



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EFFECTOS DEL AUTOESTIGMA EN FAMILIARES DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE: CULPA, VERGÜENZA Y AUTOCOMPASIÓN

Autor: Patricia Roselló Martín

Tutor profesional: Belén Charro Baena

Tutor Metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid
Mayo - 2019



EFFECTOS DEL AUTOESTIGMA EN FAMILIARES DE PERSONAS CON UN TRASTORNO MENTAL GRAVE: CULPA, VERGÜENZA Y AUTOCOMPASIÓN.

Patricia
Roselló
Martín

Resumen

En esta investigación se estudian los efectos del autoestigma (culpa y vergüenza) en familiares (madres, padres, hijos, hijas, hermanos y hermanas) de personas con un Trastorno Mental Grave (TMG) y el efecto de la autocompasión como variable protectora. Accediendo a una muestra control y una muestra de familiares se llevan a cabo R de Pearson para estudiar la correlación entre las tres variables. Mediante la prueba t de Student se estudian las diferencias en culpa, vergüenza y autocompasión entre los familiares de una persona con un TMG y los que no lo tienen, y en función del género. Mediante un ANOVA de un factor se estudian las diferencias en función del parentesco. Los resultados muestran una correlación alta y positiva entre culpa y vergüenza, alta e inversa entre autocompasión y vergüenza. No se encuentra correlación entre la culpa y la autocompasión. Por otro lado, no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos en vergüenza y culpa, y se encuentran diferencias moderadas en autocompasión siendo el grupo de familiares el que tiene mayores niveles de ésta. En cuanto al género, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las tres variables, moderadas para la culpa y la vergüenza, bajas para la autocompasión, presentando las mujeres mayores niveles de culpa y vergüenza y menores niveles de autocompasión que los hombres. En cambio, solo se encuentran diferencias significativas bajas entre mujeres familiares de una persona con un TMG y las no familiares en vergüenza y autocompasión. Tampoco se encuentran diferencias en función del parentesco.

Palabras Clave: Trastorno Mental Grave (TMG), Trastorno mental (TM), estigma asociado, autoestigma, estigma internalizado, familiares, culpa, vergüenza, autocompasión.

Abstract

This investigation studies the effects of affiliated stigma (guilt and shame) on relatives (mothers, fathers, sons, daughters, and siblings) of people suffering from severe mental illness and the effects of self-compassion as a variable. Using a control sample and a relatives sample, together with Pearson's R, this investigation examines the correlation between the three variables. Through a t-test, the differences in guilt, shame and self-compassion between relatives of TMG patients and non-relatives were studied. The same was done with gender. Additionally, through an ANOVA this study analyze the differences related to the degree of familiarity. The results show a high and positive correlation between guilt and shame, and an inverse correlation between self-compassion and shame. A correlation between guilt and self-compassion was not stablished. Significant differences in the groups in shame and guilt were neither stablished, but the data establish moderate differences in self-compassion for the relatives group. With regards to gender, statistically significant differences between the three variables has been found, which are moderate for guilt and shame, and low for self-compassion,

with women usually showing higher levels of guilt and shame and lower levels of self-compassion compared to men. The study finds low, yet statistically significant differences between female relatives of severe mental illness patients and non-relatives in shame and self-compassion. There seem to be no differences relating to the degree of familiarity.

Key Words: Severe mental illness, mental illness, affiliate stigma, internalized stigma, relatives, self-stigma, guilt, shame, self-compassion.

Introducción

El DSM-V define un trastorno mental (TM) como "un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental" (American Psychiatric Association, 2013).

La Guía de Práctica Clínica (GPC) (2009) define el trastorno mental grave (TMG) en función de tres dimensiones: el diagnóstico clínico, la duración del trastorno y el nivel de limitación en el ámbito social, familiar y laboral de la persona afectada.

En cuanto a la dimensión del criterio diagnóstico, para que un trastorno sea considerado un TMG, se debe considerar psicótico, entendiendo como tal que incluya "no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad" (p. 17). Ciertamente, también se incluyen trastornos que a pesar de no presentar síntomas positivos, sí presentan el resto de características, como son algunos trastornos de personalidad (GPC, 2009).

En relación a la dimensión de la duración de la enfermedad, según la GPC (2009), para que un trastorno entre dentro de este grupo debe tener una evolución de al menos dos años o un deterioro muy marcado y progresivo en los últimos 6 meses, que incluya abandono de las redes sociales y tenga un riesgo de cronicidad.

Continuando con lo que indica la GPC (2009), otro criterio es que el trastorno se vea asociado a una discapacidad que produzca limitaciones importantes en la vida diaria, incluyendo al menos dos de los siguientes criterios: "Desempleo o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre, necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital, dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal, necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria como: higiene, preparación de alimentos o gestión económica, y conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial" (p. 18).

Según el *Plan Estratégico de Salud de la Comunidad de Madrid* de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (CSCM, 2018), se estima que entre el 0,6% y el 1% de la población tiene un TMG, de 39.000 a 65.000 personas en la Comunidad de Madrid. Un 3% de la población padecerá un trastorno psicótico en algún momento de su vida. La cifra asciende a entre 10.3 % y 15% para trastornos de la personalidad, aunque en sus formas más graves la prevalencia es de un 2%.

Las personas con TM durante siglos han sufrido las consecuencias de diferentes estereotipos, prejuicios y de la discriminación social. Los prejuicios más comunes asociados a estas personas son los de peligrosidad, impredecibilidad, la posibilidad de contagio... A este conjunto de elementos se les denomina estigma y afecta a todos los grupos en exclusión social.

Se define el estigma como un fenómeno social y personal intensamente devaluador que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (Goffman, 1963). Según Muñoz, Pérez-Santos y Sanz (2011), el estigma se ha diferenciado en tres niveles interrelacionados: el nivel estructural, que se manifiesta en las instituciones y las leyes, el nivel social o público, que se manifiesta en la población general (entre familiares, profesionales, en el ámbito laboral...) y el nivel internalizado, que es el que siente la propia persona afectada por el estigma.

Durante muchos años, se ha estudiado el efecto de estigma en personas con un TM, pero el estigma, además de afectar a estas personas, también afecta a sus familiares por el hecho de estar asociados a ella. A este tipo de estigma se le denomina estigma asociado o estigma por asociación (Larson y Corrigan, 2008).

Estas personas, al igual que sus familiares con TM, internalizan los prejuicios, estereotipos y discriminación que reciben del exterior, dando lugar a un estigma internalizado o autoestigma, del que ya hemos hablado anteriormente. Patrick Corrigan (2008), uno de los pioneros del estudio del estigma, propone el Modelo Social Cognitivo del estigma internalizado que explica cómo éste también está formado por estereotipos, prejuicios y discriminación procedentes del estigma social, que se acaban internalizando y formando parte de la autopercepción de la persona (Corrigan, Larson y Kuwabara, 2008). Estos prejuicios y estereotipos, que se han adquirido y que van contra ellos mismos, conducen a reacciones emocionales negativas (Wright, Gronfein y Owens, T., (2000) citado en Muñoz et al., 2011).

En los familiares de personas con un TM, las consecuencias más comunes asociadas al estigma internalizado son la culpa y la vergüenza (Corrigan, Miller y Watson, 2006). En referencia a la culpa, Corrigan y Miller (2004) encuentran que los padres y madres, del entorno, suelen recibir enjuiciamientos culpabilizadores por la aparición del trastorno en sus hijos o hijas como si ellos hubiesen sido los causantes. A los hermanos y hermanas se les suele culpar por no conseguir que su familiar se adhiriera al tratamiento. Por otro lado, los hijos pequeños sienten angustia y miedo por la idea de ser contaminados por su padre o madre con un TM, internalización de un prejuicio asociado a las personas con TMG: el de contaminación (Corrigan y Miller, 2004). Por otro lado, el 75% de los familiares de personas con TMG consideran que es mejor mantener en secreto su relación con una persona con estas características ya que lo contrario supondría una fuente de vergüenza para la familia (Angermeyer, Schulze, y Dietrich,; Phelan, Bromet, y Link, 1998; Ohaeri y Fido, 2001; Phillips, Pearson, Li, Xu y Yang, 2002;

Thompson y Doll, 1982; Shibre et al., 2001; Wahl y Harman, 1989; según Corrigan, Miller y Watson, 2006). Dato llamativo por ser tan elevado. Además, la vergüenza está asociada a respuestas de aislamiento social, por lo que tener un repertorio de esta respuesta emocional demasiado frecuente o con demasiada intensidad puede ser muy dañino para la persona (Echeburúa, Corral y Amor, 2001).

