteriormente habrían sido separadas. Su colaboración contribuye a la ampliación de oportunidades en la participación, información y apoyo (Hallett et al., 2013).

Cabe destacar la diferencia de funciones entre el rol de psicólogo y el de voluntario. Principalmente la relación de este último es horizontal a diferencia del vínculo experto-paciente propio del ámbito clínico. El caso del voluntario sirve como referente de interacciones y ofrece un apoyo no especializado de alto valor humano como son el acompañamiento, la escucha y la normalización. A pesar de no ser un profesional en el ámbito, es un recurso fundamental que sirve para el reconocimiento interpersonal que permite reducir el autoestigma (Pichler et al., 2015). La horizontalidad implica relaciones de igual a igual, es decir, no evalúa, diagnostica ni prescribe sino, se encarga de favorecer la participación y dar valor al individuo en vez de establecer una jerarquía de saberes.

Es fundamental explicar que el voluntario representa a la “sociedad civil” que entra en contacto con el grupo estigmatizado en condiciones de igualdad, lo que rompe prejuicios de forma más efectiva que una charla teórica. En la Teoría de Contacto de Allport (1954) se mencionan cuatro condiciones del voluntariado para reducir los prejuicios: (1) igualdad de estatus, (2) objetivos comunes, (3) cooperación y (4) apoyo institucional explícito. Pettigrew y Tropp (2006) confirman la eficacia del contacto y, posteriormente, su trabajo de 2008 (*Future directions for intergroup contact theory*) sugiere que, a pesar de que las condiciones estructurales propuestas por Allport facilitan el proceso, sea necesaria una reformulación de las condiciones que resida en mediadores afectivos para la reducción de prejuicios. El autor específicamente postula que el contacto es efectivo cuando logra reducir la ansiedad intergrupala generando un aumento en el conocimiento y la empatía.

Bajo esta idea, las funciones del voluntario en el ámbito de los TMG adquieren una relevancia estratégica. Se trata de un rol diseñado para activar estos mecanismos mediadores a través de funciones específicas. Gunnarsson et al. (2020) destacan que el voluntario se encarga de ayudar a reconstruir la identidad social. Aunque prometedor como herramienta para reducir el estigma, el voluntariado no sustituye las intervenciones clínicas especializadas ni a las reformas estructurales necesarias en las políticas públicas. Su impacto es complementario y depende de la calidad del contacto. Por tanto, el éxito reside en su capacidad para activar mediadores como la empatía y la reducción de la ansiedad intergrupala. Cuando estas condiciones se cumplen, se convierten en un referente que permite al usuario recuperar su sentido de pertenencia.

### *2.2.1 Definición y Funciones del Rol de Voluntariado en Trastorno Mental Grave*

La intervención del voluntariado en Trastornos Mentales Graves (TMG) no es el mero acompañamiento, sino que debe entenderse como herramienta de ayuda a la persona a reconstruir su historia personal. Mientras que el ámbito clínico tiende a centrarse en la enfermedad y los síntomas, el voluntario favorece la reconstrucción del yo y de la identidad más allá del diagnóstico.

En primer lugar, esta necesidad reside en la “identidad de enfermedad”. Yanos, Roe y Lysaker (2010), sostienen que esta identidad se construye a partir de los mensajes y los estereotipos públicos, que el individuo va incorporando, construyendo una visión negativa y limitada de uno mismo. En TMG, esta identidad puede ocultar otras identidades sociales valiosas dejando a la persona atrapada en una visión de sí mismo basado en la incapacidad. Es aquí donde el voluntariado participa como antídoto específico que permite al sujeto transitar hacia la reciprocidad y la pertenencia.

Según Slade (2009), aquellos que sufren de esta enfermedad, al ser tratados como personas activan lo denominado como reconocimiento de competencias. Por otro lado, el contacto respetuoso y significativo reconfigura las autoevaluaciones al permitir una mirada individual y desconfirmar ciertas creencias (Pinfold et al., 2003). Este autor más tarde sostiene la existencia de relación entre la participación en programas de voluntariado y los cambios cognitivos y emocionales en voluntarios (Pinfold et al., 2005).

Para que ocurra el cambio, es necesario el contacto genuino. Basándonos en el meta-análisis previo de Pettigrew y Tropp (2006), el cumplimiento de metas concretas junto al voluntario produce resultados de eficacia y reciprocidad. Un aspecto innovador de esta intervención del cambio es su bidireccionalidad. El voluntariado desplaza su identidad y se convierte en copartícipe. Esta identidad prosocial se define por las cuatro condiciones señaladas de Allport (1954) que hacen del vínculo un motor de cambio.

