



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES**

**La influencia del estigma social en la rehabilitación
psicosocial en personas con esquizofrenia**

Autor/a: Andrea Garzón Labata

Director/a: María de la Paz Galán Morán

Madrid

2025/2026

Resumen:

La influencia del estigma social en la rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia constituye un factor clave en los procesos de recuperación e inclusión social. A través de una revisión teórica y narrativa, se analizan los conceptos de esquizofrenia, rehabilitación psicosocial y estigma social, así como la percepción social, la autopercepción y sus consecuencias en la vida de las personas afectadas. Los resultados muestran que el estigma limita la inclusión social, el acceso al empleo, las relaciones interpersonales y la participación comunitaria. Además, el autoestigma puede afectar negativamente a la autoestima y a la motivación para implicarse en la rehabilitación. En este contexto, la rehabilitación psicosocial se presenta como una estrategia clave para promover la autonomía, mejorar la calidad de vida y favorecer la integración social.

Palabras clave: Esquizofrenia, trastorno mental, rehabilitación psicosocial, estigma social, autoestigma

Abstract:

The influence of social stigma on the psychosocial rehabilitation of people with schizophrenia is a key factor in the processes of recovery and social inclusion. Through a theoretical and narrative review, this study analyzes the concepts of schizophrenia, psychosocial rehabilitation, and social stigma, as well as social perception, self-perception, and their consequences on the lives of those affected. The results show that stigma limits social inclusion, access to employment, interpersonal relationships, and community participation. Furthermore, self-stigma can negatively affect self-esteem and motivation to engage in rehabilitation. In this context, psychosocial rehabilitation emerges as a key strategy for promoting autonomy, improving quality of life, and fostering social integration.

Key words: Schizophrenia, mental disorder, psychosocial rehabilitation, social stigma, self-stigma

ÍNDICE:

1. Introducción.

- Justificación del tema.
- Objetivos del trabajo.
- Metodología empleada.

2. Marco teórico:

- Esquizofrenia.
- Rehabilitación psicosocial.
- Estigma social.

3. Estigma social asociado a la esquizofrenia.

- Percepción social de las personas con esquizofrenia.
- Autopercepción de la persona con esquizofrenia.
- Consecuencias del estigma social del trastorno en la persona.

4. Impacto del estigma en la rehabilitación psicosocial.

- Buenas prácticas.
- Importancia de la rehabilitación psicosocial.
- Limitaciones de la rehabilitación psicosocial ligado al estigma social.

5. Revisión de estudios actuales sobre estigma asociado a los trastornos mentales.

6. Estrategias para reducir el estigma y favorecer la rehabilitación.

7. Discusiones.

8. Conclusión.

9. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN:

1.1 JUSTIFICACIÓN:

La atención que reciben las personas que sufren enfermedades mentales graves ha evolucionado notablemente durante las últimas décadas. En sus inicios, se basaba en el internamiento en hospitales psiquiátricos, los cuales solían ser instituciones de gran tamaño, ubicadas en zonas alejadas de los núcleos urbanos. Estos centros ofrecían una atención de carácter asilar y custodial, con una participación profesional limitada y escasos recursos terapéuticos. Además, la alta concentración de pacientes generaba condiciones de hacinamiento, lo que provocaba una pérdida notable de intimidad y una despersonalización significativa: los pacientes dejaban de ser considerados como individuos y pasaban a ser identificados únicamente por un número (Gisbert, 2003).

La estancia prolongada en estos centros influía negativamente en la evolución de la enfermedad, favoreciendo la cronificación de la enfermedad y un deterioro progresivo de las personas afectadas, que eran marginadas y aisladas del resto de la sociedad. Esta situación se mantuvo hasta la implementación de la reforma psiquiátrica, que tuvo lugar en muchos países desarrollados durante las décadas de 1960 y 1970, mientras que en España se introdujo en la década de 1980.

En el caso de la Comunidad de Madrid, el desarrollo de recursos de rehabilitación, tanto de apoyo diurno como de apoyo residencial, se ha ampliado significativamente desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986. A partir de los primeros dispositivos de rehabilitación abiertos en los años ochenta, en el marco del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización, se produjo un aumento progresivo en la cobertura para personas con Trastorno Mental Grave (TMG). Este proceso tuvo un punto de inflexión con la implementación del Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica (2003), compuesto por una red extensa de atención, compuesta por 204 recursos que ofrecen asistencia tanto a los usuarios como a sus familias.

Dentro de este contexto, la rehabilitación psicosocial surge como una estrategia clave, centrada en la recuperación funcional de la persona y su integración comunitaria. Esta estrategia concibe al individuo como protagonista de su propio proceso, con el objetivo de mejorar o mantener una situación vital que evite el deterioro o la cronificación de su

enfermedad. En este sentido, puede definirse como el conjunto de intervenciones destinadas a asegurar que una persona pueda desarrollar las habilidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales necesarias para vivir en la comunidad, con el menor apoyo profesional posible (IMSERSO, 2007).

El presente estudio se centra en el TMG de la esquizofrenia, una enfermedad mental que interfiere profundamente en la forma en que la persona piensa, siente y actúa, provocando dificultades en su vida social, familiar y en su funcionamiento neurológico. Estas alteraciones significan un deterioro significativo en la calidad de vida de quienes las padecen, dificultando su integración en la sociedad.

Aunque en la actualidad contamos con programas de rehabilitación psicosocial enfocados en mejorar la autonomía y la integración social de aquellas personas que conviven con un trastorno mental grave, el estigma social asociado a la esquizofrenia sigue siendo una barrera para su desarrollo.

Es importante entender la estigmatización como un fenómeno que se manifiesta en prejuicios y que repercute negativamente en la vida de las personas que son estigmatizadas. Según Fresán et al. (2011), el estigma puede surgir como resultado de la falta de conocimiento, la formación de actitudes negativas y la evitación o exclusión de la persona. En personas con esquizofrenia, el estigma incide directamente en su vida y, además, se ve reforzado a causa de los prejuicios que los asocian erróneamente con peligrosidad y conductas violentas.

De este modo, la esquizofrenia, la rehabilitación psicosocial y el estigma social forman elementos estrechamente asociados. La presencia de actitudes estigmatizantes hacia las personas con esquizofrenia puede influir de manera significativa en sus procesos de recuperación y en su integración social. Por ello, es fundamental estudiar cómo el estigma social afecta la recuperación funcional y la inclusión social de las personas con esquizofrenia.

1.2 OBJETIVOS:

El presente trabajo tiene como finalidad analizar cómo el estigma social influye gravemente en los procesos de rehabilitación psicosocial de las personas que sufren algún trastorno mental grave, centrándose especialmente en la esquizofrenia. Para ello, se pretende examinar cómo las creencias y las actitudes estigmatizantes presentes en la sociedad pueden afectar al proceso de recuperación funcional, a la calidad de vida y a una correcta integración social de las personas que conviven con este trastorno.

Asimismo, el trabajo busca profundizar en el papel que desarrolla la rehabilitación psicosocial en la mejora del funcionamiento personal y social de las personas con esquizofrenia, analizando su importancia como estrategia para favorecer distintos aspectos de las personas, como por ejemplo su autonomía, el desarrollo de habilidades sociales y la participación activa en la vida comunitaria.

Por otro lado, se analizará cómo se ha manifestado y se sigue manifestando el estigma social desde una perspectiva propia del individuo como la que presenta la sociedad o instituciones públicas y privadas. De este modo, se permitirá abrir un campo para visualizar las consecuencias psicológicas que conlleva vivir en una sociedad llena de estigmas y donde muchos individuos son continuamente estigmatizados y apartados de la sociedad, tanto en aspectos como de la vida cotidiana, en las relaciones sociales, el acceso a un empleo o la búsqueda de una atención sanitaria adecuada. En este sentido, también se busca poner de manifiesto la importancia de garantizar los derechos humanos de todas las personas y que, lamentablemente, diversos colectivos sufren vulneraciones de su dignidad y una limitación en el ejercicio pleno de sus derechos.