Para describir brevemente estas emociones de las que hemos hablado anteriormente, haré un recorrido sobre el desarrollo de cómo se han ido entendiendo en la literatura, hasta su conceptualización actual:

A lo largo de muchos años, se han usado los términos vergüenza y culpa de manera indistinta, sin saber distinguir sus matices, dando pie a confusión. Desde la perspectiva psicoanalítica, estos términos se han ido diferenciando poco a poco. Freud no distinguía entre las dos emociones, ignorando el constructo de vergüenza y dejándolo de lado, sin reparar en sus efectos y centrándose en el conflicto del *ello* y el *superyo*, que explica el concepto de culpa. Considera ésta como efecto de un conflicto por los impulsos agresivos. En cambio, conceptualizaba la vergüenza como un conflicto con el control de los impulsos sexuales, especialmente el exhibicionismo y el voyerismo. A ambas las enmarcaba en un estadio evolutivo en el que ya se había formado el superyo, en la resolución del Complejo de Edipo, alrededor de los cinco años, mientras que otros autores enmarcan la vergüenza en un estadio de desarrollo menos evolucionado que la culpa (Tangney, 1998).

Las teorías postfreudianas ya sí se encargaron de distinguir más claramente entre estos dos conceptos, siguiendo la noción del *ideal del yo* que Freud había introducido y que en sus posteriores trabajos fue dejando de lado. Los autores de la *psicología del yo* elaboraron una diferencia entre *superyo* y el *ideal del yo*, que posteriormente ha dado pie a muchos teóricos a aportar una explicación de las diferencias entre vergüenza y culpa (Tangney, 1998).

De esta manera, la vergüenza consistiría en un conflicto o choque entre el yo y el ideal del yo, caracterizado por emociones de inferioridad, con la percepción de ser defectuoso y el miedo al abandono o la pérdida del amor de otra persona. En cambio la culpa vendría de un choque entre el yo y el *superyo*, en lo concerniente a la conciencia moral. Posteriormente, Erikson exponía la vergüenza como una evaluación global del yo, mientras que la culpa estaba relacionada con un comportamiento concreto. Lewis, que estudió estas dos emociones, encontró que la culpa resultaba menos dolorosa que la vergüenza, ya que ésta última consistía en una evaluación global de uno mismo y no de un comportamiento considerado como "malo", como es en el caso de la culpa, que lleva consigo, en vez de emociones de inadecuación globales, emociones de remordimiento, arrepentimiento y tensión (Tangney, 1998).

También se ha hablado de las diferentes funciones y tendencias a acción de cada emoción. La culpa tiene una función reguladora de la conducta que socialmente se considera indeseable o inaceptable. Promueve el autocontrol y motiva a las personas a reparar el daño causado al otro. Esta emoción se convierte en un problema cuando se experimenta de manera muy frecuente, con demasiada intensidad o con una duración excesiva, influyendo de manera negativa sobre la persona (Echeburúa, et al, 2001). Mientras que la preocupación prioritaria en la culpa es el dolor por el daño realizado, en la vergüenza es el malestar emocional. Las personas con vergüenza se sienten como personas malas mientras que las personas con culpa sienten que han hecho algo mal (Tangney, 1998). Mientras la primera lleva al aislamiento social, la segunda facilita la empatía y la reparación del daño. Ciertamente es que cuando la culpa se convierte en patológica y no se elaboran estrategias adecuadas para afrontarla surge el remordimiento, conductas autodestructivas, represión emocional y conductas viles. Por otro lado, la vergüenza puede llevar a emociones de enfado y a culpar a otros por causar el evento que le ha llevado a la vergüenza (Lewis, 1971, citado en Tangney, 1998). Al ser una emoción tan devastadora la vergüenza, a menudo lleva a la persona a proteger a su propio yo para ganar sensación de control redirigiendo la hostilidad y la culpa a fuera, o agrediendo o mediante la externalización de esa culpa.

Cómo afectan estas emociones se ve influido por el factor del género, por el hecho de ser considerado hombre o mujer. Este factor afecta a la frecuencia y a la forma en la que se viven estas emociones. Especialmente la culpa. Como dice Nora Levinton (2010) en su tesis *El superyo femenino, la moral en las mujeres*, los sentimientos de culpa en la mujer, a diferencia de en el hombre, se ven más influidos por las motivaciones apego, el cuidado de la vida y el mantenimiento de las relaciones, considerando la pérdida de amor por parte del otro una de las condiciones más eficaces para generar angustia en la mujer. En el caso de la mujer, el cuidado del otro y especialmente el cuidado del significativo, al igual que el cuidado de las relaciones en general, es un factor fundamental en la génesis de la culpa. Esto tiene una gran implicación en la maternidad, caracterizada por el cuidado de una nueva vida y la inmersión en una relación caracterizada socialmente por el amor y el sacrificio.

Tanto la culpa excesiva como la vergüenza interna son emociones que generan mucho malestar psicológico reduciendo la calidad de vida de las personas. Ambas emociones, se han visto en gran medida relacionadas con la depresión (Echeburúa et al., 2001).

Por otro lado, en la literatura nos encontramos con otra variable que se ha visto que tiene un efecto protector ante la culpa y la vergüenza. Ésta es la autocompasión. Gilbert y Procter (2006) realizaron un estudio en el que se sometía a diferentes personas con niveles altos en vergüenza y autocritica a un entrenamiento en autocompasión. Los resultados mostraron reducciones significativas en depresión, ansiedad, autocritica, vergüenza y sumisión. También

se observó un aumento significativo en ellos de su capacidad de ser autosuficiente y centrarse en los sentimientos de calidez y tranquilidad para el yo (Gilbert y Procter, 2006).

La autocompasión conlleva tocar el sufrimiento y estar abierto a él, sin intentar evitarlo o escaparse de él, generando el deseo de aliviar el sufrimiento y calmarse con amabilidad. También implica ofrecer comprensión sin juicios hacia el dolor, sentimientos de inadecuación y fallos (Neff, 2003). Aunque en la literatura se ha usado la palabra autocompasión como traducción de *self-compassion*, este concepto, en el lenguaje coloquial se acercaría más a la *autoamabilidad* o *autoconsuelo*.

Según Gálvez (2012) en su artículo *Revisión Del Concepto Psicológico De La Autocompasión*, Neff descompone este constructo en tres factores relaciones entre sí:

"1. Ser amable y comprensivo con uno mismo en lugar de ser autocrítico, 2. el reconocimiento de la humanidad común en nuestra experiencia dolorosa frente al autoaislamiento y ensimismamiento, 3. y la toma consciente y equilibrada de los pensamientos y sentimientos dolorosos, en lugar de evitarlos o sobreidentificarse con ellos" (p.3) (Gálvez, 2012).

Estos tres factores parecen hacer cierta contraposición con las emociones de las que se ha hablado anteriormente. La amabilidad con uno mismo se opone al autocrítico producido en la vergüenza y la culpa. Por otro lado la vergüenza está relacionada con el aislamiento y el rechazo del otro, con la desconexión y el corte de las relaciones (Hartlin, Rosen, Walker y Jordan, 2000), por lo que el segundo factor de la autocompasión ofrecería una respuesta contraria a este aislamiento.

