



Universidad de Oviedo

**PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS DOCTORAL**

---

**PROCESOS Y VIVENCIA DEL AUTOESTIGMA EN  
PERSONAS CON PSICOSIS CRÓNICA**

---

**Tatiana Arboleya Faedo**

**2023**





Universidad de Oviedo

---

**PROCESOS Y VIVENCIA DEL AUTOESTIGMA EN  
PERSONAS CON PSICOSIS CRÓNICA**

---

**PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS DE LA SALUD**

**Tatiana Arboleya Faedo**

**Oviedo, 2023**





Universidad de Oviedo

---

**PROCESOS Y VIVENCIA DEL AUTOESTIGMA EN  
PERSONAS CON PSICOSIS CRÓNICA**

---

**PROGRAMA DE DOCTORADO: CIENCIAS DE LA SALUD**

**Tatiana Arboleya Faedo**

**Directora:**

**Dra. Ana María González Menéndez**

**Oviedo, 2023**



## **Agradecimientos**

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Ana González Menéndez por darme la oportunidad de realizar esta Tesis Doctoral bajo su dirección. Gracias por compartir conmigo su conocimiento, por su gran dedicación, paciencia, apoyo y rigor que ha brindado a este trabajo.

A la Dra. Concepción Fernández Rodríguez, por su tutorización.

Al Dr. David González Pando, por su tiempo y disposición, por su orientación, sus cuidadosas revisiones y sus valiosas sugerencias.

A la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria del Principado de Asturias, por su financiación de publicación.

A mi marido y a mi hija, inmensamente gracias, por su fuerza, paciencia y cariño infinito, y por el tiempo concedido de nuestra vida familiar. A mi madre y a mi abuela, por brindarme el sostén y ayuda necesaria para afrontar este camino. A toda mi familia, gracias por estar siempre.

A mis amigos, por su compañía y confianza en todos los momentos vividos.

A mis compañeros de trabajo, por acompañarme estos años, por su apoyo, comprensión e inspiración.

A todas las personas que se han cruzado en el camino y han aportado su granito de arena.

Finalmente, y sobre todo, gracias a las personas que altruistamente han participado en esta investigación, por su generosidad y por enseñarme tanto en todo este tiempo.

A todos, muchas gracias.





# ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	19
1. INTRODUCCIÓN .....	3
1.1. Trastornos del espectro psicótico: una aproximación.....	3
1.2. Estigma en los trastornos del espectro psicótico.....	10
1.3. Autoestigma en los trastornos del espectro psicótico. ....	15
1.4. Justificación del estudio .....	25
2. OBJETIVOS.....	31
3. PUBLICACIONES .....	35
3.1. Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis 36	
3.2. Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. ....	49
3.3. Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study. 62	
4. DISCUSIÓN.....	81
4.1. El papel de la Inflexibilidad Psicológica en el funcionamiento social de personas con Psicosis.....	81
4.2. Inflexibilidad Psicológica y Psicosis. El papel mediacional del autoestigma y del funcionamiento social .....	84
4.3. Exploración fenomenológica de la vivencia del autoestigma.....	87
4.4. Implicaciones clínicas y retos de futuro .....	93
4.5. Limitaciones.....	96
6. CONCLUSIONES.....	101
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	105
8. ANEXOS .....	141
8.1. Anexo I: Autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias .....	141
8.2. Anexo II: Autorización del Proyecto de Investigación por la Gerencia del Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias .....	142

8.3. Anexo III: Consentimiento Informado .....	143
8.4. Anexo IV: Hoja de Información para los participantes en el estudio .....	144
8.5. Anexo V: Cuaderno de Recogida de Datos .....	146
8.6. Anexo VI. Mapas conceptuales de datos cualitativos realizados con el programa MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021) .....	162

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Procesos centrales de la ACT.

Figura 1. El modelo Hexaflex de intervención ACT.

Figura 2. Niveles de estigma.

Figura 3. El marco del estigma de las enfermedades mentales (Mental Illness Stigma Framework).

Figura 4. Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma.

Figura 5. Modelo explicativo del AE.

Figura 6. Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Estigma Contextual.

Figura 7. Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Componentes del AE.

Figura 8. Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Pérdida de Capacidades.

Figura 9. Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Estrategias de Afrontamiento.

Figura 10. Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Estigma Contextual.

Figura 11. Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Componentes del AE.

Figura 12. Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Pérdida de Capacidades.

Figura 13. Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Estrategias de Afrontamiento.

Figura 14. Modelo de concurrencia de códigos I.

Figura 15. Modelo de concurrencia de códigos II.



# INTRODUCCIÓN

---



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1. Trastornos del espectro psicótico: una aproximación

Desde finales del siglo XIX la locura y/o la insania se clasifican y diferencian empleando distintas categorías. En 1896, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin recomendó la división de la psicosis en “demencia precoz” y “locura maníaco depresiva” (Berrios y Hauser, 1988), conceptualizando la primera como un trastorno cognitivo manifestado principalmente por alteraciones del pensamiento que tenían un inicio temprano y seguían un curso crónico de deterioro. Kraepelin enfatizó una etiología somática/biológica de los trastornos mentales y restó importancia a las posibles causas sociales o psicológicas. El psiquiatra suizo Eugen Bleuler, sin embargo, mantenía una visión diferente y más optimista de la “demencia precoz” de Kraepelin. Según Bleuler, la enfermedad podría ocurrir más adelante en la vida y no tenía por qué resultar, necesariamente, en un deterioro mental. Cuestionó entonces el concepto kraepeliano de “demencia” y en 1911 introdujo el término *esquizofrenia* que significa etimológicamente “mente escindida” y que todavía hoy empleamos. Bleuler también acuñó la noción de síntomas primarios y secundarios. Consideraba que los cuatro síntomas primarios y por tanto definitorios de la esquizofrenia, las llamadas cuatro Aes de Bleuler, eran las Asociaciones anormales, los rasgos Autistas, la Ambivalencia y el Afecto anormal (Moskowitz y Heim, 2011), mientras que los síntomas psicóticos positivos (el foco de la mayoría de los enfoques actuales) eran simplemente fenómenos secundarios y accesorios que también eran compartidos por trastornos muy diferentes (Buchanan y Carpenter, 2000).

La teoría, la investigación y la práctica en torno a la esquizofrenia siguen influenciadas más por las aportaciones de Kraepelin que de Bleuler (Moskowitz y Heim, 2011) y se reflejan de manera clara en los criterios diagnósticos actuales. Sin embargo, la legitimidad de la esquizofrenia como categoría diagnóstica útil y confiable es cuestionable: el curso de la esquizofrenia es muy variable (Ciompi, 1998) y su diagnóstico es un predictor relativamente pobre de la respuesta al tratamiento (Bentall et al., 1990). Podría decirse que poco ha cambiado este panorama desde que en 1964 Laing y Esterson, en su obra seminal “*Sanity, madness and the family*” escribieran que “es una suposición, una teoría, una hipótesis, pero no un hecho, que haya quien sufre de una condición llamada esquizofrenia...” (Laing y Esterson, 1964, p.11).

Tal y como hoy se estudia y reconoce, el espectro de la esquizofrenia incluye diferentes trastornos como la propia esquizofrenia, al trastorno esquizoafectivo, el delirante, el esquizofreniforme, el esquizotípico de la personalidad y otros trastornos psicóticos, que se diagnostican de acuerdo a los criterios de las últimas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2014) o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022). La validez de estos sistemas de diagnóstico sigue siendo cuestionable, lo que se refleja en los criterios de inclusión cambiantes y en la falta de consenso respecto a la validez conceptual y predictiva de los trastornos psiquiátricos individuales, incluida la esquizofrenia (Pilgrim, 2000).

La esquizofrenia es uno de los problemas psicológicos más incapacitantes y con efectos más devastadores en las personas diagnosticadas y en sus familias. Su impacto en la sociedad es desproporcionadamente grande en comparación con su prevalencia de menos del 1%. Esto es debido, en gran medida, a las numerosas deficiencias funcionales asociadas al diagnóstico (Chong et al., 2016). Los trastornos psicóticos no sólo constituyen una de las diez principales causas de discapacidad en el grupo de edad de 10 a 24 años (Gore et al., 2011) sino que la esperanza de vida de los diagnosticados es de sólo 64,7 años, con un promedio estimado de 14,5 años de vida potencial perdidos (Hjorthøj et al., 2017). Se afirma asimismo que la brecha de mortalidad está aumentando en comparación con la población general (Oakley et al., 2018). Si bien las causas detrás de este problema son variadas, los factores de riesgo cardiometabólicos, como las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, son los contribuyentes más citados y reconocidos (Correll et al., 2017; Piotrowski et al., 2017). La prevalencia de obesidad y otros factores de riesgo cardiometabólicos modificables (p. ej., tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia) es mayor en individuos con esquizofrenia, con riesgos relativos para cada factor que oscilan entre 1,5 y 5 en comparación con la población general (De Hert et al., 2009). Se ha visto que el tratamiento a largo plazo con medicación antipsicótica impacta negativamente y exacerba el síndrome metabólico (diabetes, hipertensión e hiperlipidemia) observado en las personas diagnosticadas (Ijaz et al., 2018; Molina et al., 2021).

Tradicionalmente el tratamiento de los trastornos del espectro psicótico se ha centrado en la reducción de síntomas y en la función cognitiva (Crowe, 2022; Van Eck et



al., 2018). El tratamiento farmacológico, en especial la medicación antipsicótica, continúa siendo el elemento terapéutico ineludible en el abordaje de los trastornos del espectro (Hasan et al., 2013; Kreyenbuhl et al., 2010; Lally y MacCabe, 2015; Marcus et al., 2015; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014; Tiihonen et al., 2017), mientras que las terapias psicológicas y algunas estrategias psicosociales tan sólo se recomiendan como complemento al tratamiento farmacológico (APA, 2020; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009). Sin embargo, el control parcial y limitado de la sintomatología, los efectos secundarios a corto y a largo plazo, y la pobre adherencia al tratamiento farmacológico de un importante porcentaje de personas diagnosticadas (Curto et al., 2021; García et al., 2016; Lähteenvuo y Tiihonen, 2021; Lieberman et al., 1993; Nasyrova et al., 2023; Rognoni et al., 2021), plantean la necesidad de utilizar *de verdad* un enfoque más amplio en el que el tratamiento farmacológico se complementa con otras intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, que se han de coordinar y aplicar de manera eficiente para conseguir la recuperación de los episodios agudos y del déficit funcional durante los episodios y entre ellos (Barbieri y Visco-Comandini, 2020; Zheng et al., 2022).

De entre las intervenciones psicológicas, la Terapia Cognitivo-Conductual o CBT (por sus siglas en inglés) es la terapia más empleada en el abordaje psicológico de la psicosis. Su empleo se recomienda, junto al tratamiento farmacológico, en todas las personas con esquizofrenia y en cualquiera de las fases de la enfermedad (Kuipers et al., 2014). Entre sus objetivos se encuentran la reducción de la frecuencia e intensidad de los síntomas, el entrenamiento en habilidades para manejarlos y al aumento del control percibido sobre ellos (Beck et al., 2010). Su nivel de eficacia sobre la sintomatología positiva de personas con trastornos psicóticos ha sido constatado en diferentes revisiones y meta-análisis (Turner et al., 2018) sobre todo por incidir en la escala de psicopatología general de la PANNS (Kay et al., 1987) y por su efecto sobre las alucinaciones y otros síntomas a menudo asociados al trastorno, como la ansiedad social o la sintomatología depresiva (Cuevas-Yust et al., 2003; Grupo de Trabajo de la Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, 2009; Pfammatter et al., 2006).

Pero no todos los trabajos metaanalíticos y de revisión cierran filas en torno a la CBT. Algunos estudios recientes también han cuestionado la superioridad de la CBT para psicosis frente a otras intervenciones psicológicas o frente al tratamiento habitual (Jones

et al., 2018; Jauhar et al., 2014). Tal vez este resultado sea la consecuencia evidente de la focalización histórica de la CBT en la reducción/eliminación de los síntomas que definen los trastornos, en lugar de una intervención que atienda a otras medidas de resultado, como la recuperación y la funcionalidad, que se desarrollan más adelante en esta tesis doctoral.

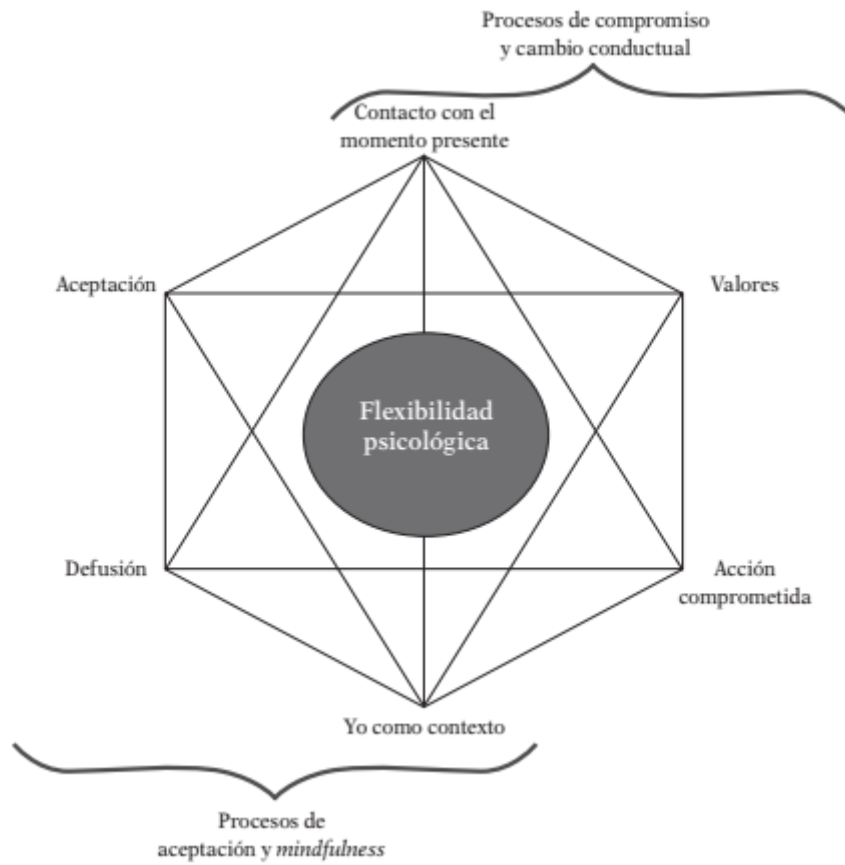
Especialmente en los últimos 15 años se han empleado abordajes nuevos en el tratamiento psicológico de la psicosis, como el empleo de terapias de tercera generación o contextuales (Pérez Álvarez, 2014). Una de las terapias contextuales que más ha profundizado en el tratamiento de la psicosis ha sido la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Introducida por Hayes et al., (1999), la ACT trabaja sobre dos objetivos principalmente: que la persona llegue a aceptar aquellos aspectos de su experiencia (pensamientos, emociones, voces, etc.) que ha estado intentando modificar sin ningún éxito, y que la presencia pertinaz de tales experiencias no paralice su vida (Bach y Hayes, 2002; Bach et al., 2012; García Montes et al., 2004; García Montes y Pérez Álvarez, 2001; Gaudiano y Herbert, 2006; Hayes et al., 2011; Wakefield et al., 2018).

ACT se dirige a una clase funcional de conductas que está presente en numerosos trastornos mentales y que de acuerdo a las primeras formulaciones del modelo se conocía con el nombre de *evitación experiencial* (EE). La EE ocurre cuando una persona no está dispuesta a conectar con determinadas experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, emociones, recuerdos, voces, sensaciones, etc.) e intenta evitar, alterar o cambiar la ocurrencia o la forma de tales eventos, suponiendo tal evitación un impedimento para lograr sus metas personales (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001).

La *flexibilidad psicológica* definida como la capacidad que tiene una persona consciente de experimentar los hechos en plenitud y sin necesidad de defensas superfluas, y perseverar en un momento dado en una conducta –o modificarla– al servicio de valores escogidos libremente (Hayes et al., 2006) está asociada a seis procesos teóricos centrales de la ACT, que se interrelacionan unos con otros y que se ilustran en el modelo “Hexaflex” (Figura 1). Más recientemente, estos procesos se han agrupado en tres conjuntos de estilo de respuesta: *abierto*, *consciente* y *activo* (Hayes et al., 2011). En la Tabla 1 se resumen estos procesos.

**Figura 1**

*El modelo Hexaflex de intervención ACT (Hayes et al., 2006)*



**Tabla 1***Procesos centrales de la ACT (Luoma et al., 2007)*

<b>Proceso</b>	<b>Definición</b>
<i>Abierto</i>	
Aceptación	Proceso de “abrazar” los pensamientos y sentimientos sin tratar de resistirlos, evitarlos o suprimirlos.
Defusión	Proceso de desenredarse de los pensamientos inútiles y responder a las experiencias mentales como experiencias, en lugar de guías para la acción.
<i>Consciente</i>	
Yo como contexto	Un “yo” continuo y seguro desde el cual los eventos son experimentados, pero que también es distinto de los eventos.
Momento presente	Contacto continuo y sin prejuicios con (pensamientos y emociones) y eventos externos como ellos ocurrir.
<i>Activo</i>	
Valores	Direcciones de vida deseadas y elegidas.
Acción comprometida	Proceso de vincular acciones específicas a acciones elegidas (valores) y la construcción de patrones cada vez más grandes de acciones efectivas.

Los informes de evidencia de la ACT en el abordaje de la psicosis arrojan resultados prometedores aunque inconsistentes (Jansen et al., 2020; Shi et al., 2023; Yıldız, 2020). Las terapias contextuales aún no están incluidas en las Guías de Práctica Clínica, ni como recomendadas ni no recomendados (Grupo de Trabajo de la Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave, 2009), pero sí como líneas futuras de investigación (APA, 2020).

El grueso de investigaciones sobre la administración y evaluación de la ACT en psicosis se han realizado después del año 2010. Algunos estudios pioneros en los que se había analizado la eficacia de la ACT empleando metodología cuantitativa, observaron reducciones en las tasas de hospitalización y mejoras en el afrontamiento sin cambios en los síntomas (Bach y Hayes 2002; Gaudio y Herbert 2006; White et al., 2011), lo que es consistente con la lógica y paradojas que muestra esta terapia. Ya de manera más reciente Jansen et al. (2020), constataron en un meta-análisis de 16 estudios un tamaño del efecto moderado a grande de la ACT sobre la sintomatología general, la aceptación y

las tasas de hospitalización de las personas con psicosis. También Yildiz (2020) sintetizó la información de 11 ensayos controlados aleatorizados que examinaron el efecto de la ACT en el tratamiento de los trastornos psicóticos. Lo hizo con el propósito de integrar nuevos conocimientos y experiencias en la literatura de enfermería, encontrando evidencias de que la ACT es eficaz en el abordaje de la depresión, la ansiedad y algunos síntomas como las alucinaciones, y concluyendo que las estrategias de aceptación deberían ser incorporadas a la práctica enfermera porque proporcionan un enfoque explicativo y muy pragmático de los trastornos psicóticos.

Los estudios que emplearon metodología cualitativa sobre la eficacia de la ACT para la psicosis son aun escasos. Bacon et al. (2014), por ejemplo, investigaron cualitativamente el empleo de la ACT para personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Aunque algunos de estos participantes informaron de dificultades para comprender ciertos ejercicios y otros se mostraron ambivalentes sobre la utilidad de algunos, la mayoría consideró la ACT como una intervención muy útil para aceptar las experiencias psicóticas y para perseguir metas personales. Otro estudio que se centró en los procesos de cambio en los grupos de ACT para la psicosis temprana (Bloy et al., 2021) informó de que todos los participantes describieron los beneficios subjetivos de participar en el grupo ACT. Explorando las experiencias de personas con esquizofrenia sobre un programa basado en ACT, Bouws et al. (2023) informaron de que la ACT fue vivida por los participantes como una terapia factible y útil. Muchos de ellos aprendieron a ser más conscientes y a aceptar sus experiencias, a centrarse más en el momento presente y a comprometerse con sus valores personales.

En las últimas dos décadas el interés por el concepto de recuperación y el desarrollo de modelos centrados en la llamada *recuperación funcional* han aumentado de manera considerable (Crespo- Facorro et al., 2017). Los criterios operativos que enmarcan el concepto de recuperación funcional suelen incluir la mayor o menor remisión de los síntomas, el funcionamiento vocacional, la vida independiente y la mejora de las relaciones con los compañeros (p. ej., Liberman et al., 2002). Numerosas circunstancias sociales y familiares contribuyen a ampliar la lista de factores ambientales que pueden influir en la recuperación funcional más allá de las manifestaciones clínicas del trastorno (Onken et al., 2007). Aunque algunos clínicos insisten en que la recuperación funcional solo puede aceptarse cuando los síntomas son lo suficientemente leves y estables (Liberman, 2012), otros autores han propuesto definiciones de recuperación más

orientadas al proceso que al resultado, igual que las personas con esquizofrenia y sus familiares que prefieren definirla como un proceso continuo de cambio en su identidad personal (Silverstein y Bellack, 2008).

Algunas de estas aproximaciones se solidarizan con enfoques radicalmente distintos a los mencionados, observándose que la recuperación puede definirse en términos de restablecimiento de objetivos vitales y especialmente en la aceptación, con o sin síntomas, del hecho de vivir con la psicosis (Andresen et al., 2003; Bradstreet y Connor, 2005). Distintas revisiones han mostrado que la aceptación de las experiencias psicóticas, el apoyo auténtico al paciente evitando juicios de valor, así como la comprensión empática de los síntomas en el contexto de las vivencias propias, se establecen como componentes esenciales de algunas intervenciones psicológicas al tiempo que son reclamados y bienvenidos por las personas con esquizofrenia (Hasson-Ohayon et al., 2017; Moritz et al., 2017).

El fenómeno conocido como *estigma* en la enfermedad mental es otra de las variables que influyen de manera muy notable en el concepto de recuperación (Morgades-Bamba et al., 2019; Oexle et al., 2017; Vass et al., 2015).

## **1.2. Estigma en los trastornos del espectro psicótico.**

La palabra estigma (στίγμα) designa, etimológicamente hablando, una marca hecha en la piel con un hierro candente. En la antigua Grecia la marca tenía una doble función: la de servir de castigo a quien la portaba y la de advertir a los ciudadanos de que el marcado o estigmatizado no era persona de confianza, sino algún esclavo o traidor que debía ser deshonrado y evitado.

El interés en el estudio del estigma comenzó en la década de los 70 con la publicación del libro de Goffman en 1963, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Goffman (1963), definió el estigma como un atributo profundamente devaluador, un rasgo general que la sociedad emplea para rebajar y degradar a la persona portadora. Y en esta misma lógica contextual, Crocker et al. (1998) señalaron que el problema del estigma no residía tanto en el atributo estigmatizador o en la persona que lo porta, sino en la desafortunada circunstancia de poseer un atributo que, en un contexto social determinado, conduce a la devaluación. Definiciones más actuales también añaden que el

estigma no es un defecto inherente de los individuos o grupos estigmatizados sino un proceso sociocultural por el cual los miembros de grupos marginados son etiquetados por otras personas como anormales, vergonzosos o indeseables (Michaels et al., 2012).

En el contexto de los trastornos mentales, el estigma hace referencia a las creencias negativas, estereotipos y temores que generan quienes están marcados con diagnósticos psiquiátricos y deben vivir con estas entidades (Corrigan, 2000). A partir de la década de los 2000 empieza a proliferar una cantidad sustancial de estudios científicos rigurosos y de modelos explicativos del estigma (Corrigan et al., 2010; Yanos et al., 2008).

El estigma es actualmente una preocupación mundial que impacta negativamente en la calidad de vida y en las oportunidades de la vida de las personas con trastornos mentales (Michaels et al., 2012). Muchas personas con trastornos mentales graves se enfrentan a un doble desafío. Por un lado luchan contra los síntomas y discapacidades que resultan de su trastorno y, por el otro se ven desafiados por los estereotipos y prejuicios que socialmente se asocian a sus problemas y padecimientos. Como resultado, quienes portan estas etiquetas diagnósticas se ven privadas de oportunidades laborales, vivienda, atención médica satisfactoria y afiliación con otros grupos de personas (Clement et al., 2015; Corrigan y Watson, 2002a; Yanos, 2018).

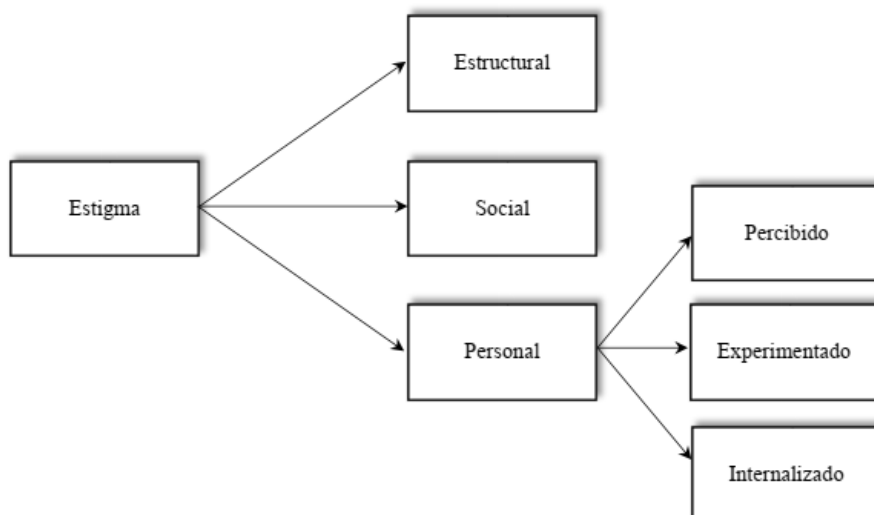
La esquizofrenia es sin duda el trastorno mental que arrastra más creencias negativas, distanciamiento y discriminación (Angermeyer y Dietrich, 2006; Griffiths et al., 2006). Al estigma en la esquizofrenia se asocian, cada vez con más frecuencia, los estereotipos de peligrosidad, impredecibilidad, incapacitación e incompetencia, así como la idea de imposibilidad de recuperación (Angermeyer y Schulze, 2001; Corrigan et al., 2005; Feldman y Crandall, 2007; Fresán et al., 2019; Parcesepe y Cabassa, 2013; Pescosolido et al., 2021). El acuerdo y aceptación de estos estereotipos desencadenan reacciones emocionales que se mueven entre el miedo, la pena, el enfado, la vergüenza y la desconfianza. Este tipo de prejuicios también contribuye a las conductas de discriminación (rechazo, evitación social, trato injusto, coacción) que se ejercen sobre las personas con diagnóstico de esquizofrenia (Angermeyer y Schulze, 2001) y que se observan en todos los contextos sociales. Hablamos de la discriminación que se observan en la familia propia, en las amistades y vecindad, en los ámbitos educativo y laboral, e incluso las observadas en el comportamiento del personal judicial, policial y sanitario (Manesh et al., 2023; Valery et al., 2023).

El estigma asociado a los trastornos mentales se articula de acuerdo a la interacción de distintos niveles (Corrigan y Watson, 2004; Link et al., 1987; Livingston y Boyd, 2010; Ritsher y Phelan, 2004). Livingston et al. (2010) diferenciaron entre el estigma social, estructural e internalizado. Gerlinger et al., (2013) distinguieron dos niveles: el estigma social y el personal. Teniendo en cuenta ambas propuestas, el estigma podría clasificarse en tres dimensiones: el estigma estructural, social y personal (Figura 2). El estigma estructural, también llamado institucional, se refiere a las reglas, políticas y procedimientos de entidades públicas y privadas en posiciones de poder que suprimen oportunidades para el grupo estigmatizado y promueven la pérdida de estatus, el etiquetado, la discriminación y los estereotipos (Corrigan et al., 2005). El estigma social, también conocido como estigma público, se refiere a la reacción que tiene la población en general hacia las personas con trastornos mentales (Corrigan y Watson, 2002a). El estigma personal incluiría el estigma percibido, el estigma experimentado y el interiorizado o autoestigma (AE) (Gerlinger et al., 2013). La percepción o anticipación del estigma se refiere a las creencias de las personas sobre las actitudes de la población general hacia su condición y hacia sí mismos por el hecho de pertenecer a determinado grupo potencialmente estigmatizado. Al percibir el estigma, la persona puede anticipar el rechazo, incluso cuando éste aún no se ha producido (Yanos et al., 2008). El estigma experimentado se refiere a la discriminación o restricciones reales a las que se enfrentan las personas afectadas (Gerlinger et al., 2013). Por último, la internalización de las creencias estereotipadas y estigmatizantes del estigma público, por parte de las personas con trastorno mental se denomina AE o estigma internalizado (Yanos et al., 2008).