Como resultado final a la “curación de la identidad” surge la identidad ampliada. Slade (2009) y Davison (2003), describen los indicadores de esta reconstrucción entre los que incluyen aumento de la esperanza y expectativas vitales, mejora de la autoeficacia social percibida, reducción del autoestigma y, sobre todo, la recuperación de roles sociales valorados. El voluntariado, por tanto, no es un complemento al tratamiento, sino es la

herramienta que permite al individuo alejarse de esa concepción de “enfermo” y comience a participar en la sociedad.

### *2.2.2 Modalidades de Intervención Voluntaria: Acompañamiento y Apoyo*

Una vez comprendida la función del voluntariado como motor de cambio, el punto de partida en este contexto teórico es el Modelo de Recuperación para comprender cualquier modalidad de intervención voluntaria. A diferencia del modelo tradicional enfocado en la recuperación propuesto por Anthony (1993), sus objetivos pretenden la restauración de esperanza, sensación de sentido vital y roles sociales valorados, a pesar de las limitaciones en la aplicación clínica. En este contexto, el voluntariado funciona como facilitador del proceso, priorizando la agencia del individuo sobre su diagnóstico (Whitley & Campbell, 2014).

El éxito de estas intervenciones reside en la evolución de la teoría de la calidad del contacto destaca que no depende únicamente de la proximidad física, sino de factores afectivos y emocionales que favorecen a la reducción de estereotipos y discriminaciones (Pettigrew, 2008). Para comprender la variabilidad de estas estrategias se presenta la siguiente tabla comparativa:

La implementación práctica se ha normalizado a través de normas que garantizan la replicabilidad y la integridad ética. La National Alliance on Mental Illness (NAMI), es una institución que ha validado modalidades de acompañamiento que destacan por el testimonio y contacto narrativo. Su objetivo principal es que la comunidad observe el éxito del proceso y sea capaz de modificar ciertas actitudes. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, es su marco MOSAIC, se propone el acompañamiento como base para reducir el estigma social. La intervención incluye estrategias para una segura y efectiva gestión del contacto social.

Finalmente, autores como Gunnarson et al. (2021) sostienen que la clave de éxito de las modalidades reside en el significado otorgado por ambos participantes en estas actividades.

**Tabla 1***Comparativa de las modalidades de intervención voluntaria en salud mental.*

Modalidad	Enfoque principal	Mecanismo de Cambio	Institución de Referencia
Acompañamiento Narrativo	Uso del testimonio personal para humanizar la enfermedad.	Desconfirmación de estereotipos mediante empatía y biografía	NAMI (2022)
Acompañamiento Comunitario	Intervención en entornos naturales, cotidianos y abiertos.	Gestión del contacto social directo para reducir ansiedad intergrupal.	OMS (MOSAIC) (2022)
Encuentros Estructurados	Actividades grupales con objetivos y metas compartidas.	Recuperación del sentido de pertenencia y de la reciprocidad social.	Gunnarsson et al. (2021)

*Nota.* Elaboración propia a partir de NAMI (2022), OMS (2022) y Gunnarsson et al. (2021).

Desde una perspectiva analítica, estas modalidades no solo ayudan al individuo, sino que transforman la visión del voluntario, promoviendo una inclusión poblacional bidireccional. Mediante encuentros estructurados y el entrenamiento comunicativo, el usuario puede recuperar su sentido de pertenencia.

### **3 Metodología**

Este Trabajo de Fin de grado se sustenta en la revisión bibliográfica. Más allá de la realización de una revisión descriptiva sencilla, este enfoque permite la recopilación de datos, así como una síntesis crítica que establece relación entre la teoría del estigma y la eficacia que supone la puesta en práctica del voluntario como estrategia de cambio social. Se ha priorizado el enfoque en trastornos mentales graves, específicamente la esquizofrenia.

La construcción del trabajo se inició principalmente con la búsqueda de documentación científica en bases de datos tales como: PubMed, SciELO, Google Scholar y PsycINFO, además de consultar repositorios institucionales de la OMS y la Confederación de Salud Mental España. Esta decisión de búsqueda se fundamenta por su enfoque especializado en psicología clínica y ciencias sociales. Para optimizar la recuperación de información, se emplearon operadores booleanos (AND/OR) con el objetivo de establecer relación entre los distintos conceptos. La estrategia de búsqueda combinó palabras clave como “autoestigma”, “voluntariado”, “salud mental” o “acompañamiento social”, así como sus respectivos términos en inglés: “*stigma*” “*volunteering*”, “*mental health*”, “*social support*”. Específicamente, se utilizaron formulas como: voluntariado OR acompañamiento social AND salud mental OR trastorno mental, autoestigma OR estigma social AND voluntariado.

Para constatar la evidencia obtenida se establecieron criterios de inclusión rigurosos: estudios empíricos y revisiones sistemáticas publicadas en un rango temporal de los últimos 10 años (2015 y 2025). Para asegurar la actualidad de los datos, se incluyeron trabajos tanto en inglés como en español que analizaran y explicaran el estigma desde la perspectiva tridimensional (cognitiva, afectiva y conductual). No obstante, se excluyen trabajos de carácter meramente divulgativo, artículos de opinión sin base empírica y cuya muestra no estuviera vinculada directamente con el ámbito de la salud mental.