Por todo esto, sería interesante explorar cómo afectan estas variables en los familiares de personas con un problema de salud mental. Hay actualmente pocas investigaciones destinadas a estudiar los efectos del estigma asociado en los familiares de estas personas y a explorar su vivencia subjetiva de la internalización de este estigma. Las investigaciones con familiares generadas hasta el momento han ido orientadas a analizar su percepción del estigma hacia las personas con TMG, su propio estigma hacia estas personas, la sobrecarga familiar, sus actitudes hacia la enfermedad mental, el apoyo social (junto al necesitado), el afrontamiento por parte de la familia y la depresión y ansiedad.

Mediante la realización de investigaciones orientadas a alcanzar un mayor conocimiento sobre el autoestigma en familiares, se podrán proponer nuevos programas que vayan destinados a ayudarles a obtener una mayor calidad de vida y librarse de esos prejuicios y estereotipos con los que han sido cargados. Además, se generará un mayor entendimiento general de su realidad y su experiencia subjetiva.

El trabajo de esta investigación, por tanto, pretende evaluar las variables culpa, vergüenza y autocompasión en padres, madres, hermanos, hermanas, hijos e hijas de personas con un TMG, incluyendo en esta definición los trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, depresión mayor y bipolaridad.

En primer lugar, se pretende estudiar de qué manera están relacionadas las tres variables: culpa, vergüenza y autocompasión (Objetivo 1). En segundo lugar, se busca comprobar si los familiares de personas con TMG presentan diferentes niveles de culpabilidad, vergüenza y/o autocompasión que las personas que no tienen un familiar con estas características (Objetivo 2). Otro de los objetivos es comprobar si las mujeres tienen distintos niveles de culpabilidad que los hombres (Objetivo 3) y si las madres de las personas con un TMG tienen diferentes niveles de culpa en comparación con el resto (Objetivo 4).

De esta manera se hipotetiza que:

La culpa y la vergüenza presentan una correlación positiva, de manera que a mayores niveles de una, mayores de la otra y a menores niveles de una, menores de la otra.

- Las personas con altos niveles de autocompasión presentan niveles más bajos de culpabilidad y vergüenza.
- Los familiares de personas con un TMG presentan mayores niveles de culpabilidad que las personas sin ningún familiar con un TMG.
- Los familiares de personas con un TMG presentan mayores niveles de vergüenza que las personas sin ningún familiar con un TMG.
- Los familiares de personas con un TMG presentan menores niveles de autocompasión que las personas sin un familiar con un TMG.
- Las mujeres tienen mayores niveles de culpa que los hombres.
- Las madres de personas con un TMG presentan niveles mayores de culpa que el resto de parentescos.

Método

Participantes

Para este estudio se ha contado con una muestra de 79 familiares, un 17% de la muestra total (padres, madres, hijos, hijas, hermanas y hermanos) de asociaciones como AFAEMO (Asociación de Familiares, Amigos y personas con Enfermedad Mental de Moratalaz), AFASAME (Asociación de Familiares y Afectados de la Salud Mental) y Psiquiatría y Vida.

De ellos, un 77.2% eran mujeres y un 22.8% eran hombres con edades comprendidas entre 20 y 86 años de edad ($M=52.70$; $SD=18.301$).

Por otro lado, el estudio se componía de una muestra total de 385 personas (83% del total) que formaban parte del grupo control (población general de personas sin un familiar con un TMG). De ellos, el 72.7% eran mujeres y el 27.3% eran hombres con edades comprendidas entre 15 y 74 años (M=38.15; SD=15.336).

La muestra de familiares se repartía según los siguientes parentescos (Tabla 1):

Tabla 1

Frecuencias y porcentajes según el parentesco del familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
Madre	21	26.6
Padre	5	6.3
Hijo	5	6.3
Hija	18	22.8
Hermana	21	26.6
Hermano	9	11.4

En la Tabla 2, podemos observar que el espectro de TMG que con más frecuencia se observa en nuestra muestra son los trastornos psicóticos, siguiéndole los trastornos de personalidad, la depresión después y por último la bipolaridad. Esta distribución tiene que ver con el tipo de asociación de la que se ha obtenido la muestra, que suele estar compuesta mayoritariamente por personas con un trastorno psicótico.

Tabla 2

Frecuencias y porcentajes según el trastorno del familiar.

	Frecuencia	Porcentaje
T. Psicóticos	37	49.3
T. Personalidad	16	21.3
Depresión Mayor	12	16
Bipolaridad	10	13.3

Se pregunta a la población (tanto de familiares como de no familiares) si ha hecho alguna vez terapia o similar, como grupos de apoyo mutuo, y nos encontramos que un 46.6% (216 personas) han acudido alguna vez a terapia, y un 53.4% (248 personas) no han acudido nunca. Datos llamativos por el alto porcentaje de personas que alguna vez ha acudido a terapia.

Segmentando la muestra en dos grupos: familiares y no familiares de una persona con un TMG, encontramos que de las 79 personas que sí son familiares, un 50.6% (40 personas) sí han acudido en alguna ocasión a terapia o similar y un 49.4% (39 personas) no han acudido. En el caso de los no familiares, de los 385, un 45.7% (176 personas) han acudido a terapia y un 54.3% (209 personas) nunca han acudido.

Se pregunta a los participantes sobre el tipo de terapia realizada y se encuentran las siguientes frecuencias (Tabla 3):

Tabla 3

Frecuencias y porcentajes según el tipo de terapia.

	Frecuencia	Porcentaje
Psicoterapia	168	83.6
Combinado	19	9.5
Apoyo mutuo	14	7.0

El primer grupo hace alusión a psicoterapia, ya sea grupal, de familia, como individual. Combinado hace referencia a la conjunción, en el mismo momento o en momentos diferentes de la vida, de psicoterapia y grupo de apoyo mutuo. Esta subdivisión se realiza al analizar las respuestas abiertas con respecto al tipo de terapia. Se eliminan de la muestra otro tipo de opciones no consideradas terapias como tal, como es el coaching, para que no existan sesgos.

En el caso de la muestra de familiares se encuentran las siguientes frecuencias (Tabla 4):

Tabla 4

Frecuencias y porcentaje de familiares, según el tipo de terapia.

	Frecuencia	Porcentaje
Psicoterapia	23	60.5
Combinado	3	7.9
Grupo apoyo mutuo	12	31.6

En el caso de la muestra de no familiares (Tabla 5):

Tabla 5

Frecuencias y porcentaje de no familiares, según el tipo de terapia.

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Psicoterapia	145	89.0
Combinado	16	9.8
Grupo apoyo mutuo	2	1.2

Otro dato analizado en referencia a la terapia, en el subgrupo de familiares, es si la terapia se hizo antes o después de la aparición del trastorno del familiar. El 26.8% de los familiares contestaron que después, un 73.2% antes.

Instrumentos

Para evaluar los niveles de culpa y vergüenza se utilizó el Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) (Tangney, Wagner y Gramzow, 1989), que consta de 15 ítems y evalúa predisposición a la vergüenza ($\alpha=.71$), predisposición a la culpa ($\alpha=.69$), externalización ($\alpha=.63$) y orgullo ($\alpha=.61$). Se utilizó la versión validada en castellano (Test de afectos autoconscientes) por Las Hayas, Guillén, González-Pinto, Zamega, Guimón, (2005). Se analizaron los factores de culpa y vergüenza.

En cuanto a la consistencia interna, para la variable culpa, esta escala tiene $\alpha = .69$, y para la variable vergüenza tiene un $\alpha = .71$ (Las Hayas et al, 2005).