**Figura 2**

*Niveles de estigma (Livingston et al., 2010; Gerlinger et al., 2013)*

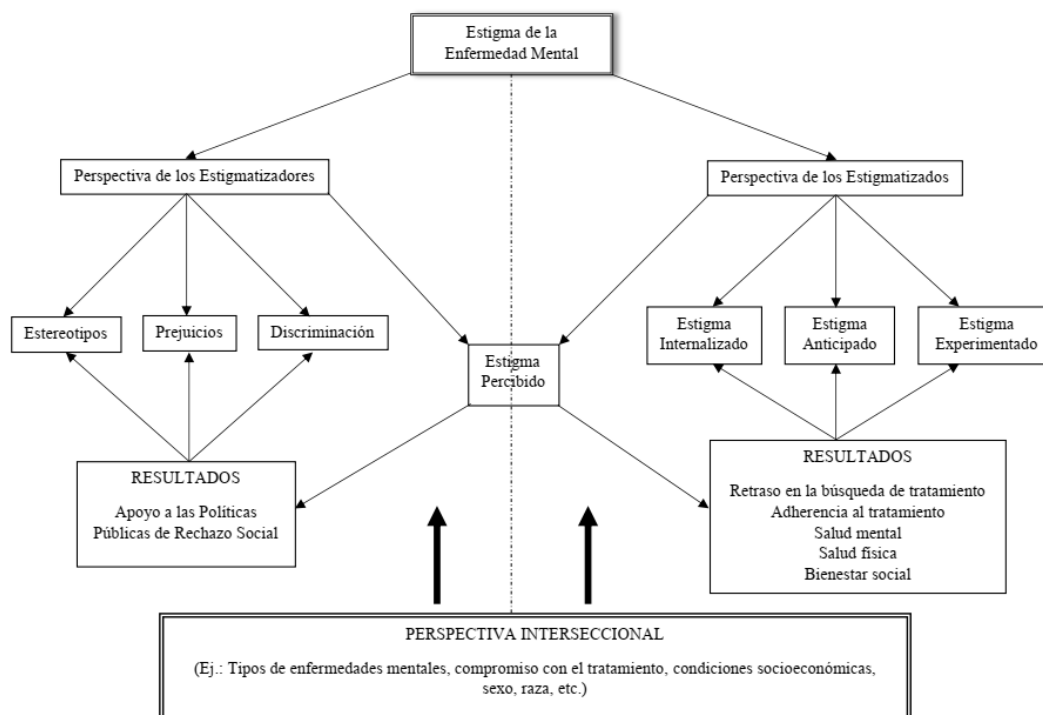


Varios autores señalan en sus estudios la complejidad y confusión en torno al concepto de estigma en los trastornos mentales (Brohan et al., 2010; Fox et al., 2018; Livingston y Boyd, 2010; Pescosolido y Martin, 2015). En muchas ocasiones se usan términos distintos para describir un mismo concepto de estigma y el mismo término para referirse a diferentes constructos. En una reciente revisión sistemática que trataba de identificar los diferentes enfoques de la investigación sobre el estigma de los trastornos mentales, Fox et al. (2018) crearon un nuevo marco teórico que denominaron el Marco del estigma de las enfermedades mentales (Mental Illness Stigma Framework [MISF]; Fox et al., 2018). En este nuevo modelo se incluyen tanto la perspectiva de la persona que estigmatiza como la de la persona estigmatizada, lo que supone un enfoque integrador que incorpora el estigma estructural (Corrigan et al., 2005) y el social o público (Corrigan y Watson, 2002a), como el estigma internalizado o AE (Gerlinger et al., 2013), el estigma anticipado (Yanos et al., 2008) y el estigma experimentado (Gerlinger et al., 2013). Fox et al. (2018) también sugieren que el estigma percibido (Yanos et al., 2008) funciona como nexo de unión entre ambas perspectivas. Y finalmente, otra de las novedades del modelo es el concepto de interseccionalidad con el que subrayan la importancia de las

vivencias y experiencias personales que también pueden influir en todos los componentes del modelo (Figura 3).

**Figura 3**

*El marco del estigma de las enfermedades mentales (Mental Illness Stigma Framework) de Fox et al., (2018)*



### **1.3. Autoestigma en los trastornos del espectro psicótico.**

El AE, proceso mediante el cual las personas con trastorno mental respaldan los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental, anticipan el rechazo social, consideran que los estereotipos son relevantes para sí mismos y creen que son miembros devaluados de la sociedad (Corrigan et al., 2005; Corrigan et al., 2006; Corrigan y Watson, 2002a). Se trata de un proceso subjetivo (estigma sentido) caracterizado por sentimientos/pensamientos negativos sobre uno mismo y por comportamientos evitativos e inadaptados. En ocasiones, el AE transforma negativamente la identidad personal anterior (Livingston y Boyd, 2010).

El AE conlleva una cierta transformación de la identidad personal o concepto de uno mismo (p. ej., “soy peligroso”, “soy incompetente”, “soy un raro”). La interiorización de los estereotipos negativos provoca que la persona se aleje de sus identidades previas y renuncie a la esperanza de tener otras nuevas (p. ej., “yo como estudiante” o “yo como trabajador”) (Corrigan y Watson, 2002a; Yanos et al., 2008).

Al igual que el estigma público, el AE suele estudiarse y explicarse en términos de tres componentes: estereotipos, prejuicios y discriminación (Corrigan y Watson, 2002b) (Figura 4). Como consecuencia del estigma público algunas personas con trastorno mental grave aplican los estereotipos negativos a sí mismos (Corrigan y Rao, 2012) y desarrollan reacciones emocionales negativas como vergüenza, desesperanza o culpa (Livingston y Boyd, 2010; Schulze et al., 2020). Estos eventos negativos y generadores de malestar tratan de paliarse, a menudo, implicándose en conductas de evitación con topografías muy variadas. Entre ellas se destacan la auto-ocultación del trastorno, el aislamiento voluntario, la renuncia al aprovechamiento de oportunidades de empleo y el rechazo de la conducta de búsqueda de ayuda (Clement et al., 2015; Schulze et al., 2020). Hasta un 20% de personas con AE y trastorno mental grave abandona el tratamiento anticipadamente (Corrigan et al., 2014).

**Figura 4**

*Componentes cognitivos, emocionales y conductuales del estigma (Corrigan y Watson, 2002b)*

<b>Componentes</b>	<b>Estigma social</b>	<b>Autoestigma</b>
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia)	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia)
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, pena)	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (desesperanza, vergüenza )
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a ayudar)	Comportamiento en respuesta al prejuicio (aislamiento, rechazo a buscar ayuda)

El desarrollo de instrumentos de medida del estigma internalizado ha permitido un análisis riguroso del fenómeno, incluyendo su prevalencia. Uno de estos instrumentos más empleados y validados es la Escala de Estigma Internalizado de Enfermedad Mental (ISMI; Ritsher et al., 2003), que ha sido adaptada a 55 idiomas y utilizada en diversidad de estudios y culturas así como en trastornos dispares. En general, las adaptaciones de la escala a otros idiomas (Brohan et al., 2010; Kira et al., 2014; Oliveira et al., 2015) han obtenido una adecuada consistencia interna (entre 0,85 y 0,94). La escala ISMI es una prueba de autoinforme compuesta por 29 ítems que se agrupan en cinco dimensiones del AE de la enfermedad mental: alienación, interiorización de estereotipos, aislamiento social, experiencias de discriminación y resistencia al estigma. Las subescalas alienación e interiorización de estereotipos se corresponden con el estigma interiorizado o AE, el aislamiento social con el estigma percibido y las experiencias de discriminación con el estigma experimentado. La subescala de resistencia al estigma evalúa la resiliencia frente al estigma social. Los ítems tratan sobre autoafirmaciones relacionadas con las propias creencias sobre tener una enfermedad mental (p. ej., “la gente me ignora o toma menos en serio sólo porque tengo una enfermedad mental” o “estoy avergonzado de tener una enfermedad mental”) y se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos según el grado

de acuerdo: 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (algo en desacuerdo), 3 (algo de acuerdo), 4 (totalmente de acuerdo). Las puntuaciones de las cinco dimensiones se suman para crear una puntuación total, con valores que oscilan entre 29 y 116. La escala ISMI también ofrece una puntuación por subescala que oscila entre 0 y 4, considerándose una puntuación igual o mayor de 2,5 indicativo de presencia de AE. Existe una versión reducida de la escala compuesta por 10 ítems, con 2 ítems por cada subescala (Boyd et al., 2014) y con una única puntuación global. Esta versión, propuesta para evaluar de forma más rápida el AE, en ningún caso sustituye la evaluación detallada de la versión original. La adaptación al español presenta una buena consistencia interna en la versión de 29 ítems ( $\alpha = 0.91$ ), en su versión reducida ( $\alpha = 0.77$ ) y en todas las subescalas, excepto la subescala de resistencia al estigma, que obtiene un coeficiente de 0,42 similar a otros estudios previos (Bengochea-Seco et al., 2018).

El empleo de instrumentos como el ISMI ha permitido determinar el alcance y las repercusiones del AE. Brohan et al. (2010) encontraron que el 41% de 1229 personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia en 14 países europeos mostraron niveles elevados de AE. Gerlinger et al. (2013) informaron que el 64,5 % de personas con esquizofrenia percibieron el estigma, el 55,9 % lo experimentaron y el 41,7% sufrieron AE, siendo la subescala *alienación* la respaldada con mayor frecuencia (49,2 %). Una reciente revisión sobre el AE reveló que aproximadamente un tercio de las personas con trastorno mental grave presenta AE (Dubreucq et al., 2021) y que las personas con psicosis informan de niveles moderados-altos de AE (Dhungana et al., 2022; Hsiao y Lu, 2022; Pribadi et al., 2020; Touriño et al., 2018). En estas investigaciones, la subescala *resistencia al estigma* del instrumento ISMI demostró las puntuaciones más bajas (Dhungana et al., 2022; Hsiao y Lu, 2022).

Por otro lado, se han realizado numerosos estudios empíricos (Dubreucq et al., 2021; Gerlinger et al., 2013; Jian et al., 2022; Kim et al., 2019) y meta-análisis (Del Rosal et al., 2021; Sarraf et al., 2022) con el objetivo de identificar las variables predictoras que expliquen el desarrollo de la internalización del estigma en personas con trastorno mental.

La literatura disponible ha mostrado que el AE de las personas con psicosis correlaciona negativamente con la autoestima (Karakas et al., 2016; Kim y Jang, 2019; Morgades-Bamba et al., 2019; Picco et al., 2017; Vass et al., 2017), la autoeficacia (Corrigan y Watson, 2002a), el empoderamiento (Livingston y Boyd, 2010), calidad de vida (Vrbova et al., 2017) y positivamente con la soledad (Chrostek et al., 2016; Yildirim

y Kavak Budak, 2020). El AE también se ha asociado con las tendencias suicidas (Xu et al., 2016), la experiencia de discriminación y el aislamiento social (Chan et al., 2019).

En un meta-análisis transcultural sobre el AE de las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia, Sarraf et al. (2022) mostraron que el AE correlaciona, cualquiera que sea la cultura de análisis, con síntomas depresivos, merma del funcionamiento social, frecuencia y gravedad de los síntomas psicóticos (síntomas negativos y positivos), calidad de vida y autoestima. El AE también se considera una barrera tanto para el inicio precoz del tratamiento de la psicosis como para garantizar la adherencia al mismo (Fadipe et al., 2020; Livingston y Boyd, 2010).

Los efectos negativos del AE son más pronunciados cuando se combinan con la conciencia de tener una enfermedad mental (Lysaker et al., 2007). Se ha visto que un *insight* apropiado puede favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar el funcionamiento en la comunidad (Belvederi y Amore 2019; Van Baars et al., 2013). Sin embargo, se ha evidenciado también que las personas con trastornos del espectro esquizofrénico que presentan una buena conciencia de enfermedad, calificada por ellos mismos y por los clínicos, reportan resultados psicosociales significativamente peores (Lien et al., 2018) en evaluaciones de esperanza, autoestima, funcionamiento social, depresión, calidad de vida y desmoralización (Chio et al., 2018). Estos resultados contradictorios con respecto a los correlatos y las consecuencias del *insight* en la esquizofrenia se describieron como la paradoja del *insight* (Lysaker et al., 2007).

Los estudios cualitativos sobre las experiencias de AE en personas con psicosis crónica revelan el efecto devastador del AE en muchos contextos vitales (Burke et al., 2016, Hiedari et al., 2020; Ong et al., 2020; Yen et al., 2020). El estigma y la discriminación se experimentan con frecuencia no sólo en redes sociales y medios de comunicación, sino en las relaciones familiares y amistades y en los servicios de salud y salud mental (Ewens et al., 2022; Hiedari et al., 2020; Ong et al., 2020; Schulze y Angermeyer, 2003; Yen et al., 2020). Tantos estereotipos y etiquetas negativas llevan a las personas que con trastornos mentales graves a experimentar miedo, ira, preocupación, vergüenza, tristeza y culpa (Huggett et al., 2018) y a asumir creencias negativas sobre sí mismos que resultan en baja autoestima, déficits de autocuidado y evitación social (Yen et al., 2020). Además, los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, la interferencia de los síntomas positivos y el deterioro en el funcionamiento social, también conecta a las personas que padecen esquizofrenia con el estigma público. Todo conduce

a la evitación social y a la ocultación del problema como forma de hacer frente a la discriminación (Burke et al., 2016; Ong et al., 2020). Estas evitaciones impactan negativamente en las relaciones sociales, el acceso a los servicios y las oportunidades de vivienda, empleo y educación (Ewens et al., 2022; Ong et al., 2020). No formar una familia, abandonar las amistades o las relaciones con los demás, no buscar empleo, abandonar de los estudios o no pedir ayuda médica, son algunas de las conductas realizadas para evitar el rechazo (Ewens et al., 2022). Además, las experiencias de estigma en un área de la vida llevan a anticipar el estigma futuro en ese mismo área. Por ejemplo el miedo a buscar trabajo después de haber sufrido un episodio de discriminación laboral (Ewens et al., 2022). Dentro de los servicios de salud y de salud mental, muchas personas hablan de desprecio, de sentirse ridiculizadas por el personal y de que sus necesidades y opiniones no eran tomadas en serio (Schulze y Angermeyer, 2003; Yen et al., 2020). Las reacciones negativas, como el insulto o el rechazo hicieron que muchas personas abandonaran sus estudios (Heidai et al., 2020).

De nuevo en relación a las experiencias subjetivas de AE, Scottish Schizophrenia Survey (Ewens et al., 2022) realizó un estudio mixto con personas con trastorno mental y sus cuidadores. Algunos de los resultados más relevantes fueron que el 92% de los participantes informaron haberse enfrentado al estigma y situaciones de discriminación en algún momento de su vida. El 75% se sintió tratado injustamente por la familia, el 62% por los amigos y el 56% por sus parejas. Además, el 49% fue rechazado o tuvo un distanciamiento con su familia, el 65% por sus amigos y el 42% por sus parejas. El 47% se ha sentido cuestionado negativamente al formar una familia o en su figura como padres o cuidadores. Es llamativo que más del 75% considerase que nadie querría su amistad ni estaría dispuesto a iniciar una relación de pareja/íntima debido a su “enfermedad”. La mitad de los participantes dijeron que se sentían menos respetados porque no iban a recuperarse ni a mejorar. El 71% de las personas experimentó un trato discriminatorio laboral y el 57 % estuvo de acuerdo con el mismo. Se encontraron niveles altos de AE en relación a la privación de oportunidades laborales (70%), y los participantes estaban de acuerdo con lo que les pasaba. EL 78% reportaron experiencias de discriminación en los servicios de salud y, en parte por esto, el 87% de los mismos evitó pedir ayuda.

De cara a mejorar la conceptualización y comprensión del AE, algunos estudios empíricos han investigado las variables predictoras del AE en un intento por generar modelos integradores explicativos sobre la interiorización del estigma.

Uno de los modelos explicativos sobre la interiorización del estigma, el que cuenta con mayor relevancia, es el propuesto por el grupo de investigación dirigido por Patrick Corrigan, (Corrigan y Watson, 2002b; Corrigan et al., 2006; Corrigan et al. (2011) Este grupo de investigación propone un modelo de interiorización del estigma que ha sido ampliado y validado en sucesivos estudios. Se trata de un modelo multinivel, en el que distintos niveles se interrelacionan entre sí y se suceden de forma progresiva. En un primer momento el modelo se forma por cuatro niveles sucesivos: conciencia del estereotipo, aprobación o acuerdo con el estereotipo, aplicación del estereotipo y daño a la autoestima y autoeficacia. El primer nivel hace referencia a la conciencia de las creencias estereotipadas que la sociedad hace sobre las personas que tienen un trastorno mental, es decir, una percepción del estigma público. Un ejemplo sería cuando la persona es consciente de que la sociedad considera que las personas con un trastorno mental son peligrosas. La conciencia del estereotipo se correspondería con el estigma percibido o anticipado (Link y Phelan (2001). El segundo nivel sería el acuerdo o aprobación de los estereotipos, formando así parte de su propia cognición. Un ejemplo sería cuando la persona con trastorno mental está de acuerdo con que las personas con trastorno mental son peligrosas. La aprobación conduce al tercer nivel, en el que la persona con trastorno mental aplica a sí misma esas ideas estigmatizantes. Un ejemplo sería cuando la persona se considera a sí misma peligrosa por tener un trastorno mental. Y en el último nivel, aparece el daño de la aplicación del estereotipo a la propia autoestima y autoeficacia (Corrigan y Watson, 2002b). Estudios posteriores demuestran la independencia de la conciencia del estereotipo, en relación al resto de los otros tres componentes del AE. De esta manera, reformulan el modelo concluyendo que el AE es un proceso en el que la aprobación del estereotipo y la aplicación sobre uno mismo dañan la autoestima y la autoeficacia (Corrigan et al., 2006).

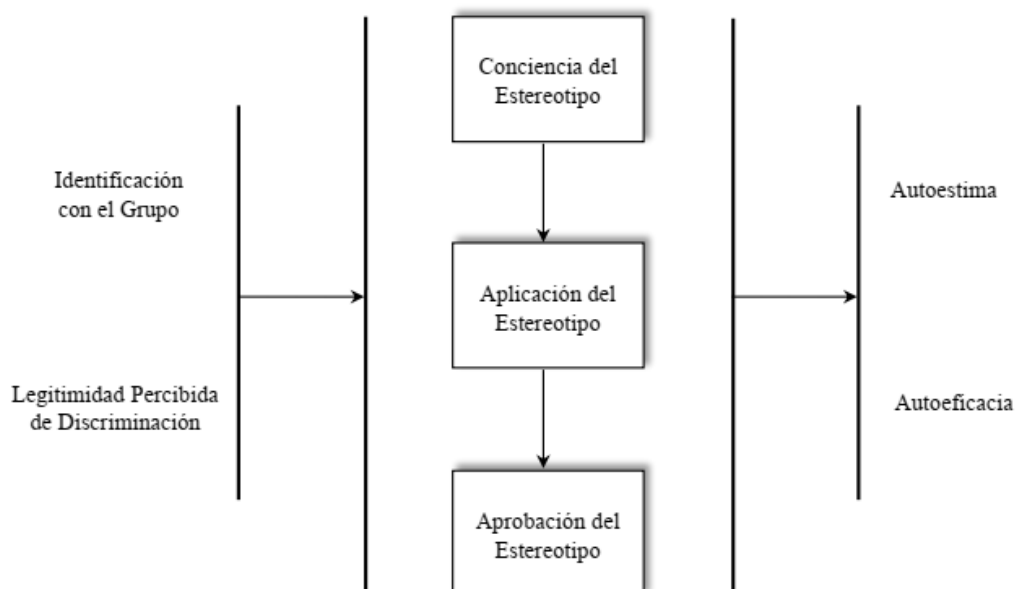
Sin embargo, no todas las personas con problemas psicológicos internalizan las creencias estigmatizantes de la sociedad. Algunas personas no perciben el estigma social y permanecen relativamente indiferentes y no afectadas, mientras otras reaccionan defendiendo sus derechos con empoderamiento (Corrigan y Watson, 2002b). Así, conocer los estereotipos sociales no es un componente suficiente para que una persona presente AE. De hecho, algunas personas reaccionen ante el estigma público, internalizándolo, mientras otras responden con indiferencia o incluso con empoderamiento. Este fenómeno se conoce como paradoja del estigma internalizado (Corrigan y Watson, 2002b). En la



paradoja del estigma internalizado el empoderamiento y el AE se explican cómo polos opuestos de un continuo (Watson et al., 2007). Las personas que no pueden superar los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales estarían en el extremo negativo del continuo, con una baja autoestima y poca confianza en su futuro. En el extremo positivo se encuentran las personas con enfermedad mental que tienen una buena autoestima y no están significativamente afectadas por el estigma público, más bien parecen estar energizadas y empoderadas. Para estudiar este continuo, los autores introducen en el modelo los componentes de identificación con el grupo y legitimidad percibida (Watson et al., 2007). La identificación con el grupo hace alusión a cómo una persona define su identidad en base al grupo al que pertenece, en este caso “personas con enfermedad mental”. Así, las personas con trastorno mental pueden internalizar los estereotipos negativos pero también desarrollar una identidad positiva a través de sus interacciones con sus compañeros del grupo estigmatizado, desarrollando así una autopercepción positiva. La legitimidad percibida se refiere al hecho de percibir una situación estigmatizante como justa y legítima si se percibe como acertada. De esta forma, las personas que ven las respuestas negativas sobre la enfermedad mental como legítimas serían menos conscientes del estigma y más propensas a justificarlas y a estar de acuerdo con los estereotipos negativos sobre la enfermedad mental. Las personas que no atribuyen legitimidad a esas conductas, reaccionan con indiferencia si no se identifican con el grupo lo suficiente, o con empoderamiento si existe un fuerte sentimiento de identidad grupal. La identificación con el grupo de personas con enfermedad mental parece jugar un papel protector en cuanto a la reducción del acuerdo y la aplicación del estereotipo y al refuerzo de la autoestima y la autoeficacia. Por el contrario, la legitimidad del estigma y la discriminación de las enfermedades mentales aumenta la vulnerabilidad al AE al reducir la conciencia de los estereotipos y aumentar el acuerdo y la aplicación. La Figura 5 representa gráficamente el modelo de Watson et al., (2007). Posteriormente, Corrigan et al. (2011), añadieron al último nivel del modelo previo la disminución de la esperanza que, junto con los daños en la autoestima y la autoeficacia, formaría los resultados del proceso de interiorización del estigma.

**Figura 5**

*Modelo explicativo del AE (Watson et al., 2007)*



Otro modelo empírico es el llevado a cabo por Vauth et al., (2007) en el que evaluaron a 172 pacientes ambulatorios con esquizofrenia el AE, afrontamiento, autoeficacia, empoderamiento, calidad de vida y depresión. Estos autores demostraron que las estrategias de afrontamiento ante el estigma público como el aislamiento social y la auto-ocultación generan niveles altos de ansiedad anticipatoria, disminuyen la autoeficacia y el empoderamiento, aumentan la sintomatología depresiva y merman la calidad de vida.

Yanos et al. (2008), apoyan en su modelo la hipótesis de que el AE aumenta el afrontamiento evitativo, la evitación social activa y los síntomas depresivos, y que estas relaciones están mediadas por el impacto del AE en la esperanza y la autoestima. Más tarde, Yanos et al. (2010) propusieron un nuevo modelo “Illness Identity” (“La Identidad de Enfermedad”) en el que añaden que el AE afecta a la esperanza y la autoestima y, posteriormente, conduce a una serie de efectos negativos en los resultados relacionados con la recuperación entre las personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves.

Este modelo incide en la importancia de la identidad de la persona y su relación con el riesgo de suicidio, las relaciones sociales, síntomas psiquiátricos, afrontamiento evitativo, adherencia al tratamiento y funcionamiento vocacional. Recientemente, estos autores han realizado una revisión del modelo para hacer un balance del apoyo de los estudios hacia el mismo (Yanos et al., 2020). Los aspectos del modelo probados y respaldados con mayor fuerza fueron las relaciones entre el AE y la autoestima, la esperanza, los síntomas psiquiátricos y las relaciones sociales. Las conclusiones indican que un gran número de investigaciones apoyan los diversos componentes de su modelo de “*Illness Identity*” y de la paradoja del *insight*, aunque reconocen que algunos componentes necesitan una mayor investigación.

Por último, en España se formula un modelo socio-cognitivo-comportamental para explicar el papel del estigma social y de las experiencias de discriminación en la génesis del estigma internalizado y cómo éste interactúa con las expectativas de recuperación para, a su vez, influir en los resultados obtenidos por la rehabilitación psicosocial en distintos niveles (Muñoz et al., 2011). El modelo combina variables de contenido social (experiencias de discriminación), cognitivas (estigma, AE y expectativas de recuperación) y comportamentales (funcionamiento psicosocial y autonomía personal) que se suceden en 3 momentos diferentes. Los resultados revelan que las experiencias de discriminación sufridas en el ámbito social próximo (pareja, familia y amigos) y el acuerdo de la propia persona con los estereotipos negativos sobre las personas con trastorno mental, predicen el AE y las expectativas de recuperación. A su vez, estas variables cognitivas se relacionan con las dos variables comportamentales de funcionamiento social y autonomía personal de forma que a mayores niveles de AE y menores de expectativas de recuperación, peores niveles de funcionamiento social y menor autonomía personal.

Dadas las consecuencias negativas del AE en la vida de las personas con trastorno mental grave, se han diseñado distintos programas de intervención para su reducción. Una reciente revisión (Alonso et al., 2019) sobre la efectividad de las intervenciones para reducir el AE en personas con trastorno mental grave agrupa las intervenciones en psicoeducativas (p. ej. Çuhadar y Çam, 2014; Fung et al., 2011; Yanos et al., 2011), cognitivo-conductuales con el objetivo de modificar las creencias autoestigmatizadoras (p. ej. Díaz-Mandado et al., 2015; Yanos et al., 2011), de revelación de la enfermedad con el objetivo de apoyar a los participantes en su proceso de decisión personal con

respeto a revelar (o no) el trastorno mental en los diferentes contextos de su vida (p. ej. Corrigan et al., 2015) y de componentes múltiples que combinan varias de las estrategias anteriores. Los autores concluyen que las intervenciones psicoeducativas y multicomponentes son las más efectivas, mientras que las cognitivo-conductuales y las basadas en la revelación han sido menos estudiadas y sus resultados no parecen concluyentes. Sin embargo, otras intervenciones más novedosas basadas en terapias de tercera generación, como ACT, que están dando buenos resultados en personas con psicosis (Jansen et al., 2020; Yıldız, 2020), pueden implicar un cambio de enfoque en el abordaje del AE. En la actualidad, hasta donde sabemos no existen programas para la reducción del AE con intervenciones basadas en ACT. En España existen el “Programa de Reducción del Estigma Internalizado UCM” (González-Domínguez et al., 2019) para trastorno mental severo, que combina estrategias psicoeducativas y de otras orientaciones terapéuticas como la reestructuración cognitiva y ACT con efectos positivos en la reducción del AE en todas sus dimensiones y en la mejora de la discriminación percibida y síntomas depresivos.

#### 1.4. Justificación del estudio

En definitiva, la estigmatización de personas con psicosis es un proceso de interés para la investigación por sus repercusiones sobre diferentes dominios del funcionamiento social, la calidad de vida y el apoyo social recibido y percibido por las personas diagnosticadas (Gerlinger et al., 2013; Livingston y Boyd, 2010; Lysaker et al., 2007). Hemos visto que el estigma afecta al manejo de los síntomas, a la comprensión y conciencia del trastorno (*insight*) y a la adherencia a los tratamientos disponibles (Gerlinger et al., 2013). Generalmente se describe como el prejuicio y la discriminación provocados por estereotipos negativos asociados a la etiqueta diagnóstica (personas peligrosas, impredecibles, incompetentes). En ocasiones, quien se identifica con un grupo estigmatizado respalda tales estereotipos, anticipa el rechazo social e incorpora tales puntos de vista en su propio sistema de valores (AE). El AE en este sentido puede funcionar como una barrera para la recuperación y para la persecución de objetivos personalmente valiosos e importantes (Luoma et al., 2008; p.150).

Aunque no sabemos aún si el AE es más una causa que una consecuencia de los resultados negativos en recuperación y de funcionamiento (Yanos et al., 2019), la reducción del AE se considera un objetivo de tratamiento potencialmente importante. En el ámbito de la psicosis, los programas de reducción del estigma que se han desarrollado lo han hecho principalmente dentro de un marco psicoeducativo a menudo basado en principios cognitivo-conductuales. Este tipo de intervenciones tratan de modificar el contenido de los pensamientos estigmatizantes con el propósito de cambiar la conducta (Ross et al., 2007). Y en efecto, algunos trabajos informan de resultados prometedores en distintas variables, como calidad de vida, autoestima, desesperanza y otras (Fung et al., 2011; McCay et al., 2007; Morrison et al., 2016; Yanos et al., 2011), pero sin ningún impacto en las medidas de estigma internalizado, con lo que la relación entre creencias estigmatizantes y comportamiento desadaptativo (aislamiento, funcionamiento social, búsqueda de ayuda) podría no ser tan directa. Trabajos recientes como el de Seidman et al. (2018), observaron resultados positivos en la salud psicológica (p. ej., comportamiento de búsqueda de ayuda) sin cambios en las medidas de AE, lo que sugiere que alguna forma de rigidez psicológica podría estar afectando a la relación negativa entre pensamientos autoestigmatizantes y conducta adaptativa. Es decir, los pensamientos, creencias, emociones y otros eventos internos que consideramos aversivos y que nos

resultan indeseables, no son una condición necesaria ni suficiente para influir o dictar el comportamiento abierto.

Esta conceptualización es consistente con el modelo transdiagnóstico de inflexibilidad psicológica (IP) propuesto por Hayes et al. (1999) para explicar el desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos. La IP se refiere a la tendencia estable a suprimir o cambiar la forma y la frecuencia de eventos privados indeseables, como emociones, pensamientos, comportamientos o sensaciones corporales, para hacer frente y regular las mismas u otras emociones negativas consecuentes (Hayes et al., 1996). La IP se introdujo en el contexto de la ya mencionada Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), una terapia contextual que hace hincapié en la importancia de mantener una relación no defensiva con los síntomas y que fomenta la búsqueda de una vida centrada en los valores personales (Hayes et al., 2012).

En personas con psicosis crónica, la IP ha demostrado ser tanto un predictor de gravedad de la psicosis como del AE, así como de resultados negativos en diferentes dominios del funcionamiento social (Chan y Mak, 2015; Lillis et al., 2010; Varese et al., 2016). Por su parte, las intervenciones con diana en la aceptación y la flexibilidad psicológica (como la ACT) demuestran capacidad para aumentar la resistencia al estigma, promover la recuperación personal y reducir el AE de personas con diagnóstico de esquizofrenia (Chan et al., 2018; Davis y Kurzban, 2012; Kavak y Yilmaz, 2018; Mak et al., 2021).