Finalmente, el trabajo busca revisar estudios actuales relacionados con el estigma social y la rehabilitación psicosocial, con el fin de identificar qué estrategias pueden resultar más eficaces para reducir el estigma y favorecer la inclusión de las personas con un TMG.

1.3 METODOLOGÍA:

La metodología empleada en esta investigación se basa en una revisión teórica y narrativa de la influencia del estigma social en la rehabilitación psicosocial en personas con esquizofrenia. Por ello, se han utilizado diversas fuentes de información, entre las que se incluyen bases de datos académicas y libros. Páginas como Google Scholar, SciELO, PubMed, Dialnet han constituido un soporte fundamental para la elaboración del trabajo.

Asimismo, se han aplicado distintas estrategias de búsqueda, entre ellas el uso de palabras clave, términos específicos relacionados con el tema de investigación, como esquizofrenia, estigma social, trastorno mental grave y salud mental, tanto en español como en inglés. Además, se han consultado teorías y modelos dentro del ámbito de la psicología y la psiquiatría que ayudan a respaldar la información obtenida.

Para la selección de las fuentes y artículos se han tenido en cuenta algunos criterios, como la relevancia de la información en relación a los objetivos del trabajo, así como la actualidad de las publicaciones.

2. MARCO TEÓRICO:

- Esquizofrenia:

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que afecta gravemente el funcionamiento del individuo y cuyo curso está determinado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se caracteriza por alteraciones en la percepción, el pensamiento, la afectividad y la conducta. Estas dificultades tienen repercusiones en la interacción social y familiar, así como en el funcionamiento cognitivo y neurológico. Cabe destacar que la esquizofrenia puede presentar una evolución variable, manifestándose con episodios de brotes y remisiones en algunos sujetos, mientras que en otros puede permanecer de manera crónica (Secretaría de Salud de México, 2002). Según la OMS, la esquizofrenia está dentro de las enfermedades mentales más incapacitantes (Murray y López, 1996).

En la esquizofrenia, los síntomas pueden entenderse como conductas que proceden de la interacción entre la persona y su entorno. Estas manifestaciones pueden incluir dificultades en la sociabilidad, formas atípicas de expresión afectiva, episodios psicóticos y un deterioro del funcionamiento en ámbitos como el familiar, laboral y social.

La aplicación de pruebas de medición del rendimiento ha demostrado que las personas con esquizofrenia presentan un desempeño inferior en diversas funciones cognitivas superiores, lo que se traduce en alteraciones en la atención y la memoria. Asimismo, se observan dificultades en las funciones ejecutivas y en los procesos de planificación, evidenciando una mayor lentitud en comparación con el resto de la población. Diversos estudios coinciden en la importancia de la región frontal del cerebro en estas alteraciones.

En este contexto, el Modelo de Cohen, centrado en la información contextual, permite relacionar los déficits cognitivos observados en la esquizofrenia con sus mecanismos neurobiológicos subyacentes. Este modelo sugiere que dichos déficits surgen de una interacción disfuncional entre la dopamina y la corteza prefrontal. La memoria de trabajo se encarga de mantener activa la información que se considera relevante para guiar el comportamiento y facilitar el control cognitivo. La dopamina regula qué información se conserva en la corteza prefrontal, posibilitando su actualización y un uso eficiente durante la realización de tareas. En la esquizofrenia, las alteraciones en el

sistema dopaminérgico provocan que la información se procese de forma irregular, generando dificultades en la memoria, la atención y las funciones ejecutivas.

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), la esquizofrenia se agrupa dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Este enfoque reconoce que los síntomas psicóticos pueden presentarse con distintos grados de intensidad y en diferentes trastornos relacionados, como el trastorno esquizoafectivo, el trastorno delirante o el trastorno psicótico breve (American Psychiatric Association, 2013). Además, el DSM-5 propone una evaluación dimensional de los síntomas psicóticos, permitiendo valorar la gravedad de diferentes manifestaciones clínicas como los delirios, las alucinaciones, el discurso desorganizado, un comportamiento psicomotor anormal y los síntomas negativos. Esta perspectiva permite una comprensión más amplia del trastorno, teniendo en cuenta la intensidad y evolución de los síntomas entre los diferentes individuos.

La sintomatología de la esquizofrenia suele dividirse en síntomas positivos y síntomas negativos. Los síntomas positivos se caracterizan por la presencia de distorsiones o exageraciones del pensamiento y la percepción, como delirios, alucinaciones, alteraciones del lenguaje y comportamientos desorganizados o catatónicos. Por otro lado, los síntomas negativos implican una reducción o deterioro de las funciones habituales de la persona, especialmente en la expresión emocional y en la motivación. Entre ellos se encuentran el embotamiento afectivo, la pobreza del lenguaje (alogía) y la disminución de la iniciativa o motivación (abulia). Esta diferenciación sintomatológica fue planteada en la clasificación clásica de esquizofrenia tipo I y tipo II propuesta por Crow (1980). No obstante, la descripción de los síntomas no es suficiente para la categorización de la esquizofrenia, ya que también es necesario considerar el curso y la evolución del trastorno (Ruíz et al., 2013).

- **La rehabilitación psicosocial:**

Las intervenciones psicosociales tienen como finalidad reducir el impacto que los síntomas, tanto positivos como negativos, generan en la persona. Asimismo, buscan aumentar la comprensión del trastorno no sólo en quien lo padece, sino también en su entorno familiar, además de fomentar la adherencia al tratamiento farmacológico y la prevención de recaídas. Estas intervenciones pretenden igualmente mejorar las habilidades sociales y la capacidad de adaptación de la persona, así como ofrecer

herramientas para el manejo del estrés tanto a la persona afectada como a sus familiares o personas cercanas. Desde este enfoque, se promueve una visión que va más allá de la mera recuperación de déficits, centrándose en potenciar las fortalezas individuales y el papel activo del sujeto en el contexto. No se trata de crear un entorno ideal, sino de aprovechar los recursos disponibles en el entorno cotidiano en el que la persona vive.

La rehabilitación psicosocial no debe entenderse como un simple entrenamiento de habilidades, sino como un proceso individualizado que tiene en cuenta las necesidades específicas de cada usuario y fomenta su participación activa en el proceso de recuperación. Un diagnóstico recibido con el mismo nombre no implica que todos los usuarios cuenten con las mismas necesidades, sino que existen muchos factores que pueden influir en la gravedad y evolución de un trastorno mental. Según la Asociación Madrileña de Salud Mental (1987), es imprescindible considerar la posible presencia de otras patologías tanto mentales como físicas, así como el grado de discapacidad que pueda derivarse. Asimismo, resulta fundamental analizar el funcionamiento de la persona en su vida cotidiana, teniendo en cuenta aspectos como su autonomía personal y social, el impacto de la enfermedad en el entorno familiar y social y la evolución del trastorno a lo largo del tiempo.

Desde una perspectiva conceptual, la rehabilitación psicosocial se fundamenta en diversos modelos teóricos que han contribuido a comprender el proceso de recuperación de las personas con trastornos mentales graves. Entre ellos destaca el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring, 1977), que plantea que los trastornos mentales surgen de la interacción entre una vulnerabilidad biológica y los factores estresantes del entorno que le rodea.

Desde esta perspectiva, las intervenciones psicosociales buscan reducir el impacto de dichos factores estresantes y fortalecer los recursos personales y sociales que favorecen la adaptación de la persona. El modelo de rehabilitación psiquiátrica (Lieberman, 2008) destaca la importancia de desarrollar programas orientados a mejorar las habilidades sociales, la autonomía personal y el funcionamiento en la vida cotidiana. Estos enfoques teóricos coinciden en considerar la rehabilitación psicosocial como un proceso que integra intervenciones clínicas, sociales y comunitarias para favorecer la participación activa de la persona en la sociedad.

Dentro de la rehabilitación psicosocial existen diversos recursos que pueden variar en función de la comunidad autónoma y de la organización de sus servicios. En la Comunidad de Madrid, por ejemplo, se dispone de Centros de Día de Soporte Social, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral y Centros residenciales dirigidos a personas con trastorno mental grave. Asimismo, estos recursos se complementan con otros dispositivos de atención en salud mental, como los servicios hospitalarios y los equipos de salud mental comunitarios, con el fin de ofrecer una atención integral y coordinada.