A la hora de la búsqueda de instrumentos, se encontraron dificultades en la selección de una forma de medir la culpa como el constructo definido como culpa patológica que describe Lewis (1971) en la que se observan más componentes de autocrítica y autocastigo. Se encontraron dos instrumentos: la Escala de Culpa de Zabalegui (1993) o el Test of Self-Conscious Affect (TOSCA) (Tangney, Wagner, y Gramzow, 1989), éste último elegido para esta investigación. La primera escala mide la vivencia emocional de la culpa como aspecto desagradable de la experiencia, la autocrítica y las conductas reparadoras del daño (Zabalegui, 1993). En cambio el TOSCA (1989), conceptualiza la culpa únicamente como las conductas reparadoras, dejando más de lado el autocriticismo y las conductas autocondenatorias.

Finalmente se optó por el TOSCA (1989) en su versión validada en castellano por Las Hayas et al., (2005), a pesar de tener una definición menos acorde con lo que se pretendía medir, ya que este instrumento también se iba a usar para medir la vergüenza, y de esta manera solo se usaba un instrumento de 15 ítems para dos variables, en oposición a un test de 15 ítems y otro de 35 ítems, junto al instrumento que mide autocompasión a parte, el SCS (2003). Además, en el TOSCA (1989), los 15 ítems describen de 4 a 5 situaciones cada uno, a las que hay que dar respuesta individualmente con una escala tipo Likert, lo que la hace muy extensa y tediosa.

Se evaluaron los beneficios, y los contras de ambos y se estimó que, al ser una muestra de acceso difícil, y al predecir que la muestra de los familiares de las asociaciones iba a estar constituida por personas mayores, había un alto riesgo de que un gran número de personas, por una excesiva extensión de los cuestionarios, dejaran los instrumentos sin responder parcialmente. Por lo que se eligió el TOSCA traducido y validado al castellano por Las Hayas et al., (2005).

Para evaluar los niveles de autocompasión se utilizó la escala Self-Compassion Scale (SCS) de Neff (2003), en su versión corta, de 12 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que va del 1 al 5 donde 1 indica nada probable y 5 muy probable. Concretamente su validación al castellano por García-Campallo et al., (2014).

En relación a la consistencia interna, esta presenta una buena fiabilidad, calculado con el Alfa de Cronbach siendo igual a $\alpha = .85$. (García-Campallo et al., 2014).

Diseño

Se llevó a cabo un diseño ex post facto retrospectivo, de tal modo que se pudieron realizar descripciones sobre la muestra de participantes (mediante los cuestionarios) y establecer relaciones entre las variables (culpa, vergüenza y autocompasión) y diferencias entre grupos.

Procedimiento

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Comunidad de Madrid que se encarga de asegurarse de que se cumpla con las orientaciones éticas para la investigación psicológica establecidas por la American Psychological Association y el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de España.

Los medios de acceso a la muestra de estudio han sido por vía de diferentes asociaciones de familiares componentes de UMASAM (Unión Madrileña de Asociaciones de personas pro Salud Mental). Concretamente AFAEMO (Asociación de Familiares, Amigos y personas con Enfermedad Mental de Moratalaz), AFASAME (Asociación de Familiares y Afectados de la Salud Mental) y Psiquiatría y Vida. La participación fue voluntaria y anónima. Previamente se obtuvieron consentimientos de los representantes de las asociaciones También se accedió a muestra mediante el envío de un formulario con los cuestionarios por redes sociales.

La entrega de los instrumentos de medida para su aplicación se realizó de la siguiente manera:

En el inicio de los cuestionarios se aportó una explicación sobre lo que se pretende investigar, remarcando su carácter voluntario y asegurando el anonimato y la confidencialidad.

A los familiares de los centros se les repartieron los tests en la hora que tienen estipulada en las asociaciones para Grupo de Apoyo Mutuo, o similares, donde se reúnen. Se les ofreció dos posibilidades: o que lo respondiesen tranquilamente en ese espacio o que se lo llevasen a casa y lo trajesen de vuelta otro día. También se les aportó los instrumentos a familiares que no solían acudir a los centros, haciéndoselos llegar mediante sus familiares (usuarios del centro por tener un TMG). En todos los casos, los test se devolvieron de manera anónima a través de un sobre cerrado (que se les aportó junto a los test) que pudieron depositar en un buzón cerrado en la asociación.

En el caso de la muestra de población general, los instrumentos se respondieron vía online siempre, como he mencionado anteriormente. El link se extendió a través de redes sociales (Facebook y Whatsapp). Se excluyó del grupo control a quien respondió SÍ a: ¿Tiene usted un padre, madre, hijo, hija, hermano o hermana con un Trastorno Mental Grave?, guardando los datos directamente para el grupo a estudiar, en vez del grupo control.

En ambas versiones, los tests iban acompañados de unas preguntas sociodemográficas.

Resultados

- Como análisis previos, se hace un estudio de las variables a controlar en la investigación (si han acudido o no a terapia, edad, edad de inicio del trastorno, duración del trastorno y tipo de trastorno del familiar):

Para estudiar el posible efecto de la terapia en los niveles de culpa, vergüenza y autocompasión se realizan las respectivas *t* de Student, y no se encuentran evidencias para demostrar que existan diferencias ni en vergüenza ni en culpa entre las personas que han hecho terapia y las que no ($p > .05$). En cambio, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en autocompasión entre las personas que han acudido alguna temporada a terapia y las que no ($t(462) = -2.139$; $p = .033$). Analizando el tamaño del efecto, encontramos una *d* de Cohen muy baja (d de Cohen = 0.1993), lo que quiere decir que no existen casi diferencias ($M = 34.92$; $SD = 9.294$ de las personas que han acudido alguna vez a terapia; $M = 36.68$; $SD = 8.411$ de las personas que nunca han acudido). Las pocas diferencias encontradas muestran una mayor autocompasión en las personas que nunca han acudido a terapia.

Mirando si existen diferencias en los niveles de estas variables entre las personas que han hecho y no han hecho terapia, de manera segmentada (familiares y no familiares):

En la muestra de familiares, ya no se encuentra ninguna diferencia significativa para ninguna variable ($p > .05$).

En la muestra de no familiares se encuentran diferencias significativas en la variable autocompasión ($t(383) = -2.191$; $p = 0.029$) por lo tanto, podemos decir entonces que se ha

encontrado evidencia de que en las personas que no tienen un familiar con un TMG, existen diferencias estadísticamente significativas en sus niveles de autocompasión entre las personas que han hecho terapia alguna vez y las que no.

En cuanto a la variables culpa y vergüenza ($p > .05$), no hay diferencias significativas.

Como se ha mencionado antes, las personas que han acudido a terapia presentan menores niveles de autocompasión ($M=34.4$; $SD=9.29$) que las que han hecho terapia en algún momento de su vida ($M=36.39$; $SD=8.52$), pero el tamaño de efecto es bajo (d de Cohen= 0.2241), por lo que casi no hay diferencias en autocompasión entre las personas sin un familiar con un trastorno mental grave que han acudido a terapia y los que no.

En cuanto a la edad, encontramos correlaciones estadísticamente significativas entre ésta y la autocompasión ($r(459)=.241$; $p < .001$) y la vergüenza ($r(459)= -.179$; $p < .001$) En cambio, no se han encontrado evidencias suficientes que demuestren que la culpa y la edad tengan una correlación estadísticamente significativa ($p > .05$). Al estudiar el coeficiente de determinación y se encuentra que las correlaciones con la edad son mínimas tanto en la vergüenza (3.204%), como en la autocompasión (4.57%), por lo que no se puede decir que estas variables estén correlacionadas con el edad.

A la hora de estudiar estas correlaciones de manera diferenciada: familiares y no familiares, se encuentran datos diferentes. En la muestra de familiares sólo hay evidencia de correlaciones significativas entre edad y vergüenza ($r(77)= -.231$; $p=.041$), pero el coeficiente de determinación es bajo (5.34%), mostrando una correlación mínima, casi nula. En el caso de la culpa la correlación es no significativa ($p > .05$), al igual que la autocompasión ($p > .05$).