De acuerdo precisamente con el modelo de IP, en esta Tesis Doctoral mantenemos la hipótesis de que el llamado AE es un ejemplo de rigidez o IP. Es decir, el fenómeno se vuelve problemático cuando las personas se fusionan con la literalidad de sus pensamientos estigmatizantes y se involucran en alguna conducta de escape, evitación o intento de control de tales pensamientos. Esta manera de relacionarse literalmente con los pensamientos como si fuesen verdaderos señala la ocasión para evitar la incomodidad asociada y surgen así los patrones conductuales desadaptados e improductivos (p. ej., aislarse socialmente, evitar situaciones en las que uno "se siente raro", renunciar a conductas de salud...), que merman el funcionamiento social de las personas diagnosticadas imposibilitando su recuperación.

La IP también se ha vinculado con las dificultades en la recuperación y con el pobre nivel de funcionamiento de los pacientes con psicosis, lo cual ha servido como justificación para investigar el empleo de la ACT en esta población (Varese et al., 2016).

Distintas investigaciones han observado que muchas personas con esquizofrenia (especialmente quienes manifiestan voces y creencias delirantes relacionadas con la culpa, la humillación y la vergüenza) presentan bastantes patrones de evitación e inflexibilidad, y pocos de aceptación (Morrison, 1994; Morrison et al., 1995). En paralelo, se han encontrado relaciones robustas entre calidad de vida informada por pacientes psicóticos y formas de regulación conductual basadas en la aceptación (Vilardaga et al., 2013). Revisiones recientes en el campo de la psicosis encontraron que la ACT se asociaba a estancias hospitalarias más cortas, y a reducciones en las tasas de hospitalización y de síntomas positivos en los pacientes tratados (Cramer et al., 2016).

Otra variable que se alinea con el modelo de IP es la auto-ocultación (AO). Larson y Chastain (1990, p. 440) la definieron como la tendencia a ocultar información personal angustiada y potencialmente embarazosa. Aunque estos autores apuntaron inicialmente que son las experiencias más traumáticas las que se ocultan con más frecuencia, trabajos más recientes vinculan la AO con la inadecuación personal, la rumia y la preocupación (Wismeijer, 2011). Varias investigaciones han encontrado correlaciones positivas entre niveles de AO e IP (Larson et al., 2015), planteando que la AC funciona como variable mediadora de la flexibilidad psicológica (Masuda et al., 2011). En pocos años, AC se ha convertido en una fructífera línea de investigación en el marco de los trastornos de la alimentación, especialmente anorexia (Basile, 2004; Vandereycken y Van Humbeeck, 2008). También ha sido relacionada con la gravedad de la depresión (Friedlander et al., 2012) y de la ansiedad (Edmonds et al., 2014; Wheaton et al., 2016), así como con la conducta suicida (Friedlander et al., 2012), con el perfeccionismo desadaptativo (Kawamura y Frost, 2004) y con el estigma en salud mental (Mendoza et al., 2015). Esta variable nunca ha sido estudiada en el marco de la psicosis.

Como vemos, parte de la literatura sugiere que la IP subyace a distintas formas de psicopatología, incluida la psicosis, y que también puede viajar a través de distintas etiquetas, incluida la AO. Aunque hasta donde sabemos no existen investigaciones anteriores sobre los efectos de la AO en el funcionamiento social de los pacientes con psicosis, hay una cantidad cada vez mayor de investigaciones que identifican este patrón desadaptativo en una variedad de problemas psicológicos.

Por todo lo anterior, el principal **objetivo** de esta Tesis Doctoral fue investigar la presencia y repercusiones del AE en personas con psicosis crónica que asisten de forma ambulatoria al Centro de Salud Mental (CSM) III - El Coto (Área de Salud V del Servicio

de Salud del Principado de Asturias). Específicamente, se exploró primero el papel que los procesos de IP (EE y AO) juegan en la predicción del funcionamiento social de personas con psicosis crónica. Puesto que factores como el *insight* y la gravedad y cronicidad de la esquizofrenia han estado vinculados a un peor funcionamiento social, se analizó también el peso diferencial de cada una de estas variables en el funcionamiento social de los participantes.

En segundo lugar quisimos determinar si el AE y el funcionamiento social mediaban la relación entre la IP y la gravedad de la psicosis en una muestra de adultos con psicosis crónica.

Para complementar estos objetivos se dio la palabra a las personas con psicosis. El propósito era conocer cuáles eran las características esenciales de la vivencia del AE y sus significados. Comprender cómo se desarrolla el AE, cómo interactúa con otros factores intrapersonales y relacionados con la salud y cuáles son sus mecanismos de afrontamiento son objetivos cruciales para la investigación y especialmente para la práctica clínica.



## **OBJETIVOS**

---



## 2. OBJETIVOS

El objetivo general de esta Tesis Doctoral fue investigar la presencia y repercusiones del AE en personas con psicosis crónica. Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Explorar el papel de los procesos de IP (EE y AO) en la predicción del funcionamiento social en personas con psicosis crónica.
- Estimar el peso específico de las variables *insight* y la gravedad y cronicidad de la psicosis crónica sobre el funcionamiento social.
- Determinar si el AE y el funcionamiento social median la relación entre la IP y la gravedad de la psicosis en una muestra de adultos con psicosis crónica.
- Examinar las relaciones entre IP, AE, funcionamiento social y la gravedad de la psicosis en personas con psicosis crónica.
- Establecer qué dimensiones del AE predicen un deterioro en el funcionamiento social que conduce a una mayor gravedad de la psicosis.
- Comprender la experiencia vivida y los significados del AE, a partir de la narración de experiencias cotidianas de personas con psicosis crónica.
- Describir las características esenciales de la vivencia del AE en personas con psicosis crónica.
- Conocer las estrategias de afrontamiento de las personas con psicosis crónica ante la vivencia del AE.
- Interpretar y comprender los posibles significados de dicha vivencia para las personas con psicosis crónica.
- Analizar el papel de enfermería en la ayuda a las personas con psicosis crónica ante la vivencia del AE.



## **PUBLICACIONES**

---



### 3. PUBLICACIONES

La presente Tesis Doctoral se presenta mediante compendio de publicaciones. Se incluyen tres estudios publicados en revistas internacionales con factor de impacto e indexadas en el Journal Citation Report (JCR).

El primer artículo, *Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis* (Arboleya et al., 2020) corresponde al estudio transversal que analiza el papel de los procesos de inflexibilidad psicológica en la predicción del funcionamiento social y el peso diferencial del *insight*, gravedad y cronicidad en el funcionamiento social de personas con psicosis crónica.

En el segundo artículo, *Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning* (González – Menéndez et al., 2021) se determina si el autoestigma y el funcionamiento social mediaban la relación entre la inflexibilidad psicológica y la gravedad de la psicosis en una muestra de adultos con psicosis crónica.

En el tercer artículo, *Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study* (Arboleya et al., 2023) se exploran las características esenciales de la vivencia del autoestigma y sus significados.

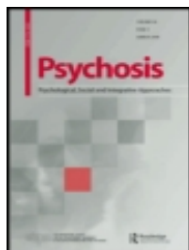
### 3.1. Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis

**Referencia:** Arboleya, T., González-Menéndez, A., Ordóñez, H., González-Pando, D. & Paino, M. (2020): Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis. *Psychosis*, 12(3), 234-244–244. <https://doi-org./10.1080/17522439.2020.1742199>

**Factor de impacto:** 1.239, Q3, Clinical Psychology (JCR 2020, SSCI)

**Objective:** Within the context of a transdiagnostic perspective, the Psychological Inflexibility (PI) construct refers to rigid attempts to control undesirable private events at the expense of value-guided actions. Given the framework of PI as a construct associated with poor recovery and social functioning in people with psychosis, the main objective was to explore the role of two processes related to inflexibility (experiential avoidance (EA), and self-concealment) in predicting social functioning. **Method:** One hundred and three patients with psychosis were administered the Acceptance and Action Questionnaire-II, the Self-Concealment Scale, and the Social Functioning Scale as the main measures. The differential weight of insight and clinical impression, also associated with social functioning, was analyzed by regression analysis. **Results:** The results showed that the process that best predicted social functioning in people with psychosis was EA, which explained 21.6% of the variance. EA, chronicity and global clinical impression together explained 35.2% of the variance. These results contribute to progress in understanding the role of PI in psychosis, as well as associated factors. **Conclusions:** The use of strategies facilitating acceptance, and not the elimination of psychotic experiences, may be a possible strategy for addressing the impaired daily functioning of these patients





## Psychosis

Psychological, Social and Integrative Approaches



ISSN: 1752-2439 (Print) 1752-2447 (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/rpsy20>

# Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis

Tatiana Arboleya, Ana González-Menéndez, Helena Ordoñez, David G. Pando & Mercedes Paino

To cite this article: Tatiana Arboleya, Ana González-Menéndez, Helena Ordoñez, David G. Pando & Mercedes Paino (2020): Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis, *Psychosis*, DOI: [10.1080/17522439.2020.1742199](https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1742199)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1742199>



Published online: 23 Apr 2020.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at  
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=rpsy20>



## Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis

Tatiana Arboleya<sup>a</sup>, Ana González-Menéndez <sup>b</sup>, Helena Ordoñez<sup>b</sup>, David G. Pando<sup>a</sup> and Mercedes Paino<sup>b</sup>

<sup>a</sup>ISPA- Health Research Institute of the Principality of Asturias, Oviedo, Spain; <sup>b</sup>Department of Psychology, University of Oviedo, Oviedo, Spain

### ABSTRACT

Within the context of a transdiagnostic perspective, the Psychological Inflexibility (PI) construct refers to rigid attempts to control undesirable private events at the expense of value-guided actions. Given the framework of PI as a construct associated with poor recovery and social functioning in people with psychosis, the main objective was to explore the role of two processes related to inflexibility (experiential avoidance (EA), and self-concealment) in predicting social functioning. One hundred and three patients with psychosis were administered the *Acceptance and Action Questionnaire-II*, the *Self-Concealment Scale*, and the *Social Functioning Scale* as the main measures. The differential weight of insight and clinical impression, also associated with social functioning, was analyzed by regression analysis. The results showed that the process that best predicted social functioning in people with psychosis was EA, which explained 21.6% of the variance. EA, chronicity and global clinical impression together explained 35.2% of the variance. These results contribute to progress in understanding the role of PI in psychosis, as well as associated factors. The use of strategies facilitating acceptance, and not the elimination of psychotic experiences, may be a possible strategy for addressing the impaired daily functioning of these patients.

### ARTICLE HISTORY

Received 12 November 2019  
Accepted 10 March 2020

### KEYWORDS

Psychological inflexibility;  
psychosis; social functioning;  
self-concealment

### Introduction

Psychosis is often related to poor functioning, including occupational and social functioning, unemployment and living alone (Burns & Patrick, 2007; Echarri-Santesteban et al., 2017). When psychosis becomes chronic, deficits in social functioning remain prominent and increase the risk of social exclusion, poverty and loneliness. These personal and social consequences impede recovery, especially as understood in terms of life goals and acceptance, with or without symptoms, of the fact of living with psychosis (Andresen et al., 2003; Bradstreet & Connor, 2005)

The psychological inflexibility construct (PI) is not supportive of this concept of recovery. PI refers to rigid attempts to control or change undesirable private events (e.g. thoughts, affect, bodily sensations) at the expense of value-guided actions (Bond et al., 2011). PI was introduced within the context of Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 2012), a third-wave CBT therapy which emphasizes a non-defensive relationship with the symptoms and encourages pursuance of a life concentrated on personal values. The converse of PI is the acceptance of private experiences and psychological flexibility. The psychological flexibility model focuses on changing how people relate to distressing internal experiences and on engaging in value-based actions,

regardless of such experiences (Levin et al., 2014). PI has demonstrated evidence of its utility as a transdiagnostic dimension of a broad range of psychological disorders (Ruiz, 2010).

The observation that PI is a construct linked to substandard recovery and to poor functioning in people diagnosed with schizophrenia has also served as justification for study of the use of ACT in this population (Varese et al., 2016). Several studies have reported that many patients with psychosis, especially those who hear voices and have delusional beliefs related to guilt, humiliation and shame, show many avoidance and inflexibility patterns and little acceptance behavior (Morrison et al., 1995). At the same time, robust relationships have been found between quality of life reported by people with psychosis and ways of regulating behavior based on acceptance (Vilardaga et al., 2013). Cramer et al. (2016) concluded that recent reviews in the field of psychosis have found that ACT was associated with shorter hospitalization periods, lower hospitalization rates and fewer positive symptoms in patients treated.

Another variable which is related to the PI model is self-concealment (SC). Larson and Chastain (1990, p. 440) define it as the tendency to hide distressing and potentially embarrassing personal information. Although these authors originally suggested that more traumatic experiences are concealed more often, recent studies link SC to personal inadequacy, rumination and worry (Wisemeijer, 2011). Conceptually, while considered an adaptive behavioral tendency in some socio-cultural contexts (Wallace & Constantine, 2005), SC may serve as a maladaptive control and avoidance-focused emotion/behavior regulation strategy in other contexts (Masuda et al., 2011). In a review, Larson et al. (2015) found positive correlations between SC and PI, suggesting that PI functions as a mediator of SC. SC is probably detrimental when it is linked to general maladaptive emotion and behavior regulation. This finding is not surprising as both constructs reflect intentional rigid efforts to avoid and downregulate unwanted internal experiences (Masuda et al., 2017). Recent findings support the notion that PI is a key underlying process that establishes the link between self-concealment and a range of psychopathology variables (Larson et al., 2015; Masuda et al., 2017).

In just a few years, SC has become a fruitful line of research in the framework of eating disorders, especially anorexia (Vandereycken & Van Humbeeck, 2008). It has also been positively associated with severity of depression (Friedlander et al., 2012) and anxiety (Edmonds et al., 2014; Wheaton et al., 2016), as well as suicidal behavior (Friedlander et al., 2012), with maladaptive perfectionism (Kawamura & Frost, 2004) and with stigma in mental health (Mendoza et al., 2015). However, this variable has never been studied in psychosis.

Some of the literature suggest that PI underlies different forms of psychopathology, including psychosis, and can be manifested in different topographies including SC (Edmonds et al., 2014). Although there is no past research on the effects of SC on social functioning in people with psychotic experiences, there is an increasing amount of research identifying this maladaptive pattern of deliberately keeping personal information from others in a range of psychological problems. The aim of this study was to explore the role of EA and self-concealment in predicting social functioning in patients with chronic psychosis. Furthermore, and since factors such as insight, severity and chronicity of psychosis have been linked to worse social functioning, this study attempted to analyze the differential weight of each of these variables in social functioning.

## Method

### *Participants and study procedure*

The study was carried out with a convenience sample of outpatients from a Mental Health Public Service in Asturias, a province in northern Spain. Demographic and clinical features of the sample are presented in [Tables 1](#) and [2](#). Participants who showed signs of severe physical illness, episode of acute psychosis, intellectual disability and/or primary diagnosis of substance dependence were excluded. One hundred and three of 286 outpatients volunteered to participate in the study after signing an informed consent form. All of them met ICD-10 criteria (World Health Organization, 1992)

**Table 1.** Main demographic characteristics. Frequencies and percentages of the sample (N = 103).

		F	%
Sex	Male	60	58.3
	Female	43	41.7
Age	Mean: 49.68 SD.: 12.28		
Marital status	Single	65	63.1
	Married/with partner	19	18.5
	Separated/divorced	17	16.5
	Widow	2	1.9
	Total	103	100
Living arrangements	Alone	28	27.2
	Family of origin	58	56.3
	Shared flat	2	1.9
	With partner	12	11.7
	Residence/supervised flat	3	2.9
	Total	103	100
Education	No education	7	6.8
	Primary	32	31.1
	Secondary	50	48.5
	University	14	13.6
	Total	103	100
Employment situation	Housework	5	4.9
	Inactive (unemployed)	20	19.4
	Active (employed)	17	16.5
	Inactive (Employment disability)	43	41.7
	Inactive (Retired)	6	5.8
	Other	12	11.7
	Total	103	100

for the diagnostic categories included in Table 2. The sample had been developing the disorder over many years (M = 19 years; SD: 10.88), and 70% had some degree of recognized employment disability. Two-thirds of the participants had never been married (63.1%) and most were living with their families of origin (56.3%). All participants were receiving psychopharmacological treatment at the time of the study. The mean age of the entire group was 49.63 years (SD = 12.28).

From July 2017 to September 2018, participants were evaluated by the psychiatrist responsible for them (ICG-ESQ y SUMD) and by a mental health nurse (SFS, AAQ-II y SCS) with over 10 years of clinical experience. All procedures were approved by the local ethics committee. Participant flow is outlined in Figure 1.

### Measures

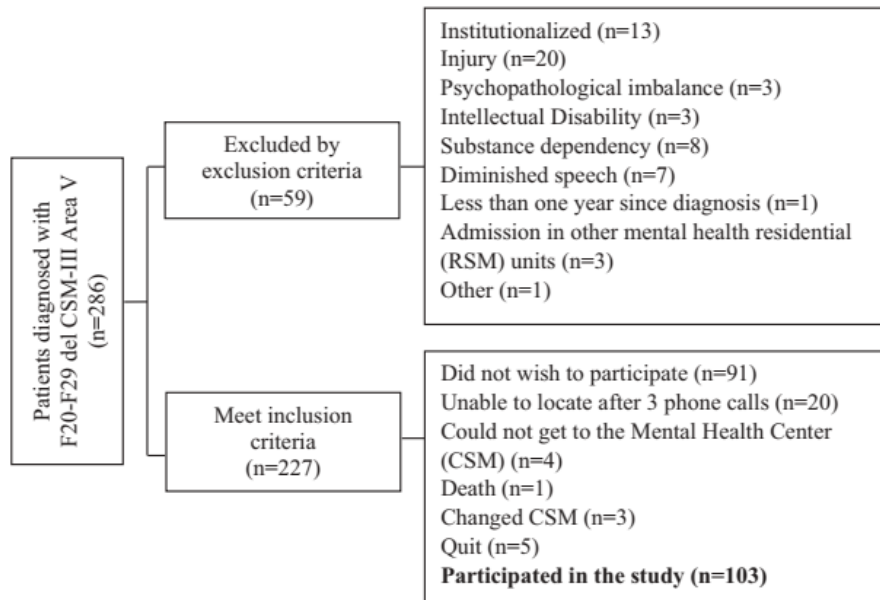
The *Acceptance and Action Questionnaire – II (AAQ-II)*; Bond et al., 2011) was used to assess unwillingness to experience undesirable thoughts and feelings and interference of these internal events in daily functioning. AAQ-II is a 7-item questionnaire where respondents rate the degree to which each statement applies to them, from 1 (never true) to 7 (always true). The total score is derived from the sum of responses to all items, with greater values indicating greater psychological inflexibility. Lower scores suggest greater acceptance of mental experiences and persistence with life goals in the face of these experiences. The scale shows good internal consistency ( $\alpha = .88$ ) (Ruiz et al., 2013).

The *Self-Concealment Scale (SCS)*; Larson & Chastain, 1990) is a self-report inventory designed to measure a person's tendency to conceal personal information that is distressing (e.g. There are lots of things about me that I keep to myself). The SCS includes 10 items and employs a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree) for each item. The total score is derived from the sum of responses to all items, with greater values indicating greater self-concealment. The SCS has adequate psychometric properties, with an inter-item reliability estimate of .81 (Masuda et al., 2011).

The *Social Functioning Scale (SFS)*; Birchwood et al., 1990) was used to evaluate the seven dimensions of functioning: (1) social engagement/withdrawal, (2) interpersonal; (3) pro-social

**Table 2.** Main clinical characteristics of the sample.

		F or M	% or SD
ICD-10 diagnosis	Paranoid schizophrenia (F20.0)	65	63.1
	Undifferentiated schizophrenia (F20.3)	2	1.9
	Residual schizophrenia (F20.5)	3	2.9
	Simple-type schizophrenia (F20.6)	4	3.9
	Schizophrenia, unspecified (F20.9)	2	1.9
	Schizotypal disorder (F21)	6	5.8
	Delusional disorder (F22)	13	12.6
	Acute and transient psychotic disorders (F23)	2	1.9
	Schizoaffective disorder (F25)	5	4.9
	Other schizophrenia (F28)	1	1
	Total	103	100
Employment disability	No	29	28.2
	Yes 33-49%	30	29.1
	Yes 50-64%	14	13.6
	Yes 65 o > 65%	30	29.1
	Total	103	100
Substance use	No	49	47.6
	Yes	40	38.8
	Ex-user	14	13.6
	Total	103	100
Age at onset of psychosis (years)		30.64	11.75
Diagnosis (years)		19.04	10.88
Pharmacological treatment (years)		17	10.43
Number of hospitalizations		2.21	3.83
Acceptance (AAQ-II)		26.12	11.23
Self-concealment ((SCS)		32	12.96
Social Functioning Scale (SFS)		98.62	11.07
Clinical Global Impression (CGI-SCH)		4.20	1.05
Insight (SUMD)		2.77	1.16
Awareness of effects of medication (SUMD)		2.70	1.12
Awareness of social consequences (SUMD)		2.74	1.11



**Figure 1.** Flow diagram for study participants.

activities; (4) recreational activities (5) independence–competence (6) independence–performance; and (7) employment/occupation. The SFS is a reliable, valid and sensitive measure of social functioning relevant to the impairments and needs of individuals with schizophrenia, useful to researchers (Birchwood et al., 1990).

The *Clinical Global Impression–Schizophrenia Scale* (CGI-SCH; Haro et al. (2003) was administered to evaluate positive, negative, cognitive and depressive symptoms and overall severity in schizophrenia. The CGI-SCH has two categories: severity of illness and degree of change. Severity of illness evaluates the clinical situation during the week previous to the assessment, while the degree of change evaluates the change in disorder severity between two points in time. In this study, only disorder severity was used. A 7-point ordinal scale is applied to evaluate these categories. The CGI-SCH scale is a valid, reliable instrument for evaluating severity and treatment response in schizophrenia.

The *Scale to Assess Unawareness in Mental Disorders* (SUMD; Amador et al., 1993) was used to assess global awareness of having a mental disorder, awareness of the effects of medication and awareness of the social consequences of having a mental disorder. All scores range from 1 to 5, with higher scores indicating poorer awareness or attribution. Reliability and external validity of the Spanish adaptation of the SUMD scale are similar to the original version.

### Data analysis

First, a descriptive analysis was done of all the sociodemographic and clinical variables. The qualitative variables were expressed as the frequency distribution and the quantitative variables as the arithmetic mean and standard deviation.

Then, the association between clinical variables was analyzed by calculating the Pearson's correlation coefficient.

Finally, we wanted to find out whether the insight variables (SUMD), global clinical awareness (CGI-SCH), experiential avoidance (AAQ-II), self-concealment (SCS) and chronicity could be adequate predictors of global social functioning (SFS), and if so, how much. A linear regression analysis was performed for this.

IBM SPSS Statistics (V.25.0) was used for data analysis.

## Results

### Sample characteristics

Over 60% of the participants were diagnosed with Paranoid Schizophrenia according to ICD-10 criteria (World Health Organization, 1992), followed by Delusional Disorder (13% of the participants). More than half were taking or had habitually taken some type of toxic substance during their lifetime. The psychotic symptoms began at around 30 years of age, although the range was quite wide and spanned ages from 9 to 65. The participants had been in pharmacological treatment for about 17 years (oral, depot or both), and had been hospitalized more than twice.

The sample could be said to have medium-to-low overall social functioning. The mean scores on both the AAQ-II ( $M = 26.12$ ;  $SD: 11.23$ ) and SCS ( $M = 32$ ;  $SD: 12.96$ ) were high, especially on the SCS scale.

None of the participants scored a maximum of 7 points on the Global Clinical Impression Scale. The mean of 4.20 ( $SD: 1.05$ ) shows that patients were evaluated by their psychiatrists as moderately to very severe.

The three insight subscales (SUMD) showed a very similar mean of 2.70 to 2.80. Therefore, these participants would have an intermediate insight with respect to their own disorder, to the social consequences and the effects of medication.

Table 2 shows the descriptive data for the study of clinical variables.

### Correlational and regression analysis

Significant correlations were found between social functioning and the rest of variables, with strong correlations between social functioning and PI ( $r = -.465, p \leq .000$ ), and between social functioning and SC ( $r = -.428, p \leq .000$ ). Significant correlations were not found between chronicity and PI or SC, or between insight and PI or SC. Table 3 shows the correlation matrix.

Finally, and after testing for the necessary statistical assumptions, a linear regression analysis was performed to fit a model that enabled the isolated and combined contributions of the PI variables (EA and self-concealment) to the overall social functioning of the participants (see Table 4).

The results showed that the variables entered in the regression equation explaining social functioning were EA, chronicity and global clinical impression. EA explained 21.6% of the differences in the criterion, EA and chronicity explained 33.3% and with the full model, the proportion of estimated variance was 35.2%.

### Discussion

This study was carried out with the objective of analyzing the presence and weight of certain PI processes on the social functioning of persons with chronic psychosis. In general, the results suggest that EA, one of the main processes explaining PI, is related to the social functioning of people with chronic psychosis.

The scores on experiential avoidance evaluated using the AAQ-II show that the participants showed rigid patterns in their relationship with their private experiences. In our study, we observed a mean score slightly higher than reported by Morris et al. (2014) with a similar sample to the one in this study.

**Table 3.** Bivariate relationships between clinical variables.

	1	2	3	4	5	6	7	8
[1] Self-concealment	1	.596**	-.428**	.103	.058	-.021	-.016	.242*
		.000	.000	.301	.564	.834	.870	.014
[2] Experiential avoidance		1	-.465**	-.007	.071	.109	.095	.369**
			.000	.948	.477	.274	.339	.000
[3] Overall social functioning			1	-.338**	-.289**	-.206*	-.281**	-.421**
				.000	.003	.037	.004	.000
[4] Years since diagnosed				1	.295**	.232*	.261**	.208*
					.002	.018	.008	.035
[5] Awareness of having a disorder					1	.852**	.788**	.445**
						.000	.000	.000
[6] Awareness of effects of medication						1	.749**	.397**
							.000	.000
[7] Awareness of social consequences							1	.402**
								.000
[8] Global clinical impression								1

**Note.**\*\*Correlation is significant at 0.01 (two-tailed). \*Correlation is significant at 0.05 (two-tailed). Values of uncorrelated variables are not shown.

**Table 4.** Predictor variables of social functioning.

	Unstandardized regression coefficients		Standardized regression coefficients				
	B	Std. Error	Beta	T	Sig.	R <sup>2</sup>	Corrected R <sup>2</sup>
(Constant)	123.589	3.771		32.772	.000		
Experiential avoidance	-.378	.084	-.388	-4.500	.000	.371	.352
Years since diagnosis	-.297	.082	-.295	-3.610	.000		
Clinical global impression	-2.244	.914	-.216	-2.453	.016		

**Note.** Dependent variable: global score in SFS.

Previous literature has documented both active avoidance and suppression as coping strategies usually used by people with psychosis (Kimhy et al., 2012; Livingstone et al., 2009; Moritz et al., 2016; Van der Meer et al., 2009). This study was able to confirm that evidence. The strong relationship observed between EA and SC shows that it is the avoiders who tend to hide negatively evaluated personal information the most. The results suggest that the participants were struggling against their unwanted psychological contents (thoughts, voices, feelings, emotions), which counterintuitively led them to the persistent presence of more of those undesirable contents, thus establishing a circular maladaptive regulation. This intolerance toward private contents, characteristic of the process called PI (Hayes et al., 2006), has been observed in samples of patients with psychological heterogeneity problems (e.g. Litwin et al., 2017, in eating disorders; Brem et al., 2017, in compulsive sex behavior; Wagener et al., 2016, in depression). All of this evidence has demonstrated the usefulness of the PI construct as a transdiagnostic variable of mental symptomatology (Levin et al., 2014).

The correlational study confirmed that PI patterns based on EA and SC negatively affect the social functioning of the participants. It seems that people with schizophrenia who tend to isolation, who have fewer leisure activities, and who are less involved in productive employment or in structured programs of daily activity are those who show the most rigid and inflexible behavior. These results are in line with previous research which shows clear associations in people with psychosis between forms of avoidance-based behavior regulation and lower quality of life (e.g. Vilardaga et al., 2013), and also with others which have found in patients with chronic psychosis, an increase in social and personal functioning by increasing acceptance and commitment-based regulation (Salgado et al., 2013). In our study, the inflexibility observed in patients with poor social functioning suggests a struggle with symptoms which impedes participants from becoming the managers of their own lives, which in the long run invade and disrupt all the facets that generally define it (work, intimate relations, family relations, etc.). Furthermore, patients who in the opinion of the psychiatrists assigned to them have the highest scores in the severity of psychosis (evaluated by the CGI), not only have worse social functioning and employment but are also those that show the most rigid experiential avoidance and self-concealment patterns.

We might wonder to what extent social functioning of the patients in the sample is determined by acceptance/avoidance of their private experiences. In this sense, the results of the predictive analysis are revealing. EA alone explained nearly 22% of the variance in overall social functioning. However, in spite of having a high correlation with the criterion, the SC variable did not enter in the regression equation. This shows that experiential avoidance and self-concealment are very closely related to each other, and that the correlation of SC with social functioning must be due mostly to what it has in common with EA.

Although showing lower correlations than self-concealment, other variables that were predictors of subjects' functioning were duration of the disorder in years and psychosis severity score as evaluated by the CGI. In this case, the proportion of explained variance increased to 35.2%.

The duration of participant psychosis was a mean of over 19 years. The predictive capacity of this variable is not surprising, especially considering that psychosis normally begins at an early age, and that the diagnosis alone has consequences that prescribe more than proscribe poor social functioning (Angermeyer et al., 2011). In view of the above, we believe that chronicity *per se* is not the most relevant explanatory variable. Probably it is stigma/self-stigma associated with "mental illness", the obligatory medication and its effects, and the diagnostic label itself which are a threat to developing a normal life, contributing to the gradual decline in their capacity for adapting to school and employment, in psychosocial performance, and generally affecting the quality of life of the persons diagnosed (López-Santiago et al., 2012).