- **Estigma social:**

Aunque el estigma ha existido a lo largo de nuestra historia, afectando a quienes no eran plenamente aceptados por la sociedad, no fue hasta el siglo XX, con la obra de Erving Goffman, cuando comenzó a despertar un interés académico por esta realidad social. Posteriormente, el concepto se incorporó en diferentes ámbitos relacionados con la salud, al observarse efectos negativos sobre la organización y la administración de servicios (Leary y Schreindorfer, 1998), lo que evidenció la necesidad de profundizar sobre el estudio de la planificación sanitaria (Link y Hatzenbuehler, 2016). Este interés académico impulsó la realización de diversos estudios sobre las formas de manifestación del estigma social en distintos contextos y sobre sus repercusiones en la vida de las personas y en su participación dentro de la sociedad (Link y Phelan, 2001; Miric, 2003a).

El estigma social consiste en percepciones, juicios y conductas negativas hacia personas, que pueden derivar en un trato desigual o discriminatorio por parte de la sociedad. En el caso de la salud mental, las personas con algún trastorno mental suelen ser las más estigmatizadas en la sociedad, ya que con frecuencia se les percibe como peligrosas o se les asocia con temor por parte de los demás.

La aparición del estigma constituye un fenómeno social que varía según el contexto histórico-cultural. Resulta fundamental comprender la socialización como el proceso mediante el cual la sociedad establece una serie de categorías para clasificar a las personas, atribuyéndoles atributos previos a un conocimiento real. En este marco, se distingue la identidad social virtual: basada en categorías y expectativas previas, y la identidad social real: derivada de los rasgos personales de cada individuo. Cuando interviene el estigma, formado por atributos descalificadores, las características

personales de los individuos tienden a ser invisibilizadas y el estigma se convierte en el rasgo central de la persona.

Goffman (1963) señala que el estigma surge cuando la identidad social de una persona o grupo no se ajusta a las expectativas consideradas aceptables por la sociedad, situando a ese individuo en una situación de inferioridad y siendo desvalorizado socialmente. Además, refiere que las personas cuyo estigma puede ser ocultado pueden generar una carga adicional, ya que pueden decidir con quién y cómo compartir su estigma, lo que puede generar más tensión y probabilidad de internalizar los prejuicios sociales.

Por otro lado, Lazarus y Folkman (2000;1991), señalan el estrés como una relación en la que el individuo percibe su contexto como desafiante o que supera sus capacidades, comprometiendo su equilibrio. Este proceso se relaciona con las estrategias de afrontamiento, así como las emociones que surgen tras la evaluación del acontecimiento y la importancia de la red de apoyo. Diversos estudios posteriores sobre el afrontamiento han rescatado que una gestión enfocada en la parte conductual proporciona mayores niveles de bienestar que aquellas centradas únicamente en la regulación emocional (Bal et al., 2003; González y Landero, 2008).

El proceso de estigmatización abarca varias fases, que van desde la identificación y la etiqueta asignada a la persona, pasando por la generación de estereotipos y prejuicios, hasta las consecuencias más graves derivadas de creencias distorsionadas, que pueden conducir al autoestigma, el cual surge cuando el sujeto internaliza los estereotipos sociales y asume las valoraciones negativas asociadas a su grupo. Este proceso implica que la persona estigmatizada realice comparaciones sociales desfavorables, considerando tanto su historial de experiencias previas como las características de su trastorno mental, ya que su grupo es percibido socialmente como desvalorizado. Cuanto mayor sea el nivel de autoestigma internalizado, mayor será la probabilidad de que la persona perciba dinámicas estigmatizantes en su entorno y desarrolle comportamientos de autoexclusión.

3. ESTIGMA SOCIAL ASOCIADO A LA ESQUIZOFRENIA:

- Percepción social de las personas con esquizofrenia:

La sociedad tiende a establecer una división entre lo que considera “la población normal” y un “ellos”, lo que genera que, pese a tolerarse la presencia de las personas con esquizofrenia, se adopten comportamientos de evitación en el contacto y actitudes sobreprotectoras. Se tiene una perspectiva de que son agresivos y violentos, no obstante, las personas con esquizofrenia suelen ser en más ocasiones las víctimas de agresiones, con riesgos entre 3 y 6 veces superiores a la población en general, existiendo una fuerte contradicción con el estereotipo que mantiene la sociedad (Walsh,2002).

Se estima que aproximadamente el 90 % de la información que recibe la sociedad sobre salud mental proviene de los medios de comunicación, lo que influye directamente en la forma en que se percibe a las personas que padecen un trastorno mental grave. Esta situación contribuye a reforzar ideas erróneas que se han extendido a lo largo del tiempo, dando lugar a una visión colectiva distorsionada en la que se tiende a asociar a estas personas con rasgos negativos. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos, basado en el análisis de 20.000 diálogos y 1.371 programas de televisión, mostró que los individuos con trastornos mentales eran frecuentemente representados como violentos, asociando la enfermedad con la agresividad. De este modo, los medios de comunicación no solo transmiten connotaciones desfavorables sobre estas personas, sino que además suelen omitir el sufrimiento que experimentan, así como las posibles causas subyacentes del trastorno y los tratamientos farmacológicos y psicosociales disponibles (Angermeyer y Schulze, 2001; Gamo, 1992; Nairn et al., 2001).

En este contexto, la Teoría del cultivo, propuesta por Gerbner y Gross (1967), plantea que la exposición prolongada a contenidos mediáticos puede influir en la forma en que las personas perciben la realidad y construyen su visión del mundo. De esta manera, los individuos pueden llegar a interiorizar los contenidos transmitidos por los medios, modificando sus creencias y generando determinadas disposiciones ante diversas situaciones (Bryant et al., 2002). Con el tiempo, estas representaciones pueden consolidarse hasta convertirse en una visión colectiva socialmente aceptada, favoreciendo la aparición de procesos de distanciamiento social hacia determinados grupos (Signorielli, 1991).

Las personas que padecen un trastorno mental son, en muchas ocasiones, consideradas responsables de su propia enfermedad, lo que reduce la empatía hacia ellas y favorece la aparición de emociones negativas como el enfado o el rechazo. En consecuencia, algunas personas manifiestan reticencia a trabajar con ellas o a establecer relaciones cercanas. Además, las personas con trastornos mentales suelen experimentar mayores niveles de rechazo social que aquellas que padecen enfermedades físicas (Corrigan y Watson, 2002). Por ejemplo, un estudio realizado por National Alliance on Mental Illness (2008) mostró que el 80 % de las personas no se sentirían cómodas trabajando con una persona con esquizofrenia no tratada, mientras que esta cifra se reduce al 34 % cuando la persona ha recibido tratamiento. Asimismo, el miedo disminuye en un 70 % cuando la persona con esquizofrenia está en tratamiento, lo que sugiere que la percepción de control del trastorno influye en las actitudes sociales hacia estas personas.

El entorno familiar desempeña un papel fundamental en el desarrollo social de la persona, ya que en muchas ocasiones proporciona apoyo educativo, psicológico, laboral y social. Entre estas funciones se incluyen el acompañamiento a servicios sanitarios, la participación en intervenciones psicosociales, la supervisión de la respuesta al tratamiento farmacológico y la gestión emocional ante posibles cambios conductuales. Sin embargo, el estigma también puede manifestarse dentro del entorno cercano, lo que puede resultar especialmente doloroso debido al vínculo afectivo existente. En algunos casos, las familias pueden experimentar sentimientos de vergüenza o culpabilidad asociados a la enfermedad, lo que puede favorecer procesos de aislamiento social o incluso dificultar el contacto con los servicios sanitarios.