Para la muestra de no familiares, se encuentra una correlación significativa entre la autocompasión y la edad ($r(383)=.189$; $p < .001$) y entre la vergüenza y la edad ($r(383)= -.144$; $p < .05$). El coeficiente de determinación de estas correlaciones es mínimo (3.57% para la autocompasión; 2.07% para la vergüenza). La correlación entre edad y culpa no es significativa ($p > .05$).

Se estudia también la correlación entre las variables y la edad de inicio del trastorno y se observa cómo ninguna correlaciona significativamente con ella ($p > .05$).

Se hace lo mismo para la variable que mide el tiempo transcurrido desde el inicio del trastorno del familiar (duración del trastorno) con cada variable a estudio, y no se encuentra ninguna correlación significativa ($p > .05$).

Por otro lado, se realiza un ANOVA de un factor para estudiar si existen diferencias en los niveles de culpa, vergüenza y autocompasión entre los distintos tipos de trastornos de los

familiares y no se encuentra en ningún caso evidencia de que haya diferencias significativas ($p > .05$).

Se llevan a cabo los análisis dirigidos al estudio de los objetivos:

- Objetivo 1: Se estudian las relaciones entre culpa, vergüenza y autocompasión:

Al llevar a cabo las correspondientes correlaciones con R de Pearson, encontramos significación entre las tres:

Entre la culpa y la vergüenza se encuentra una correlación estadísticamente significativa ($r(462) = .604$; $p < .001$). Esta correlación es positiva, lo que significa que a mayores niveles de vergüenza, mayores de culpa, y viceversa. Esta correlación es alta con un coeficiente de determinación de 38.65%.

Entre la autocompasión y la vergüenza se encuentra una correlación estadísticamente significativa ($r(462) = -.570$; $p < .001$). Es una correlación inversa y elevada, con un coeficiente de determinación de 32.49%, a mayores niveles de autocompasión, menores niveles de vergüenza, y viceversa.

Entre culpa y autocompasión se encuentra también una correlación estadísticamente significativa ($r(462) = -.252$; $p < .001$). Ésta es inversa pero muy baja, por lo que a mayor culpa, menor autocompasión. Sin embargo, la correlación es baja, y tiene un coeficiente de determinación de 6.35%, por lo que no se puede decir que exista una correlación entre culpa y autocompasión.

A la hora de analizar estas correlaciones de manera segmentada en familiares y no familiares encontramos lo siguiente:

En la muestra de familiares se encuentran correlaciones significativas entre vergüenza y culpa ($r(77) = .565$; $p < .001$), y entre autocompasión y vergüenza ($r(77) = -.568$; $p < .001$). Correlación positiva y moderada (31.92%) en el primer caso, inversa y moderada (32.26%) en el segundo. De esta manera, a mayores niveles de culpa, mayores de vergüenza, y viceversa. Y a mayores niveles de autocompasión, menores de vergüenza y viceversa. En cambio, no se encuentra correlación significativa entre culpa y autocompasión ($p > .05$).

En el caso de los no familiares, las tres variables correlacionan significativamente. En el caso de la culpa con la vergüenza, la correlación es positiva y elevada ($r(383) = .614$; $p < .001$; $R^2 = 37.7\%$), lo que quiere decir que a mayores niveles de culpa, mayores de vergüenza, y viceversa. La correlación entre culpa y autocompasión es negativa pero muy baja, casi nula ($r(383) = -.272$; $p < .001$; $R^2 = 7.4\%$). La correlación entre vergüenza y autocompasión es negativa y alta ($r(383) = -.566$; $p < .001$; $R^2 = 32.04\%$), lo que significa que a mayores niveles de autocompasión menores de vergüenza y viceversa.

- Objetivo 2: El siguiente estudio trata de ver si existen diferencias significativas en las variables culpa, vergüenza y autocompasión entre familiares de personas con un TMG y el grupo control:

En relación a las variables culpa y vergüenza, tras realizar sus respectivas t de Student, encontramos que no hay suficiente evidencia como para demostrar que existan diferencias significativas en sus niveles entre los familiares de una personas con un TMG y los que no lo son, respecto a la variable culpa ($t(462) = -0.294$; $p = .769$) y vergüenza ($t(462) = -1.738$; $p = .083$).

En cambio, en la variable autocompasión, encontramos evidencia empírica de que existen diferencias estadísticamente significativas entre los familiares y los no familiares ($t(462) = 2.055$; $p = .04$). En cuanto al tamaño del efecto, se obtiene una d de Cohen = .493; por lo que estas diferencias son moderadas, siendo los familiares los que mayor autocompasión presentan ($M = 37.72$ y $SD = 8.39$) en comparación con los no familiares ($M = 35.48$ y $DS = 8.924$).

- Objetivo 3: Comprobar si existen diferencias entre los hombres y las mujeres respecto a la culpa. Se realizan adicionalmente análisis para las dos variables restantes para explorar posibles resultados significativos:

Los resultados obtenidos con la prueba de t de Student nos muestran evidencia de diferencias estadísticamente significativas tanto en culpa ($t(462) = 5.766$; $p < .001$), en vergüenza ($t(462) = 0.863$; $p < .001$) y en autocompasión ($t(462) = -2.004$; $p = .046$).

Las mujeres presentan mayores niveles de culpa que los hombres ($M = 61.64$; $SD = 6.124$ en mujeres, frente a $M = 57.63$; $SD = 7.815$ en hombres). El tamaño del efecto obtenido con d de Cohen es igual a 0.6064, siendo este moderado, por lo que las diferencias en culpa entre hombres y mujeres son moderadas.

Las mujeres tienen mayores niveles de vergüenza ($M = 46.09$; $SD = 9.85$) en comparación con los hombres ($M = 40.98$; $SD = 9.977$). Siento el tamaño del efecto moderado (d de Cohen = 0.5170), lo que quiere decir que las diferencias en vergüenza en función del género son moderadas.

Los hombres presentan mayores niveles de autocompasión ($M = 37.23$; $SD = 8.454$) que las mujeres ($M = 35.37$; $SD = 8.972$). El tamaño del efecto calculado con la d de Cohen es igual a .2105; siendo este bajo, lo que significa que casi no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Para mayor profundidad, se realiza una t de Student para evaluar estas diferencias de género, segmentando la muestra en familiares y no familiares.

En la muestra de familiares solo se encuentran diferencias significativas en los niveles de culpa ($t(77)=3.256$; $p=.002$). Éstos son mayores en las mujeres ($M=61.72$; $SD=5.995$) que en los hombres ($M=55.78$; $SD=9.104$). El tamaño del efecto, d de Cohen=.8729, por lo que estas diferencias son elevadas. Sin embargo, en las variables vergüenza y autocompasión no se hallaron diferencias significativas ($p>.05$)

En la muestra de no familiares, se encuentran evidencias de diferencias significativas en función del género en las tres variables: culpa ($t(383)=4.883$; $p<.001$), vergüenza ($t(383)=5.028$; $p<.001$) y autocompasión ($t(383)=-2.177$; $p=.30$). Al igual que en los análisis no segmentados, nos encontramos que las mujeres tienen más niveles de culpa y vergüenza que los hombres (Mujeres: $M=61.62$; $SD=6.163$ para culpa; $M=46.64$; $SD=9.504$ para vergüenza; Hombres: $M=57.94$; $SD=7.576$ para culpa; $M=41.03$; $SD=10.363$ para vergüenza). En cambio, los hombres tienen mayores niveles de autocompasión ($M=37.09$; $SD=8.655$) que las mujeres ($M=34.88$; $SD=8.964$). En cuanto a los tamaños del efecto: para culpa d de Cohen= 0.5595; para vergüenza d de Cohen= 0.5757; y para autocompasión d de Cohen= 0.2488. Diremos que existen diferencias moderadas en función del género para la culpa y la vergüenza y bajas para la autocompasión.