It is also worth mentioning the results found in evaluating insight. In samples with a diagnosis of schizophrenia, poor insight has consistently been associated with worse social adjustment, poor functioning and worse therapeutic compliance (Valiente et al., 2015). Some of these relationships were confirmed by our study, although not in the case of EA. None of the facets of insight evaluated by the SUMD scale were related to PI. Neither did insight enter in the regression equation as an



explanatory factor of psychosocial functioning, which suggests poor awareness of the disorder does not imply worse social, relational or employment adjustment, also contradicting previous research (e.g. Erol et al., 2014; Kurtz et al., 2013) where these relationships do appear. The result observed here is in line with other studies which shows that appropriate insight may not be advantageous in all circumstances and leads to worse results in anxiety, depression, satisfaction with life and suicidal behavior (Cavelti et al., 2012; Or et al., 2013). This phenomenon, known as the *paradox of insight* (Chio et al., 2018; Lysaker et al., 2018), poses clinicians the dilemma of whether to promote this form of insight in patients or not.

In fact, the evaluation of insight in this study reports exclusively on *medical insight*, illness, symptoms and medication, which is stigmatizing (Bouvet & Bouchoux, 2015) and obligates acceptance of biomedical explanations of psychotic experiences. Although the study of unawareness of the disorder in psychosis is a legitimate objective of the research, the promotion of narrative insight more than clinical would enable the personal sense, not necessarily medical, of the symptoms to be explored (Johnson et al., 2012), and also offer an appropriate alternative facilitating learning acceptance, not elimination, of psychotic experiences.

In brief, the evidence presented here joins what has been found in previous studies documenting the transdiagnostic role of PI in the onset, maintenance and evolution of many mental disorders, including psychosis (Bacon et al., 2014; Goldstone et al., 2011; Morris et al., 2014; Udachina et al., 2014; Varese et al., 2016; Vilardaga et al., 2013). According to these results, PI can explain the poor social functioning associated with these disorders. People with psychosis define recovery in terms of reconstructing their own lives and recovering their sense of self (Pitt et al., 2007). We think that the use of therapies emphasizing acceptance of psychotic experiences, authentic support of the patient avoiding value judgments, as well as empathetic understanding of the symptoms in the context of their own experience can improve the desired results in social functioning. The goal of ACT is the transdiagnostic focus. The processes analyzed in the therapy and which account for psychological flexibility make ACT a treatment anchored in recovery. ACT promotes compassion for oneself and social connection by changing the focus of the clients, who advance from control of symptoms to connection with what is important to them. It also encourages active participation in life, as something the clients desire, that they observe in others and may have had in the past. The focus of ACT also helps find personal significance, as it teaches people to dignify, not to conceal, the inescapable sorrow and suffering by living as part of the process of doing the things they really value.

The present findings are not without limitations. The cross-sectional nature of the study prevents any causal inferences. Future studies should analyze the moderating role of experiential avoidance on self-stigma and biomedical insight evaluated here. In addition, since self-concealment as evaluated by the SCS scale seems to be well represented by experiential avoidance, it would not be necessary to add its evaluation in samples of patients with psychosis.

## Disclosure Statement

The authors report no conflict of interest.

## Funding

Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) (reference PSI 2016-79524-R).

## ORCID

Ana González-Menéndez  <http://orcid.org/0000-0002-1164-8617>

## References

- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 873–879. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.873>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 367–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>
- Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: Clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(4), 402–420. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000209>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. C. S., & Copestake, S. O. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 853–859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bouvet, C., & Bouchoux, A. (2015). Exploring the relationship between internalized stigma, insight and depression for inpatients with schizophrenia. *L'Encephale*, 41(5), 435–443. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.006>
- Bradstreet, S., & Connor, A. (2005). *Communities of recovery*. Mental Health Today May, 22.
- Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Depression, anxiety, and compulsive sexual behaviour among men in residential treatment for substance use disorders: The role of experiential avoidance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 39(6), 264–278. <https://doi.org/10.1002/cpp.2085>
- Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Rüsche, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.001>
- Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., & Tong, A. C. Y. (2018). Unraveling the insight paradox: One-year longitudinal study on the relationships between insight, self-stigma and life satisfaction among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 197, 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.014>
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness-and Acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(1), 30–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>
- Echarri-Santesteban, O., Paino, M., Rice, S., González-Blanch, C., McGorry, P., Gleeson, J., & Álvarez-Jiménez, M. (2017). Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 58, 59–75. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.007>
- Edmonds, J., Masuda, A., & Tully, E. (2014). Relations among self-concealment, mindfulness and internalizing problems. *Mindfulness*, 5(5), 497–504. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0204-z>
- Erol, A., Delibas, H., Bora, O., & Mete, L. (2014). The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 379–385. <https://doi.org/10.1177/0020764014548287>
- Friedlander, A., Nazem, S., Fiske, A., Nadorff, M. R., & Smith, M. D. (2012). Self-concealment and suicidal behaviors. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 42(3), 332–340. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00094.x>
- Goldstone, E., Farhall, J., & Ong, B. (2011). Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 260–266. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.002>
- Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodriguez, M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Liontos, N., Gregor, K., & Jones, P. B. (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(416), 16–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford.
- Johnson, S., Sathiyaseelan, M., Charles, H., Jeyaseelan, V., & Jacob, K. S. (2012). Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: A prospective 5-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 159. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-159>
- Kawamura, K. Y., & Frost, R. O. (2004). Self-Concealment as a mediator in the relationship between perfectionism and psychological distress. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 183–191. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000021539.48926.c1>

- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, *200*(2–3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.029>
- Kurtz, M. M., Olfson, R., & Rose, J. (2013). Self-efficacy and functional status in schizophrenia: Relationship to insight, cognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, *145*(1–3), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.030>
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). SC: Conceptualization, measurement and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *9*(4), 439–455. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.4.439>
- Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *34*(8), 705–774. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.8.705>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Pistorello, J., Hayes, S. C., Seeley, J., & Biglan, A. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2017). Negative emotions and emotional eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders*, *22*(1), 97–104. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0301-9>
- Livingstone, K., Harper, S., & Gillanders, D. (2009). An exploration of emotion regulation in psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*(5), 418–430. <https://doi.org/10.1002/cpp.635>
- López-Santiago, J., Blas, L. V., & Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.1.2012.10365>
- Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., & Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: Relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *17*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1002/wps.20508>
- Masuda, A., Anderson, P. L., Wendell, J. W., Price, M., Feinstein, A. B., & Chou, Y. Y. (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*, *50*(2), 243–247. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.037>
- Masuda, A., Tully, E., Drake, C., Tarantino, N., Ames, A., & Larson, D. (2017). Examining self-concealment within the framework of psychological inflexibility and mindfulness: A preliminary cross-sectional investigation. *Current Psychology*, *36*(1), 184–191. <https://doi.org/10.1007/s12144-015-9399-6>
- Mendoza, H., Masuda, A., & Swartout, K. M. (2015). Mental health stigma and self-concealment as predictors of help-seeking attitudes among latina/o students in the United States. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *37*(3), 207–222. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9237-4>
- Moritz, S., Lütke, T., Westermann, S., Hermeneit, J., Watroba, J., & Lincoln, T. M. (2016). Dysfunctional coping with stress in psychosis. An investigation with the Maladaptive and Adaptive Coping Styles (MAX) questionnaire. *Schizophrenia Research*, *175*(1–3), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.025>
- Morris, E. M., Garety, P., & Peters, E. (2014). Psychological flexibility and nonjudgemental acceptance in voice hearers: Relationships with omnipotence and distress. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(12), 1150–1162. <https://doi.org/10.1177/0004867414535671>
- Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*(3), 265–280. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015873>
- Or, S. E. B., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(2), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011>
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis: A user-led project. *Psychiatric Bulletin*, *31*(2), 55–60. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008532>
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental, psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *10*(1), 125–162.
- Ruiz, F. J., Langer, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, *25*(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Salgado, C. F., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2013). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con Trastorno Mental Crónico. Un ensayo aleatorizado. *Informaciones Psiquiátricas*, *214*(4), 385–401.
- Udachina, A., Varese, F., Myin-Germeyns, I., & Bentall, R. P. (2014). The role of experiential avoidance in paranoid delusions: An experience sampling study. *The British Journal of Clinical Psychology*, *53*(4), 422–432. <https://doi.org/10.1111/bjc.12054>
- Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Duque, A., & Everts, F. (2015). Insight in paranoia: The role of experiential avoidance and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, *164*(1–3), 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.03.010>
- Van der Meer, L., Van't Wout, M., & Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *170*(2–3), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.010>

- Vandereycken, W., & Van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: A retrospective survey. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 109–114. <https://doi.org/10.1002/erv.857>
- Varese, F., Tai, S. J., Pearson, L., & Mansell, W. (2016). Thematic associations between personal goals and clinical and non-clinical voices (auditory verbal hallucinations). *Psychosis*, 8(1), 12–22. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1040442>
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Atkins, D. C., Bresee, C., & Kambiz, A. (2013). Comparing experiential acceptance and cognitive reappraisal as predictors of functional outcome in individuals with serious mental illness. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 425–433. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.003>
- Wagener, A., Baeyens, C., & Blairy, S. (2016). Depressive symptomatology and the influence of the behavioral avoidance and activation: A gender-specific investigation. *Journal of Affective Disorders*, 193, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.040>
- Wallace, B. C., & Constantine, M. G. (2005). Africentric cultural values, psychological help-seeking attitudes, and self-concealment in African American college students. *Journal of Black Psychology*, 31(4), 369–385. <https://doi.org/10.1177/0095798405281025>
- Wheaton, M. G., Sternberg, L., McFarlane, K., & Sarda, A. (2016). Self-concealment in obsessive-compulsive disorder: Associations with symptom dimensions, help seeking attitudes, and treatment expectancy. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders*, 11, 43–48. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.002>
- Wismeijer, A. A. J. (2011). *Self-concealment and secrecy: Assessment and associations with subjective well-being*. LAP LAMBERT Academic Publishing.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines* (10th revision ed.). Author.

### **3.2. Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning.**

**Referencia:** González-Menéndez, A., Arboleya Faedo, T., González-Pando, D., Ordoñez-Cambolor, N., García-Vega, E., & Paino, M. (2021). Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12376. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312376>

**Factor de impacto:** 4.614, Q1, Public, Environmental & Occupational Health (JCR 2021, SSCI).

**Background:** Psychosis is associated with self-stigmatization and loss of social functioning that increase the severity of the disorder. Psychological inflexibility (PI)—an individual’s tendency to suppress undesirable private events—plays a fundamental role in the emergence and worst prognosis of psychosis. The main objective of this study was to analyze whether self-stigma and social functioning mediate the association of PI with the severity of psychosis in adults with chronic schizophrenia. **Method:** The study was carried out with a sample of 103 outpatients. The Acceptance and Action Questionnaire, the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, and the Social Functioning Scale were used for clinical assessments. Data analyses were performed by using the PROCESS macro for SPSS. **Results:** Results showed that the link between PI and the severity of psychosis is not direct, but is better explained by mediation of the self-stigma and social functioning of those assessed. PI also predicts worse social functioning without the need to take self-stigma into account. Moreover, self-stigma alone does not predict the severity of psychotic symptoms; this relationship has to be mediated by social functioning. **Conclusions:** These findings suggest that interventions designed to increase psychological flexibility, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT), may offer an alternative to attenuate the negative impact of self-stigma and to improve the social functioning.



Article

# Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning

Ana González-Menéndez <sup>1,\*</sup>, Tatiana Arboleya Faedo <sup>2</sup>, David González-Pando <sup>2</sup>, Nuria Ordoñez-Cambor <sup>3</sup>, Elena García-Vega <sup>1</sup> and Mercedes Paino <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, University of Oviedo, 33003 Oviedo, Spain; elenagv@uniovi.es (E.G.-V.); mpaino@uniovi.es (M.P.)

<sup>2</sup> ISPA-Health Research Institute of the Principality of Asturias, 33011 Oviedo, Spain; Tatiana.arboleya@sespa.es (T.A.F.); gonzalezpando@uniovi.es (D.G.-P.)

<sup>3</sup> Faculty of Health Sciences, University of Burgos, 09001 Burgos, Spain; nordonez@ubu.es

\* Correspondence: anagon@uniovi.es



**Citation:** González-Menéndez, A.; Arboleya Faedo, T.; González-Pando, D.; Ordoñez-Cambor, N.; García-Vega, E.; Paino, M. Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 12376. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312376>

**Academic Editors:**  
Cristina Petisco-Rodríguez, Laura C. Sánchez-Sánchez and José Manuel García-Montes

Received: 27 October 2021  
Accepted: 22 November 2021  
Published: 25 November 2021

**Publisher's Note:** MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Abstract:** Psychosis is associated with self-stigmatization and loss of social functioning that increase the severity of the disorder. Psychological inflexibility (PI)—an individual's tendency to suppress undesirable private events—plays a fundamental role in the emergence and worst prognosis of psychosis. The main objective of this study was to analyze whether self-stigma and social functioning mediate the association of PI with the severity of psychosis in adults with chronic schizophrenia. The study was carried out with a sample of 103 outpatients. The Acceptance and Action Questionnaire, the Internalized Stigma of Mental Illness Scale, and the Social Functioning Scale were used for clinical assessments. Data analyses were performed by using the PROCESS macro for SPSS. Results showed that the link between PI and the severity of psychosis is not direct, but is better explained by mediation of the self-stigma and social functioning of those assessed. PI also predicts worse social functioning without the need to take self-stigma into account. Moreover, self-stigma alone does not predict the severity of psychotic symptoms; this relationship has to be mediated by social functioning. These findings suggest that interventions designed to increase psychological flexibility, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT), may offer an alternative to attenuate the negative impact of self-stigma and to improve the social functioning.

**Keywords:** psychological inflexibility; self-stigma; social functioning; severity of psychosis

## 1. Introduction

Mental illness stigma, which includes negative attitudes, beliefs, and actions directed towards persons with severe mental illness, has been implicated in a host of negative consequences. Specifically, stigmatization of people with a diagnosis of schizophrenia is a documented process of interest to research because of its repercussions on various domains of social functioning, quality of life, and social support received and perceived by those diagnosed [1–3]. The stigma also affects symptom management, understanding and awareness (insight) of the disorder, and the commencement of and adherence to available treatments [4]. It is usually described as prejudice and discrimination caused by negative stereotypes of those who are associated with the diagnostic label (e.g., people who are dangerous, unpredictable, incompetent) [5,6]. Occasionally, those who are identified as part of a stigmatized group endorse such stereotypes, anticipating social rejection and incorporating such viewpoints into their own systems of values [7] (i.e., self-stigma or internalized stigma). Self-stigma is a prominent feature of people living with psychotic symptoms (i.e., people with psychosis) and their families [8], and can become a barrier to recovery and the pursuit of personally valuable and important goals [9].

Although it is not yet clear what the relationships between self-stigma and adverse results observed in different measures of recovery and functioning are [10], the reduction

in self-stigma has been raised as a potentially important treatment objective. Within the scope of treatment for psychosis, various stigma-reduction programs have been developed, mostly within a psychoeducational framework that is often based on cognitive behavioral principles. Some interventions targeting self-stigma attempt to modify the content of stigmatizing thoughts in order to change behavior [11]. Other studies have provided promising findings, such as significant improvement in engulfment, hopelessness, quality of life, self-esteem, and personal recovery [12–14].

However, a number of studies have reported no impact on their primary outcome measures of internalized stigma [14–17]. Seidman et al. [18], for example, observed positive results in psychological health (e.g., behavior-seeking help), with no changes in self-stigma, which suggests that some form of psychological rigidity may be affecting the relationship between self-stigmatizing thoughts and adaptive behavior; that is, undesirable thoughts, beliefs, emotions, and other internal events are not always enough to influence or dictate behavior.

This conceptualization is consistent with the psychological inflexibility model proposed by Hayes et al. [19] to explain the development and maintenance of psychological problems. Psychological inflexibility (PI) refers to an individual's tendency to suppress or change the form and frequency of undesirable private events, such as emotions, thoughts, behaviors, or bodily sensations, in order to cope with and regulate rising negative emotions [20]. PI was introduced within the context of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) [21], a contextual cognitive behavioral therapy that emphasizes a non-defensive relationship with symptoms and encourages the pursuit of a life concentrated on personal values.

The opposite of PI is the acceptance of private experiences and psychological flexibility. Psychological flexibility allows individuals to experience private events in a way that is accepting, defused, and mindful, and allows individuals to act on personal goals regardless of private events [22]. Reduction in hospitalization rates and distress, as well as improved coping without eliminating or reducing symptoms, have been observed following ACT treatment in psychosis patients [23–25].

Around 1/3 of patients with psychosis achieve clinical remission, but functional recovery may lag behind, often leading patients to significant deficits in social functioning [26] (e.g., lack of socially useful activities and difficulties in personal and social relationships). The way patients respond to symptoms may moderate the relationship between emotional characteristics and functional recovery measures [27]. Identifying risk factors for poor social functioning may help identify those patients who are most at risk of entering the spiral of severe psychosis. In addition, whether the risk factors that affect social functioning are modifiable or not, suggests treatment for addressing such mechanisms and thereby improve its results [28].

In chronic psychosis, PI has been demonstrated to be a predictor of self-stigma [29,30] and negative results in various social-functioning domains [31]. Interventions targeting acceptance and psychological flexibility (such as ACT) have been shown to increase resistance to stigma [32], promoting personal recovery [33] and reducing the pernicious effects of self-stigma in those diagnosed with schizophrenia [34,35].

We hypothesized that people with chronic psychosis who were more inflexible would be more likely to experience thoughts (in this case, stigmatizing thoughts) as distressing events that they must escape from. Furthermore, given that stronger self-stigmatization predicts worse social functioning [36], we hypothesized that, as a consequence of its effect on the self-stigma experience, greater psychological inflexibility would predict decreased social functioning and more severe psychosis.

Our first objective was to study whether self-stigma and social functioning mediate the association between PI and the severity of psychosis in a sample of adults with chronic psychosis. Overall, we expected higher levels of PI to be associated with the severity of psychosis (Figure 1, H1). Nevertheless, our hypothesis proposed that the total effect would be influenced by the effects of psychological inflexibility on the self-stigma experience

as well as on social functioning; that is, PI predicts internalized stigma of people with psychosis (H2), and self-stigma predicts decreased social functioning (H3), which in turn predicts greater severity of psychosis (H4). Moreover, in the presence of these mediators (self-stigma and social functioning), the direct effect of psychological inflexibility on the severity of psychosis (H5) would disappear.

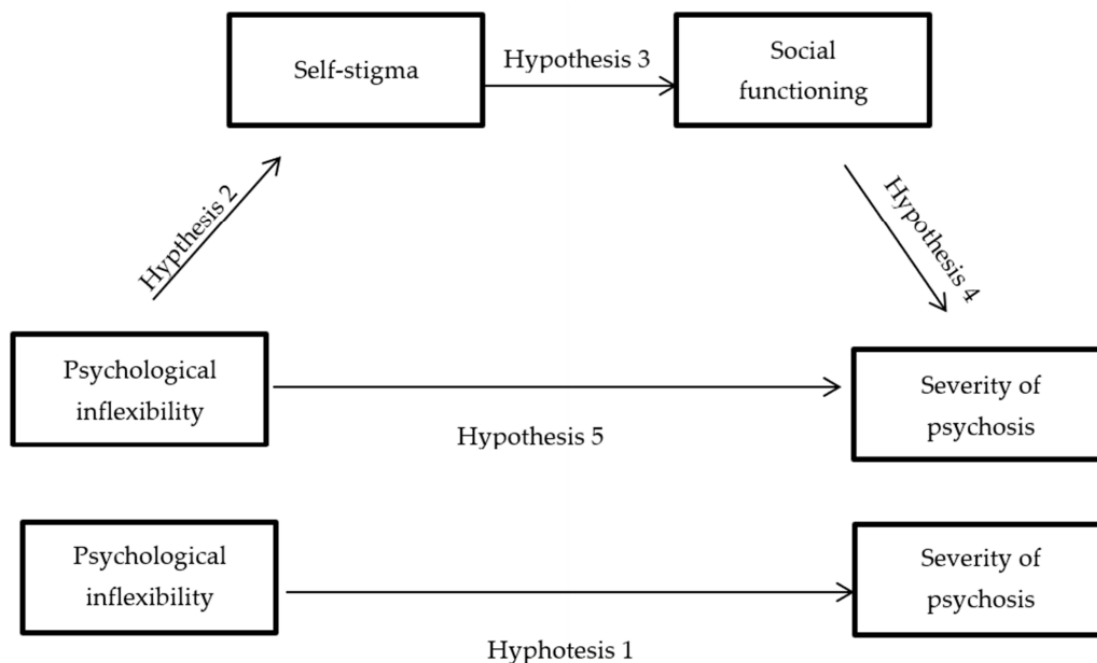


Figure 1. Hypothesized mediation model.

Following the testing of this mediation model, the second objective of this study was to establish which facets (dimensions) of internalized stigma are mediating in their indirect effects; that is, which dimensions predict deterioration in social functioning, leading to greater severity of psychosis.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Participants

The study included 103 adult outpatients ( $M = 49.68$ ,  $SD = 12.28$  years) with chronic psychosis from the Mental Health Public Service in Asturias, Spain. The patients consisted of 60 males and 43 females. Participants diagnosed according to ICD-10 criteria [37], as determined by the ICD-10 codes F20–F29, were recruited (Table 1). Subjects were excluded from the analysis if they presented with a sign of severe physical illness, an episode of acute psychosis, an intellectual disability, or a primary diagnosis of substance dependence.

Written informed consent was obtained from all subjects after the procedures had been fully explained. This study was performed according to the Declaration of Helsinki and was approved by the Research Ethical Committee of the Principality of Asturias, Spain.

### 2.2. Measures

The Acceptance and Action Questionnaire–II (AAQ-II) [38] was used to assess psychological inflexibility. It consists of 7 items in a 7-point Likert scale. The items reflect an unwillingness to experience unwanted emotions and thoughts, and interference of these internal events with daily functioning (e.g., “I’m afraid of my feelings”). Higher scores



indicate greater psychological inflexibility and less persistence with life goals. The AAQ-II has demonstrated good internal consistency ( $\alpha = 0.88$ ) [39].

**Table 1.** Main participant characteristics (N = 103).

		n or M	% or SD
ICD-10 diagnosis	Paranoid schizophrenia (F20.0)	65	63.1
	Undifferentiated schizophrenia (F20.3)	2	1.9
	Residual schizophrenia (F20.5)	3	2.9
	Simple-type schizophrenia (F20.6)	4	3.9
	Schizophrenia, unspecified (F20.9)	2	1.9
	Schizotypal disorder (F21)	6	5.8
	Delusional disorder (F22)	13	12.6
	Acute and transient psychotic disorders (F23)	2	1.9
	Schizoaffective disorder (F25)	5	4.9
	Other schizophrenia (F28)	1	1
Marital status	Single	65	63.1
	Married/with partner	19	18.5
	Separated/divorced	17	16.5
	Widow	2	1.9
Living arrangements	Alone	28	27.2
	Family of origin	58	56.3
	Shared flat	2	1.9
	With partner	12	11.7
	Residence/supervised flat	3	2.9
Education	No education	7	6.8
	Primary	32	31.1
	Secondary	50	48.5
	University	14	13.6
Employment situation	Housework	5	4.9
	Inactive (unemployed)	20	19.4
	Active (employed)	17	16.5
	Inactive (employment disability)	43	41.7
	Inactive (retired)	6	5.8
Substance use	Other	12	11.7
	No	49	47.6
	Yes	40	38.8
	Ex-user	14	13.6
Age at onset of psychosis (years)		30.64	11.75
Diagnosis (years)		19.04	10.88
Pharmacological treatment (years)		17	10.43
Number of hospitalizations		2.21	3.83

Internalized stigma was measured using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) [40], which has been widely used among sample patients with psychosis [41]. ISMI consists of five dimensions of mental illness self-stigma, including alienation, stereotype endorsement, discrimination experience, social withdrawal, and stigma resistance (reverse-scored). ISMI includes self-statements regarding one's beliefs about having a mental illness, using 29-item Likert-type items on a 4-point scale (1–4), where higher scores indicate greater internalized stigma (e.g., “people ignore me or take me less seriously just because I have a mental illness”). Scores from the five dimensions are totaled to create a composite ISMI-29 score, with values ranging from 29 to 116. Higher scores indicate greater levels of mental illness self-stigma. Previous research [40] has shown that ISMI-29 exhibited good internal consistency ( $\alpha = 0.87$ ) and strong construct validity. ISMI was used in its Spanish version [42].

The Social Functioning Scale (SFS) [43], specifically designed for use with patients with psychosis, was used to evaluate the seven areas of functioning: withdrawal (i.e., social avoidance); interpersonal behavior (e.g., number of friends); pro-social activities (e.g., engagement in social activities); recreation (e.g., engagement in pastimes); independence-

performance; independence–competence; and employment (i.e., engagement in productive employment). The total SFS score is the sum of the seven domain scores, with a range of 0–226. A higher score indicates a higher level of social functioning. SFS has been shown to be valid, reliable, and sensitive to change. Cronbach’s alpha is between 0.69 and 0.80 in every subscale.

The Clinical Global Impression–Schizophrenia Scale (CGI-SCH) [44] was used to evaluate the overall severity of schizophrenia. The CGI scale comprises 2 categories: severity of illness and degree of change. The severity of illness category evaluates the situation during the week prior to the assessment, while the degree of change category evaluates the change from the previous evaluation. Each category contains five different ratings (positive, negative, depressive, cognitive, and global) that are evaluated using a seven-point ordinal scale. The CGI-SCH global score assesses the global severity of the disorder, including symptoms and interference with functioning. In this study, only the severity of illness was assessed. CGI-SCH is a valid and reliable instrument for assessing illness severity and treatment response in psychosis. The inter-rater reliability for global scores was 0.79.

### 2.3. Procedure

Each responsible psychiatrist evaluated the participants using CGI-SCH. The other instruments (ISMI, AAQ-II, and SCS) were administered by a nurse who specialized in mental health, with more than 11 years of clinical experience.

The nurse ensured that all participants understood the questions included in the administered measures, and when necessary, that assistance was provided to facilitate their understanding.

### 2.4. Statistical Methods

To examine the hypothesized mediation model, we used the PROCESS macro for SPSS (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) [45], Model 6, which postulates a mediation model with two sequential mediators. The indirect effect (IV) of psychological inflexibility on the severity of psychosis (DV) was evaluated via the internalized stigma and social functioning mediators. The indirect effect was calculated using 10,000 bootstrap samples for the bootstrap confidence intervals (CIs), corrected for skewness. An indirect effect is considered statistically significant if the CI set (CI at 95%) does not include 0. If 0 is included in the CI, the null hypothesis states that the indirect effect is equal to 0; that is, there is no association between the variables involved [45].

The PROCESS macro for SPSS was also used to study the facets of internalized stigma that predict a decrease in social functioning, leading to greater severity of psychosis. As in the previous objective, the indirect effect was calculated using 10,000 bootstrap samples for the bootstrap confidence intervals (ICs). In addition to IV (psychological inflexibility) and DV (severity of psychosis), the dimensions of internalized stigma were included as five parallel mediators: alienation (M1); stereotype approval (M2); discriminatory experience (M3); social withdrawal (M4); resistance to stigma (M5); and social functioning (M6) as a sequential mediator.

## 3. Results

### 3.1. Descriptive Analysis

The means, standard deviations, and correlations of the study’s dependent, independent, and mediator variables are shown in Table 2.

### 3.2. Hypothesis Evaluation

First, the influence of PI on severity of psychosis was analyzed. With regard to Hypothesis 1, the results of the total effect of PI (IV) on the severity of psychosis (DV) confirmed that higher PI predicted greater severity ( $B = 0.37, p = 0.0001$ ).

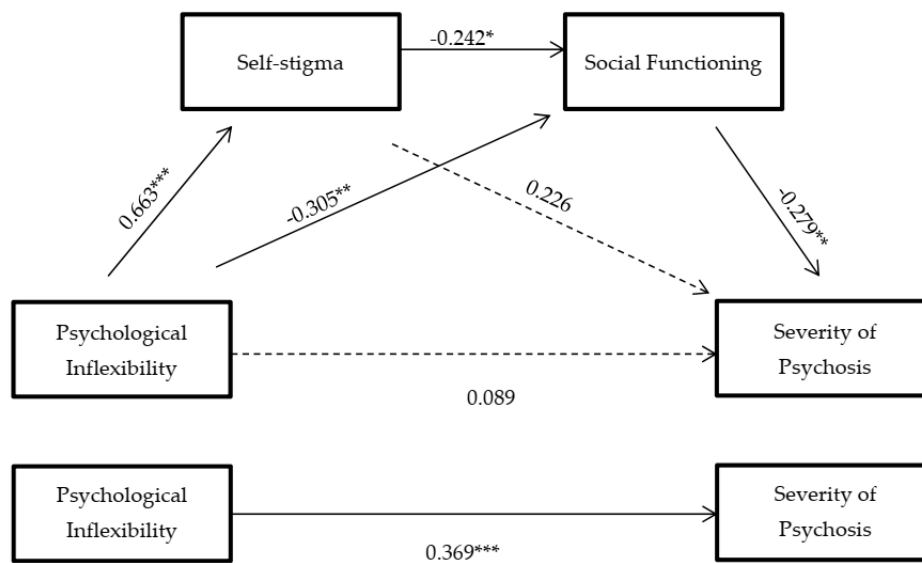
**Table 2.** Descriptive statistics and bivariate correlations for study variables.

	Mean	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Psychological inflexibility	26.12	11.23								
2. Self-stigma	1.98	0.61	0.66 **							
3. Alienation	2.06	0.89	0.58 **	0.89 **						
4. Stereotype endorsement	1.74	0.59	0.51 **	0.75 **	0.59 **					
5. Discrimination experience	2.02	0.86	0.47 **	0.83 **	0.68 **	0.56 **				
6. Social withdrawal	1.89	0.84	0.62 **	0.85 **	0.76 **	0.50 **	0.63 **			
7. Stigma resistance	2.18	0.67	-0.43 **	-0.60 **	-0.42 **	-0.40 **	-0.30 **	-0.37 **		
8. Social functioning	98.67	10.96	-0.47 **	-0.44 **	-0.32 **	-0.48 **	-0.27 **	-0.33 **	0.42 **	
9. Severity of psychosis	4.18	1.06	0.37 **	0.41 **	0.37 **	0.38 **	0.31 **	0.37 **	-0.19 *	-0.42 **

Note.  $n = 103$ ; \*\*  $p \leq 0.001$ , except \*  $p = 0.059$ .