Por otra parte, existen diferencias culturales en la percepción social de las personas con trastornos mentales. En las culturas colectivistas, la enfermedad mental tiende a ocultarse con mayor frecuencia, ya que el grupo social suele tener un peso mayor que el individuo. En cambio, en las culturas individualistas suele existir una mayor comprensión hacia quienes presentan problemas de salud mental o física. Asimismo, el nivel socioeconómico también influye en el acceso al tratamiento, ya que las personas pertenecientes a grupos con menor nivel socioeconómico presentan mayores dificultades para acceder a servicios adecuados de atención en salud mental. Del mismo modo, el nivel educativo puede influir en las actitudes hacia los trastornos mentales. Según el Consejo General de la Psicología de España (2025), las personas con menor nivel educativo presentan aproximadamente un 20 % menos de probabilidad de recibir

tratamiento, y tienden a mostrar actitudes más negativas hacia las personas con trastorno mental grave (Angermeyer y Matschinger, 2004).

- **Autopercepción:**

La persona puede reaccionar de diferentes formas ante el estigma. Según Corrigan y Watson (2002), algunas personas reaccionan de manera negativa, lo que se traduce en una disminución de la autoestima y en una pérdida de confianza en el futuro. En otros casos, el estigma puede actuar como un elemento motivador que impulse a la persona a implicarse de forma más activa en su proceso de recuperación. Finalmente, existe un tercer grupo que adopta una actitud de indiferencia frente al estigma.

La percepción social hacia las personas con esquizofrenia influye de manera significativa en la autopercepción que estas construyen sobre sí mismas, lo que puede contribuir al agravamiento de los síntomas negativos. Diversos estudios muestran que las personas con trastorno mental grave pueden llegar a interiorizar estereotipos sociales relacionados con la supuesta peligrosidad o la falta de control personal. Esta internalización puede generar sentimientos de vergüenza, aumentar los niveles de estrés y favorecer una mayor probabilidad de recaídas o de aparición de conductas suicidas.

Asimismo, variables como la edad, el nivel educativo, la situación laboral o el estado civil pueden influir en la forma en que las personas se perciben a sí mismas. Estos factores pueden afectar a la autopercepción, entendida como la valoración que el individuo realiza sobre sus propias capacidades. En este contexto, el concepto de autoeficacia percibida hace referencia a las creencias que tiene una persona sobre su capacidad para alcanzar determinados objetivos o afrontar diversas situaciones. Estas creencias se construyen a partir de las experiencias personales y del contexto social en el que el individuo se desarrolla (Bandura, 1997). Este proceso puede influir directamente en la autoestima y en la forma en que las personas se perciben socialmente (Baumeister et al., 2003).

Además, muchas personas con esquizofrenia tienen la sensación de que los demás les temen o que son asociados con otros grupos socialmente estigmatizados, como personas violentas o drogodependientes. En algunos casos, perciben que su vida cambia a partir del momento en que revelan que conviven con un trastorno mental. Esta situación puede generar muchas dificultades relacionadas con la pérdida de roles sociales, afectando a

las relaciones de amistad, a las relaciones de pareja y a la búsqueda y mantenimiento del empleo. Asimismo, pueden ser percibidos socialmente como personas con menor capacidad académica o profesional.

A estas dificultades se suman sentimientos de culpabilidad asociados a la enfermedad, así como problemas en las relaciones sociales y afectivas. Muchas personas experimentan un intenso temor al rechazo y al trato diferenciado por parte de los demás, lo que puede llevarles a ocultar información sobre su enfermedad. Desde su perspectiva, pueden surgir dos tipos de respuestas sociales: por un lado, conductas de evitación o distanciamiento, y por otro, actitudes de sobreprotección. Como consecuencia, algunas personas sienten que han perdido parte de su autonomía y su capacidad de control sobre su propia vida. En este contexto, pueden percibir actitudes paternalistas por parte del entorno familiar o de los profesionales sanitarios, e incluso, en determinadas situaciones, comportamientos autoritarios.

- **Consecuencias del estigma social del trastorno en la persona:**

Un estudio realizado por la Red de Investigación INDIGO (*International Study of Discrimination and Stigma Outcomes*), basado en la escala de Discriminación y Estigma, mostró que más del 90 % de las personas participantes habían sufrido algún tipo de discriminación debido a su trastorno mental. Además, el 72 % manifiesta la necesidad de ocultar su estado de salud mental para evitar posibles consecuencias negativas en su entorno social. De forma complementaria, diversos estudios centrados en la relación entre psicopatología y discapacidad han señalado que las personas que experimentan mayores niveles de estigmatización tienden a presentar puntuaciones más elevadas en sintomatología positiva y general (Ertugrul y Ulug, 2004).

El estigma social tiene importantes repercusiones negativas tanto a nivel psicológico como en distintos contextos sociales. Las personas con trastorno mental pueden experimentar discriminación en ámbitos como el acceso al empleo, la búsqueda de vivienda o el establecimiento de relaciones afectivas y sociales. Diversos estudios han señalado que las áreas laboral y matrimonial se encuentran entre las más afectadas en muchos países.

En consecuencia, estas personas no solo deben afrontar las dificultades derivadas del propio trastorno y de sus síntomas, sino también los prejuicios sociales asociados a la

enfermedad mental, especialmente aquellos que relacionan la esquizofrenia con la violencia. En algunos casos, esta carga social puede generar incluso mayor sufrimiento que el propio trastorno. Asimismo, estas situaciones pueden dar lugar a vulneraciones de los derechos de las personas con trastorno mental, contribuyendo a procesos de deshumanización y dificultando su adecuada integración social (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022).

Además, las personas que sufren estigmatización se enfrentan a importantes barreras sociales y económicas, como dificultades para acceder al empleo, a la educación, a una vivienda adecuada o a servicios sanitarios de calidad. En muchos casos, estas barreras provocan que algunas personas eviten buscar ayuda profesional o iniciar tratamientos farmacológicos y psicosociales, lo que puede empeorar tanto su salud mental como su bienestar físico.

Desde el punto de vista psicológico, el estigma puede generar consecuencias especialmente negativas, como un mayor riesgo de ideación suicida, sentimientos de impotencia, desánimo o aislamiento social. Asimismo, el temor al rechazo puede llevar a muchas personas a ocultar información sobre su trastorno, lo que favorece su desvinculación del entorno social.

Por otra parte, la discriminación no solo se manifiesta en el ámbito social, sino también en el sistema sanitario, donde pueden existir barreras estructurales para las personas con enfermedad mental. En muchos contextos, la inversión económica destinada a enfermedades físicas es considerablemente mayor que la dirigida a los trastornos mentales. A ello se suma, en ocasiones, una diferencia en el trato recibido por parte de los servicios sanitarios, lo que puede provocar que algunas personas abandonen el tratamiento o eviten acudir a los servicios de salud por miedo a experimentar consecuencias negativas asociadas a su diagnóstico.

4. IMPACTO DEL ESTIGMA EN LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

- Buenas prácticas:

A lo largo de la historia, el proceso de recuperación en salud mental se centraba principalmente en la reducción o remisión de los síntomas, la disminución del tiempo de hospitalización y la prevención de recaídas. Sin embargo, Anthony (1993) amplió este concepto al introducir una perspectiva centrada en la persona, planteando que la

recuperación implica un proceso individualizado en el que el propio individuo construye un nuevo sentido de vida y redefine sus objetivos, trascendiendo las consecuencias del trastorno.

En esta línea, Leamy et al. (2011) señalan que el proceso de recuperación debe adoptar un enfoque integral basado en cinco dimensiones fundamentales: la conexión con otras personas, la esperanza, el optimismo hacia el futuro, el desarrollo de un sentido vital y el empoderamiento del individuo. Desde esta perspectiva, son los propios usuarios quienes definen su proceso de recuperación en función de sus motivaciones, intereses y habilidades, mientras que los profesionales ofrecen alternativas terapéuticas y un acompañamiento adecuado (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022).

Este enfoque pone de relieve la importancia de situar a la persona en el centro del proceso de rehabilitación, promoviendo una atención centrada en sus necesidades y en su contexto personal y social. De este modo, se busca favorecer su desarrollo en distintos ámbitos de la vida, como el laboral, social o formativo, teniendo en cuenta las características individuales y la situación de cada persona en los diferentes contextos clínicos, sociales y comunitarios. Todo ello tiene como objetivo facilitar una participación activa en la sociedad y promover un proyecto de vida satisfactorio y autónomo.