Profundizando en el estudio, se llevan a cabo análisis para explorar si existen diferencias entre las mujeres familiares y no familiares en cuanto a las tres variables del estudio:

Se encuentran diferencias significativas en vergüenza ($t(339)=-2.189$; $p=.029$) y autocompasión ($t(339)=2.18$; $p=.030$). En culpa no se encuentran diferencias significativas ($p>.05$). Las mujeres con un familiar con un TMG tienen menores niveles de vergüenza ($M=43.61$; $SD=11.05$) que las mujeres sin un familiar con este tipo de problemas de salud mental ($M=46.64$; $SD=9.504$). Estas diferencias son bajas (d de Cohen=0.309). Las mujeres con un familiar con un TMG tienen mayores niveles de autocompasión ($M=37.63$; $SD=8.731$) que las mujeres sin familiares con estos problemas ($M=34.88$; $SD=8.964$). Estas diferencias son bajas también para la autocompasión (d de Cohen=0.308).

- Objetivo 4: El siguiente objetivo trata de analizar si hay diferencias en los niveles de culpa en función del parentesco. Se llevan a cabo análisis adicionales con el resto de variables:

Se realizan agrupaciones para aumentar el tamaño de cada grupo, uniendo madres y padres, hermanos y hermanas, e hijos e hijas. Se realiza un ANOVA de un factor para cada variable a analizar y la única evidencia de significación es para la variable autocompasión ($F(2, 76)=3.468$; $p=.036$). Por lo que, se puede decir que existen diferencias estadísticamente significativas en autocompasión en función del parentesco. Siendo en este caso el tamaño del efecto $\eta^2=.084$, un valor mínimo, por lo que las diferencias son casi inexistentes.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) en las variables culpa y vergüenza.

Por último, y como análisis adicional, se llevan a cabo tres ANOVAS de dos factores con las variables género, tener o no tener un familiar con un TMG respecto a las variables a estudio respectivamente: culpa, vergüenza y autocompasión. Se encuentra que en ningún caso hay evidencia empírica de que haya interacción ($p > .05$) entre la variable género y la variable tener o no tener un familiar con un TMG en cuanto a las tres variables del estudio (culpa, vergüenza y autocompasión).

Discusión

El primer propósito de esta investigación ha sido estudiar la relación entre las variables culpa, vergüenza y autocompasión. En este trabajo se ha podido corroborar que existe una correlación alta entre la culpa y la vergüenza, de manera que a mayores niveles de culpa, mayores de vergüenza y viceversa. Esto coincide con la literatura encontrada que relaciona íntimamente estas dos variables y las enmarca dentro del conjunto de emociones autoconscientes. Las emociones autoconscientes son aquellas que implican directamente una autoevaluación o un reflejo de uno mismo (Tangney, 2012), donde es difícil encontrarlas por separado (Duncan y Cacciatore, 2015).

La vergüenza surge cuando la persona lleva a cabo un juicio o evaluación negativa de su yo global (Etxebarria, 2003). Por lo que, es una emoción muy dolorosa ya que proviene de un ataque al yo, y cuando ésta surge, la persona trata de liberarse de ese malestar. Para ello, lleva a cabo mecanismos como la ocultación, el encogimiento, reinterpretación de las situaciones, disociaciones... Resulta muy complicado transformar este estado anímico. En cambio la culpa, que resulta de una evaluación negativa del yo respecto a una acción concreta, al provenir de un evaluación de la propia conducta, no resulta tan angustiante y confusa. Lleva asociada una tendencia correctora o reparadora con finalidad de calmar la angustia. Estas dos emociones tienen en común que son emociones sociales, que surgen en primera instancia a nivel interpersonal, juegan un papel muy importante en la regulación de la conducta moral y ambas emociones son secundarias a otras básicas (Etxebarria, 2003).

Por otro lado, en este estudio, se ha encontrado una correlación negativa entre la autocompasión y la vergüenza, de manera que a mayores niveles de autocompasión, menores niveles de vergüenza, como se esperaba. Siendo esta correlación alta. Estos resultados obtenidos concuerdan con las teorías de Gilbert (2010) sobre su modelo de Terapia Centrada en la Compasión basada en sus investigaciones sobre la autocompasión como factor protector ante la vergüenza y la autocrítica. Otros estudios, como el de Duarte, Ferreira y Pinto-Gouveia (2013), llegan a conclusiones similares, encontrando una relación inversa entre la autocompasión y la

vergüenza externa (la originada por la evaluación de lo que se cree en el mente del otro sobre uno mismo) y la insatisfacción con la imagen corporal en chicas diagnosticadas de anorexia.

En el caso de la autocompasión con la culpa la correlación es casi inexistente. Estos resultados son contrarios a la hipótesis planteada. Ésta enmarcaba la culpa en la relación de ésta con el autocriticismo, el autocastigo y los pensamientos autocondenatorios, definición más cercana a lo que Lewis (1971) conceptualizaba como culpa patológica. Y a su vez, consideraba a la autocompasión como protectora ante la autocrítica (Gilbert, 2010). La elección del TOSCA (1989) como instrumento de medida de la culpa, con sus limitaciones relacionadas con la medición de la culpa más desadaptativa y patológica (habladas en el epígrafe de *Instrumentos* (p.11-12)), ha podido influir en los resultados de las correlaciones.

Continuando con las correlaciones entre las variables, se han encontrado por separado, significaciones similares a los mencionados anteriormente tanto en familiares de personas con un TMG, como en personas sin un familiar con estas características.

Se ha estudiado también si los familiares de las personas con un TMG tienen mayores niveles de culpabilidad y vergüenza que las personas que no tienen un familiar con un trastorno de este tipo. En este trabajo no se han podido encontrar estas diferencias. Estos resultados contradicen el estudio relativos al estigma en personas con un TMG realizado por Wahl y Harman (1989) en el que encuentran que los principales efectos del estigma sobre los parientes de personas con un TMG son la disminución de la autoestima, con sentimientos asociados de vergüenza y culpa, dificultad para mantener y hacer amistades, dificultad para encontrar trabajo y deterioro en las relaciones familiares.

Por otro lado, sí se han encontrado diferencias moderadas en autocompasión entre los familiares y las personas que no tienen un familiar con un TMG, pero en sentido contrario al que se había hipotetizado. Los resultados desvelan mayores niveles en autocompasión en los familiares que en las personas que no tienen un familiar con estas problemáticas. La hipótesis se basaba en la suposición de la autocompasión opuesta y por tanto, correlacionada inversamente con la culpa y la vergüenza. Y a su vez, se hipotetizaba que estas últimas se encontrarían en niveles mayores en los familiares con un TMG, pero esto último no se ha dado así.

Estos resultados pueden tener que ver con las características de las muestra de los familiares de personas con un TMG. La mayor parte de ellas, excepto algún caso que contestó a las escalas mediante la transmisión vía online, formaban parte de asociaciones de familiares para personas con un TMG. Estas asociaciones están creadas por estos familiares y la mayoría de ellos participan activamente en ellas, ya sea como parte de la Junta Directiva o en los grupos de Apoyo Mutuo o Escuela de Familias. Además, como ya se ha mencionado en el epígrafe de *Participantes* (pp.8-11), un alto porcentaje de los familiares habían acudido alguna vez a

terapia. Estas especificidades de la muestra han podido afectar a los resultados de las diferencias tanto en culpa, como vergüenza, como en autocompasión.

Volviendo de nuevo a los resultados, se ha encontrado también evidencia de que las mujeres tienen mayores niveles de culpa y de vergüenza que los hombres. Estas diferencias entre géneros son moderadas.

En cuanto a las diferencias encontradas en autocompasión, éstas son mínimas, siendo los hombres los que mayor autocompasión presentan.