El proceso de selección de la evidencia se realizó en tres fases con el objetivo de garantizar relevancia, calidad y pertenencia en los documentos analizados. La primera fase fue identificación, se realizó una búsqueda inicial en las bases de datos mencionadas. La segunda fase fue la de cribado o screening, que trataba de revisión de títulos y resúmenes de los registros identificados para descartar duplicados y literatura no perteneciente. La última fase es la de idoneidad, donde se procedió a la lectura a texto completo para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Tras este procedimiento, la muestra final seleccionada para este estudio ascendió a un total de 16 artículos científicos. Cualquier duda durante la fase de selección o interpretación de datos fue resuelta mediante la relectura de los textos y el contraste con los criterios de evaluación establecidos bajo supervisión para garantizar objetividad y rigor metodológico.

Finalmente, la evidencia recogida se organizó por categorías (tipos de estigma, impacto en calidad de vida y rol de voluntario). Además, este proyecto logro contrastar teorías clásicas, como la Hipótesis del contacto de Allport, con resultados empíricos recientes que demuestran las lagunas de conocimiento que aún existen como justificación de relevancia de este estudio.

## **4 Análisis del Voluntariado en la Actualidad**

### **4.1 Variables que Influyen y Mecanismos de cambio**

El presente análisis evalúa cómo la intervención del voluntario afecta en la estigmatización y la recuperación mediante dos grupos de variables: las centradas en el individuo y las que operan en la interacción social. Contrastando la revisión teórica previa, esta sección desglosa los mecanismos que convierten el vínculo social en un recurso terapéutico efectivo.

En primer lugar, en la literatura se detecta que la eficacia de la intervención depende de la calidad de contacto. El autor Thomas F. Pettigrew (2008) señala la reducción de la ansiedad intergrupal como variable psicológica fundamental. Una vez, el voluntariado haya logrado crear un espacio de seguridad, se activan mecanismos afectivos como la empatía y la toma de perspectiva. Desde la perspectiva social, el proceso se fundamenta en las condiciones de Allport (1954), donde las variables estructurales señaladas son la igualdad de estatus y la cooperación para validar la identidad del sujeto frente a la jerarquía clínica tradicional.

No obstante, para evitar un análisis profundamente confirmatorio, es esencial señalar que la efectividad del voluntariado se manifiesta a través de factores como la duración de la intervención, ya que los contactos esporádicos pueden ser insuficientes, siendo necesario mantener una continuidad para generar un vínculo real. El tipo de diagnóstico es fundamental ya que puede variar según la estabilidad clínica y el nivel de deterioro cognitivo del sujeto. Otro factor clave a tener en cuenta es la edad ya que la literatura refleja que la plasticidad en el cambio de actitudes es mayor en voluntarios jóvenes, y por último destacamos que la intervención fracasa cuando no se garantiza la horizontalidad, reproduciendo dinámicas que pueden provocar un efecto rebote y reforzar el estigma.

#### *4.1.1 Impacto en Autoestima y Autoeficacia de las Personas con Trastorno Mental*

Tanto la autoestima como la eficacia son considerados recursos psicológicos centrales en la cadena causal que une el estigma internalizado con la calidad de vida. Para analizar este impacto, es necesario diferenciar entre la evidencia teórica de la evidencia empírica.

Por un lado, en los modelos generales de salud mental, encontramos evidencia teórica indirecta. Autores como Aczewska Kowal y Cieslak (2017) demuestran que la sensación de coherencia y autoestigma sirven de mediadores secuenciales. Los resultados evidencian una mayor autoestima disminuye el efecto negativo del estigma y permite un mayor impacto sobre la calidad de vida. De la misma forma, Lysaker et al. (2007) encuentran una asociación directa entre los distintos aspectos de la autoestigma en pacientes con esquizofrenia, indicando que la pérdida de autoestima potencia la internalización de los prejuicios.

Por otro lado, existe la evidencia directa en el contexto del voluntariado. Hallett, Larkin y Parker (2013) a través de una revisión sistemática, destacan que la participación de los voluntarios en personas con enfermedad mental se asocia con un aumento de la autoestima y la confianza en uno mismo, introduciendo el efecto de empoderamiento derivado del contacto recíproco y no de poderes. Más tarde Whitley y Campbell (2014) refuerzan esta visión evidenciando la relación que existe entre las variables de agencia percibida y recuperación, con la autoeficacia.