Asimismo, resulta fundamental promover una intervención coordinada entre los diferentes profesionales implicados en la atención a la salud mental, lo que contribuye a mejorar la calidad de la asistencia y a optimizar la gestión de los recursos disponibles (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022). En este contexto, el tratamiento comunitario asertivo se ha mostrado como una estrategia eficaz, ya que favorece la colaboración entre profesionales y permite realizar intervenciones en el propio entorno comunitario de la persona, proporcionando un apoyo continuo y adaptado a sus necesidades (PORT, 2009).

Otra de las buenas prácticas en rehabilitación psicosocial consiste en fomentar la inclusión social de las personas con trastornos mentales mediante el acceso a roles sociales significativos, como el empleo, la formación o la participación en la comunidad. Desde la teoría de la valorización de roles sociales propuesta por

Wolfensberger (1998), el desempeño de roles socialmente valorados contribuye a mejorar la integración comunitaria y a fortalecer la identidad personal. En esta línea, los programas de empleo con apoyo, como el modelo *Individual Placement and Support* (IPS) desarrollado por Bond, Drake y Becker (2012), han demostrado ser eficaces para favorecer la inserción laboral de personas con trastornos mentales graves y mejorar su calidad de vida.

Por último, resulta esencial el desarrollo de una alianza terapéutica sólida entre los profesionales de la salud mental y las personas atendidas. La alianza terapéutica se refiere a la relación de colaboración, confianza y acuerdo en los objetivos del tratamiento entre el profesional y el paciente, aspecto que se ha demostrado clave para favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar los resultados terapéuticos. Según el modelo propuesto por Bordin (1979), esta alianza se basa en tres componentes principales: el acuerdo en los objetivos del tratamiento, la colaboración en las tareas terapéuticas y el establecimiento de un vínculo de confianza. En el ámbito de la rehabilitación psicosocial, fortalecer esta relación permite promover una participación más activa de la persona en su proceso de recuperación y adaptar las intervenciones a sus necesidades y expectativas.

- **Importancia de la rehabilitación psicosocial:**

El Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT), tras una revisión exhaustiva de estudios sobre el tratamiento de la esquizofrenia, concluyó que las intervenciones psicosociales constituyen un componente esencial del tratamiento y no pueden ser excluidas del abordaje terapéutico del trastorno. Este equipo de investigación destacó la importancia de combinar el tratamiento farmacológico con la intervención psicosocial, señalando que ambos enfoques deben aplicarse de forma complementaria.

Entre las intervenciones psicosociales más relevantes se encuentra el entrenamiento en habilidades sociales, orientado a mejorar tanto las capacidades intrapersonales como la autonomía de la persona, así como las habilidades interpersonales que facilitan las relaciones sociales y la adaptación al entorno comunitario. Asimismo, se promueven

programas de empleo con apoyo, cuyo objetivo es favorecer el acceso al mercado laboral y facilitar la posterior adaptación al entorno de trabajo.

Diversos estudios han evidenciado la eficacia de los tratamientos psicosociales y vocacionales para mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia en comparación con aquellos casos en los que únicamente se aplica tratamiento farmacológico (Cohi, 1990). Por ello, el abordaje del trastorno suele basarse en tres componentes fundamentales: tratamiento psicofarmacológico, intervención psicosocial y rehabilitación psicosocial.

Aunque el tratamiento farmacológico resulta necesario para el control de los síntomas, diversos estudios señalan que entre el 36 % y el 78 % de las personas con esquizofrenia pueden experimentar recaídas a pesar de recibir medicación. Esto pone de manifiesto la importancia de complementar la intervención farmacológica con estrategias psicosociales, así como con la participación activa del entorno familiar. En este sentido, investigaciones realizadas en la Universidad del País Vasco con personas diagnosticadas de esquizofrenia han mostrado que la terapia familiar, combinada con grupos de apoyo para padres y terapia grupal para los pacientes, puede contribuir a reducir tanto la sintomatología positiva como la negativa.

Además, las intervenciones dirigidas a las familias han demostrado ser beneficiosas tanto para las personas con esquizofrenia como para sus familiares. Estas intervenciones permiten mejorar la gestión emocional dentro del entorno familiar, fortalecer los vínculos entre sus miembros y favorecer una mayor adherencia al tratamiento, al tiempo que contribuyen a reducir los niveles de estrés asociados al cuidado. Este aspecto resulta especialmente relevante, ya que en muchas ocasiones son las familias quienes asumen el rol principal de cuidadores durante los procesos de rehabilitación. De este modo, el apoyo familiar puede convertirse en un elemento clave para el bienestar psicológico de las personas que conviven con un trastorno mental grave y con el estigma social asociado al mismo.

- **Limitaciones de la rehabilitación psicosocial ligada al estigma social:**

El modelo escalonado de servicios de salud mental, propuesto por Thornicroft y Tansella (2004), plantea que los sistemas de atención deben organizarse en función de los recursos disponibles. Este modelo distingue tres niveles de organización de los

servicios de salud mental. En el nivel básico, los recursos son limitados y la atención se centra en servicios esenciales. En el nivel intermedio, los sistemas incorporan dispositivos adicionales que permiten atender de manera más amplia las necesidades de las personas. Finalmente, en el nivel avanzado, los sistemas cuentan con mayores recursos, incluyendo programas específicos de rehabilitación psicosocial y otros servicios orientados a favorecer la integración social.

Sin embargo, el desarrollo de estos recursos no es homogéneo entre los distintos países europeos. La Comisión Europea señala que existen desigualdades significativas en el acceso a servicios de salud mental de calidad, especialmente en lo que respecta a los servicios comunitarios y a los programas orientados a la rehabilitación y la inclusión social. Por ello, se considera necesario aumentar la financiación y fortalecer los recursos comunitarios con el objetivo de garantizar una atención más accesible y equitativa para las personas con trastorno mental grave (European Commission, 2023). No obstante, muchas intervenciones comunitarias han logrado ser financiadas en diversos países debido a la evidencia de su eficacia, ya que su implementación ha permitido reducir la utilización de otros recursos de salud mental (Vidaver, 1993).

Entre las principales limitaciones de la rehabilitación psicosocial vinculadas al estigma social se encuentran la falta de recursos y de apoyo comunitario, así como la persistencia de distintas formas de estigmatización. En este sentido, el estigma institucional puede manifestarse a través de determinadas estructuras, políticas o prácticas dentro de los propios sistemas de atención que dificultan el acceso a recursos adecuados o limitan las oportunidades de integración social de las personas con trastornos mentales. Asimismo, el autoestigma, entendido como la interiorización de los prejuicios sociales por parte de las propias personas afectadas, puede tener consecuencias negativas en la autoestima, en las expectativas de recuperación y en la motivación para participar en los procesos de rehabilitación (Corrigan y Watson, 2002).

A estas dificultades se suman las barreras sociales y las situaciones de discriminación que continúan experimentando muchas personas con trastornos mentales en ámbitos como el empleo, las relaciones sociales o la participación comunitaria. Estas barreras pueden limitar significativamente las oportunidades de inclusión social y dificultar el desarrollo de proyectos de vida autónomos.

Por otra parte, aunque el modelo biopsicosocial, propuesto por Engel (1977), destaca la importancia de integrar factores biológicos, psicológicos y sociales en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales, en algunos contextos continúa predominando una visión excesivamente centrada en el modelo biológico. Esta perspectiva puede reducir la atención prestada a los factores sociales implicados en la recuperación y limitar el desarrollo de intervenciones orientadas a la rehabilitación psicosocial.

Finalmente, el estigma y la discriminación presentes en la sociedad pueden influir negativamente en muchas personas para reconocer su problema de salud mental o a buscar ayuda profesional. Esta situación puede retrasar el inicio del proceso de recuperación y dificultar el acceso a programas de rehabilitación adecuados.

5. REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE ESTIGMA ASOCIADO A LOS TRASTORNOS MENTALES:

Se procede a analizar diversos estudios que han examinado la percepción social hacia las personas con trastorno mental grave. Estas investigaciones permiten identificar las principales actitudes, creencias y estereotipos presentes en la sociedad, así como los factores que influyen en la aparición y el mantenimiento del estigma asociado.