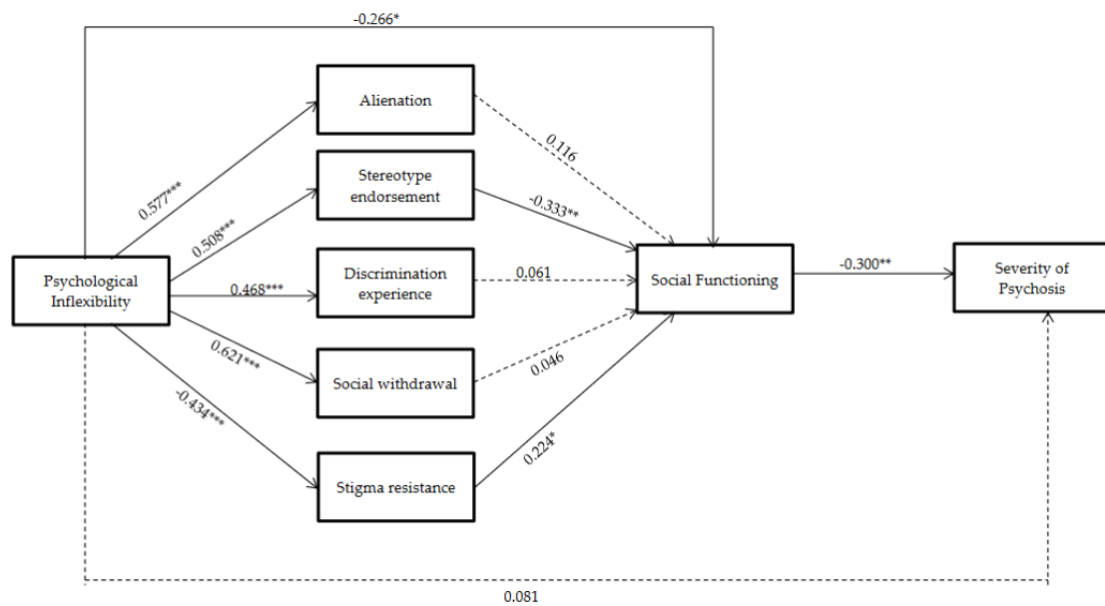
Hypothesis 2 was also confirmed, because (as expected) PI predicted self-stigma of individuals with chronic psychosis ( $B = 0.66, p < 0.00001$ ). Furthermore, as posed in Hypothesis 3, this level of internalized stigma negatively predicted social functioning ( $B = -0.24, p = 0.039$ ). Hypothesis 4 was met, because decreased social functioning predicted greater severity of psychosis ( $B = -0.28, p = 0.007$ ). Likewise, higher PI predicted worse social functioning ( $B = -0.31, p = 0.009$ ). Self-stigma did not predict the severity of psychosis ( $B = 0.23, p = 0.062$ ).

With regard to Hypothesis 5, the results showed that the direct effect of PI on the severity of psychosis disappeared ( $B = 0.09, p = 0.460$ ) when mediation of internalized stigma and social functioning was included in that relationship, as expected in our proposal. Model mediation, shown in Figure 2, had a completely standardized indirect effect of  $B = 0.279$ ,  $BootSE = 0.103$ ;  $Boot\ 95\% \text{ CI} = [0.089, 0.492]$ .



**Figure 2.** Hypothesized mediation model: indirect effect of psychological inflexibility on severity of psychosis through internalized stigma and social functioning, and total effect (standardized regression coefficients): \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.0001$ .

With respect to the study’s second objective—analyzing the mechanisms by which internalized stigma influences social functioning—a mediation model similar to the one in Figure 2 was computed, but with the five internalized stigma dimensions as simultaneous mediators (not sequential mediators): alienation, stereotype endorsement, discriminatory experience, social withdrawal, and stigma resistance (Figure 3).



**Figure 3.** Hypothesized mediation model: indirect effect of psychological inflexibility on the severity of psychosis through social functioning and internalized stigma factors (standardized regression coefficients): \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.0001$ .

The results showed that only the stereotype endorsement and stigma resistance dimensions of ISMI were significant for predicting social functioning. Thus, although PI predicted all the dimensions of self-stigma ( $p < 0.0001$ ), only stereotype endorsement and stigma resistance predicted social functioning. Higher stereotype endorsement predicted worse social functioning ( $B = -0.33$ ,  $p = 0.004$ ), and greater stigma resistance predicted better social functioning ( $B = 0.22$ ,  $p = 0.021$ ). Again, social functioning negatively predicted the severity of psychosis ( $B = -0.300$ ,  $p = 0.007$ ). In this mediation model, the direct effect of PI on the severity of psychosis disappeared ( $B = 0.08$ ,  $p = 0.515$ ).

#### 4. Discussion

One of the objectives of this study was to examine the relationships between PI, self-stigma, social functioning, and the severity of psychosis in individuals with chronic psychosis. Furthermore, as the literature on self-stigma and its association with psychological inflexibility is still in its infancy, we explored whether PI was able to predict an association between self-stigma and the severity of psychotic symptoms.

Regarding the evaluation of self-stigma, the study revealed abundant evidence of the salience of stigma in the lives of people with chronic psychosis. Self-stigma was related to social functioning and symptom severity in the persons evaluated. Psychological inflexibility also predicted self-stigma.

Before this study, other studies had already shown that PI is related to self-stigma in individuals diagnosed with schizophrenia [29]. However, to our knowledge, there were no empirical studies that explored the reasons for this relationship. As far as we know, this study is the first to show a finding, based on clinical samples, that the link between PI and the severity of psychotic symptoms is not direct, but is better explained by mediation of self-stigma and social functioning of those diagnosed. That is, the predictive power of psychological inflexibility on the severity of psychosis disappeared when we included self-stigma and social functioning as sequential mediators. It should also be mentioned that psychological inflexibility predicts decreased social functioning without the need to

take self-stigma into account. Furthermore, self-stigma alone does not predict the severity of psychosis; this relationship must be mediated by social functioning.

In addition to confirming the negative influence of PI on the severity of psychosis, this study considered how psychological inflexibility could cause such repercussions. The repercussions include the harmful impacts that the processes underlying PI (e.g., cognitive fusion, avoidance, attachment to the conceptualized self, etc.) have on thoughts, feelings, emotions, and other internal events causing distress. This study demonstrated that people with an inflexible psychological style avoid and struggle to rid themselves of their negative self-evaluations (i.e., the content of self-stigma), and that this struggle diminishes even more their social functioning and negatively impacts on evaluations of disorder severity. Acceptance and Commitment Therapy could be an appropriate treatment for testing the value of this line of reasoning.

Like PI, stigma and self-stigma are also inherently rigid processes [46,47]. Cognitive fusion, one of the processes underpinning the PI model, occurs when one is strongly influenced by his/her own thoughts and thinks they accurately represent who he/she is as a person. This relationship with one's own thoughts as if they were literal translations of reality reinforces behaviors directed at avoiding associated discomfort (e.g., isolation, avoiding situations in which one feels "strange", rejecting healthy behaviors, etc.). Paradoxically, efforts to suppress unwanted thoughts often increase their frequency and intensity [48]. Thus, a vicious circle is established, which ends up invading important areas of the lives of those who experience psychosis. On this basis, a reduction in unwanted thoughts and feelings should not be the therapeutic goal. Rather, rehabilitation should be directed at reducing ineffective behaviors (not thoughts) and breaking with the tendency to consider that such thoughts and feelings are the reasons for the behaviors.

Promotion of psychological flexibility could be useful in buffering such relationships. People with chronic psychosis who show more psychological flexibility could learn how to relate differently to so-called self-stigma, because they would be more likely to experience self-stigmatizing thoughts (e.g., shame, guilt, etc.) as passing events in their minds [49], and not as thoughts that define who they are. Comparing the effects of ACT and psychoeducation on self-stigma, Fung et al. [15] observed that ACT had the most robust response in combatting the effects of self-stigma, while a program of psychoeducation had no impact on internalized stigma. ACT expands traditional cognitive behavioral therapy with a focus on helping patients to relate to their thoughts differently, while de-emphasizing the need to change or "restructure" specific contents [50]. In other words, the focus is more on the process of thinking, rather than on the content of thinking.

Aside from self-stigma, people with chronic psychosis who have more psychological flexibility would improve their social functioning. Psychological flexibility includes changing behavior that compromises personal or social functioning. As previous studies have shown [31], the inflexibility observed in patients with poor social functioning suggests a struggle with symptoms, which impedes patients from becoming the managers of their own lives and, in the long run, invades and disrupts all the facets that generally define their lives (e.g., work, intimate relations, family relations, etc.). Maintaining a balance between important life domains and being aware, open, and committed to behaviors that are congruent with deeply rooted values would not only help to improve social functioning, but also provide an integral approach to psychosis.

The results reported here lead us to doubt the feasibility of directly changing the form and frequency of self-devaluating or stigmatizing thoughts. Focusing on the underlying verbal processes of categorization, association, and evaluation, rather than on the specific topographical content of self-stigmatizing thoughts, could weaken the penetrating and rigid nature of stigma/self-stigma. As Mittal et al. [51] suggested in their review, interventions against stigma that concentrate on psychoeducation and reducing negative self-valuation should be broadened to include strategies that favor psychological flexibility, such as training in cognitive defusion techniques or mindfulness. There is good evidence of the feasibility and acceptability of ACT for people with psychosis [25,52].

In this study, the facets of stigma that exerted the mediating role between PI and the severity of psychosis were also analyzed. Our results showed that only the stereotype endorsement ( $r = -0.333$ ) and stigma resistance ( $r = 0.224$ ) factors were able to mediate in this relationship. Psychological inflexibility showed this influence by increasing the stereotype endorsement dimension (comprised of thoughts such as “I can’t contribute anything to society because I have a mental illness” or “The stereotypes of mental illness are applicable to me”) and, at the same time, diminishing the stigma resistance subscale (i.e., the capacity for resilience with respect to social stigma). Altogether, PI showed a capacity to strongly erode the social functioning of the participants.

Stereotype endorsement refers to the set of thoughts plagued with self-criticism and contempt for one’s capacity to feel like a useful member of the community. As in other studies, the results seem to confirm that self-stigma in psychosis is characterized by dissatisfaction with social relationships, high levels of stereotyping, withdrawal, and alienation [53]. This is a result that underlines both the need to change the credibility and importance of the self-critical thoughts that define self-stigma, and the need to promote self-compassion as a more adaptive way of relating with oneself and others. This type of strategy, characteristic of ACT, improves the psychological functioning of the participants [54] and could “remove” stigma and exclusion from people who live with psychosis.

In brief, the development of strategies related to cognitive defusion—learning to relate to stigmatizing thoughts as just thoughts (not as literally true events—and self-compassionate acceptance—being open to non-defensive experience—would help to reduce the domain and useless functions of self-stigma. The same strategies would also help to improve the social functioning of the participants. Through these processes, people can become involved in more important, more valuable behaviors that were previously avoided due to the rigidity that also explains the pernicious effects of self-stigma in mental health.

Some limitations in our study should be considered. Due to the study’s cross-sectional nature, causality among the variables could not be established, and the interpretation of the proposed paths should be regarded with caution. A longitudinal study of the model is required to confirm the observed links between psychological inflexibility, self-stigma, and social functioning. Using intervention-based designs, future studies could confirm the mediating mechanisms by examining whether the fostering of psychological flexibility among people with mental illness deactivates the damaging impact of self-stigma, improves social functioning, and contributes to the recovery of people with chronic psychosis.

In spite of these limitations, the present study provides support for the potential of psychological flexibility interventions, such as ACT, in promoting personal recovery. The study also extends the existing literature by suggesting that the processes of psychological inflexibility—especially cognitive fusion—make it possible to explain the reasons for the harmful impact of self-stigma on people with chronic psychosis.

## 5. Conclusions

Psychological inflexibility was presented in this study as a potential process for explaining the negative impact of self-stigma in psychosis. This study also demonstrates that the effect of this process on the severity of psychosis occurs through its influence on social functioning. According to our results, consequences such as isolation, invalidity, and decreased social adjustment result from self-stigma induced by an inflexible psychological style. The use of therapies that promote social connection by changing the patient’s focus could be effective. ACT would help to normalize the experience of disturbing thoughts and any other psychotic symptoms; as a result, active participation in areas of life that are genuinely important and valuable should be encouraged.

**Author Contributions:** Conceptualization, A.G.-M., D.G.-P., and T.A.F.; methodology, N.O.-C. and M.P.; investigation, T.A.F., A.G.-M., D.G.-P., and E.G.-V.; data curation, A.G.-M.; writing—original draft preparation, A.G.-M. and M.P.; writing—review and editing, E.G.-V., D.G.-P., and T.A.F.; project

administration, A.G.-M. and M.P. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** Ministry of Economy and Competitiveness (MINECO) (reference PSI 2016-79524-R).

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki, and approved by Research Ethical Committee of the Principality of Asturias, Spain (77/17; 5 May 2017).

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

**Data Availability Statement:** The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy and ethical reasons.

**Conflicts of Interest:** The authors report no conflict of interest.

## References

1. Caqueo-Urizar, A.; Urzúa, A.; Loundon, A.; Boucekine, M.; Fond, G.; Boyer, L. The Latin American Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (LA-ISMI): A Multicentric Validation Study from Three Latin American Countries. *Health Qual. Life Outcomes* **2019**, *17*, 175. [\[CrossRef\]](#)
2. Degnan, A.; Berry, K.; Humphrey, C.; Bucci, S. The Relationship between Stigma and Subjective Quality of Life in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin. Psychol. Rev.* **2021**, *85*, 102003. [\[CrossRef\]](#)
3. Ordóñez-Cambor, N.; Paino, M.; Fonseca-Pedrero, E.; Pizarro-Ruiz, J.P. Mediation of the Stigma in the Influence of Negative Symptomatology over Recovery in Psychosis. *Int. J. Clin. Health Psychol.* **2021**, *21*, 100220. [\[CrossRef\]](#)
4. Gerlinger, G.; Hauser, M.; De Hert, M.; Lacluyse, K.; Wampers, M.; Correll, C.U. Personal Stigma in Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review of Prevalence Rates, Correlates, Impact and Interventions. *World Psychiatry* **2013**, *12*, 155–164. [\[CrossRef\]](#)
5. Corrigan, P.W.; Shapiro, J.R. Measuring the Impact of Programs That Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clin. Psychol. Rev.* **2010**, *30*, 907–922. [\[CrossRef\]](#)
6. Turkmen, S.; Yorulmaz, M.; Koza, E.; Ozdemir, S. Internalized Stigmatization and Social Functioning in Psychiatric Patients. *J. Turgut Ozal Med. Cent.* **2018**, *25*, 12–17. [\[CrossRef\]](#)
7. Livingston, J.D.; Boyd, J.E. Correlates and Consequences of Internalized Stigma for People Living with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Soc. Sci. Med.* **2010**, *71*, 2150–2161. [\[CrossRef\]](#)
8. Corrigan, P.W.; Penn, D.L. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *Am. Psychol.* **1999**, *54*, 765–776. [\[CrossRef\]](#)
9. Luoma, J.B.; Kohlenberg, B.S.; Hayes, S.C.; Bunting, K.; Rye, A.K. Reducing Self-Stigma in Substance Abuse through Acceptance and Commitment Therapy: Model, Manual Development, and Pilot Outcomes. *Addict. Res. Theory* **2008**, *16*, 149–165. [\[CrossRef\]](#)
10. Yanos, P.T.; Lysaker, P.H.; Silverstein, S.M.; Vayshenker, B.; Gonzales, L.; West, M.L.; Roe, D. A Randomized-Controlled Trial of Treatment for Self-Stigma among Persons Diagnosed with Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2019**, *54*, 1363–1378. [\[CrossRef\]](#)
11. Ross, L.A.; Saint-Amour, D.; Leavitt, V.M.; Molholm, S.; Javitt, D.C.; Foxe, J.J. Impaired Multisensory Processing in Schizophrenia: Deficits in the Visual Enhancement of Speech Comprehension under Noisy Environmental Conditions. *Schizophr. Res.* **2007**, *97*, 173–183. [\[CrossRef\]](#)
12. Fung, K.M.T.; Tsang, H.W.H.; Cheung, W. Randomized Controlled Trial of the Self-Stigma Reduction Program among Individuals with Schizophrenia. *Psychiatry Res.* **2011**, *189*, 208–214. [\[CrossRef\]](#)
13. McCay, E.; Beanlands, H.; Zipursky, R.; Roy, P.; Leszcz, M.; Landeen, J.; Ryan, K.; Conrad, G.; Romano, D.; Francis, D.; et al. A Randomised Controlled Trial of a Group Intervention to Reduce Engulfment and Self-Stigmatisation in First Episode Schizophrenia. *Aust. e-J. Adv. Ment. Health* **2007**, *6*, 212–220. [\[CrossRef\]](#)
14. Morrison, A.P.; Burke, E.; Murphy, E.; Pyle, M.; Bowe, S.; Varese, F.; Dunn, G.; Chapman, N.; Hutton, P.; Welford, M.; et al. Cognitive Therapy for Internalised Stigma in People Experiencing Psychosis: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Psychiatry Res.* **2016**, *240*, 96–102. [\[CrossRef\]](#)
15. Fung, K.; Liu, J.J.W.; Sin, R.; Shakya, Y.; Guruge, S.; Bender, A.; Wong, J.P. Examining Different Strategies for Stigma Reduction and Mental Health Promotion in Asian Men in Toronto. *Community Ment. Health J.* **2021**, *57*, 655–666. [\[CrossRef\]](#)
16. Link, B.G.; Struening, E.L.; Neese-todd, S.; Asmussen, S.; Phelan, J.C. On Describing and Seeking to Change the Experience of Stigma. *Psychiatr. Rehabil. Ski.* **2002**, *6*, 201–231. [\[CrossRef\]](#)
17. Yanos, P.T.; Roe, D.; Lysaker, P.H. Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma Among Persons with Severe Mental Illness. *Int. J. Group Psychother.* **2011**, *61*, 576–595. [\[CrossRef\]](#)
18. Seidman, A.J.; Wade, N.G.; Lannin, D.G.; Heath, P.J.; Brenner, R.E.; Vogel, D.L. Self-Affirming Values to Increase Student Veterans' Intentions to Seek Counseling. *J. Couns. Psychol.* **2018**, *65*, 653–660. [\[CrossRef\]](#)
19. Hayes, S.C.; Strosahl, K.; Wilson, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*; Guilford Press: New York, NY, USA, 1999.

20. Hayes, S.C.; Wilson, K.G.; Gifford, E.V.; Follette, V.M.; Strosahl, K. Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *J. Consult. Clin. Psychol.* **1996**, *64*, 1152–1168. [[CrossRef](#)]
21. Hayes, S.C.; Pistorello, J.; Levin, M.E. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *Couns. Psychol.* **2012**, *40*, 976–1002. [[CrossRef](#)]
22. Levin, M.E.; MacLane, C.; Daflos, S.; Seeley, J.R.; Hayes, S.C.; Biglan, A.; Pistorello, J. Examining Psychological Inflexibility as a Transdiagnostic Process across Psychological Disorders. *J. Context. Behav. Sci.* **2014**, *3*, 155–163. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. Bach, P.; Hayes, S.C. The Use of Acceptance and Commitment Therapy to Prevent the Rehospitalization of Psychotic Patients: A Randomized Controlled Trial. *J. Consult. Clin. Psychol.* **2002**, *70*, 1129–1139. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Gaudiano, B.A.; Herbert, J.D. Acute Treatment of Inpatients with Psychotic Symptoms Using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot Results. *Behav. Res. Ther.* **2006**, *44*, 415–437. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
25. White, R.; Gumley, A.; McTaggart, J.; Rattrie, L.; McConville, D.; Cleare, S.; Mitchell, G. A Feasibility Study of Acceptance and Commitment Therapy for Emotional Dysfunction Following Psychosis. *Behav. Res. Ther.* **2011**, *49*, 901–907. [[CrossRef](#)]
26. Lieberman, J. Time Course and Biologic Correlates of Treatment Response in First-Episode Schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* **1993**, *50*, 369–376. [[CrossRef](#)]
27. Best, M.W.; Law, H.; Pyle, M.; Morrison, A.P. Relationships between Psychiatric Symptoms, Functioning and Personal Recovery in Psychosis. *Schizophr. Res.* **2020**, *223*, 112–118. [[CrossRef](#)]
28. Santesteban-Echarri, O.; Paino, M.; Rice, S.; González-Blanch, C.; McGorry, P.; Gleeson, J.; Alvarez-Jimenez, M. Predictors of Functional Recovery in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Clin. Psychol. Rev.* **2017**, *58*, 59–75. [[CrossRef](#)]
29. Chan, K.K.S.; Mak, W.W.S. The Cognitive Content and Habitual Process of Self-Stigma: Effects on Self-Esteem and Recovery. *Eur. Psychiatry* **2015**, *30*, 734. [[CrossRef](#)]
30. Lillis, J.; Luoma, J.B.; Levin, M.E.; Hayes, S.C. Measuring Weight Self-Stigma: The Weight Self-Stigma Questionnaire. *Obesity* **2010**, *18*, 971–976. [[CrossRef](#)]
31. Arboleya, T.; González-Menéndez, A.; Ordoñez, H.; Pando, D.G.; Paino, M. Inflexibility Processes as Predictors of Social Functioning in Chronic Psychosis. *Psychosis* **2020**, *12*, 234–244. [[CrossRef](#)]
32. Chan, K.K.S.; Lee, C.W.L.; Mak, W.W.S. Mindfulness Model of Stigma Resistance Among Individuals with Psychiatric Disorders. *Mindfulness* **2018**, *9*, 1433–1442. [[CrossRef](#)]
33. Mak, W.W.S.; Chio, F.H.N.; Chong, K.S.C.; Law, R.W. From Mindfulness to Personal Recovery: The Mediating Roles of Self-Warmth, Psychological Flexibility, and Valued Living. *Mindfulness* **2021**, *12*, 994–1001. [[CrossRef](#)]
34. Davis, L.; Kurzban, S. Mindfulness-Based Treatment for People with Severe Mental Illness: A Literature Review. *Am. J. Psychiatr. Rehabil.* **2012**, *15*, 202–232. [[CrossRef](#)]
35. Kavak, F.; Yilmaz, E. The Effect of Hope on the Treatment Adherence of Schizophrenia Patients. *Ann. Med. Res.* **2018**, *25*, 416–419. [[CrossRef](#)]
36. Lysaker, P.H.; Buck, K.D.; Ringer, J. The Recovery of Metacognitive Capacity in Schizophrenia across 32 Months of Individual Psychotherapy: A Case Study. *Psychother. Res.* **2007**, *17*, 713–720. [[CrossRef](#)]
37. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1992.
38. Bond, F.W.; Hayes, S.C.; Baer, R.A.; Carpenter, K.M.; Guenole, N.; Orcutt, H.K.; Waltz, T.; Zettle, R.D. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav. Ther.* **2011**, *42*, 676–688. [[CrossRef](#)]
39. Ruiz, F.J.; Langer Herrera, Á.I.; Luciano, C. Measuring Experiential Avoidance and Psychological Inflexibility: The Spanish Version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema* **2013**, *25*, 123–129. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
40. Boyd Ritscher, J.; Otilingam, P.G.; Grajales, M. Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric Properties of a New Measure. *Psychiatry Res.* **2003**, *121*, 31–49. [[CrossRef](#)]
41. Boyd, J.E.; Adler, E.P.; Otilingam, P.G.; Peters, T. Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A Multinational Review. *Compr. Psychiatry* **2014**, *55*, 221–231. [[CrossRef](#)]
42. Bengochea-Seco, R.; Arrieta-Rodríguez, M.; Fernández-Modamio, M.; Santacoloma-Cabero, I.; Gómez de Tojeiro-Roce, J.; García-Polavieja, B.; Santos-Zorroza, B.; Gil-Sanz, D. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* **2018**, *11*, 244–254. [[CrossRef](#)]
43. Birchwood, M.; Smith, J.; Cochrane, R.; Wetton, S.; Copestake, S. The Social Functioning Scale the Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for Use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *Br. J. Psychiatry* **1990**, *157*, 853–859. [[CrossRef](#)]
44. Haro, J.M.; Kamath, S.A.; Ochoa, S.; Novick, D.; Rele, K.; Fargas, A.; Rodríguez, M.J.; Rele, R.; Orta, J.; Kharbeng, A.; et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale: A Simple Instrument to Measure the Diversity of Symptoms Present in Schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* **2003**, *107*, 16–23. [[CrossRef](#)]
45. Hayes, A.F. Methodology in the Social Sciences. In *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*, 2nd ed.; Guilford Press: New York, NY, USA, 2018.
46. Haghghat, R. A Unitary Theory of Stigmatisation: Pursuit of Self-Interest and Routes to Destigmatisation. *Br. J. Psychiatry* **2001**, *178*, 207–215. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]



47. Kurzban, R.; Leary, M.R. Evolutionary Origins of Stigmatization: The Functions of Social Exclusion. *Psychol. Bull.* **2001**, *127*, 187–208. [[CrossRef](#)]
48. Wenzlaff, R.M.; Wegner, D.M. Thought Suppression. *Annu. Rev. Psychol.* **2000**, *51*, 59–91. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
49. Mersh, L.; Jones, F.; Oliver, J. Mindfulness, Self-Stigma and Social Functioning in First Episode Psychosis: A Brief Report. *Psychosis* **2015**, *7*, 261–264. [[CrossRef](#)]
50. Tai, S.; Turkington, D. The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophr. Bull.* **2009**, *35*, 865–873. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
51. Mittal, D.; Sullivan, G.; Chekuri, L.; Allee, E.; Corrigan, P.W. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatr. Serv.* **2012**, *63*, 974–981. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
52. Johns, L.C.; Oliver, J.E.; Khondoker, M.; Byrne, M.; Jolley, S.; Wykes, T.; Joseph, C.; Butler, L.; Craig, T.; Morris, E.M.J. The Feasibility and Acceptability of a Brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Group Intervention for People with Psychosis: The 'ACT for Life' Study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* **2016**, *50*, 257–263. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
53. Oliveira, S.E.H.; Esteves, F.; Carvalho, H. Clinical Profiles of Stigma Experiences, Self-Esteem and Social Relationships among People with Schizophrenia, Depressive, and Bipolar Disorders. *Psychiatry Res.* **2015**, *229*, 167–173. [[CrossRef](#)]
54. Luoma, J.B.; Platt, M.G. Shame, Self-Criticism, Self-Stigma, and Compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Curr. Opin. Psychol.* **2015**, *2*, 97–101. [[CrossRef](#)]

### 3.3.Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study.

**Referencia:** Arboleya-Faedo, T., González-Menéndez, A., González-Pando, D., Paino, M., & Alonso-Pérez, F. (2023). Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5688. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095688>

**Factor de impacto:** 4.614, Q1, Public, Environmental & Occupational Health (JCR 2021, SSCI).

We present the results of a phenomenological study understanding the personal meaning of self-stigma in people with chronic psychosis. Self-stigma is a frequent phenomenon in the lives of people with psychosis and their families and it functions as a barrier to recovery. Semi-structured in-depth interviews were conducted with fourteen outpatients that suffer from chronic psychosis during January 2020. Data analysis was carried out using an inductive approach as described by Graneheim and Lundman through the MAXQDA 2022 program. The themes observed were: “Contextual Stigma”, “Components of Self-Stigma”, “Skills Loss” and “Coping with Self-Stigma”. The main categories and subcategories were avoidance and escape behaviours from their social environment, labelling, loss of social relationships, negative impact and self-concealment of the diagnosis. Our results revealed influence on each other, forming a looping effect that explains and amplifies the lived experience of self-stigma. These findings highlight the need to implement strategies in nursing practice aimed at training the acceptance and distancing necessary to minimize the impact of self-stigma on people with chronic psychosis. This study adheres to the EQUATOR guidelines for the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).



Article

# Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study

Tatiana Arboleya-Faedo <sup>1,\*</sup>, Ana González-Menéndez <sup>2</sup>, David González-Pando <sup>1,3</sup>, Mercedes Paino <sup>2</sup> and Fernando Alonso-Pérez <sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ISPA—Health Research Institute of the Principality of Asturias, 33011 Oviedo, Spain

<sup>2</sup> Department of Psychology, University of Oviedo, 33003 Oviedo, Spain

<sup>3</sup> Faculty of Nursing, University of Oviedo, 33394 Gijón, Spain

\* Correspondence: tatiana.arboleya@sespa.es

**Abstract:** We present the results of a phenomenological study understanding the personal meaning of self-stigma in people with chronic psychosis. Self-stigma is a frequent phenomenon in the lives of people with psychosis and their families and it functions as a barrier to recovery. Semi-structured in-depth interviews were conducted with fourteen outpatients that suffer from chronic psychosis during January 2020. Data analysis was carried out using an inductive approach as described by Graneheim and Lundman through the MAXQDA 2022 program. The themes observed were: “Contextual Stigma”, “Components of Self-Stigma”, “Skills Loss” and “Coping with Self-Stigma”. The main categories and subcategories were avoidance and escape behaviours from their social environment, labelling, loss of social relationships, negative impact and self-concealment of the diagnosis. Our results revealed influence on each other, forming a looping effect that explains and amplifies the lived experience of self-stigma. These findings highlight the need to implement strategies in nursing practice aimed at training the acceptance and distancing necessary to minimize the impact of self-stigma on people with chronic psychosis. This study adheres to the EQUATOR guidelines for the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ).