#### *4.1.2 Efectos en la Generalización de la Interacción Social e Integración Comunitaria*

Más allá del crecimiento y evolución personal, el voluntariado busca promover la aplicación generalizada de las competencias adquiridas y la inclusión en contextos cotidianos. Basándonos en la evidencia del efecto de transferencia secundaria de Pettigrew (2008) sostuvo al reducirse la ansiedad en entornos seguros, la confianza para interactuar con otros miembros aumenta. En consecuencia, surge la integración comunitaria que permite trasladar las habilidades sociales ensayadas a espacios laborales. Considerando la vulnerabilidad de las redes sociales en el contexto español (Ochoa et al., 2010) el voluntariado se encarga de la función de capital social de puente. Este efecto permite la recuperación de significados en la vida diaria y la desinstitucionalización del

ocio. Gunnarsson et al. (2021) aportaron evidencia sobre el significado que atribuyen los participantes a la vida cotidiana cuando se involucran en actividades lideradas por voluntarios. Este enfoque integrador es congruente con los hallazgos de Williams et al. (2023), que identifican los factores de riesgo que se ven influidos por el estigma internalizado. Sin embargo, descubren que es posible romper el círculo mediante la intervención con apoyo y espacios de validación.

Finalmente, Yanos, Lucksted y Cox (2010) destacan que el autoestigma eleva los costos de tratamiento e influye en la reducción de adherencia del tratamiento. A fin de cuentas, la integración social derivada del voluntariado puede modificar el patrón generando mejores resultados de motivación para la búsqueda de ayuda y favorecer la adherencia mediante el reforzamiento de la identidad social.

## 4.2 Impacto en la Percepción Social

El impacto del voluntariado debe evaluarse teniendo en cuenta dos dimensiones. Primero el estigma público, por su capacidad para transformar las actitudes de la sociedad, y, por otro lado, el autoestigma por su efectividad para evitar la asunción de prejuicios por parte del individuo. El análisis evidencia que el contacto social funciona como un mecanismo de doble sentido que modifica tanto la imagen externa como la estructura interna.

### 4.2.1 *Análisis de la Reducción del Estigma Público a través del Contacto Social*

La información documentada sobre la teoría del contacto intergrupala sostiene que la igualdad de estatus, objetivos comunes y el apoyo institucional son condiciones esenciales para la reducción de los prejuicios (Pettigrew, 2008; Pettigrew & Tropp, 2006). Basándonos en el metaanálisis de investigaciones que proporcionan gran variedad de perspectivas sobre como el voluntariado puede contribuir a la reducción del estigma algunos estudios destacan la intervención de voluntarios confirmando que, al ofrecer interacción directa con personas con trastorno mental grave es muy significativa la disminución del estigma público (Corrigan, 2004). El análisis de la Comisión Lancet (Thornicroft et al., 2022) señalan que el contacto social es más efectivo que la educación teórica concluyendo respuestas de empatía que el conocimiento no puede consolidar.

Por otro lado, en contextos de bajo y alto nivel económico, los videos de contacto breve evidencian resultados en la reducción de actitudes discriminatorias (Mankiewicz & Tan, 2024). Además, un efecto observado es el impacto que tiene en los voluntarios al volver a sus entornos cotidianos tanto familiares como profesionales en el que actúan como agentes de sensibilización y basándose en la recuperación.

#### 4.2.2 Evaluación del Efecto Neutralizador sobre el Autoestigma

El análisis de la evidencia empírica refleja como la internalización del prejuicio social se asocia a menor calidad de vida y mayor riesgo de suicidio (Williams, et al., 2023; Kawohl et al., 2016). Para autores como Yanos, Roe y Lysaker (2010), el principal efecto es la interrupción de la identidad de enfermedad en que se demuestra que el autoestigma incrementa los costos de atención y reduce la adherencia terapéutica. Sin embargo, según el modelo Aczewska et al. (2017), el voluntariado influye y potencia a variables como la autoestima y el sentido de coherencia, que permiten al sujeto resistir el impacto del estigma en su calidad de vida.

#### 4.3 Programas de Voluntariado Existentes

El análisis de los modelos de voluntariado actuales permite identificar que la eficacia en la reducción del estigma combina contacto directo, supervisión estructurada y la participación. A continuación, se contrastan los programas con mayor respaldo científico para evaluar su impacto real y las posibilidades de implementación en el contexto sociosanitario español.

**Tabla 2**

*Análisis comparativo de programas*

Programa	Tamaño del Efecto	Duración	Limitaciones	Transferibilidad
NAMI	Alto (inmediato)	Corta / Puntual	Sesgo oratoria	de Alta (escolar)

MOSAIC	Moderado	Indefinida	Dependencia estatal	Media (autonómica)
Befriending	Muy alto	6-12 meses	Dependencia emocional	Máxima (Ochoa, 2010)

*Nota:* Elaboración propia a partir de la revisión de Hallet et al. (2013) y la OMS (2022).