Thompson et al. (2002) observaron que la mayoría de las personas no mostraban inconveniente en establecer relaciones de amistad con una persona con esquizofrenia. Sin embargo, el porcentaje disminuye considerablemente cuando se trata de establecer vínculos afectivos más estrechos. Asimismo, aunque las personas con este diagnóstico podían ser aceptadas socialmente, muchas personas manifiestan incomodidad ante la posibilidad de tenerlas cerca en determinados ámbitos de su vida cotidiana. En la misma línea, Angermeyer y Matschinger (2004) señalaron que, aunque la empatía hacia las personas con trastornos mentales puede aumentar con el tiempo, el miedo y el distanciamiento social tienden a mantenerse relativamente estables. Además, observaron que el nivel de ira hacia una conducta problemática disminuye cuando esta se atribuye a un trastorno mental, en comparación con aquellas situaciones en las que se considera consecuencia de rasgos personales del individuo.

Diversos estudios también han mostrado que el distanciamiento social aumenta cuando las personas con trastornos mentales son percibidas como “diferentes”. Penn et al. (2000) señalan que cuando la sociedad percibe que una persona presenta dificultades en

sus habilidades sociales, es más probable que se produzcan reacciones de rechazo y que dicha persona sea considerada “extraña”. A ello se suma la utilización de etiquetas como “persona esquizofrénica”, que con frecuencia se asocian a estereotipos de peligrosidad. Este tipo de generalizaciones puede generar incomodidad en la interacción social e incluso rechazo hacia la convivencia cercana, como en el caso de compartir espacio residencial (Link et al., 1987).

En este contexto, Tanaka et al. (2005) encontraron que el rechazo social hacia las personas con esquizofrenia aumenta cuando el trastorno se explica a partir de causas biológicas consideradas difíciles de tratar. Asimismo, observaron que las actitudes negativas eran más frecuentes entre personas de mayor edad, con menor nivel educativo, en situación de desempleo o divorciadas, aunque los autores señalan que estas diferencias pueden estar relacionadas principalmente con la edad. Por el contrario, las personas con mayor predisposición a ayudar a los demás o a participar en actividades sociales y comunitarias tienden a mostrar menos prejuicios hacia las personas con trastorno mental grave.

Por otra parte, el apoyo social hacia determinadas formas de tratamiento también parece estar influido por las creencias sobre el trastorno mental. Corrigan et al. (2004) observaron que las personas con actitudes más negativas hacia la enfermedad mental tendían a apoyar con mayor frecuencia medidas de control, como el tratamiento involuntario, mientras que aquellas con percepciones más positivas mostraron mayor confianza en los procesos de rehabilitación psicosocial. Aunque el tratamiento involuntario sigue existiendo en determinados casos bajo control judicial, los modelos actuales de atención en salud mental tienden a priorizar intervenciones voluntarias y comunitarias.

Estos estudios muestran que, aunque en las últimas décadas se ha producido un aumento del conocimiento social sobre los trastornos mentales, esto no siempre se traduce en una disminución del distanciamiento social hacia las personas con esquizofrenia. De este modo, se observa una aparente contradicción entre una mayor empatía y la persistencia de actitudes de evitación o incomodidad en contextos sociales cercanos, lo que pone de manifiesto la complejidad del fenómeno del estigma.

6. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL ESTIGMA Y FAVORECER LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL.

La reducción del estigma social trasciende el simple cambio de actitudes en la sociedad y se constituye como un factor esencial en los procesos de rehabilitación psicosocial. No se trata únicamente de modificar la percepción social hacia las personas con trastorno mental, sino también de facilitar el acceso a recursos, oportunidades y redes de apoyo que promuevan su inclusión, autonomía y participación en la comunidad.

El programa Open the Doors, impulsado por la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) a finales de la década de 1990, fue desarrollado con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación asociados a la esquizofrenia. Esta iniciativa busca incrementar el conocimiento social sobre el trastorno y sobre las distintas alternativas terapéuticas existentes, promover actitudes más positivas hacia las personas que lo padecen y hacia su entorno familiar, así como fomentar acciones dirigidas a combatir la discriminación y las actitudes estigmatizantes. Dentro del programa se otorgó una especial importancia al papel de los medios de comunicación en la construcción de la percepción social, por lo que se procuró ofrecer información objetiva y basada en evidencia científica para favorecer una difusión más rigurosa. Este aspecto resulta especialmente relevante, ya que los medios constituyen una de las principales fuentes de información de la sociedad y su influencia puede contribuir significativamente a reducir el estigma asociado.

Según un meta-análisis elaborado por Corrigan et al. (2012), el contacto social directo constituye uno de los componentes más eficaces para modificar las actitudes sociales, convirtiéndose en una de las estrategias más relevantes para reducir las barreras estigmatizantes, incluso por encima de las intervenciones basadas exclusivamente en la educación. No obstante, la educación continúa desempeñando un papel importante, especialmente en edades tempranas del desarrollo, cuando las creencias y actitudes aún no están plenamente consolidadas y existe una mayor capacidad para incorporar nueva información y cuestionar los estereotipos asociados a las personas con trastorno mental. Por el contrario, en la población adulta el contacto directo suele resultar más efectivo, ya que los esquemas cognitivos se encuentran más arraigados.

Las actitudes sociales desempeñan un papel relevante en la configuración del estigma. Sin embargo, las intervenciones resultan más eficaces cuando se orientan también a modificar las conductas discriminatorias que persisten en la sociedad (Thornicroft, 2006). Estas prácticas afectan gravemente a las personas con trastorno mental, limitando sus oportunidades de desarrollar un proyecto de vida satisfactorio y dificultando su participación en ámbitos fundamentales para una vida autónoma. Por ello, además de promover la reducción del estigma, resulta necesario adoptar un enfoque centrado en la garantía de la igualdad social y en la defensa de los derechos de las personas con trastorno mental.

En esta línea, resulta fundamental promover iniciativas dirigidas a sensibilizar a los responsables de distintos organismos sociales acerca de la importancia de la salud mental. El objetivo es que comprendan la influencia que sus decisiones y acciones pueden tener en el bienestar psicológico de la población, así como las repercusiones sociales y económicas que pueden derivarse de una intervención tardía o inadecuada (Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022).

Asimismo, los planes de acción y las políticas públicas deben orientarse a la protección de los derechos humanos y al desarrollo integral de las personas. Para ello, resulta imprescindible contar con una financiación adecuada que permita reforzar los servicios de salud mental y garantizar el acceso a una atención de calidad. Sin embargo, en muchos contextos los recursos destinados a este ámbito siguen siendo insuficientes, lo que limita la capacidad de los sistemas sanitarios para responder adecuadamente a las necesidades de la población. Por este motivo, resulta necesario ampliar los recursos disponibles y mejorar la planificación y gestión de los servicios de salud mental (World Health Organization, 2022).

Otra estrategia utilizada para hacer frente al estigma es la protesta social, especialmente en contextos en los que determinados discursos mediáticos, institucionales o sociales perpetúan estereotipos negativos. A través de esta estrategia se busca denunciar la difusión de información errónea y exigir cambios en los mensajes que contribuyen a reforzar el estigma. No obstante, una de sus limitaciones es que suele intervenir cuando estas creencias ya se encuentran arraigadas en la sociedad, por lo que su capacidad para modificar actitudes profundamente establecidas puede ser limitada. Por ello, resulta

necesario combinar esta estrategia con intervenciones basadas en el contacto social y en la educación.

En este sentido, las campañas de sensibilización social pueden desempeñar un papel relevante en la reducción del estigma. A través de los medios de comunicación es posible difundir mensajes dirigidos a cuestionar los estereotipos existentes y promover una visión más realista de la salud mental. En relación con el contacto social, las campañas en las que participan directamente personas con trastornos mentales suelen generar un mayor impacto en la población. Un ejemplo de ello es la campaña Time to Change (2007), desarrollada en el Reino Unido, en la que personas con experiencia directa en salud mental comparten sus testimonios y procesos de recuperación. A través de estas historias se busca mostrar que las personas con trastornos mentales pueden desarrollarse en distintos ámbitos de la vida, trabajar, establecer relaciones y participar activamente en la sociedad.