**Keywords:** mental health nursing; psychotic disorders; qualitative research; social stigma; self-stigma; looping effect



**Citation:** Arboleya-Faedo, T.; González-Menéndez, A.; González-Pando, D.; Paino, M.; Alonso-Pérez, F. Experiences of Self-Stigma in People with Chronic Psychosis: A Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 5688. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095688>

Academic Editors: Carlos Sequeira, Olga Ribeiro, Wilson Abreu and Francisco Sampaio

Received: 1 April 2023  
Revised: 26 April 2023  
Accepted: 27 April 2023  
Published: 29 April 2023



**Copyright:** © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## 1. Introduction

Schizophrenia is a challenging subject for human understanding and scientific explanation [1]. The etiological hypotheses of the disorder are many and varied and point in general to the interactive effect of genetic, biological, psychological and social factors [2]. Schizophrenia is characterized by abnormalities in the perception of thinking, emotions, language and behaviour [3]. Schizophrenia accounts for only 30% of the outcome fraction of a much broader spectrum of psychosis [4]. Psychosis is a common and functionally disturbing symptom of many psychiatric conditions [5]. The concept of psychosis has led to the transformation of a medical term to a loaded layman’s term with various negative connotations [4].

Social stigma in people with psychosis is a phenomenon of great interest because of its negative consequences in several domains of social functioning, quality of life and received and perceived social support [6]. Social stigma affects symptom management, disease awareness and adherence to treatment [7]. It is often described as prejudice and discrimination caused by negative stereotypes associated with the diagnostic label such as dangerousness, unpredictability and incompetence [8,9]. People with psychosis tend to endorse these stereotypes, anticipate social rejection and incorporate these views into their own value system, known as self-stigma (SS) or internalized stigma [10]. SS is therefore a frequent phenomenon in the lives of people with psychosis and their families and often

works as a barrier to recovery and the achievement of life goals [11]. The identification of variables predicting SS has been investigated in numerous empirical studies [7,12–14]. Two recent meta-analyses [15,16] revealed a significant association between SS and clinical and psychosocial variables: psychotic and depressive symptomatology, subjective recovery, functioning and adherence to treatment, hope, self-esteem, empowerment, self-efficacy, quality of life, and social support and integration.

Despite its interest, qualitative studies on the effects of SS in people with psychosis are still scarce [17,18]. Most of these studies report that the SS of people with psychosis emerges as a consequence of labelling, fear of mental illness in society and public discrimination [17,18]. Diagnosed people respond emotionally to social stigma with feelings of worthlessness and inferiority, and consequently impose social distancing, isolation and alienation behaviours on themselves [19,20]. Studies also agree on the loss of social roles, lack of opportunities and concealment of the diagnosis to avoid stigma [19].

From this perspective, it is important to describe and understand the phenomenon of SS. We propose this research question: How do people with chronic psychosis live SS experiences? In this case, the phenomenological method is particularly appropriate when trying to understand the personal meaning of the lived experience. Phenomenology seeks the essence of lived experience, without prejudice, looking for the way to understand how the person has lived it, reflects on it and gives meaning to that lived experience. The context that forms the lived experience consists of time, space, person who lives that experience and interaction with others and the world that surrounds him. People are considered linked to their world (incarnated) and are only understandable in their context [20]. According to Husserl [21], a phenomenological approach consists of decomposing the parts of inner perception in order to describe it properly. Furthermore, this approach is consistent with the holistic and humanistic view of the nursing performance, encouraging the understanding of the SS process and can help in the planning and optimising the necessary support and care [22].

Therefore, this study aims to explore the SS-related experiences of people with chronic psychosis.

## 2. Materials and Methods

### 2.1. Design

We conducted a qualitative study from a phenomenological approach [21]. A descriptive phenomenological analysis was applied; the aim of this analysis was to describe experiences and leave aside or 'bracket' the researcher's perceptions in order to enter the life world of the research participant without presuppositions [23].

The present report adheres to the EQUATOR guidelines for reporting research, following the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), a 32-item checklist for interviews and focus groups [24].

### 2.2. Sampling and Recruitment

The research was conducted with a sample of outpatients from a Mental Health Public Service in Asturias (Spain) that provides mental health care to a population of 50,000 people in the context of a city of 250,000 inhabitants. The sample was based on a previous study [25] in which 103 patients were assessed using the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) [26]. To be included in this study, participants were required to comply a number of inclusion criteria such as: being over 18 years of age; being able to express themselves verbally; meeting diagnostic criteria for the International Classification of Diseases Tenth Edition (ICD-10) codes F20–F29 for schizophrenia, schizotypal disorders and delusional disorders [27] for at least two years and presenting with elevated levels of SS (scores  $\geq 2.5$  in subscales of alienation and approval of stereotypes of ISMI). Measures of Perceived Discrimination, Social Withdrawal and Stigma Resistance were omitted as they do not constitute dimensions of internalized stigma per se. The exclusion criteria were

signs of severe physical illness, acute psychosis episode, cognitive impairment, intellectual disability and/or primary diagnosis of substance dependence.

The participants were selected using theoretical and purposive sampling. We recruited participants of different socio-demographic characteristics in order to obtain as diverse set of narratives as possible. Since the power of the sample does not lie in its size, but rather in the ability to reflect the diversity of the phenomenon studied, the sample size was not determined beforehand, but rather during the course of the study. People were contacted by telephone to ask if they wanted to participate. Through face-to-face interviews, all participants received information about the study with emphasis on its voluntary nature and were offered the opportunity to ask questions and make clarifications before signing the informed consent form. The participants had the possibility to choose a time and place to promote a climate of trust. No incentives were offered for participation. All were guaranteed confidentiality of data and the possibility to withdraw from participation at any time during the interview. Data saturation was reached with the participation of 14 people when we detected that no new relevant information was emerging [28]. The socio-demographic and clinical characteristics of the participants are shown in Tables 1 and 2, respectively.

**Table 1.** Main socio-demographic characteristics. Frequencies (F) and percentages of the sample (%) ( $N = 14$ ).

Socio-Demographic Characteristics	F	%
Sex		
Male	7	50
Female	7	50
Age		
Mean: 48.1		
SD: 10.2		
Marital status		
Single	7	50
Married/with partner	3	21.4
Separated/divorced	4	28.5
Total	14	100
Living arrangements		
Alone	3	21.42
Family of origin	10	71.42
With partner	1	7.14
Total	14	100
Education		
Primary	3	21.42
Secondary	10	71.42
University	1	7.14
Total	14	100
Employment situation		
Housework	1	7.14
Inactive (unemployed)	3	21.42
Active (employed)	1	7.14
Inactive (Employment disability)	8	57.14
Other	1	7.14
Total	14	100

**Table 2.** Main clinical characteristics. Frequencies (F)/mean (M) and percentages (%) or standard deviation (SD) of the sample (N = 14).

Clinical Characteristics	F or M	% or SD
ICD-10 diagnosis		
Paranoid schizophrenia (F20.0)	9	64.28
Delusional disorder (F22)	2	14.28
Schizoaffective disorder (F25)	1	7.14
Schizotypal disorder (F21)	2	14.28
Total	14	100
Employment disability		
No	1	7.14
33–49%	6	42.85
50–64%	3	21.42
65 o >65	4	28.57
Total	14	100
Substance use		
No	9	64.28
Yes	4	28.57
Ex-user	1	7.14
Total	14	100
Age at onset of psychosis (years)	28.6	9.1
Diagnosis (years)	19.5	10.9
Pharmacological treatment (years)	17.6	9.8
Type of treatment		
Depot antipsychotic injections	10	71.4
Oral antipsychotic	4	28.5
Number of hospitalisations	2.6	1.8
ISMI		
Subscale: Alienation	14	100
Subscale: Stereotype endorsement	7	50
Subscale: Social withdrawal	11	78.57
Subscale: Perceived discrimination	11	78.57
Subscale: Stigma resistance	7	50
Self-stigma Total score	2	14.28

### 2.3. Data Collection

Data collection was conducted through semi-structured in-depth interviews, which is the main method of data collection in phenomenological methodology [28]. Sociodemographic and clinical data were recorded for all participants. The participants had knowledge about the reasons for participating in the research. The researchers developed a script of guiding questions (Table 3). These questions were not themes or characteristics of the phenomenon. The interviewer was able to ask new questions and explore the questions in more detail, according to the speech of each participant. The interviewers used open questions as much as possible to allow for the participants to express their experiences openly, favouring the understanding of their subjectivity and uniqueness. The interview began by justifying the project and inviting the participant to a deep reflection on their personal experiences, guaranteeing confidentiality, respect and anonymity. It began with a general opening question so as not to condition the participant: What is your day-to-day like? The interviews were carried out in the Mental Health Center where the patients were receiving treatment, in a quiet room different from the usual consultation, during the month of January 2020. Fourteen interviews of sixty minutes' duration were conducted under the guidance of a nurse specialist in mental health. All interviews were audio recorded and subsequently transcribed. Findings presented in verbatim quotes are followed by the participant's identification code after recoding to ensure anonymity.

**Table 3.** Interview questions.

Question
What is your day-to-day like? Would you like to do other things?
What does your mental health problem mean to you? How do you cope with it?
What do you think of yourself? Have there been any changes in your feelings about yourself or your body? Have you done something to change what you don't like?
How is your relationship with your family and what feelings does it generate? How do you feel about your relationships with others?
Have you ever felt discriminated, can you give me an example? How do you think others perceive you?
What do you do in your free time? If your answer is negative, what do you need to change it?

#### 2.4. Data Analysis

Data analysis was carried out concurrently with data collection using qualitative content analysis with an inductive approach as described by Graneheim and Lundman [29]. The unit of analysis was the interview. The analysis started with reading the data in their entirety several times and continued with dividing the data into meaning units, consisting of words or sentences related through content and context. Each meaningful unit was summarized into a condensed meaningful unit, and the initial codes appeared (Table 4). A total of 200 initial codes were extracted from the interviews. The initial codes were classified as subcategories based on the similarity of the concept. Subcategories were classified into a category. The category refers mainly to a descriptive level of content and can thus be seen as an expression of the manifest content of the text. Lastly, the categories were organised into themes. A theme can be seen as an expression of the latent content of the text. The transcripts were individually coded by the same member of the interview team who conducted the interviews, with a subsequent review by another researcher. The coding system was constantly reviewed during the analysis. An external researcher replicated the coding of the transcripts. Discrepancies in the coding and refinement of the categories were discussed by the team and resolved by consensus. The program used for the analysis was MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021; VERBI Software. MAXQDA 2022 [computer software]. Berlin, Germany, 2021) [30].

**Table 4.** Examples of meaning units, condensed meaning units and codes.

Meaning Unit	Condensed Meaning Unit	Code
You are not a number, you are not a folder, you are something else, you are a story, a person	You are a person	Lack of humanization
I think I'm not up to normal people ...	Do not measure up	Inferiority
I am ashamed ... that they see how I am and that they know that I have this disease	Shame for having the disease	Shame
There's stuff on television about a schizophrenic who killed so many people, and ... People know what I have, so they're scared of me	Schizophrenic who killed so many people	Dangerousness

#### 2.5. Rigour

To ensure the rigour of the study, the criteria of credibility, transferability, consistency and confirmability were followed [31]. The interviews were conducted by a nurse specialist in mental health with over 11 years of clinical experience and extensive training in qualitative research. To enhance credibility, the role and possible biases of the researcher were

acknowledged. There was a relationship established with participants prior to study. The researcher maintained an open view, leaving prejudices behind, minimising the interference of subjectivity in the research activity. The interviews and analysis were conducted in Spanish. Although the results reported in the article were translated to English, the underlying latent meaning was preserved; the interpretations and translation have thoroughly been reflected on and discussed by the research team. Results were also returned to participants for validation. In terms of transferability, a detailed description of the characteristics of the context and the type of sample was carried out. Saturation of the data was sought. Triangulation of the researchers was used for data analysis, providing different approaches by an interdisciplinary team. An external researcher reviewed the construction of the methodology and data analysis for data consistency. A detailed description of the process of data collection, analysis and interpretation was provided with a constant comparison of the emerging results with previous studies. To achieve confirmability, the study was submitted to the Research Ethics Committee of the Principality of Asturias, describing what the interaction with the study participants would be like. The interviews were recorded and transcribed verbatim by the interviewer herself, using field notes and reflective notes to avoid missing or misinterpreting any data. The results were cross-checked with the existing citation of sources.

### 3. Results

The results revealed 31 subcategories, 15 categories and 4 themes. The themes observed were: contextual stigma, components of self-stigma, skill loss and coping with self-stigma. The results are presented in Table 5.

**Table 5.** Results. Subcategories, categories and themes.

Subcategory	Category	Theme
Stigma in the media Workplace Stigma Institutional Stigma Family Stigma	Social stigma	Contextual Stigma
Own stereotypes Influence of family stigma	Social stigma per se	
Lack of opportunities Mistrust Lack of symptom control Lack of skills Financial problems Family support	Loss of social relationships	
Dropping out of studies Loss of job	Loss of social roles	
Negative stereotypes	Labels	Components of Self-Stigma
Alienation	Derived emotional responses	
Isolation	Avoidance and escape behaviours	
Fear of rejection	Anticipatory discrimination	
Negative affect Low self-esteem	Negative impacts	Skills Loss
Lack of concentration Conversational difficulties Difficulty in problem solving	Cognitive disturbances	
Lack of motivation	Abandonment of activities	



**Table 5.** *Cont.*

Subcategory	Category	Theme
Religious practice Resignation about illness	Passive coping	
Seeking professional help Improving self-care	Active coping	Coping with Self-Stigma
Social distancing Self-concealment of the diagnosis	Avoidant coping	
Attempting self-harm	Ineffective coping	

### 3.1. Theme: Contextual Stigma

This refers to the social contexts that may influence the development of SS. Four categories emerged from this theme: social stigma, social stigma per se, loss of social relationships and loss of social roles.

#### 3.1.1. Social Stigma

All participants reported witnessing stigmatising comments, some consider that others believe that they may be faking the illness.

“They said that crazy people had to be in the loony bin and I’m just saying I think I’m not crazy, I have a disease” (C0090)

“People associate schizophrenia with being crazy” (C0026)

“They think I’m playing the victim or that I’m a crybaby or they tell me that what you need is to have been brought up differently or if only they give you a few slaps in time or they should have beaten the depression out of you . . . ” (C0104)

Additionally, that it is an untreatable disease and requires hospitalisation. They speak of prejudice where they explain that they feel fear, mistrust and misunderstanding towards them and of discrimination and experiences of rejection.

“They are afraid that we will harm them . . . ” (C0090)

“They don’t trust me” (C0019)

“Taboo subject that you tell people and people don’t understand” (C0026)

“I had a very bad time because I saw that everyone was ignoring me” (C0063)

“When you start to get to know someone, you start to tell them that you were sick or that I’m mentally ill, they start to pull away from you” (C0045)

They feel they are treated differently, lack of credibility, compassionate treatment and indifference.

“When you tell them one thing, it’s as if you have no credibility” (C0026)

“The few people who know about it look at me with compassion, as if to say let’s see this . . . ” (C0090)

“They don’t talk to me or anything” (C0028).

They consider that the media are responsible for disseminating a public image of the dangerousness of the mentally ill.

“There are things on television about . . . a schizophrenic killed so many people and people are afraid of me because they know what I have” (C0028)

“In the news there is always the phrase about suffering from mental disorders” (C0020)

Some of the interviewees refer to family stigma due to the lack of understanding of the illness, some relatives also hide the diagnosis from others. There are even participants who suffered a separation with their partner after the first crisis due to rejection.

“It is difficult to understand something like this if apparently you are normal but inside you are broken” (C0001)

“My husband doesn’t want to tell people my diagnosis . . . he has depression . . . ”

Additionally, they express difficulty in finding work and discrimination as a consequence of negative stereotypes about the illness such as incompetence and inferiority. However, others point out their limitations to develop a job.

“They label you as disabled and dependent and they treat you differently, they label you as inferior” (C0015)

“As soon as you tell them that I had a mental illness, they don’t accept the job” (C0045)

“I don’t think about it anymore because I have come to the conclusion that I can’t work” (C0019)

They speak of a lack of humanization, barriers and inequality in treatment just for the fact of contextualising a behaviour in a mental health service.

“You are not a number, you are not a folder, you are something more, you are a story” (C0019)

“Why do they have a glass partition, in case they are attacked? Because those below don’t have it . . . ” (C0019)

### 3.1.2. Social Stigma per se

Some of the participants use social stereotypes towards people with mental illness and show understanding towards the stigmatising people.

“People who kill” (C0020)

“They go crazy, they destroy everything, they destroy a whole room, they destroy a family . . . I understand people, you have to understand them too, I put myself in their place and I understand ” (C0026)

“I would do the same as people” (C0020)

The influence of family stigma with the social stigma itself is shown.

“I remember when I was a child with my mother crossing the street, you have to cross because they are here, she used to say . . . ” (C0020)

Some avoid relating to them because they remind them of themselves and prevent other people from relating to them.

“People on medication, they are very fucked up people and I don’t want to see that, I want to see good, healthy people” (C0026)

### 3.1.3. Loss of Social Relationships

We differentiate between relationships with partners, social relationships and family relationships. Most of the participants are single or divorced. They report the difficulty they have in finding a partner because of mistrust, isolation, lack of symptom control and diminished capacities. They also mention the lack of opportunities due to their poor social life, fear of rejection, economic problems and low self-esteem.

“Unthinkable, no, I don’t want to. I trusted my father and my mother, but not others” (C0019)

“I have a tendency to isolate myself, I find it difficult to communicate and I don’t like to socialise and that dynamites everything” (C0001)

"I don't know how to guide myself, I don't know how to orient myself or organise things the way other people organise things to go with their partners" (C0104)

"Nobody would want me today" (C0028)

Most of the participants report none or few social relationships related to the loss of friendships due to social rejection when disclosing their diagnosis. They also recognise the difficulty in relating to others and their tendency to self-isolation in relation to psychotic symptomatology.

"I find it difficult . . . I prefer to be alone" (C0022)

"And I feel observed today . . . even today, 24 h a day . . . because let's see . . . , I am at home and where I am best is at home" (C0063)

Most of the participants feel support from their family and have good feelings towards them, although some verbalise incomprehension.

"If it is not professionally, it is very difficult for them to understand you . . . " (C0001)

#### 3.1.4. Loss of Social Roles

Dropping out of school and loss of work due to illness.

"I stopped studying when I was in my twenties, when the crisis hit me" (C0001)

"With schizophrenia you can't work because they throw you out of work because you don't work hard . . . " (C0026)

### 3.2. Theme: Components of Self-Stigma

It refers to SS as a dynamic process that manifests itself in three dimensions: cognitive, emotional and behavioural. The analysis of this theme revealed five categories: labels, derived emotional responses, behaviour: avoidance and escape, anticipatory discrimination and negative repercussions.

#### 3.2.1. Labels

Participants revealed negative beliefs where the internalization of the stereotype manifests itself in the form of labels such as dangerousness, unpredictability and uselessness.

"This is the disease of criminals . . . , I am very aware of it, I have to take it because if I don't, I might be able to do something terrible, so in order for that not to happen, I have to take the medication and be rigorous. Be careful because in this situation you may become violent, be careful not to do so or you may react in an unpredictable way . . . " (C0020)

"I feel useless because before I was active, hard-working, I felt strong" (C0045)

#### 3.2.2. Derived Emotional Responses

As an emotional response to labels, alienation appears where participants revealed negative emotions such as shame, feelings of inferiority and disappointment resulting from having the disease.

"I'm ashamed . . . the fact that they know that I have this illness makes me ashamed . . . " (C0090)

"I'm very embarrassed when I go to pick up prescriptions at the pharmacy and they see it there . . . antipsychotics . . . " (C0063)

"I am disappointed with myself" (C0039)

"I think I failed in life" (C0045)

### 3.2.3. Avoidance and Escape Behaviours

Some interviewees choose social isolation as an avoidance strategy in response to prejudice.

“I think that I am noticed, that the people who knew me and see me now, know that there is something there, so I isolate myself and that’s it” (C0019)

### 3.2.4. Anticipatory Discrimination

A large proportion of respondents experienced anticipatory discrimination, believing that others would devalue or reject them for having a mental disorder.

“I’m tired of failures. It would be good for me . . . I know it would be good for me, but there have been many failures . . . I am afraid . . . it took me a while to get used to this life, to being alone . . . but now I am used to it and I am afraid I am going to fall into the anguish I had when I was alone again . . . ” (C0001)

“I usually say it in case they do not want to approach me” (C0015)

### 3.2.5. Negative Repercussion

Most participants experienced negative affect and low self-esteem in relation to SS, describing feelings of loneliness, either through loss of social relationships or social isolation; of dependence; of guilt for having the illness; of failure and of lack of confidence.

“You are so lonely you don’t know who to tell” (C0015)

“I am on my own without depending on anyone impossible” (C0063)

“Sometimes I feel bad for behaving the way I behave with people” (C0014)

“Totally failed because I had one life and now I have another” (C0063)

“My biggest problem is the lack of confidence in myself” (C0039)

Fear also appears in various forms, such as fear of psychopathological decompensation, to partner losses, social rejection and in the context of their own positive symptomatology.

“Fear of not being understood, of rejection . . . ” (C0090)

“Fear that the medication will fail and that I will get sick inside my head” (C0022)

“I am afraid that people will be afraid of me too” (C0045)

“I always have those fears there” (C0063).

They also experience a very low self-concept, lack of charisma, sadness and inferiority.

“I am very weak, I am not able to cope with things” (C0045)

“I feel sorry for myself for having this disease” (C0026)

“No one talks to me . . . . It’s very sad” (C0028)

## 3.3. Theme 3: Skills Loss

This theme encompasses the loss of cognitive abilities and feelings of incapacity. The analysis shows two categories:

### 3.3.1. Cognitive Disturbances

They report a loss of conversational ability, lack of concentration, slowness and secondary affective flattening, diminished executive abilities and difficulty in problem solving.

“I try . . . , but I don’t engage in conversation” (C0022)

“I can spend a while reading a page and I have nothing left and I start all over again” (C0019)

“With the treatment the emotions practically disappeared” (C0039)

### 3.3.2. Abandonment of Activities

They also report a tendency to give up activities due to lack of perseverance, tiredness, lack of motivation and low spirits. Participants perceive a feeling of incapacity for activity, apathy and insecurity in carrying them out.

“I don’t feel like doing different things, I don’t have enough vitality” (C0039)

“I don’t feel like doing anything” (C0063)

### 3.4. Theme: Coping with Self-Stigma

This refers to the way of coping with the disease. The analysis shows the following categories:

#### 3.4.1. Passive Coping

One of them is passive confrontation, as in seeking to manage emotional distress; participants speak of resignation and the abandonment of a futile fight against the disease or the search for healing through faith or miracles.

“Good, good, I’m used to it, I’ve been used to it for many years, I’m used to it” (C0001)

“It’s something that happened to me, like someone who has cancer or who is missing an arm, so I’m going to learn to live with it” (C0019)

“I take refuge in some kind of miracle happening, that everything will finally be solved” (C0104)

#### 3.4.2. Active Coping

Active coping is focused on improving symptom control by reducing drug use, focusing on effort or discipline and following the prescribed treatment and seeking professional help.

“I said to myself, yes, I can go ahead, yes, I can get out of it, I can be a little better” (C0090)

#### 3.4.3. Avoidant Coping

The isolation and self-concealment of the diagnosis, one of the most frequent codes, appears as a consequence of fear of rejection.

“Isolating myself was the best thing to do” (C0019)

“I don’t have any friends . . . because for once I told a person about it, they turned their back on me, that limits me a lot and I don’t tell anyone . . . ” (C0090)

“I think these things should not be told, that schizophrenia is a taboo” (C0026)

#### 3.4.4. Ineffective Coping

One person reported a self-harm attempt as an ineffective coping response.

“No one wanted me and so I threw myself out of a window . . . ” (C0063)

## 4. Discussion

The main aim of this research was to explore the life experiences related to SS in people with chronic psychosis. This objective, unattainable through any other type of methodology, shows the importance of qualitative research, as it is a way of allowing those truly involved to have their say—in this case, people with chronic psychosis who experience the devastating phenomenon of SS. The analysis of the experience of SS through in-depth interviews has allowed for us to understand the particular meaning of this process and to document a whole typology of experiences of SS.

The categories and subcategories to which participants devoted most time in the interview were those related to avoidance and escape behaviours from their social environment,

labels, loss of social relationships, negative repercussions and self-hiding of the problem, including the diagnosis. It was observed that the categories and subcategories revealed influence each other, forming a looping effect that ends up explaining and feeding the experience of SS.

Participants revealed an unwanted relationship with a host of negative stereotypes and experienced that the people around them perceived them as dangerous, unpredictable and incapable. Qualitative and quantitative literature reviews have consistently identified these labels among the general public and across countries [8,9,18,19]. All these studies reported experiences of discrimination and rejection, the observation of fear in others when they are present as well as the experience of feeling contemptuously labelled just because they have a mental illness [19]. As in previous studies, our results also underline that the configuration of SS is not only influenced by external factors (neighbours, community, media and clinical staff) but also the most immediate and reference environment, such as the family, can contribute to its consolidation [18].

With regard to general social context factors, most participants reported experiencing discrimination in numerous social interactions and through media representations that reflect and reinforce these stereotypes. “Crazy”, “murderer”, “freak” and “moron” are some of the derogatory terms most often heard by people with psychosis. In addition, findings concerning factors in the immediate social environment, such as the family, should also be considered. In our study, participants experienced their families as both a source of support and a source of stigma. While many acknowledged their care, support and attention, they also perceived a certain lack of understanding of their illness, an unnecessarily overprotective treatment and often a tendency to silence or conceal when others were present. Corrigan et al. [32] had already mentioned that family shame prejudice, belief in responsibility for the diagnosis and/or in the possibility of parental transmission of the disease are factors contributing to the development of SS.

Many participants stated that discrimination in the workplace is also a consequence of negative stereotypes about the disease, particularly those related to incompetence. People in this study reported such stigmatisation at work and, as in the Ong et al. [19], revealed that this type of discrimination is reflected in aspects such as the obligation to report psychiatric history in job interviews. Alternatively, participants consider that their psychiatric condition should not determine their ability to work.

Regarding institutional stigma, some interviewees mentioned unequal treatment, barriers and a lack of humanization. This result is consistent with that observed in studies that showed how participants felt discriminated against during their treatment process or mentioned a lack of kindness and consideration for their views [18,19,33].

The results also reported a loss of social roles such as dropping out of school and/or loss of work. Other participants broke away from these roles at the onset of the illness and could no longer regain them due in part to SS. As we see, the internalisation of what we have called contextual stigma in this study can lead to the loss of previous social roles and the adoption of life-limiting avoidance behaviours that reinforce both contextual stigma and SS. This vicious cycle leads to feelings of inferiority and personal devaluation that are further exacerbated by recognising oneself as cognitively impaired and overwhelmed by the frequent interference of positive symptomatology. It is not surprising that all these experiences lead, time and again, to new and continuous avoidance. In fact, the loss of cognitive abilities was another category with which participants tried to explain the reasons for their isolation, the scarcity of their social relations and the inactivity that characterised their daily routines. These dynamics were also evident when participants linked their disability to their feelings of insecurity and the effects of the prescribed medication on their mood.

In addition to this, the categories and subcategories of the components of self-stigma theme were also associated with labels, derived emotional responses (prejudice), escape and/or avoidance behaviours and negative repercussions. This is consistent with what is found in the international literature on stigma in mental illness [17,18]. Participants

reported internalising negative beliefs that they continually observed in their environment, alienation in the form of shame, fear of rejection and feelings of inferiority. This all leads to the self-isolation and self-discrimination characteristic of SS. Self-criticism and self-deprecation often result in the abandonment of work, treatment and help-seeking as well as the loss of opportunities for independent living. In this sense, as has been suggested in the previous literature, people with psychosis may benefit from intervention programmes that include strategies related to self-compassion, acceptance and cognitive defusion [25,34]. Lien et al. [35] found that guiding patients with a diagnosis of schizophrenia to perceive themselves more positively can effectively reduce their SS. Indeed, the tendency to avoid and try to get rid of negative self-evaluations has a negative impact on the social functioning of people with psychosis [25], it undermines their independence and feeds the experience of SS over and over again.

Concealment of one's illness is another of the coping behaviours most commonly reported by participants. The previous literature has documented that both active avoidance and self-concealment represent paradoxical coping strategies that are commonly employed by people with psychosis [36–38]. Overall, everything seems to confirm that people with psychosis maintain a defensive and intolerant relationship towards their own disorder. Such self-concealment, carried out in principle to avoid stigma, paradoxically leads to further avoidance and isolation behaviours that circularly reinforce SS.

The findings from listening to the first-person experiences of people with psychosis allow for us to conclude that the development of the process called SS is related to the incorporation of negative stereotypes of public stigma, experiences of discrimination and rejection and media representations of these images.

Qualitative research provides an in-depth understanding of a phenomenon. Being able to access the experiences of our patients enables more sensitive, humanised and effective nursing interventions. It also reveals unseen aspects of care. The findings of this study can help us to transform our relationship with patients. Knowing their strengths and experiences is of great importance to enhance their recovery without reducing everything to their illness. It is also useful to guide the selection of relevant variables in future quantitative research or to delve into other emerging themes in a qualitative way.

#### *Limitations*

This study is subject to the limitations of the methodology used. Nevertheless, all the criteria of rigour have been applied, guaranteeing a level of credibility, transferability, consistency and confirmability that is desirable at a theoretical level. The present study was performed with outpatients from a Mental Health Public Service in Asturias with specific sociodemographic and clinical characteristics. Therefore, the results are not generalisable but transferable to the type of context and sample. As our sample is limited, it is not representative of all individuals with chronic psychosis. The questions asked in the interviews required only subjective statements, thus there is no quantifiable measurement of the results.

As a strength, we consider the triangulation of methods carried out when selecting the participants with a high level of SS according to measures quantified in a previous study.

It would be interesting for future research to study the perception of people with psychosis with low SS scores to better understand their coping styles, and resilience. Triangulation of research data (family, mental health professionals) is also suggested for future studies of the SS phenomenon as it allows for a more holistic understanding of the evidence and may help identify problems or inconsistencies in the data.