Al analizar la transferibilidad de estos modelos a España, se observa el éxito de la intervención condicionado por la estructura de apoyo social existente. Mientras que modelos narrativos como el de NAMI son eficaces para sensibilizar a la población general, presentan limitaciones para reducir el autoestigma en el individuo.

En el contexto español, el modelo de Befriending o acompañamiento en el ocio es el que presenta un mayor potencial de éxito para reducir el estigma y fomentar la inclusión social. Dado que investigaciones nacionales como la de Ochoa et al. (2010) destacan que las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) poseen redes sociales extremadamente reducidas y limitadas al entorno familiar, el voluntario actúa como el capital social de puente esencial.

A diferencia del Toolkit MOSAIC de la OMS, la principal limitación estructural en nuestro país radica en la inestabilidad de los fondos públicos, lo que impide garantizar la duración mínima de 12 meses, según revisiones como la de Hallett et al (2012) sobre el voluntariado en salud mental grave, necesaria para que el vínculo sea terapéutico, profundo y efectivo que mencionábamos con Earnshaw.

En los marcos institucionales como el Toolkit MOSAIC (OMS, 2022) y el modelo NAMI, destacamos conclusiones como la importancia que implica el contacto intergrupar, bajo las condiciones de igualdad y metas comunes. Esta estrategia es fundamental ya que es considerada la más eficaz para reducir tanto el estigma público como el internalizando incluso siendo más exitosa que las intervenciones puramente educativas. Por otro lado, el voluntariado como antídoto contra la identidad de enfermedad, permite que el propio sujeto mantenga conciencia de lo que representa la enfermedad sin que esto tenga repercusión en la pérdida de esperanza o autoeficacia.

Finalmente, se concluye que un modelo de voluntariado puramente asistencialista corre el riesgo de fracaso si no se integra adecuadamente en la red clínica y comunitaria. Por tanto, la propuesta para España sería un enfoque híbrido: utilizar la fuerza narrativa de los “peers” para actuar sobre el estigma público, combinándolo con un acompañamiento

comunitario supervisado y estable. Los resultados comparativos sugieren que los programas más eficaces son aquellos que combinan contacto prolongado, supervisión estructurada y participación activa de personas con experiencia vivida.

## **5 Discusión y Conclusiones**

### **5.1 Discusión de Resultados y Evidencias**

Este trabajo ha sintetizado la evidencia disponible sobre el rol de voluntariado en la reducción del estigma hacia personas con trastorno mental. Los resultados obtenidos permiten afirmar que el voluntariado, lejos de ser una herramienta universalmente efectiva, constituye un recurso condicionado por variables estructurales y relacionales.

#### *5.1.1 Indicadores de Resultados: Análisis de Estudios Cualitativos*

Para un análisis riguroso, es esencial distinguir entre la evidencia empírica directa e inferencias teóricas presentadas. La evidencia directa se encontró en estudios cualitativos como los de Whitley y Campbell (2014), propone como hallazgo central que las personas con TMG que participan en voluntariado reportan experiencias de recuperación de agencia por un enfoque más centrado en la persona. En su estudio cualitativo sobre el estigma, agencia y recuperación, señalan la agencia como mecanismo central para la recuperación. Aquellas personas que se creían incapaces describen que el voluntariado permite reescribir su propia narrativa. Gunnarson et al. (2021), en su análisis fenomenológico del significado de voluntariado detectan que la agencia es restaurada porque implica responsabilidades reales que la persona elige y ejecuta. El otro ocupa el rol de par en vez de “experto” o también destaca que existe una retroalimentación positiva sobre la capacidad del individuo. En definitiva, Whitley y Campbell (2014), demuestran que personas con TMG que recuperan agencia muestran mayor disposición al participar en vida comunitaria, mayor esperanza y menor depresión.

Por otro lado, la inferencia teórica la encontramos en investigaciones como la Aczewska et al. (2017), que demostró que el autoestigma es el mediador fundamental entre síntomas y la calidad de vida. Su hallazgo clave indica que personas con síntomas similares, pero con distintos niveles de autoestigma reportan una calidad de vida muy diferente, por lo

que el autoestigma es predictor de aislamiento social y deterioro. En la investigación de Williams et al. (2023) sobre el estigma internalizado y riesgo suicida, identificó que el autoestigma es más importante como predictor de la ideación suicida que el propio diagnóstico. Gunnarsson et al. (2021) documentó como el voluntariado rompe ese ciclo e identifica que cada interacción positiva actúa como contraejemplo empírico al estereotipo internalizado. Por lo que la implicación de este indicador refleja que las personas con baja autoestigma tienen más probabilidad de buscar integración comunitaria (Aczewska et al., 2017).