Estos hallazgos nos sugieren que las estrategias dirigidas exclusivamente a aumentar el conocimiento sobre los trastornos mentales pueden resultar insuficientes si no se acompañan de experiencias de contacto directo con las personas afectadas. En este sentido, la interacción social puede contribuir a cuestionar los estereotipos y a modificar percepciones negativas arraigadas en la sociedad.

7. DISCUSIONES.

El presente trabajo tenía como objetivo analizar cómo el estigma social influye en los procesos de rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia, así como las consecuencias psicológicas y sociales derivadas de este fenómeno y las posibles estrategias para reducirlo. A partir de la revisión teórica realizada, se puede observar que la relación entre estigma social y rehabilitación psicosocial constituye un fenómeno muy complejo en el que intervienen factores individuales, sociales e institucionales.

Los resultados obtenidos a partir de la literatura revisada muestra que el estigma asociado a la esquizofrenia no puede entenderse únicamente como una cuestión de actitudes negativas aisladas, sino como un proceso social estructurado que influye de manera directa en las oportunidades de recuperación y participación social de las personas afectadas. Tal como plantean Goffman (1963) y posteriormente Link y Phelan (2001), el estigma se construye a partir de procesos de categorización social,

estereotipos, prejuicios y discriminación que terminan generando desigualdades sociales. En el caso de las personas con esquizofrenia, estos procesos se manifiestan a través de creencias ampliamente extendidas que asocian el trastorno con peligrosidad, imprevisibilidad o incapacidad para desenvolverse de manera autónoma en la sociedad.

Asimismo, los resultados revisados indican que el estigma no sólo opera a nivel social, sino que también puede internalizarse en la propia persona afectada, dando lugar al autoestigma. Tal como señalan Corrigan y Watson (2002), cuando las personas con trastorno mental internalizan los estereotipos negativos presentes en la sociedad, pueden desarrollar sentimientos de vergüenza, pérdida de autoestima y una disminución de la autoeficacia percibida. Este proceso tiene consecuencias importantes para la rehabilitación psicosocial, ya que puede generar desmotivación, abandono del tratamiento o dificultades para participar activamente en los programas de recuperación.

En este sentido, el autoestigma puede actuar como un obstáculo significativo para el desarrollo de los procesos de rehabilitación psicosocial, los cuales se basan precisamente en el fortalecimiento de la autonomía, la participación social y el empoderamiento de la persona. Tal como destacan Anthony (1993) y Leamy et al. (2011), el enfoque de recuperación propone situar al individuo en el centro del proceso terapéutico, promoviendo el desarrollo de un proyecto vital significativo más allá de los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, cuando las personas se perciben a sí mismas desde una perspectiva estigmatizada, pueden experimentar dificultades para construir expectativas positivas de futuro o para confiar en sus propias capacidades.

Por otro lado, los resultados revisados también evidencian la relevancia de las intervenciones psicosociales en los procesos de recuperación de las personas con esquizofrenia. Las recomendaciones del Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) destacan que el tratamiento de la esquizofrenia debe integrar tanto intervenciones farmacológicas como intervenciones psicosociales, ya que estas últimas resultan fundamentales para mejorar el funcionamiento social, la autonomía y la calidad de vida de las personas afectadas (Dixon et al., 2010). Entre las intervenciones con mayor evidencia destacan el entrenamiento en habilidades sociales, los programas de empleo con apoyo, las intervenciones familiares y el tratamiento comunitario asertivo.

Estas intervenciones permiten abordar no solo los síntomas clínicos del trastorno, sino también las dificultades relacionadas con la participación social y la vida cotidiana. En

este sentido, la rehabilitación psicosocial se orienta a favorecer el desarrollo de habilidades, la construcción de redes de apoyo y la participación activa de las personas en la comunidad. Sin embargo, tal como se ha analizado en este trabajo, la eficacia de estos programas puede verse limitada cuando persisten actitudes estigmatizantes en el entorno social o cuando existen barreras estructurales en el acceso a los recursos.

De hecho, uno de los aspectos relevantes identificados en la literatura es la existencia de desigualdades en la disponibilidad de recursos comunitarios de salud mental. El modelo escalonado de servicios de salud mental propuesto por Thornicroft y Tansella (2004) señala que el desarrollo de los sistemas de atención depende en gran medida de los recursos disponibles. En muchos contextos, especialmente en determinados países o regiones, los servicios comunitarios y los programas de rehabilitación psicosocial no cuentan con la financiación o el desarrollo suficiente para responder a las necesidades de la población. En este sentido, la Comisión Europea (2023) ha señalado que todavía existen desigualdades importantes en el acceso a servicios comunitarios de salud mental en Europa.

Además, el estigma también puede manifestarse a nivel institucional, afectando a la organización de los sistemas de atención sanitaria y social. Tal como señalan diversos autores, las personas con trastorno mental pueden experimentar discriminación incluso dentro de los propios sistemas sanitarios, lo que puede dificultar el acceso a una atención adecuada o generar desconfianza hacia los servicios de salud mental. Este fenómeno refuerza las desigualdades existentes y puede contribuir a perpetuar procesos de exclusión social.

En relación con las estrategias para reducir el estigma, la literatura revisada indica que las intervenciones más eficaces suelen combinar diferentes enfoques. El metaanálisis realizado por Corrigan et al. (2012) destaca que el contacto directo con personas con trastorno mental constituye una de las estrategias más eficaces para modificar las actitudes sociales negativas. Estas intervenciones permiten cuestionar los estereotipos existentes y promover una comprensión más realista de los trastornos mentales.

Asimismo, las campañas de sensibilización social y los programas educativos pueden desempeñar un papel relevante en la reducción del estigma, especialmente cuando se desarrollan desde una perspectiva basada en los derechos humanos y la inclusión social. Iniciativas como el programa Open the Doors o la campaña Time to Change han

demostrado que la participación activa de las propias personas con trastorno mental en las campañas de sensibilización puede contribuir a generar cambios significativos en la percepción social.

No obstante, es importante señalar que la reducción del estigma constituye un desafío complejo que requiere intervenciones sostenidas en el tiempo y actuaciones coordinadas entre diferentes ámbitos sociales. Tal como señala Thornicroft (2006), no basta con modificar las actitudes sociales, sino que también resulta necesario abordar las conductas discriminatorias y las barreras estructurales que limitan la participación social de las personas con trastorno mental.

En conjunto, los resultados analizados en este trabajo ponen de manifiesto que el estigma social continúa siendo uno de los principales obstáculos para la rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia. Por ello, resulta fundamental promover políticas públicas, programas comunitarios e intervenciones psicosociales que permitan reducir las actitudes estigmatizantes y favorecer una mayor inclusión social de las personas con trastorno mental grave.

8. CONCLUSIONES.

A partir del análisis realizado, puede concluirse que el estigma social constituye uno de los principales obstáculos para la rehabilitación psicosocial de las personas con esquizofrenia. El estigma social no solo influye en la percepción social de la sociedad, sino que tiene consecuencias psicológicas en las personas que padecen un trastorno mental grave, limitando sus oportunidades de inclusión social, acceso a la vida laboral, participación comunitaria y establecimiento de relaciones interpersonales significativas.

Podemos señalar que para que una intervención se realice de forma exitosa, no basta con reducir los síntomas de un diagnóstico, sino que se han de tener en cuenta varios factores, tanto individuales como sociales, relacionales y comunitarios. Los modelos existentes hoy en día trascienden más allá de buscar la reducción o eliminación de los síntomas, sino que buscan fortalecer los recursos y habilidades existentes de los individuos desde un trabajo individualizado, donde se promueven entornos sociales inclusivos y se reducen las actitudes estigmatizantes.

Desde una perspectiva psicológica y social, los resultados analizados permiten afirmar que el estigma asociado a la esquizofrenia no puede entenderse únicamente como un

conjunto de prejuicios individuales, sino como un fenómeno social profundamente arraigado que se reproduce en distintos niveles de la sociedad. Este estigma se puede observar tanto en actitudes y creencias negativas como en prácticas sociales que limitan su participación plena en la vida comunitaria. Así pues, cuando el entorno social está marcado por actitudes estigmatizantes, las posibilidades de integración social, autonomía personal y desarrollo de proyectos vitales significativos se ven seriamente restringidas.