Estos mayores niveles de culpa coinciden con los estudios de Bybee (1998) sobre las diferencias en la culpa desarrolladas durante la adolescencia en función del género, en los que habla de la mayor intensidad de estas emociones en las mujeres en comparación con los hombres y cómo ésta puede ser un factor precipitante en el desarrollo de depresión.

Por otra parte, en referencia a la vergüenza, autores Nyström, Kjellberg, Heimdahl, y Jonsson, (2018), encuentran mayores niveles de vergüenza internalizada que los hombres, unido a unos altos niveles también en sensibilidad interpersonal. También Ferguson, Tamara, Eyre y Heidi (2000) hablan de los mayores niveles de vergüenza y culpa en las mujeres y los ponen en relación a los estereotipos de género y a cómo, bajo estos, las mujeres actúan de la manera que se espera de ellas, responsabilizándose de sus obligaciones, del cuidado de los otros y de las relaciones, de la entrega de amor y sacrificio en éstas y de mantener estas relaciones con una especial sensibilidad interpersonal.

Siguiendo con las conclusiones, en el grupo de familiares, las diferencias en culpa entre hombres y mujeres son elevadas y ya no se encuentran diferencias en vergüenza. En cambio, en la muestra de no familiares, se siguen encontrando diferencias moderadas en vergüenza, y las diferencias en culpa no son tan altas como en la muestra de no familiares.

En referencia a lo anterior, en estudios como el de García-Calvante et al., (2004), se analizan también las diferencias en cuanto a género en el rol del cuidado, y se encuentran altos niveles de sobrecarga en las mujeres en comparación con los hombres, siendo éstas las que se hacen responsables de gran parte de los cuidados. Hooker et al., (2000), en su estudio sobre las diferencias de género en cuidadores de personas con Alzheimer y Parkinson, encuentran que las mujeres, cuando son las únicas cuidadoras, sienten culpa por no cuidar suficiente. Estas diferencias según género en culpa podrían tener que ver con el papel de cuidados tan fomentado en la sociedad en la mujer. Además explicaría la elevada diferencia entre las mujeres de familiares con un TMG y las que no tienen un familiar con estas características, ya que se puede hipotetizar que las mujeres con familiares con un TMG evalúan el cuidado hacia su familiar como insuficiente, sintiendo culpa por no haber podido evitar ni la aparición, ni el desarrollo del trastorno, ni tampoco las recaídas que suelen presentarse en estas problemáticas; elementos

destacados en el estigma hacia estos familiares (Corrigan y Miller, 2004). Sería interesante explorar esta hipótesis mediante una metodología cualitativa que permita profundizar mejor la subjetividad de estas personas.

Estas diferencias en función del género hacen plantearse también si se encontrarían diferencias significativas en culpa, vergüenza y autocompasión entre mujeres familiares de una persona con un TMG y mujeres sin un familiar con un TMG e, inesperadamente, al hacer los correspondientes análisis se encuentran diferencias significativas, aunque muy pequeñas, en vergüenza y autocompasión, teniendo las mujeres familiares mayores niveles de autocompasión y menores niveles de vergüenza que las que no tienen un familiar con un TMG. En cambio no se encuentran diferencias significativas en culpa entre un grupo y el otro, pudiendo tener que ver, de nuevo, con el sistema de medición de la culpa.

Otro propósito de esta investigación consistía en estudiar si las madres de las personas con un TMG presentaban mayores niveles de culpa que el resto de parentescos. Se ha encontrado que no hay diferencias en los niveles de esta variable, ni en ninguna de las otras dos variables a estudio. Este resultado hace plantearse, de nuevo, si estas variables dependerían más de quién lleva la carga o responsabilidad del cuidado que de la relación con la persona afectada por el problema de salud mental. En esta sociedad, esta carga suele recaer en su mayor parte sobre las madres, siendo más reducida en padres, hijos e hijas y hermanas y hermanos (Hanzawa, Tanaka, Inadomi, Urata, y Ohta, 2008; Moller-Leimkuhler y Wiesheu, 2012; Nirmala et al., 2011, citado en Caqueo, A. et al., 2014). Por lo que, sería esperable que éstas presentasen mayores niveles de culpa. Sin embargo, esta variable (cuidador/ no cuidador) no se ha controlado ni analizado, por lo que sería interesante para futuras investigaciones tenerlas en cuenta.

En cuanto a la edad de inicio del trastorno y a la duración del trastorno, a pesar de que algunos estudios encontraban un mayor estigma hacia las familias de las personas con un inicio temprano del trastorno y una mayor duración de éste (Shibre et al., 2001). Al analizar las variables estudiadas sobre la muestra de familiares del estudio, se encuentra que no hay correlación entre las variables de análisis con la edad de inicio del trastorno del familiar, ni con el tiempo transcurrido desde que se inició. Para próximos estudios más centrados en explorar la relación entre el estigma en familiares y la edad de inicio del trastorno de su familiar, sería interesante realizar puntos de corte en la edad, acordes a la literatura, para poder analizar mejor esta relación. En este caso, éste no era uno de los objetivos principales del estudio.

En relación al tipo de trastorno, tampoco se encuentran diferencias en los niveles de estas variables en los familiares. Esto último concuerda con el estudio de Shibre et al., (2001),

en el que no encuentran diferencias en cuanto a estigma entre tipos de trastorno mental afectando a los familiares de manera indistinta.

Para nuevas futuras líneas de investigación, un aspecto importante a mejorar sería aumentar el tamaño de la muestra de familiares de personas con un TMG. En el caso de esta investigación ésta ha sido de N=79 (un 17% de la muestra total), lo que dificulta sacar conclusiones significativas sobre las diferencias. La muestra control tiene un tamaño elevado de N=385 (un 83% de la muestra total).

Sería importante también controlar las edades de las dos muestras de manera que sean proporcionadas, ya que la media del grupo de familiares ha sido de 53 años de edad mientras que la de no familiares de 30 años. También sería conveniente igualar el tamaño de la muestra en los dos géneros, ya que el de las mujeres es mayor. Estas diferencias podrían haber sesgado los resultados de algunos análisis realizados.

Por otro lado, la pregunta exploratoria: ¿Ha acudido alguna vez a terapia?, sería conveniente cambiarla a: ¿está en un proceso de terapia en el momento? Y para poder sacar conclusiones sobre cómo afecta la terapia a las variables a estudio, convendría hacer una investigación más centrada en ello preguntando el tiempo que llevan en terapia, tipo de terapia o directamente hacer un estudio longitudinal con una evaluación pre y una post terapia.

En los resultados, se ha encontrado un alto porcentaje de personas que contestaron que habían acudido a terapia (46.6%). Este alto porcentaje puede tener que ver, como se ha explicado anteriormente, con una formulación de la pregunta demasiado amplia, en la que los participantes han podido responder "sí" a ella con tan solo haber ido un número reducido e insuficiente de sesiones. O puede tener que ver con la difusión del cuestionario online, que se haya extendido por un círculo de personas muy cercanas a la psicología o que tengan conciencia de la importancia de abordar las dificultades emocionales.

Otra variable relevante para el estudio del estigma sería, como se ha mencionado en párrafos anteriores, ser cuidador o no cuidador de la persona con el trastorno, y por otro lado, convivir o no convivir con él/ella.

Por otra parte, a la hora de obtener la muestra de familiares, sería interesante recogerla no solo de asociaciones, ya que estos familiares suelen ser personas mayores, con muchos años de proceso junto a su familiar y a la asociación y años en Grupos de Ayuda Mutua o similares. En el caso de esta investigación, un alto porcentaje de los familiares habían acudido a terapia o parecido. Por lo que sería interesante que en próximos estudios se accediese a la muestra vía Centros de Salud Mental, Hospitales de Día y recursos de la Red de Rehabilitación Psicosocial como Equipos de Apoyo Social Comunitario, Centros de Día, Centros de Rehabilitación

Laboral... Esto aportaría una mayor heterogeneidad en cuanto al trabajo personal en terapia de los familiares, implicación en la relación con su familiar, edad y duración del trastorno.