A diferencia de una visión puramente confirmatoria, la literatura advierte que el voluntariado no es inocuo y su éxito depende de variables moderadoras críticas. Por ejemplo, como se evidenció en el análisis del Project Anchor (Gurel et al., 2014), un programa en hospitales que fracasó en mejorar la reintegración comunitaria y reducir el estigma. Si el voluntario adopta un rol asistencialista centrado en el déficit o los síntomas acaba reforzando y manteniendo la exclusión social. Por otro lado, también se señala la eficacia del vínculo en base a la duración, donde es necesario un compromiso de 6 a 12 meses para que la relación sea significativa.

Al comparar las estrategias más eficaces para el cambio social, surge una contradicción relevante. Mientras que las campañas educativas y de sensibilización son efectivas para aumentar el conocimiento teórico, suelen tener un impacto limitado y poco sostenido en el cambio de comportamiento real. En contraste, el voluntariado se posiciona como una intervención psicopedagógica superior para modificar el estigma conductual. Se debe a que actúa sobre mediadores afectivos como la empatía, la reducción de ansiedad intergrupala y la percepción de amenaza (Pettigrew, 2008), que con la instrucción educativa no logra transformar. No obstante, debe entenderse el voluntariado como un complemento estratégico, no como sustituto.

Finalmente, en el contexto español, la investigación nacional realizada por Ochoa et al. (2010) sobre factores de integración social en España, identificó que la pobreza de las conexiones fuera del grupo cercano es el factor estructural más importante que mantiene la exclusión. Aquí, el voluntariado actúa como capital social de puente indispensable. Sin embargo, su efectividad permanece limitada por factores estructurales como la inestabilidad de financiación pública, falta de supervisión continua y ausencia de integración en redes comunitarias. Mientras no garantice horizontalidad y reciprocidad

en espacios sociales, más allá del acompañamiento puntual, el voluntario seguirá siendo una herramienta de urgencia social valiosa pero no la solución definitiva a la exclusión.

### *5.1.2 Argumento Principal: El Rol del Voluntariado como Factor de Inclusión*

A partir de la evidencia analizada, se sostiene que el voluntariado actúa como herramienta prometedora para la inclusión, aunque se reconoce que no es una solución suficiente por sí sola para revertir la exclusión estructural. El argumento central de esta discusión explica que su potencialidad se fundamenta en la capacidad de estas intervenciones para actuar sobre la carencia de redes sociales externas que, según las investigaciones como la de Ochoa et al. (2010), afecta de forma crítica las personas con Trastorno Mental Grave en el contexto español.

El impacto de este apoyo se manifiesta a través de tres mecanismos. La participación de los voluntarios no solo influye en el autoestigma mediante la mejora de autoestima y sentido de coherencia (Acniewska et al., 2017), sino también genera una agencia situada (Whitley & Campbell, 2014). El impacto en estos constructos destaca al ofrecer la validación externa constante, neutralizando el autoestigma y proporcionando al sujeto la base psicológica necesaria para enfrentar el estigma público. Podemos hablar de la inclusión como reconstrucción del tejido social que el voluntariado facilita, según lo postulado por Whitley y Campbell sobre la recuperación de control de la vida del individuo. El voluntariado, al basarse en la horizontalidad y elección mutua, se fomenta esta agencia situada.

Según lo descrito por el autor Pettigrew (2008), la transformación es explicada por la disminución de la ansiedad intergrupala, que demuestra la influencia del contacto horizontal en la persona que previamente evitaba espacios públicos por miedo al rechazo. Slade (2009) enfatizó que la recuperación requiere rol valorado en comunidad, mientras que Ochoa et al. (2010) documentó que en España no existen estructuras que faciliten el rol.

La solidez del argumento sobre la validación institucional y modelos de éxito, no solo es teórica, sino que está respaldada por protocolos internacionales. La Organización Mundial de la Salud, a través del Toolkit MOSAIC (2022), propone que el acompañamiento comunitario como un pilar fundamental para la transformación de los

servicios de salud mental hacia modelos de derechos e inclusión social. En este aspecto, el existo del Modelo NAMI (National Alliance on Mental Illness) admite que el apoyo entre pares y el contacto narrativo son recursos eficaces para conseguir la recuperación. Estos modelos demuestran que la horizontalidad y el contacto social, discutidos previamente desde la perspectiva de Pettigrew, son enfoques globales de buenas prácticas.

## 5.2 Conclusiones

Tras la revisión bibliográfica y el análisis exhaustivo de la evidencia, se concluye que el voluntariado estructurado representa una herramienta complementaria y prometedora para la reducción del estigma público y el autoestigma en personas con trastorno mental grave. A diferencia de las intervenciones educativas, que mejoran el conocimiento cognitivo, pero generan cambios conductuales limitados y poco sostenidos, el voluntariado actúa sobre mediadores afectivos y relacionales, permitiendo la transición del rol de paciente al de ciudadano con participación comunitaria.