En el ámbito de la intervención, estos hallazgos subrayan la importancia de promover modelos de atención centrados en la persona, que reconozcan la capacidad de las personas para participar activamente en su propio proceso de recuperación. Asimismo, resulta fundamental impulsar programas comunitarios que fomenten la participación social, el acceso al empleo y la construcción de redes de apoyo, elementos que han demostrado ser determinantes en los procesos de rehabilitación psicosocial.

La realización de este trabajo me ha permitido reflexionar sobre el gran trabajo que se tiene que realizar para reducir el estigma social en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, las personas son etiquetadas por el trastorno que padecen antes de ser reconocidas como individuos que tienen los mismos derechos que todo ser humano. Es imprescindible una sensibilización social y avanzar hacia una comprensión más humana e inclusiva de la salud mental.

Aunque el ámbito de la salud mental ha experimentado muchos avances en las últimas décadas, continúan existiendo muchos prejuicios que contribuyen a mantener el estigma social hacia las personas con trastornos mentales. Esto dificulta mucho los procesos de rehabilitación y las personas se pueden llegar a sentir muy diferentes a la sociedad porque es la propia sociedad quien les dice que son diferentes, por lo que aunque el trabajo realizado en los procesos de rehabilitación psicosocial permita avances en la recuperación y mejore la calidad de vida, necesitamos una sociedad amable y justa con la gente que padece un trastorno mental grave.

A partir de todo esto, es interesante que futuras investigaciones profundicen en mayores estrategias de intervención asociadas a la reducción del estigma social y que se financie más cantidad de dinero tanto para el estigma como para la rehabilitación psicosocial. Así como buscar estrategias en las que se produzca mayor contacto y programas

educativos orientados a mejorar el conocimiento y la sensibilización social en materia de salud mental.

9. BIBLIOGRAFÍA:

- Berrio, Á. I., & Gómez-Benito, J. *Mapa de co-ocurrencias en la evaluación de la recuperación en salud mental*.
https://www.researchgate.net/profile/Angela-Berrio/publication/344174123_Mapa_de_Co-ocurrencias_en_la_Evaluacion_de_la_Recuperacion_en_Salud_Mental/links/5f58bda1458515e96d3b6efb/Mapa-de-Co-ocurrencias-en-la-Evaluacion-de-la-Recuperacion-en-Salud-Mental.pdf
- Bertone, J. M. (2022). Abordaje mediático de la salud mental: análisis semiótico de periódico digital.
<https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n2/v22n2a05.pdf>
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry, 11*(1), 32–39.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1723861712000275>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252–260.
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*(3), 162–167.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014000572>
- Carbajosa, A. B., Pérez, F. B., Bertina, A., Quintana, Y. C., Sánchez, M. B. M., & Galán, S. P. (2018). La dinámica estigmatizante: generación y mantenimiento del estigma y el autoestigma asociado al trastorno mental en la vida cotidiana. *Clínica Contemporánea, 9*(1), E1.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n1a12.pdf>
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., & Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*(1), 25–47.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000100002&script=sci_arttext

- Chang Paredes, N., Ribot Reyes, V. D. L. C., & Pérez Fernández, V. (2018). Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 705–719.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v17n5/1729-519X-rhcm-17-05-705.pdf>
- Comunidad de Madrid. (s. f.). *Salud mental*.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>
- Consejo General de la Psicología de España. (2025, 22 de octubre). *Invertir en tratamientos psicológicos es rentable, según la OECD*. Infocop.
<https://www.infocop.es/invertir-en-tratamientos-psicologicos-es-rentable-segun-la-oecd/>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1489832/>
- 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 of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- EghbalManesh, A., Dalvandi, A., Zoladl, M., & Khankeh, H. R. (2023). The experience of stigma in family caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon*, 9(5), e14333.
<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14333>
- Espina, A., & González, P. (2003). Intervenciones familiares en la esquizofrenia. Cambios en la sintomatología y el ajuste social. *Salud Mental*, 26(1), 51–58.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam031f.pdf>
- European Commission. (2023). *A comprehensive approach to mental health*. European Commission.
https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cec47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf

Fernández-Catalina, P., & Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *Edupsykhé*, 16(1), 15–36.

<https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4080/3000>

Giardullo Russo, S. (2024). Explorando la teoría del cultivo: impacto en la percepción y comportamiento social. *Temas de Comunicación*, (48).

<https://pdfs.semanticscholar.org/7604/4c86453479583484af3689bba87f78b1b30e.pdf>

González-Pablos, E., & Martín-Lorenzo, C. (2021). Estigma y esquizofrenia. *Informaciones Psiquiátricas*, 243, 65–75.

https://www.researchgate.net/profile/Emilio-Gonzalez-Pablos/publication/351869574_ESTIGMA_Y_ESQUIZOFRENIA/links/60ae098c92851c168e40a3ab/ESTIGMA-Y-ESQUIZOFRENIA.pdf

Górriz, A. M. (2010). Estudio comparativo sobre la eficacia de los tratamientos de rehabilitación cognitiva en pacientes con esquizofrenia de un centro de rehabilitación psicosocial. *Informació Psicològica*, (98), 20–32.

<https://informaciopsicologica.info/revista/article/view/157/123>

Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing.

<https://psycnet.apa.org/buy/2009-11178-015>

López, M., Laviana, M., & López, A. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En *Violencia y salud mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva* (pp. 187–207). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

https://www.researchgate.net/profile/Marcelino-Lopez-2/publication/285632919_Estigma_social_violencia_y_personas_con_trastornos_mentales_graves/links/60cc7cc6a6fdcc01d47f176f/Estigma-social-violencia-y-personas-con-trastornos-mentales-graves.pdf

Loubat, M., Lobos, R., & Carrasco, N. (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en

- profesionales de la salud mental. *Límite (Arica)*, 12(39).
<https://revistalimite.uta.cl/index.php/limite/article/view/75/75>
- Mena Jiménez, A. L., Bono del Trigo, Á., López Pardo, A., & Díaz del Peral, D. (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 597–611.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/04.pdf>
- Miric, M., Álvaro, J. L., González, R., & Torres, A. R. R. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2), 172–185.
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/psi-sabersocial/article/view/33552/23866>
- Montaño, L., Nieto, T., & Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 4(1), 86–107.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Comunidad de Madrid.
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf
- National Alliance on Mental Illness. (2024). *Schizophrenia survey*.
<https://www.nami.org/wp-content/uploads/2024/04/SchizophreniaSurvey.pdf>
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., & Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477–489.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original4.pdf>
- Orellana, G., Slachevsky Ch, A., & Silva, J. R. (2006). Modelos neurocognitivos en la esquizofrenia: Rol del córtex prefrontal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*,

44(1), 39–47.

<https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v44n1/art05.pdf>

Ran, M. S., Hall, B. J., Su, T. T., Prawira, B., Breth-Petersen, M., Li, X. H., & Zhang, T. M. (2021). Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 8.

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-020-02991-5>

Robles, A. F. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223–244.

<https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104/106>

Ruiz, E. B., Maldonado, S. I. M., Valero, C. Z. V., Rodríguez, A. S., & Escobar, G. G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37–57.

<https://www.redalyc.org/pdf/802/80230114003.pdf>

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

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290.

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/components-of-a-modern-mental-health-service-a-pragmatic-balance-of-community-and-hospital-care/01494FB7B79D613321F791D1C5A5A376>

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Koschorke, M., Shidhaye, R., O'Reilly, C., & Henderson, C. (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)

Time to Change. (s. f.). *Time to Change: Let's end mental health discrimination*.

<https://www.time-to-change.org.uk/>

Uriarte, J. J. U. (2007). Psiquiatría y rehabilitación: la rehabilitación psicosocial en el contexto de la atención a la enfermedad mental grave. *Revista Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2, 87–101.

<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocial.pdf>

World Psychiatric Association. (s. f.). *Schizophrenia: Open the doors*.

https://www.openthedoors.com/english/01_01.html

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103.

<https://psycnet.apa.org/record/1978-31904-001>