#### **5. Conclusions**

This study explored the SS of patients with psychosis from the phenomenology approach proposed by Husserl. The results of the research revealed 4 themes and 15 categories. The observed themes were: contextual stigma, components of self-stigma, skill loss and coping with self-stigma. All these themes influence each other in a looping effect that

explains and amplifies the experience of SS. Qualitative research is a useful tool to gain insight into the patient's world and to intervene according to personally experienced needs. It is hoped that these findings will enable the implementation, in nursing practice, of strategies of cognitive defusion as well as acceptance and distancing aimed at minimising the impact that contextual stigma can have on people with psychosis.

**Author Contributions:** Conceptualization, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; data curation, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; formal analysis, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; funding acquisition, T.A.-F., D.G.-P. and F.A.-P.; investigation, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; methodology, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; project administration, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; resources, T.A.-F.; software, T.A.-F.; supervision, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; validation, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; visualization, T.A.-F., A.G.-M. and D.G.-P.; writing—original draft, T.A.-F., A.G.-M., D.G.-P. and M.P.; writing—review and editing, T.A.-F., A.G.-M., D.G.-P., M.P. and F.A.-P. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

**Funding:** This research was funded by Health Research Institute of Asturias, ISPA (Spain), grant number Open Publications ISPA 2022.

**Institutional Review Board Statement:** The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Research Ethics Committee of Asturias (Spain) (N° 77/17 5/05/2017) for studies involving humans.

**Informed Consent Statement:** Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

**Data Availability Statement:** The data presented in this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy and ethical reasons.

**Acknowledgments:** Funding for open Access Charge: Foundation for Biomedical Research and Innovation in Asturias—FINBA, (Spain). We thank the participants who generously shared their experiences.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

## References

1. Mancini, M.; Presenza, S.; Di Bernardo, L.; Lardo, P.P.; Totaro, S.; Trisolini, F.; Vetrugno, L.; Stanghellini, G. The life-world of persons with schizophrenia. A panoramic view. *J. Psicopatol.* **2014**, *20*, 423–434.
2. Howes, O.D.; Murray, R.M. Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* **2014**, *383*, 1677–1687. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Association, A.P. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th ed.; American Psychiatric Association: Arlington, VA, USA, 2013.
4. Guloksuz, S.; Van Os, J. The Slow Death of the Concept of Schizophrenia and the Painful Birth of the Psychosis Spectrum. *Psychol. Med.* **2018**, *48*, 229–244. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Arciniegas, D.B. Psychosis. *Continuum* **2015**, *21*, 715–736. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Degnan, A.; Berry, K.; Humphrey, C.; Bucci, S. The relationship between stigma and subjective quality of life in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* **2021**, *85*, 102003. [[CrossRef](#)]
7. Gerlinger, G.; Hauser, M.; De Hert, M.; Lacluyse, K.; Wampers, M.; Correll, C.U. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* **2013**, *12*, 155–164. [[CrossRef](#)]
8. Corrigan, P.W.; Shapiro, J.R. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin. Psychol. Rev.* **2010**, *30*, 907–922. [[CrossRef](#)]
9. Turkmen, S.; Yorulmaz, M.; Koza, E.; Ozdemir, S. Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. *J. Turgut Ozal Med. Cent.* **2018**, *25*, 12–17. [[CrossRef](#)]
10. Georgaca, E.; Zissi, A.; Cromby, J. Internalized stigma and self-presentation strategies of persons with psychotic and psychiatric experiences. *J. Community Psychol.* **2022**, *50*, 2875–2891. [[CrossRef](#)]
11. Corrigan, P.W.; Giffort, D.; Rashid, F.; Leary, M.; Okeke, I. Recovery as a psychological construct. *Community Ment. Health J.* **1999**, *35*, 231–239. [[CrossRef](#)]
12. Dubreucq, J.; Plasse, J.; Franck, N. Self-Stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophr. Bull.* **2021**, *47*, 1261–1287. [[CrossRef](#)]



13. Jian, C.-R.; Wang, P.-W.; Lin, H.-C.; Huang, M.-F.; Yeh, Y.-C.; Liu, T.-L.; Chen, C.-S.; Lin, Y.-P.; Lee, S.-Y.; Chen, C.-H.; et al. Association between Self-Stigma and Suicide Risk in Individuals with Schizophrenia: Moderating Effects of Self-Esteem and Perceived Support from Friends. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, 15071. [CrossRef]
14. Kim, E.Y.; Jang, M.H. The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia. *Asian Nurs. Res.* **2019**, *13*, 257–263. [CrossRef]
15. Del Rosal, E.; González-Sanguino, C.; Bestea, S.; Boyd, J.; Muñoz, M. Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010. *Stigma Health* **2020**, *6*, 324–334. [CrossRef]
16. Sarraf, L.; Lepage, M.; Sauvé, G. The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* **2022**, *248*, 64–78. [CrossRef]
17. Hiedari, A.; Meshkinyazd, A.; Soodmand, P. Broken personality: Lived experiences of patients with psychiatric disorders on self-stigma. *J. Res. Health Sci.* **2020**, *9*, 221–228. [CrossRef]
18. Yen, S.-Y.; Huang, X.-Y.; Chien, C.-H. The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Arch. Psychiatr. Nurs.* **2020**, *34*, 29–35. [CrossRef]
19. Ong, W.J.; Shahwan, S.; Goh, C.M.J.; Tan, G.T.H.; Chong, S.A.; Subramaniam, M. Daily Encounters of Mental Illness Stigma and Individual Strategies to Reduce Stigma—Perspectives of People with Mental Illness. *Front. Psychol.* **2020**, *11*, 590844. [CrossRef]
20. Errasti-Ibarrondo, B.; Jordán, J.A.; Díez-Del-Corral, M.P.; Arantzamendi, M. Conducting phenomenological research: Rationalizing the methods and rigour of the phe-nomenology of practice. *J. Adv. Nurs.* **2018**, *74*, 1723–1734. [CrossRef]
21. Husserl, E.; Gibson, W.R. *Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology*; Martino Fine Books: Eastford, CT, USA, 2017.
22. Guerrero-Castañeda, R.F.; González Soto, C.E. Experiencia vivida, Van Manen como referente para la investigación fenomenológica del cuidado. *Rev. Cienc. Cuid.* **2022**, *19*, 112–120. [CrossRef]
23. Rodriguez, A.; Smith, J. Phenomenology as a healthcare research method. *Evid. Based Nurs.* **2018**, *21*, 96–98. [CrossRef] [PubMed]
24. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* **2007**, *19*, 349–357. [CrossRef]
25. González-Menéndez, A.; Arboleya Faedo, T.; González-Pando, D.; Ordoñez-Camblor, N.; García-Vega, E.; Paino, M. Psychological Inflexibility in People with Chronic Psychosis: The Mediating Role of Self-Stigma and Social Functioning. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 12376. [CrossRef]
26. Boyd Ritsher, J.; Otilingam, P.G.; Grajales, M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* **2003**, *121*, 31–49. [CrossRef] [PubMed]
27. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 1992.
28. Flick, U. *An Introduction to Qualitative Research*; SAGE: Los Angeles, CA, USA, 2022.
29. Graneheim, U.H.; Lundman, B. Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Educ. Today* **2004**, *24*, 105–112. [CrossRef] [PubMed]
30. VERBI 2021, MAXQDA 2022 Online Manual. Available online: <https://www.maxqda.com/help-max22/welcome> (accessed on 9 June 2022).
31. Lincoln, Y.S.; Guba, E.G. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Dir. Program Eval.* **1986**, *1986*, 73–84. [CrossRef]
32. Corrigan, P. How stigma interferes with mental health care. *Am. Psychol.* **2004**, *59*, 614–625. [CrossRef]
33. Pelleboer-Gunnink, H.A.; Van Oorsouw, W.M.W.J.; Van Weeghel, J.; Embregts, P.J.C.M. Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: A systematic review. *J. Intellect. Disabil. Res.* **2017**, *61*, 411–434. [CrossRef]
34. Krafft, J.; Ferrell, J.; Levin, M.E.; Twohig, M.P. Psychological inflexibility and stigma: A meta-analytic review. *J. Context. Behav. Sci.* **2018**, *7*, 15–28. [CrossRef]
35. Lien, Y.J.; Chang, H.A.; Kao, Y.C.; Tzeng, N.S.; Lu, C.W.; Loh, C.H. Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: A structural equation modelling approach. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **2016**, *27*, 176–185. [CrossRef]
36. Arboleya, T.; González-Menéndez, A.; Ordoñez, H.; Pando, D.G.; Paino, M. Inflexibility processes as predictors of social functioning in chronic psychosis. *Psychosis* **2020**, *12*, 234–244. [CrossRef]
37. Moritz, S.; Lüdtkke, T.; Westermann, S.; Hermeneit, J.; Watroba, J.; Lincoln, T.M. Dysfunctional coping with stress in psychosis. An investigation with the Maladaptive and Adaptive Coping Styles (MAX) questionnaire. *Schizophr. Res.* **2016**, *175*, 129–135. [CrossRef]
38. Knaak, S.; Mantler, E.; Szeto, A. Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthc. Manag. Forum.* **2017**, *30*, 111–116. [CrossRef]

**Disclaimer/Publisher's Note:** The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.



## **DISCUSIÓN**

---



## 4. DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta Tesis Doctoral fue investigar la presencia y repercusiones del AE en personas con psicosis crónica que reciben tratamiento ambulatorio en el CSM III El Coto - Área de Salud V del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Se propusieron tres objetivos específicos acordes con los tres estudios que conforman la Tesis Doctoral. Concretamente, se analizó primero la presencia y peso de algunos procesos de IP (EE y AO) sobre el funcionamiento social de personas con psicosis. En segundo lugar, se evaluó el AE de personas con psicosis y se investigó si tanto el AE como el funcionamiento social median la relación entre la IP y la gravedad de la psicosis en la misma muestra de participantes. En tercer lugar se exploraron las experiencias personales de AE utilizando un enfoque fenomenológico descriptivo. El objetivo era conocer los significados del fenómeno a través del análisis de las narraciones de los participantes.

A continuación se resumen los principales hallazgos correspondientes a los objetivos generales y específicos que esta tesis doctoral se había planteado.

### **4.1. El papel de la Inflexibilidad Psicológica en el funcionamiento social de personas con Psicosis**

Los resultados sugieren que la EE, uno de los principales procesos que explican la IP, se relaciona y afecta al funcionamiento social de personas con psicosis crónica. El primer estudio de esta tesis confirma algunas evidencias anteriores (p. ej., Kimhy et al., 2012; Livingstone et al., 2009; Moritz et al., 2016; Van der Meer et al., 2009) que señalaban a la evitación activa y a la supresión como estrategias paradójicas de afrontamiento empleadas habitualmente por las personas con psicosis. La fuerte relación observada entre EE y AO informa que fueron los pacientes con mayor evitación quienes más tendieron a la ocultación de información personal negativa. Todo sugiere que las personas con psicosis mantienen una relación defensiva e intolerante con sus contenidos psicológicos (pensamientos, voces, sentimientos, emociones), algo que produce paradójicamente una presencia más pertinaz de esos eventos privados indeseados, estableciéndose así una forma circular y desadaptada de regulación. Esta intolerancia hacia los contenidos privados, característica del proceso denominado IP (Hayes et al.,

2006), ha sido observada en muestras de pacientes con problemas psicológicos formalmente heterogéneos, incluyendo trastornos alimentarios (p. ej., Litwin et al., 2017), comportamientos sexuales compulsivos (p. ej., Brem et al., 2017), problemas interpersonales (p. ej., Gerhart et al., 2014) o depresión mayor (Wagener et al., 2016)).

Este estudio también ha confirmado que los patrones de IP basados en la EE y la AO afectan negativamente al funcionamiento social de los participantes. Parece que las personas con esquizofrenia que tienden al aislamiento, que realizan menos actividades de ocio y que están menos implicadas en empleos productivos o en programas estructurados de actividad diaria, manifiestan conductas más rígidas e inflexibles. Los resultados están en línea con los de investigaciones previas en pacientes psicóticos que muestran asociaciones claras entre formas de regulación de la conducta basadas en la evitación y menor calidad de vida (p. ej., Vilardaga, et al., 2013), y con otras en las que se observa una mejoría del funcionamiento social y personal mediante el incremento de formas de regulación basadas en la aceptación y en la acción comprometida (Salgado et al., 2013). En nuestro estudio, la inflexibilidad observada en pacientes con pobre funcionamiento social sugiere una relación de lucha con los síntomas que impide a los participantes convertirse en gerentes de su propia vida, lo que a la larga invade y trastorna todas las facetas que generalmente la definen (trabajo, relaciones íntimas, relaciones familiares, etc.). Además, los pacientes que a criterio de sus psiquiatras de referencia presentaron mayores puntuaciones de gravedad de la psicosis evaluada mediante el instrumento ICG (Haro et al., 2003), no sólo presentaron un funcionamiento social y laboral peor sino que mostraron patrones más rígidos de EE y AO.

También analizamos en qué medida el funcionamiento social de los pacientes de la muestra viene determinado por comportamientos de aceptación o evitación de sus experiencias privadas. En este sentido, los resultados del análisis predictivo fueron reveladores. La EE explicó por sí sola cerca de un 22% de la varianza del funcionamiento social global. Sin embargo, a pesar de tener una correlación elevada con el criterio, la variable AO no entró en la ecuación de regresión. Esto indica que la EE y la AO están muy relacionadas entre sí, y que la correlación de la AO con el funcionamiento social se debe en buena parte a lo que tiene en común con la EE. En definitiva, la variable AO evaluada por la Escala de Auto-ocultación (SCS; Larson y Chastain, 1990) podría estar bien representada por la EE y no sería necesario añadir su evaluación en muestras de pacientes con psicosis.

Aun presentando correlaciones más bajas que la AO, otras variables que resultaron predictoras del funcionamiento social de los participantes fueron los años de evolución del trastorno y la puntuación de gravedad de la psicosis evaluada por el ICG (Haro et al., 2003). En este caso, la proporción de varianza explicada aumentó hasta el 37.1%.

Los participantes en el estudio presentaban una media de más de 19 años de evolución de su trastorno mental. No sorprende la capacidad predictiva de esta variable, especialmente si consideramos que la psicosis se inicia normalmente a edades tempranas y que el propio diagnóstico de esquizofrenia acarrea consecuencias que a menudo prescriben más que impiden el deterioro del funcionamiento social (Angermeyer et al., 2011). De acuerdo con esto, consideramos que no es la cronicidad *per se* la variable explicativa más relevante. Probablemente, el estigma/AE asociado al etiquetado y a la enfermedad mental así como la medicación antipsicótica y sus efectos supongan una amenaza para el desarrollo de una trayectoria vital normal, contribuyan a una merma progresiva en la capacidad de ajuste académico y desempeño socio-laboral y, en fin, afecten a la calidad de vida de las personas diagnosticadas (López-Santiago et al., 2012).

Los resultados encontrados en la evaluación del *insight* o conciencia de enfermedad merecen también una discusión. El pobre *insight* observado en personas con psicosis ha sido consistentemente asociado con peor ajuste social, niveles bajos de funcionamiento y peor cumplimiento terapéutico (Barrett et al., 2010; Valiente et al., 2015). Algunas de estas relaciones han sido confirmadas por nuestro estudio, aunque no en el caso de la EE. Ninguna de las facetas del *insight* evaluadas por la escala SUMD (Amador et al., 1993), instrumento que midió la conciencia de presentar un trastorno, de los efectos de la medicación, y de las consecuencias sociales que conlleva, se han visto relacionadas con la IP. El *insight* tampoco ha entrado en la ecuación de regresión como factor explicativo del funcionamiento psicosocial, lo que además de sugerir que una pobre conciencia de trastorno no implica un peor ajuste social, relacional o laboral, también contradice investigaciones anteriores (p. ej., Erol et al., 2014; Kurtz et al., 2013) en las que sí se muestran estas relaciones. El resultado aquí observado se alinea con otros trabajos que muestran que un *insight* apropiado puede no ser ventajoso en todas las circunstancias y que, de hecho, podría asociar peores resultados en ansiedad, depresión, satisfacción con la vida y comportamiento suicida (Cavelti et al., 2012; Or et al., 2013; Rathod et al., 2005). Este fenómeno, conocido como “paradoja del insight” (Chio et al.,

2018; Lysaker et al., 2018), debería hacer replantearse a los clínicos el dilema de promover o no esta forma de *insight* en los pacientes.

De hecho, la evaluación del *insight* realizada en el primer estudio de esta tesis informa exclusivamente de un *insight médico* -enfermedad, síntomas y medicación-, que resulta estigmatizante (Bouvet y Bouchoux, 2015) y que obliga a aceptar explicaciones biomédicas de las experiencias psicóticas. Aunque el estudio de la no conciencia del trastorno en la psicosis es un objetivo legítimo de investigación, la promoción de un *insight* narrativo más que clínico permitiría explorar el sentido personal, no necesariamente médico, de los síntomas (Johnson et al., 2012), así como ofrecer una alternativa apropiada para facilitar el aprendizaje de la aceptación, no de la eliminación, de las experiencias psicóticas.

#### **4.2. Inflexibilidad Psicológica y Psicosis. El papel mediacional del autoestigma y del funcionamiento social**

Con el segundo estudio de esta Tesis Doctoral tratamos de analizar la existencia de algún vínculo entre el fenómeno del AE en la psicosis y la IP. En primer lugar, el estudio reveló la importancia del AE en la vida de las personas con psicosis crónica. El AE se relacionó con el funcionamiento social y la severidad de los síntomas en las personas evaluadas. Además, se observó que la IP predijo el AE.

Hasta donde sabemos, este estudio fue el primero en mostrar el hallazgo de que la relación entre la IP y la gravedad de los síntomas psicóticos no es directo, sino que se explica mejor por la mediación del AE y del funcionamiento social. Es decir, el poder predictivo de la IP sobre la gravedad de la psicosis desaparece si incluimos el AE y el funcionamiento social como mediadores secuenciales. Otro hallazgo importante del segundo estudio de esta tesis es que la IP predice la reducción del funcionamiento social sin necesidad de tener en cuenta el AE. Además, el AE por sí solo no predice la gravedad de la psicosis; esta relación debe estar mediada por el funcionamiento social.

Además de confirmarse la influencia negativa de la IP en la gravedad de la psicosis, nuestro objetivo fue conocer cómo la IP (fusión cognitiva, evitación, apego al yo conceptualizado, etc...) produce tales repercusiones. Se demostró entonces que las personas con un estilo psicológico inflexible evitan y luchan por deshacerse de sus autoevaluaciones negativas (es decir, el contenido del AE), y que esta lucha disminuye



aún más su funcionamiento social e impacta negativamente en las valoraciones de gravedad del trastorno realizadas en este caso por el psiquiatra de referencia.

En este estudio también se analizaron las facetas del estigma que ejercieron el papel mediador entre la IP y la gravedad de la psicosis. Los resultados mostraron que solo los factores de aprobación del estereotipo ( $r = -0.333$ ) y resistencia al estigma ( $r = 0.224$ ) pudieron mediar en esta relación. La IP mostró esta influencia al aumentar la dimensión de aprobación del estereotipo (compuesta por pensamientos como “las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida plena y gratificante”, “no puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental” o “los estereotipos de la enfermedad mental son aplicados a mí”) y, en paralelo, disminuyendo la subescala de resistencia al estigma (es decir, la capacidad de resistencia frente al estigma social). En conjunto, la IP mostró una capacidad para dañar fuertemente el funcionamiento social de los participantes. La aprobación de estereotipos se refiere al conjunto de pensamientos plagados de autocrítica y desprecio por la propia capacidad de sentirse un miembro útil de la comunidad. Al igual que en otros estudios, los resultados confirman que el AE en la psicosis se caracteriza por la insatisfacción con las relaciones sociales, altos niveles de estereotipos, aislamiento y alienación (Oliveira et al., 2015). Este es un resultado que subraya tanto la necesidad de cambiar la credibilidad y la importancia de los pensamientos autocríticos que definen el AE, como la necesidad de promover la autocompasión como una forma más adaptativa de relacionarse con uno mismo y con los demás. Este tipo de estrategia, característica de la ACT, mejora el funcionamiento psicológico de los participantes (Luoma y Platt., 2015) y podría “sacar” del estigma y la exclusión a las personas que viven con psicosis.

Al igual que la IP, el estigma y el AE son procesos intrínsecamente rígidos (Haghighat, 2001; Kurzban y Leary, 2001). La fusión cognitiva, uno de los procesos que explican la IP, ocurre cuando uno está fuertemente influenciado por sus propios pensamientos y cree que estos representan con precisión quién es él o ella como persona. Esta relación con los propios pensamientos como si fueran traducciones literales de la realidad, refuerza conductas dirigidas a evitar el malestar asociado (p. ej., aislamiento, evitar situaciones en las que uno se siente “extraño”, rechazar conductas saludables, etc.). Paradójicamente, los esfuerzos por suprimir los pensamientos no deseados a menudo aumentan su frecuencia e intensidad (Wenzlaff y Wegner, 2000). Así, se establece un círculo vicioso que acaba invadiendo áreas importantes de la vida de quienes presentan

psicosis. Sobre esta base, la reducción de los pensamientos y sentimientos no deseados no debería ser el objetivo terapéutico; más bien la rehabilitación debería dirigirse a reducir los comportamientos ineficaces y a romper con la tendencia a considerar que los pensamientos y sentimientos son las razones de los comportamientos. La promoción de la flexibilidad psicológica podría ser útil para amortiguar tales relaciones. Las personas con psicosis crónica que muestran más flexibilidad psicológica podrían aprender a relacionarse de manera diferente con su AE, contemplando o viviendo sus experiencias autoestigmatizantes (por ejemplo, vergüenza, culpa, etc.) tan sólo como pensamientos o palabras que pasan por sus mentes (Merish et al., 2015) y no como verdades absolutas que definen quién son.

Los resultados aquí expuestos hacen dudar sobre la factibilidad de cambiar directamente la forma y frecuencia de los pensamientos autodesvalorizantes o estigmatizantes. Centrarse en los procesos verbales subyacentes de categorización, asociación y evaluación, más que en el contenido o topografía específica de los pensamientos autoestigmatizantes podría debilitar la naturaleza penetrante y rígida del estigma/autoestigma. Como Mittal et al. (2012) sugirieron en su revisión, las intervenciones contra el estigma que se concentran en la psicoeducación y la reducción de las autovaloraciones negativas deberían, al menos, ampliarse para incluir estrategias que favorezcan la flexibilidad psicológica, como el entrenamiento en técnicas de defusión cognitiva o mindfulness.

Numerosos estudios evidencian la factibilidad y aceptabilidad de la ACT en personas con psicosis (Bacon et al., 2014; Bloy et al., 2021; Johns et al., 2016; White et al., 2011). Bloy et al. (2021), realizaron un estudio cualitativo desde la Teoría Fundamentada con personas con psicosis para conocer los procesos de cambio experimentados tras un programa grupal de ACT. Los resultados mostraron cuatro temas principales: conciencia, relacionarse de manera diferente, reconexión con la vida y apoyarse en los demás. Todos los participantes experimentaron cambios beneficiosos con el programa. En la misma línea, otros estudios evidenciaron reducciones de la ansiedad, mayor motivación y mejoras en el autocuidado tras recibir una intervención con base en la ACT, aun sin una disminución directa en la sintomatología positiva (Bacon et al., 2014).

En resumen, las evidencias presentadas en los estudios I y II se unen a las encontradas en trabajos anteriores (p. ej., Bacon et al., 2014; Goldstone et al., 2011;

Morris et al., 2014; Udachina et al., 2014; Varese et al., 2016; Vilardaga et al., 2013). Todas ellas documentan el papel transdiagnóstico de los procesos de IP en el inicio, mantenimiento y evolución de muchos trastornos mentales, incluida la psicosis. De acuerdo a los resultados, la IP tiene capacidad para explicar el AE, la gravedad de la psicosis y el pobre funcionamiento social de las personas diagnosticadas.

Las personas con psicosis definen la recuperación en términos de reconstrucción de la propia vida y de la recuperación del sentido de sí mismo (Pitt et al., 2007). Consideramos que el empleo de estrategias relacionadas con la aceptación de las experiencias psicóticas, el apoyo auténtico al paciente evitando juicios de valor, así como la comprensión empática de los síntomas en el contexto de las vivencias propias pueden mejorar los resultados en el funcionamiento social de estas personas y, por tanto minimizar los efectos perniciosos y paralizantes del AE. El enfoque transdiagnóstico de la ACT tiene ese objetivo. Los procesos que se analizan en la terapia y que dan cuenta de la flexibilidad psicológica hacen de la ACT un tratamiento anclado en la recuperación. La ACT promueve la compasión por uno mismo y la conexión social mediante un cambio de enfoque en la persona, quien avanza desde el control de síntomas a la conexión con aquello que le resulta importante. Alienta asimismo la participación activa en la vida, al ser algo que el cliente desea, que observa en los demás y que, de algún modo, tenía en el pasado. El enfoque de la ACT también ayuda a encontrar un significado personal, pues enseña a dignificar el dolor y el sufrimiento ineludibles al vivir como parte del proceso de hacer las cosas que verdaderamente se valoran.

#### **4.3. Exploración fenomenológica de la vivencia del autoestigma**

Para alcanzar el tercer objetivo de este estudio se empleó metodología cualitativa. Se utilizó un diseño coherente con una perspectiva fenomenológica descriptiva. La fenomenología descriptiva es una tarea de clarificación que ayuda a llegar a las “cosas mismas”, es decir llegar a las personas con sus experiencias y circunstancias (Husserl, 2012). Desde esta posición hemos podido comprender y profundizar en el significado de las experiencias de las personas con psicosis crónica sobre su AE. El planteamiento parte de entender la psicosis como un trastorno de la experiencia de sí mismo o de la ipseidad (Pérez Álvarez et al., 2010) y considerar que la recuperación del sentido de sí mismo

necesita de una actitud fenomenológica abierta a la experiencia y el reconocimiento mutuo.

La disciplina enfermera ha buscado ampliar la producción de conocimientos desde un enfoque que enfatice la singularidad de lo humano, investigando las relaciones proceso salud-enfermedad a partir de las experiencias vividas por las personas (Rocha et al., 2013). Así también como para la Psicología y la Psiquiatría, la fenomenología cobra importancia para la disciplina enfermera ya que permite comprender fenómenos y hallar el significado de las experiencias de las personas. En relación a esto, La Teoría del Cuidado Humano de Watson (1988) trata del cuidado de la persona en su totalidad, incluyendo sus experiencias de vida en el mundo. Watson, define el cuidado como “una relación intersubjetiva en la cual se trata de entender al sujeto como un igual” y considera que la Enfermería es un arte cuando la enfermera comprende los sentimientos del otro y es capaz de sentir esos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona. Por esta razón podemos afirmar que el cuidado humanizado tiene una estrecha relación con la fenomenología. Y la fenomenología a su vez, nos permite brindar un cuidado efectivo e individualizado de las necesidades que las personas manifiestan.

Para el reclutamiento de los participantes en este estudio fenomenológico se partió de la muestra del estudio II y se realizó un muestreo intencionado con base en los sujetos que presentaban niveles altos de AE según las puntuaciones de la escala ISMI (Ritsher et al., 2003). La muestra quedó formada por 14 personas con las que se realizaron entrevistas individuales en profundidad. Los resultados del estudio revelaron 31 subcategorías, 15 categorías y 4 temas. Los temas observados fueron: Estigma contextual, Pérdida de habilidades, Componentes del autoestigma y Afrontamiento del autoestigma. Las categorías y subcategorías a las que los participantes dedicaron más tiempo en la entrevista fueron las relacionadas con conductas de evitación y escape de su entorno social, etiquetas, pérdida de relaciones sociales, repercusiones negativas y auto-ocultación del problema. Se observó que las categorías y subcategorías reveladas se influyen entre sí formando un efecto de bucle que acaba explicando y alimentando la experiencia de AE.

El tema Estigma Contextual está formado por las siguientes categorías: Estigma social, Propio estigma Social, Pérdida de relaciones sociales y Pérdida de roles sociales. El estudio mostró que las personas con psicosis se relacionan con un buen número de estereotipos negativos y experimentan cómo las personas de su entorno les perciben como

peligrosos, impredecibles e incapaces. También se declaran expuestas a los prejuicios del público general, como el miedo, la desconfianza y la incompreensión, y experimentan un sinnúmero de conductas de discriminación y de rechazo sólo por ser conocidos por presentar una enfermedad mental. Revisiones y estudios tanto cualitativos como cuantitativos de procedencias muy diversas han identificado consistentemente las mismas etiquetas mencionadas en este trabajo (Corrigan y Shapiro., 2010; Ong et al., 2020; Turkmen et al., 2018; Yen et al., 2020).

Al igual que en estudios previos, nuestros resultados subrayan que la configuración del AE no solo está influida por factores externos (vecinos, comunidad, medios de comunicación y personal sanitario) sino que el entorno más cercano y de referencia, como la familia, puede contribuir a su consolidación (Ewens et al., 2022; Yen et al., 2020). El hecho es que el prejuicio de la vergüenza familiar, la creencia en la responsabilidad del diagnóstico y/o en la posibilidad de transmisión parental de la enfermedad son factores que contribuyen al desarrollo del AE (Corrigan, 2004). En nuestro estudio, los participantes manifestaron que la familia era su principal apoyo aunque también percibían incompreensión hacia la enfermedad y un trato excesivamente sobreprotector. Este hallazgo es coherente con otros estudios que muestran que la familia tiende a infantilizar y sobreproteger a la personas con trastorno mental, limitando su privacidad, crecimiento personal e identidad propia (Ewens et al., 2022; Mestdagh y Hansen, 2014; Ong et al., 2020). Los participantes de nuestro estudio relataron que sus familiares trataban en secreto su problema de salud mental y utilizaban mecanismos de evitación para hacer frente al estigma. Esto se alinea con el reciente trabajo de metasíntesis realizado por Manesh et al. (2023) sobre la experiencia de estigma de familiares cuidadores de personas con trastorno del espectro esquizofrénico según el cual los familiares evitan las interacciones sociales y ocultan en casa a la persona con esquizofrenia.