Los principales hallazgos que responden directamente a los objetivos del Trabajo de Fin de Grado confirman: la eficacia del contacto horizontal que bajo las condiciones propuestas por Allport (1954), disminuye la ansiedad intergrupala y desarticula estereotipos negativos de peligrosidad e incapacidad. Por otro lado, en el contexto español, la investigación documentada por Ochoa et al. (2010), confirma que el voluntariado surge como principal generador de capital social de puente debido a la pobreza de redes externas a la familia. Además de, la horizontalidad y validación externa constante que permiten al sujeto reconstruir su narrativa, mejorar su autoestima y el sentido de coherencia.

No obstante, estos efectos, aunque respaldados por evidencia cualitativa directa y revisiones sistemáticas, no deben interpretarse de forma aislada. Resulta fundamental aclarar que el voluntariado debe entenderse como una estrategia complementaria con intervenciones clínicas y políticas para superar limitaciones estructurales.

Desde una perspectiva aplicada, este estudio subraya que los programas de voluntariado no deberían limitarse a ser intervenciones asistenciales genéricas, sino como dispositivos o espacios estructurados, con formación previa, acompañamiento profesional y metas

relacionales bien definidas que permitan la participación activa para personas con trastorno mental grave.

Finalmente, el voluntariado bien estructurado además de reducir el estigma, contribuye a transformar las relaciones sociales hacia modelos más horizontales e inclusivos. Por ende, la contribución nuclear del presente trabajo es entender que el voluntariado no se limita a cambiar prejuicios individuales, sino a reformular el modo en que la comunidad se relaciona con el sufrimiento psíquico y con quienes lo experimentan. En definitiva, el voluntariado puede contribuir significativamente a la reducción del estigma, pero solo cuando se fundamente en modelos de intervención que promueven la igualdad, el contacto significativo y la reflexión crítica.

### 5.3 Limitaciones y Futuras Investigaciones

La síntesis realizada enfrenta limitaciones metodológicas de la literatura revisada. Una de las limitaciones más importantes es la falta de consenso en la operacionalización de variables clave. Términos como “estigma internalizado”, “recuperación” e “integración social” son definidos de forma heterogénea entre los diferentes autores, lo que dificulta la comparación directa de los hallazgos y limita la posibilidad de realizar un metaanálisis. Si bien trabajos como el de Gunnarsson et al. (2021) aportan una buena perspectiva sobre el significado de la participación y las actividades lideradas por voluntarios, existe una escasez literaria que relacione los mecanismos neuropsicológicos y sociales específicos mediante los que el voluntariado reduce el estigma en poblaciones con Trastorno Mental Grave (TMG). Por otra parte, se observa una sobrerrepresentación de investigaciones realizadas en países como EE. UU. y Reino Unido. Debido a que el estigma es un fenómeno profundamente estudiado por la cultura, la aplicación de estos modelos en contextos hispanohablantes permanece incierta. Es necesaria una mayor producción científica que valide los hallazgos en entornos de recursos limitados y otros marcos culturales.

Más allá de los vacíos de la literatura revisada, el presente TFG enfrenta limitaciones propias. Este estudio constituye una síntesis de literatura existente y no una investigación primaria. La ausencia de datos recogidos de una muestra específica limita la capacidad de generalización de las conclusiones. Aunque se haya integrado la perspectiva nacional mediante autores como Ochoa et al. (2010), cuya investigación aporta una base esencial

en el contexto español, la mayoría de la bibliografía de referencia es de contextos globales. Por último, existe el riesgo de haber centrado el análisis en los mecanismos positivos de cambio y recuperación, este trabajo podría haber infravalorado posibles desafíos o conflictos que también pueden surgir en la interacción voluntaria real.

Como respuesta a estas limitaciones, se propone que futuras investigaciones se centren en implementar estudios cualitativos y cuantitativos que recojan datos directos de muestras específicas. El uso de metodologías como la observación participante o entrevistas en profundidad permitirían contrastar la evidencia teórica con la realidad de los programas de acompañamiento. Por otro lado, siguiendo la línea iniciada por Ochoa et al. (2010), sería necesario explorar como las variables psicosociales específicas de España moderan la eficacia del voluntariado. Además, sería interesante un análisis multidimensional que incluya obstáculos y efectos negativos o neutros de la intervención para garantizar que el voluntariado cumpla su función sin reproducir dinámicas de estigmatización involuntaria.

## Referencias

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.

Alonso Rodríguez, I., & Méndez Rodríguez, M. J. (2015). Discriminación y rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. *Pedagogía social: Acción social y desarrollo*, (26) 1321-1324.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7600510>

AMAFE. (s.f.). *Enfoque en la recuperación de personas con esquizofrenia y psicosis*.