Como conclusiones más relevantes de este estudio, se encuentran la relación entre la autocompasión y la vergüenza. Estas evidencias son de gran importancia, ya que orientan a la hora de desarrollar intervenciones terapéuticas dirigidas a reducir la vergüenza, tan común en las consultas psicológicas. De esta manera, sería interesante que se siguiesen desarrollando modelos de intervención orientadas a observar los marcadores de autojuicio y autocrítica y favorecer el desarrollo de una capacidad de autocompasión que permita conectar con la propia fragilidad y aceptar el propio sufrimiento sin juicio. Algunas terapias de orientación humanista como la Terapia Centrada en la Compasión (Gilbert, 2010) o la técnica del auto-consuelo compasivo con la técnica de las dos sillas de Greenberg, Elliot y Pos (2009), ya se dedican a ello, facilitando a la persona sentir una legitimación o validación de sus emociones y su self, transformando su sentimiento nuclear del self inválido o insuficiente (Sutherland, Peräkylä y Elliott, 2014).

También, este estudio permite reflexionar sobre la relación entre la culpa y la vergüenza. A pesar de que se encuentren estrechamente unidas en la subjetividad de las personas, es importante en el ejercicio clínico hacer un esfuerzo por diferenciarlas, ya que a menudo tienden a confundirse. Un mayor contacto con ellas y su significación es fundamental para la transformación de las heridas emocionales (Greenberg, 2000).

Es importante remarcar también los mayores niveles encontrados de culpa y vergüenza en las mujeres. Se debe hacer especial hincapié en tener una mirada con perspectiva de género en la terapia, ya que hay evidencias de diferencias en la subjetividad de las personas en función del género. La culpa es un peso con el que cargan en mayor medida las mujeres y es importante no dejarla a un lado. Además, como ya se ha mencionado anteriormente, sería conveniente realizar estudios que evalúen bien el nivel de carga en los cuidados y ponerlo en relación con la culpa en las mujeres, analizando especialmente estas especificidades en el colectivo de mujeres con familiares de personas con un TMG o cualquier otra problemática que a menudo implique una discapacidad y un estigma.

Para futuras investigaciones de mayor extensión, en adición a las propuestas ya aportadas, es relevante destacar la importancia de que se hagan estudios cualitativos que aporten un conocimiento más amplio sobre la subjetividad de las personas. El estigma es un constructo social que tiene efectos a nivel psicológico en las personas y por ello, el uso de metodologías como entrevistas o grupos de discusión, permitirían abarcar en mayor medida la realidad de estas personas obteniendo una visión más representativa de ésta.

Por otro lado, es fundamental el desarrollo de instrumentos que evalúen de forma directa el estigma internalizado, tanto en familiares como en las mismas personas con un trastorno, ya que en la actualidad no existen maneras fiables de medirlas y las investigaciones están centradas mayoritariamente en explorar el estigma percibido o el estigma de un otro externo hacia estas personas, dejando de lado el estigma internalizado y sus efectos. Conocer y analizar en profundidad las consecuencias del estigma y su internalización es esencial para una mejor adaptación por parte de los profesionales, en pro de su apoyo, a las necesidades, dificultades y sufrimiento de estas personas, que a menudo son olvidadas. Y así, promover un cambio social en contra del estigma.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bybee, Jane (1998). The emergence of gender differences in guilt during adolescence. En Bybee, J. (Ed.), *Guilt and children* (113-125). CA, USA: Academic Press.
- Caqueo Urizar, A., Miranda Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S. L., Ramírez Pérez, M., & Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26 (2), 235-243.
- Corrigan, P., Larson, J. y Kuwabara, S. (2008). Social psychology of stigma for mental illness: Public stigma and self-stigma. En J. Maddux y J. Tangley (Ed.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology* (50-68). Nueva York: Guilford Press
- Corrigan, P. W., y Miller, F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 13(6), 537-548.
- Corrigan, P., Miller, F. y Watson, A. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of Mental Illness and Drug Dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 239-246.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2018). *Plan Estratégico de Salud de la Comunidad de Madrid*. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
- Duncan, C. y Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt, and shame. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 71(4), 312-342.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(116), 905-929.
- Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. En Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P. y Martín, M.D. (Ed.). *Motivación y emoción. La adaptación humana*, 369-393. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Ferguson, T. J., y Eyre, H. L. (2000). Engendering gender differences in shame and guilt: Stereotypes, socialization, and situational pressures. En Fischer, A. H. (Ed) *Gender and emotion: Social psychological perspectives*, 254-276. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., y Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors*, 14(2), 207-210.
- Gálvez, J.J. (2012). Revisión del concepto psicológico de la autocompasión. *Medicina Naturista*, 6(1), 2-4.
- García-Calvente, M. D. M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18(2), 83-92.
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., y Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes*, 12(4). doi: 10.1186/1477-7525-12-4
- Greenberg, L., Elliott, R., y Pos, A. (2009). La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 142 (5).
- Greenberg, L. (2000). *Emociones: una guía interna*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Canada, USA: Routledge.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. N.J., USA: Prentice-Hall, Inc.
- Hartling, L. M., Rosen, W., Walker, M., y Jordan, J. V. (2000). *Shame and humiliation: From isolation to relational transformation*. Wellesley, MA: Stone Center Working Paper Series.
- Hooker, K., Manoogian-O'Dell, M., Monahan, D. J., Frazier, L. D., y Shifren, K. (2000). Does type of disease matter? Gender differences among Alzheimer's and Parkinson's disease spouse caregivers. *The Gerontologist*, 40(5), 568-573.
- Larson, J. y Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic Psychiatry*, 32 (2), 87-91.
- Las Hayas, C., Guillén, V., González-Pinto, A., Zamega, G., Guimón, J. (2005). Preliminary validation in spanish of the Test of selfconscious affect (TOSCA). *Avances en Salud Mental Relacional*. Recuperado de <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0403/index.htm>
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. *Psychoanalytic review*, 58(3), 419-438.

- Ministerio de Sanidad y Política Social.(2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf
- Morrison, A. (2005, 20 de febrero). Sobre la vergüenza. Consideraciones y revisiones. Congreso Internacional sobre la Vergüenza. *Aperturas psicoanalíticas*. Recuperado <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=340&a=Sobre-la-vergüenza->
- Muñoz, M., Pérez Santos, E.; M. y Sanz, M (2011). Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 41-50.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure selfcompassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Nyström, M. B. T., Kjellberg, E., Heimdahl, U., y Jonsson, B. (2018). Shame and interpersonal sensitivity: Gender differences and the association between internalized shame coping strategies and interpersonal sensitivity. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(2), 137–155. doi:10.1521/bumc.2018.82.2.137
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., y Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255.
- Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., Fekadu, D. y Jacobsson, L. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 299-303.
- Sutherland, O., Peräkylä, A. y Elliott, R. (2014). Conversation analysis of the two-chair self-soothing task in emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 24(6), 738-751.
- Tangney, J. P. (1998). How does guilt differ from shame?. En Bybee, J. (Ed.), *Guilt and children* (1-17). CA, USA: Academic Press.
- Tangney, J. P. (2012). Self-conscious emotions. En M. R. Leary y J. P. Tangney (Ed.), *Handbook of self and identity* (446-478). New York, US: The Guilford Press.

- Tangney, J. P., Wagner, P. E., y Gramzow, R. (1989). The Test of Self-Conscious Affect. Fairfax, VA: George Mason University.
- Vasconcelos e Sa, D., Barrowclough, C., Hartley, S., y Wearden, A. (2017). Self-blame attributions in relatives of people with recent-onset psychosis: Associations with relatives' distress and behavioural control. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 172-188.
- Wahl, O. F. y Harman, C. R. y (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 15(1), 131-139.
- Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir la culpabilidad. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 51(99), 485-509.