<https://www.amafe.org/>

American Heart Association. (2023, 17 de abril). *Si ayudas a otros, ¿te ayudas a ti mismo? Por qué el voluntariado puede ser bueno para*

*ti*. <https://www.heart.org/en/news/2023/04/17/si-ayudas-a-otros-te-ayudas-a-ti-mismo-por-que-el-voluntariado-puede-ser-bueno-para-ti>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Arnáez, S. (2023). Estigma asociado a los problemas de salud mental. *Behavioral Psycho*, 31(3), 519-540. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2023/12/09.Arnaez\\_31-3Es.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2023/12/09.Arnaez_31-3Es.pdf)

Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59. (2003). Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830167.pdf>

Bladon, H. (2019). Avoiding paternalism. *Disability & Society*, 34(7-8), 1149-1167.

Clement, S., et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.

<https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry Association*, 1(1), 16-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Earnshaw, V. A., et al. (2022). Integrating time into stigma and health research. *Nature Reviews Psychology*, 1, 236-247. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00034-2>
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., & colleagues. (2019). Paternalism vs. autonomy: Are they alternative types of formal care? *Frontiers in Psychology*, 10, 1460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- González, R. Z. (2023). Estigma y actitudes hacia las enfermedades mentales. *Health & Addictions Journal*, 23(1), 33-45. <https://www.haaj.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=768>
- Gunnarsson, A. B., Eklund, M., & Hultqvist, J. (2021). The meaning of volunteering among people with severe mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12232. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212232>

- Hallett, C., Klug, G., Lauber, C., & Priebe, S. (2013). Volunteerism in the care of people with severe mental illness: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 226. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-226>
- Hatzenbuehler, M. L. (2016). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 71(8), 742-751. <https://doi.org/10.1037/amp0000068>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Heylen, E., Srinivasan, K., Johnson-Pradeep, R., & Ekstrand, M. L. (2024). Internalized mental illness stigma is linked to suicidality among persons with depression and chronic medical conditions in rural India. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 40(3), 220-227. [https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp\\_205\\_22](https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_205_22)
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Gattton, M. J., & Johannesen, J. K. (2007). Associations of anxiety, depressive, and substance use symptoms with reported history of trauma exposure in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 89(1-3), 159-166.
- López, M. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 11-27.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004)

Mayo Clinic. (2024, 21 de marzo). *Mayo Clinic Responde: Beneficios del voluntariado para la salud*. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/es/2024/03/21/mayo-clinic-responde-beneficios-del-voluntariado-para-la-salud/>

Martínez-Félix, S., Ferrer-Yeves, C., & Martínez-Martínez, C. (2020). Aislamiento social y autoestima en personas con trastorno mental. Efecto de las actividades ocupacionales. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 12, 1-8.  
<http://doi.org/10.35761/reesme.2020.12.04>

Mascayano, F., Lips, W., Menam C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales, características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 1-12.  
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.001>

McCorkle, B. H., Dunn, E. C., & colleagues. (2009). Increasing social support for individuals with serious mental illness: Evaluating the Compeer model of intentional friendship. *Community Mental Health Journal*, 45(1), 67-76.  
<https://doi.org/10.1177/0020764008097090>

Naciones Unidas. (s.f.). *Salud mental y bienestar*. <https://www.un.org/es/global-issues/mental-health>

National Alliance on Mental Illness. (2022). *How volunteering improves mental health*. NAMI.

Ochoa, S., et al. (2010). Factores asociados a la integración social de personas con trastorno mental grave. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(1), 5-11.  
[https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(10\)70002-6](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(10)70002-6)

Organización Mundial de la Salud. (2025). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios*. Comunicado de prensa.

<https://www.who.int/es/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>

Organización Mundial de la Salud. (2024). Mosaic toolkit to end stigma and discrimination in mental health. Oficina Regional para Europa de la OMS.

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289061384>

Pérez Corrales, J. (2020). La experiencia vivida de las personas con trastorno mental grave que realizan un voluntariado: un estudio cualitativo [Tesis doctoral, Universidad Rey Juan Carlos]. <https://biblioteca.plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2023/12/la-experiencia-vivida-de-las-personas-con.pdf>

Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The stigma complex. *Annual Review of Sociology*, 41, 87-116.

Pettigrew, T. F. (2008). Future directions for intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(3), 187-199.

<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2007.12.002>

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(5), 751-783.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>

Pinfold, V., et al. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 342-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.342>

Slade, M. (2009). Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals. Cambridge University Press.

<https://doi.org/10.1017/CBO9780511550584>

- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., & colleagues. (2019). The health stigma and discrimination framework. *BMC Medicine*, 17(1), 31.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387 (10023), 1123-1132. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00298-6)
- Whitley, R., & Campbell, R. D. (2014). Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine*, 107, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.010>
- Williams, D. Y., Hall, W. J., Dawes, H. C., Srivastava, A., Radtke, S. R., Ramon, M., Bouchard, D., Chen, W. T., & Goldbach, J. T. (2023). Relationships between internalized stigma and depression and suicide risk among queer youth in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1205581. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1205581>
- World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. WHO. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2004). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report. WHO.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59(12), 1437-1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93.