En cuanto a la influencia de los medios de comunicación en el estigma, las personas con psicosis crónica perciben cómo los medios hacen referencia a los trastornos mentales de una forma sensacionalista, exagerada y fragmentaria, vinculando los problemas de salud mental a comportamientos agresivos y violentos (Yen et al., 2020). La mayoría de los participantes informa de estas representaciones en los medios y considera que reflejan y refuerzan los estereotipos negativos de la enfermedad mental. Existe evidencia sobre el papel de los medios de comunicación en el estigma de las

enfermedades mentales (Rodrigues-Silva et al., 2017). Un estudio español analizó la utilización del término "esquizofrenia" en medios de comunicación escritos. El estudio observó que en las noticias eran frecuentes expresiones estigmatizantes, por ejemplo "brote" en lugar de descompensación o "manicomio" en lugar de hospitalización, así como el uso metafórico del término esquizofrenia con una connotación negativa (p. ej., incoherencia, desequilibrio, excentricidad) (Pérez Álvarez et al., 2015).

Otro de los contextos de afectación del estigma es el laboral. Muchos participantes afirmaron que la discriminación laboral es consecuencia de los estereotipos negativos sobre la enfermedad, en particular los relacionados con la incompetencia e inferioridad. Revelar los antecedentes psiquiátricos en una entrevista de trabajo también supone un estigma que puede condicionar el acceso al trabajo pues la etiqueta diagnóstica puede llegar a determinar la capacidad para trabajar (Ong et al. (2020). Sin embargo, algunos de los participantes del tercer estudio se declararon conformes con su incapacitación laboral. Esta conformidad con la condición de incapacidad laboral se relaciona con numerosos aspectos relacionados con la evolución y pronóstico de psicosis. Entre otros los síntomas negativos, el aislamiento por síntomas positivos, la resignación y nula conciencia de enfermedad, etc.

En cuanto al estigma institucional, algunos participantes relataron sus vivencias sobre trato desigual, barreras y falta de humanización. Muchos señalaron, por ejemplo, el empleo de la mampara de cristal como protección del personal sanitario debido al estereotipo de peligrosidad. Es este un resultado consistentemente observado en otros estudios cualitativos que mostraron cómo los participantes denunciaban la experiencia discriminación durante el proceso de tratamiento o mencionaban falta de amabilidad y de consideración sobre sus opiniones (Ong et al., 2020; Pelleboer-Gunnink et al., 2017; Yen et al., 2020).

Algunos participantes revelaron su propio estigma hacia las enfermedades mentales en forma de estereotipos y discriminación. Como revelaron Muñoz et al. (2011) el estigma influye en las expectativas de recuperación y puede ser una variable predictora del AE.

Las relaciones sociales son deficitarias en gran parte de los participantes. Muchos explican este déficit relacional como consecuencia de la sintomatología psicótica, de los problemas económicos y de la baja autoestima. También como efecto del rechazo social y de la discriminación anticipada. Muchos experimentaron la pérdida de algunos de sus

roles sociales como el abandono de los estudios y/o la pérdida del trabajo. Algunos rompieron con estos roles al inicio de la enfermedad y comentaron que ya no podían recuperarlos debido a los pensamientos incapacitantes relacionados con el AE, los cuales les impiden seguir adelante e inmovilizan. Esta vivencia de duelo por la pérdida del yo anterior al diagnóstico o a los síntomas, afecta a la confianza de las personas con psicosis y les obliga a adoptar un nuevo papel en su vida; el rol de “paciente mental” (Fusar-Poli et al., 2022). Esta pérdida de identidad ya reconocida en la metasíntesis de Kaite et al. (2015) se explica en su tema central: la lucha permanente por la reconciliación con uno mismo y con la enfermedad.

Como vemos, la interiorización de lo que en este estudio hemos denominado estigma contextual puede conducir a la pérdida de roles sociales previos y a la adopción de conductas de evitación que limitan la vida y que refuerzan tanto el estigma contextual como el AE. Este círculo vicioso da lugar a sentimientos de inferioridad y desvalorización personal que se agudizan al reconocerse los pacientes deteriorados cognitivamente y desbordados por la frecuente interferencia de la sintomatología positiva. En una revisión sobre la experiencia vivida de la psicosis desde la perspectiva fenomenológica, Fusar-Poli et al. (2022) señalaron que la sintomatología positiva a menudo se asocia con el retiro de la vida social debido a la incapacidad subjetiva de hacer frente al sentido perturbado de sí mismo y del mundo, la pérdida de interés por las relaciones sociales y las dificultades para las relaciones interpersonales. No sorprende que todas estas experiencias conduzcan una y otra vez a la evitación continua. De hecho, la pérdida de capacidades cognitivas fue otra categoría con la que los participantes explicaron las razones de su aislamiento y de sus rutinas diarias caracterizadas por la escasez de relaciones sociales y la inactividad. Esta dinámica también fue evidente cuando los participantes relacionaron su discapacidad con sus sentimientos de inseguridad y los efectos de la medicación prescrita en su estado de ánimo.

El tema Componentes de Autoestigma está constituido por seis categorías: etiquetas, respuestas emocionales derivadas (prejuicio), conductas de escape y/o evitación, discriminación anticipada y repercusiones negativas. Esto es consistente con lo que se encuentra en la literatura internacional sobre el estigma en las enfermedades mentales (Hiedari et al., 2020; Kaite et al., 2016; Yen et al., 2020). Los participantes comentaron cómo interiorizan las creencias negativas que observan continuamente en su entorno y experimentan alienación en forma de vergüenza, miedo al rechazo y

sentimientos de inferioridad. Esta situación conduce al autoaislamiento y la autodiscriminación que caracterizan el AE. La autocrítica y el autodesprecio a menudo producen el abandono del trabajo y la búsqueda de ayuda, así como la pérdida de oportunidades para una vida independiente. En esta línea, Corrigan et al. (2009) describieron el efecto “*why try*” (“por qué intartarlo”), que muestra cómo la autoestigmatización interfiere con el logro de las metas vitales de estas personas. En una revisión de estudios cualitativos sobre el impacto del estigma en la búsqueda de ayuda, Clement et al. (2015) encontraron que la disonancia entre la propia identidad y los estereotipos negativos de la enfermedad mental da lugar a que las personas anticipen o experimenten las consecuencias negativas del estigma contextual. Para evitar esto, las personas ocultan los problemas de salud mental y enmascaran los síntomas y esto, junto con las experiencias de rechazo, hace que no busquen ayuda (Clement et al., 2015). En consecuencia, en nuestro estudio el ocultamiento de la propia enfermedad es una categoría frecuentemente reportada dentro del tema Afrontamiento del AE en nuestro estudio. Las personas ocultan sus experiencias a familiares y amigos porque se sienten avergonzados y temen ser etiquetados como “locos”, e incluso al inicio del trastorno también lo hacen con la esperanza de que sus problemas se resuelva espontáneamente (Fusar-Poli et al., 2022). La literatura ha documentado que tanto la evitación activa, la AO, como el AE representan estrategias de afrontamiento paradójicas que suelen emplear las personas con psicosis (Knaak et al., 2017; Moritz et al., 2016). En este estudio, una minoría de participantes mantenía un afrontamiento activo que experimentaba a través de la búsqueda de ayuda y el fomento de su autocuidado. Sin embargo, en general, todo parece confirmar que las personas con psicosis mantienen una relación defensiva e intolerante hacia su propio trastorno, ya sea en forma de resignación, conformismo, ideación/intento de suicidio o AO del problema. Esta AO, llevada a cabo en principio para evitar el estigma, paradójicamente conduce a más comportamientos de evitación y aislamiento que refuerzan el AE de forma recíproca.

En resumen, los hallazgos del estudio fenomenológico realizado permiten concluir que el desarrollo del proceso denominado AE está relacionado con la incorporación, credibilidad y fusión con los estereotipos negativos del estigma contextual y con las experiencias vividas de discriminación y rechazo. Esto nos permite subrayar la importancia de trabajar en personas con psicosis el AE, no tanto en el cambio de



contenidos auto-estigmatizantes sino en el cambio en la credibilidad concedida a tales pensamientos.

Por tanto y como se ha sugerido en la literatura previa, las personas con psicosis pueden beneficiarse de programas de intervención que incluyan estrategias relacionadas con la autocompasión, la aceptación y la defusión cognitiva (Krafft et al., 2019). Lien et al. (2018) encontraron que guiar a los pacientes con un diagnóstico de psicosis para que se perciban a sí mismos de manera más positiva puede reducir efectivamente su AE. De esta forma, mantener un equilibrio entre los dominios importantes de la vida, ser consciente, estar abierto y comprometido con comportamientos que sean congruentes con valores profundamente arraigados no solo ayudaría a mejorar el AE sino que proporcionaría también un enfoque integral para la atención a las personas con psicosis.

#### **4.4. Implicaciones clínicas y retos de futuro**

A partir de los resultados de los estudios presentados en esta Tesis Doctoral se formula un modelo integrador del AE, aun a sabiendas de que nos movemos en un contexto donde los modelos que explican el estigma de las enfermedades mentales son numerosos.

El modelo propuesto en esta Tesis Doctoral resulta novedoso al incluir variables que no se habían contemplado previamente. Aunque Yanos et al. (2008) habían confirmado la hipótesis de que el AE aumentaba el afrontamiento evitativo, hemos tratado de reforzar sus valiosos trabajos considerando la inclusión de algunas variables más parsimoniosas, como la IP. La IP es una variable transdiagnóstica que podría ser de ayuda para comprender la dominancia del AE y sus repercusiones. Para documentar este modelo y aportar evidencias de validez convergente, hemos introducido variables absolutamente relevantes a la investigación del AE y también de la psicosis, que incluyen el funcionamiento social, los años de evolución del trastorno y la gravedad de la psicosis, así como el insight o conciencia de enfermedad, entre otras.

Con base en los resultados y conclusiones de los estudios empíricos I, II y III que conforman la presente Tesis Doctoral, cabría plantear, por último, el diseño un programa psicosocial de aceptación del AE en personas con psicosis crónica con el objetivo de reducir las consecuencias del AE tanto a nivel de compromiso emocional y cognitivo como de repercusiones conductuales. Se trataría pues de planificar intervenciones

dirigidas a potenciar la flexibilidad psicológica que redunden en un mejor funcionamiento social y que minimicen las funciones rígidas y perniciosas del AE. Son las personas más inflexibles las que más evitan y luchan por deshacerse de sus valoraciones negativas (contenido del AE) porque la evitación y la fusión cognitiva funcionan como cantos de sirena que esconden muchos engaños. Mediante una adecuada comprensión de las experiencias en primera persona sobre el proceso de incorporación de estereotipos negativos del estigma público, experiencias de discriminación y rechazo, repercusiones negativas del AE y formas de afrontamiento ineficaz, podríamos orientar más cabalmente la intervención hacia una recuperación centrada en la persona.

Dado que las enfermeras especialistas en salud mental emplean una gran cantidad de tiempo en acompañar a los usuarios en distintos escenarios, presentan una posición privilegiada para observar y escuchar, evaluar sus áreas disfuncionales y planificar objetivos de intervención que sigan enfoques terapéuticos basados en la evidencia. Estas profesionales brindan atención directa al paciente tanto en entornos hospitalarios como comunitarios y por ello, las intervenciones que incorporen estrategias de aceptación pueden favorecer los cuidados (Yıldız, 2020). Las bases teóricas de la ACT son coherentes con la práctica enfermera en la medida que comparten algunos enfoques comunes, como la perspectiva holística del contextualismo funcional (Hayes et al., 2015) y la aceptación incondicional de la persona como pilar básico de la relación terapéutica (Rogers, 1986). Según Chalifour (1994), prestar cuidados de forma holística es acompañar y entender a la persona en todas sus dimensiones: biológicas, cognitivas, afectivas, sociales y espirituales. En este sentido, el objetivo de la intervención enfermera no sería cambiar los contenidos o eventos internos de la persona (pensamientos, sentimientos, imágenes, impulsos, alucinaciones, etc.) ni tampoco reducir la intensidad y frecuencia de estas experiencias, sino centrarse en ayudar a los pacientes a relacionarse con sus pensamientos de manera diferente. Por lo tanto, la intervención habría que orientarse hacia la aceptación de experiencias, la reducción de la EE y la clarificación de valores o sentido de la vida para tratar de vivir de acuerdo con los mismos y, en consecuencia, una vida que merezca la pena.

La Enfermera especialista en salud mental debe ante todo conocer y reconocer que las personas con psicosis presentan una enorme cantidad de experiencias en su vida cotidiana que van mucho más allá de sus síntomas y que por lo tanto necesitan intervenciones dirigidas a distintos focos de atención. Por ejemplo, la posibilidad de

intercambiar narrativas en intervenciones grupales, compartir ideas sobre los procedimientos de aceptación y otros que se trabajen en las sesiones y la creación de un contexto de compromiso personal y público con los valores elegidos (Hayes et al., 2011; Walser y Pistorello, 2004). Para personas con psicosis, las intervenciones grupales pueden ser particularmente valiosas porque brindan la oportunidad de normalizar las experiencias psicóticas, ganar apoyo entre pares y facilitar la toma de perspectiva, todo lo cual aumenta el valor de las estrategias terapéuticas específicas (O'Donoghue, 2018). Además, el trabajo en grupo puede tener un uso más eficiente en el tiempo que el trabajo individual especialmente si va dirigido a variables transdiagnósticas como la IP (González-Pando et al., 2018).

El programa que se plantea combinaría asimismo intervenciones psicosociales y técnicas derivadas de los principios básicos de la ACT. Las intervenciones psicosociales, concordantes con la filosofía de la ACT, están ya presentes en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC (Butcher et al., 2019), destacando entre ellas: clarificación de valores, dar esperanza, mejorar el afrontamiento, potenciación de la autoconciencia, potenciación de la autoestima, establecimiento de objetivos comunes y aumentar los sistemas de apoyo.

Dicho programa podría estructurarse en 8 sesiones grupales a razón de una sesión por semana, con grupos reducidos de entre 4 a 6 personas. Para evaluar la efectividad de este programa se formarían (asignación aleatoria) varios grupos experimentales y de control de personas con psicosis crónica que presentasen puntuaciones altas de AE y merma en el funcionamiento social. Los pacientes de los grupos controles permanecerían en lista de espera para recibir la intervención toda vez que se demostrase su eficacia. Los instrumentos de medida que podrían utilizarse incluyen el Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II; Bond et al., 2011), Escala de auto-ocultación (SCS; Larson y Chastain, 1990), Escala de estigma internalizado de enfermedad mental (ISMI; Ritsher et al., 2003), Escala de Funcionamiento Social (SFS; Birchwood et al., 1990), Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia (CGI; Haro et al., 2003), Escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD; Amador et al., 1993) y Cuestionario de Estadios de recuperación (STORI; Andresen et al., 2006; Andresen, et al., 2003). Estos cuestionarios se administrarían antes, después y al cabo de 3 y 6 meses tras la intervención. Se determinaría la efectividad del programa mediante un análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas comparando las puntuaciones en los diferentes

momentos. Desde el punto de vista de las expectativas del profesional asistencial, se espera que el nivel de AE disminuya al mejorar el funcionamiento social y la flexibilidad psicológica de personas con psicosis crónica, si bien el investigador debe estar libre de cualquier expectativa hasta que los datos demuestren dicho efecto.

Por último, sería oportuno señalar la carencia encontrada en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Butcher et al., 2019) respecto a intervenciones basadas en la ACT, que de hecho no existen, *sensu estricto*. Incluso, los principios de esta terapia podrían entrar en conflicto con determinadas intervenciones NIC presentes en esta taxonomía, como la reestructuración cognitiva, donde se enseñaría a la persona a sustituir pensamientos catastrofistas por otros más realistas. La Reestructuración cognitiva fue, como intervención enfermera, una importación procedente de la terapia cognitiva, mientras que la Modificación de la conducta lo fue del Análisis Aplicado de la Conducta. Procesos nucleares en la ACT como la aceptación y la defusión podrían tener en el futuro su espacio (como técnica, nunca como terapia) en la NIC. Tras revisar la taxonomías enfermeras, se encontró que la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Moorhead et al., 2019) incluye algunos resultados que pueden ir en la misma línea pero centrados en el compromiso y no en la aceptación. Uno de ellos es el NOC Aceptación de la enfermedad, cuyos indicadores de resultados son los siguientes: Clarificación de valores percibidos, Demostración de auto-respeto positivo o Realización de tareas de cuidados personales. Por ello, sugerimos para el futuro la pertinencia de una nueva intervención enfermera específica derivada de la ACT.

#### **4.5. Limitaciones**

Algunas limitaciones de los estudios I y II deben ser consideradas. Su carácter transversal impide establecer relaciones de causalidad entre las variables y la interpretación de los resultados debe realizarse con cautela. Se hace necesario diseñar un estudio longitudinal del modelo para confirmar los vínculos observados entre la IP, AE y el funcionamiento social. Se propone que futuros estudios analicen el papel moderador de la EE sobre el AE y el *insight* y los mecanismos de mediación, examinando si el fomento de la flexibilidad psicológica entre las personas con trastornos mentales graves desactiva el impacto dañino del AE, mejora el funcionamiento social y contribuye a la recuperación de las personas con psicosis crónica.

El estudio III está sujeto a las limitaciones propias de la metodología cualitativa utilizada. Sin embargo, se han aplicado todos los criterios de rigor recomendados y se han garantizado los niveles de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad deseables a nivel teórico.

Como fortaleza debe señalarse que la complementación de paradigmas permitió combinar la descripción de las experiencias con la investigación empírica. Sería interesante que futuras investigaciones analizaran las experiencias de AE de las personas con psicosis con niveles bajos de esta variable para así comprender mejor sus formas de afrontamiento y resistencia o resiliencia. También sería oportuno triangular los datos con grupos de familiares o de profesionales de salud mental. Todo ello, sin duda, permitiría comprender mejor el fenómeno del AE y el porqué de sus repercusiones.

A pesar de estas limitaciones, los estudios que conforman esta tesis apoyan el papel nocivo de la IP sobre el AE, el funcionamiento social y la gravedad de la psicosis de pacientes que viven con psicosis crónica. Asimismo, los tres estudios alientan el diseño de intervenciones enfermeras que promuevan la recuperación personal y lo hagan con base en el modelo de flexibilidad psicológica de la ACT (Hayes et al., 199). En definitiva la Tesis Doctoral aquí presentada amplía la literatura existente al sugerir que los procesos de inflexibilidad, especialmente la fusión cognitiva, permiten explicar las razones del impacto nocivo del AE en personas con psicosis crónica.

Por último, debe destacarse que esta aproximación al universo de las personas con psicosis es solo una contribución más a la evidencia científica dada la dificultad de comprensión de una realidad tan compleja, perturbadora, enigmática y, a su vez, tan humana.



## **CONCLUSIONES**

---





## 6. CONCLUSIONES

1. Los patrones de inflexibilidad psicológica (IP) basados en la evitación experiencial y en la auto-ocultación afectan negativamente al funcionamiento social de personas con psicosis crónica.
2. La IP es capaz de predecir el pobre funcionamiento social que se observa en personas con psicosis.
3. Ni el *insight* ni ninguna de sus facetas (conciencia de presentar un trastorno, de los efectos de la medicación, y de las consecuencias sociales del trastorno) se relacionan con la inflexibilidad psicológica ni con el funcionamiento social de las personas con psicosis crónica.
4. La IP también predice el autoestigma (AE) así como las puntuaciones de gravedad de la psicosis. El AE por sí solo es incapaz de predecir la gravedad de la psicosis; esta relación tiene que ser mediada por el funcionamiento social.
5. La IP demuestra capacidad suficiente para explicar el AE, la gravedad del trastorno y el pobre funcionamiento social de las personas con psicosis crónica.
6. Los significados de la vivencia del AE en personas con psicosis crónica están conformados por su experiencia con el estigma contextual, la pérdida de habilidades, los propios componentes del AE y sus mecanismos de afrontamiento. Todos estos elementos se influyen recíprocamente y forman un efecto bucle que explica y amplifica la experiencia de AE.
7. La experiencia de AE en personas con psicosis crónica está relacionada con la incorporación, credibilidad y fusión con los estereotipos negativos del estigma contextual y con las experiencias vividas de discriminación y rechazo.
8. Centrarse en los procesos verbales subyacentes de categorización, asociación y evaluación, más que en el contenido o topografía de los pensamientos autoestigmatizadores podría debilitar la naturaleza penetrante y rígida del autoestigma.
9. Las intervenciones contra el estigma que se concentran en la psicoeducación y la reducción o cambio de las autovaloraciones negativas deberían reconsiderarse o al menos ampliarse para incluir estrategias que favorezcan la flexibilidad psicológica, como el entrenamiento en estrategias como la defusión cognitiva y la clarificación de valores.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, M., Guillén, A. I., & Muñoz, M. (2019). Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *The Spanish journal of psychology*, 22, E27. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., Flaum, M. M., Endicott, J., & Gorman, J. M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 873–879. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.873>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (APA). (2020). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia* (3<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Association <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(11-12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163–179. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of

population studies. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(5), 367–372. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085563>

Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 10(1), 1–5. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00008472>

Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129–1139. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1129>

Bach, P., Hayes, S. C., & Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior modification*, 36(2), 165–181. <https://doi.org/10.1177/0145445511427193>

Bacon, T., Farhall, J., & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(4), 402–420. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000209>

Barbieri, A., & Visco-Comandini, F. (2020). Efficacia delle terapie cognitive della terza onda nel trattamento delle psicosi: una meta-rassegna [Efficacy of third wave cognitive therapies in the treatment of psychosis: a meta-review]. *Rivista di psichiatria*, 55(2), 61–70. <https://doi.org/10.1708/3333.33020>

Barrett, E. A., Sundet, K., Faerden, A., Agartz, I., Bratlien, U., Romm, K. L., Mork, E., Rossberg, J. I., Steen, N. E., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2010). Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophrenia research*, 123(2-3), 257–262. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.07.018>

Basile, B. (2004). Self-disclosure in eating disorders. *Eating and Wight Disorders*, 9(3), 217-223

- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Esquizofrenia: Teoría cognitiva, investigación y terapia* (1ª ed.). Paidós.
- Belvederi, M., & Amore, M. (2019). The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophrenia bulletin*, *45*(2), 277–283. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby092>
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúa, B., & Gil-Sanz, D. (2018). Adaptation into Spanish of the Internalised Stigma of Mental Illness scale to assess personal stigma. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de psiquiatría y salud mental*, *11*(4), 244–254. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
- Bentall, R.P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis. In. Bentall, R.P. (Ed.), *Reconstructing schizophrenia* (p.23-60). Routledge.
- Berrios, G. E., & Hauser, R. (1988). The early development of Kraepelin's ideas on classification: A conceptual history. *Psychological Medicine*, *18*(4), 813–821. <https://doi.org/10.1017/S0033291700009740>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *157*, 853–859. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.853>
- Bloy, S., Morris, E. M. J., Johns, L. C., Cooke, A., & Oliver, J. E. (2021). “My voices are just part of me, they don’t own me”: a qualitative investigation of Acceptance and Commitment Therapy groups for people experiencing psychosis. *Psychosis*, *13*(3), 195-208. <https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1870542>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological

inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676–688.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

Bouvet, C., & Bouchoux, A. (2015). Exploring the relationship between internalized stigma, insight and depression for inpatients with schizophrenia. *L'Encephale*, 41(5), 435–443.  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.07.006>

Bouws, J., Henrard, A., de Koning, M., Schirmbeck, F., van Ghesel Grothe, S., van Aubel, E., Reininghaus, U., de Haan, L., & Myin-Germeys, I. (2023). Acceptance and Commitment Therapy for individuals at risk for psychosis or with a first psychotic episode: A qualitative study on patients' perspectives. *Early intervention in psychiatry*, 10.1111/eip.13442. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1111/eip.13442>

Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17–23.  
<https://doi.org/10.1037/prj0000035>

Bradstreet, S., & Connor, A. (2005). Communities of recovery. *Mental health today (Brighton, England)*, 22–24.

Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Depression, anxiety, and compulsive sexual behaviour among men in residential treatment for substance use disorders: The role of experiential avoidance. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(6), 1246–1253. <https://doi.org/10.1002/cpp.2085>

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232–238.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>



- Buchanan, R.W. y Carpenter, W.T. (2000). Schizophrenia: Introduction and overview. In B.J Sadock & V.A. Sadock (Eds.) *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, Volume 1 (7<sup>a</sup> ed.) (pp. 1096-1110). Lippincott Williams & Wilkins
- Butcher, M., Bulechek, G., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7<sup>a</sup> ed.). Elsevier.
- Burke, E., Wood, L., Zabel, E., Clark, A., & Morrison, A. (2016). Experiences of stigma in Psychosis: A qualitative analysis of service users' perspectives. *Psychosis*, 8(2), 130–142. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1115541>
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Rüsck, N., & Vauth, R. (2012). Self-stigma and its relationship with insight, demoralization and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 468–479. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.001>
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*. SG.
- Chan, S. K. W., Kao, S. Y. S., Leung, S. L., Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., Chang, W. C., & Chen, E. Y. H. (2019). Relationship between neurocognitive function and clinical symptoms with self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 28(6), 583–588. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340599>
- Chan, K. K. S., Lee, C. W. L., & Mak, W. W. S. (2018). Mindfulness model of stigma resistance among individuals with psychiatric disorders. *Mindfulness*, 9(5), 1433–1442. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0887-2>
- Chan, K. K. S., & Mak, W. W. S. (2015). The cognitive content and habitual process of self-stigma: Effects on self-esteem and recovery. *European Psychiatry*, 30, 734. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30583-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30583-6)
- Chio, F. H. N., Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., & Tong, A. C. Y. (2018). Unraveling the insight paradox: One-year longitudinal study on the relationships between insight, self-stigma, and life satisfaction among people with schizophrenia spectrum

disorders. *Schizophrenia research*, 197, 124–130.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.014>

Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 357–373.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>

Chrostek, A., Grygiel, P., Anczewska, M., Wciórka, J., & Świtaj, P. (2016). The intensity and correlates of the feelings of loneliness in people with psychosis. *Comprehensive psychiatry*, 70, 190–199.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.015>

Ciompi, L. (1998). Is Schizophrenia an Affective Disease? The hypothesis of affect logic and its implications for psychopathology. In W. F. J. Flack & J. D. Laird (Eds.), *Emotions in Psychopathology: Theory and Research* (pp.283-297). Oxford University Press.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11–27.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Correll, C. U., Solmi, M., Veronese, N., Bortolato, B., Rosson, S., Santonastaso, P., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., Gallicchio, D., Collantoni, E., Pigato, G., Favaro, A., Monaco, F., Kohler, C., Vancampfort, D., Ward, P. B., Gaughran, F., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3, 211, 768 patients and 113, 383, 368 controls. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(2), 163–180. <https://doi.org/10.1002/wps.20420>

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48–67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>

- Corrigan P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Corrigan, P. W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied & Preventive Psychology: Journal of the American Association of Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 179–190. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.07.001>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Kuwabara, S. A. (2010). Social psychology of the stigma of mental illness: Public and self-stigma models. In J. E. Maddux & J. P. Tangney (Eds.), *Social psychological foundations of clinical psychology* (pp. 51–68). The Guilford Press.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Rossi, R. D., Fontecchio, M. J., Castro, D., Gause, M., Krzyżanowski, R., & Rüşch, N. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry research*, 229(1-2), 148–154. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.053>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüşch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J. y Rüşch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>

- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review, 30*(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002a). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 1*(1), 16–20.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002b). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical psychology: Science and practice, 9*(1), 35.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness-and Acceptance-based interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Global Advances in Health and Medicine, 5*(1), 30–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.083>
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., Carretero-Román, J., Franco-Martín, M. A., García-Portilla, P., Haro, J. M., Olivares, J. M., Penadés, R., Del Pino-Montes, J., Sanjuán, J., & Arango, C. (2017). Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking project. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de psiquiatria y salud mental, 10*(1), 4–20. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 504–553). McGraw-Hill.
- Crowe M. (2022). Psychiatry and/or recovery: a critical analysis. *International journal of mental health nursing, 31*(6), 1542–1551. <https://doi.org/10.1111/inm.13072>

- Cuevas-Yust, C., Perona-Garcelán, S., & Jesús Martínez-López, M. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un paciente con diagnóstico de trastorno delirante. *Psicothema*, *15*(Número 1), 120–126. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8148>
- Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Archives of psychiatric nursing*, *28*(1), 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>
- Curto, M., Fazio, F., Ulivieri, M., Navari, S., Lionetto, L., & Baldessarini, R. J. (2021). Improving adherence to pharmacological treatment for schizophrenia: a systematic assessment. *Expert opinion on pharmacotherapy*, *22*(9), 1143–1155. <https://doi.org/10.1080/14656566.2021.1882996>
- Davis, L., & Kurzban, S. (2012). Mindfulness-based treatment for people with severe mental illness: A literature review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *15*(2), 202-232.
- De Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D., & VAN Winkel, R. (2009). Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *8*(1), 15–22. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00199.x>
- Del Rosal, E., González-Sanguino, C., Bestea, S., Boyd, J., & Muñoz, M. (2021). Correlates and consequences of internalized stigma assessed through the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for people living with mental illness: A scoping review and meta-analysis from 2010. *Stigma and Health*, *6*(3), 324.
- Dhungana, S., Tulachan, P., Chapagai, M., Pant, S. B., Lama, P. Y., & Upadhyaya, S. (2022). Internalized stigma in patients with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study from Nepal. *PloS one*, *17*(3), e0264466. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264466>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia bulletin*, *47*(5), 1261–1287. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>

- Edmonds, J., Masuda, A., & Tully, E. C. (2014). Relations among self-concealment, mindfulness, and internalizing problems. *Mindfulness*, 5(5), 497–504. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0204-z>
- Erol, A., Delibas, H., Bora, O., & Mete, L. (2014). The impact of insight on social functioning in patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 379–385. <https://doi.org/10.1177/0020764014548287>
- Ewens, D., Finlay, J., Hunter, S. C., Simpson, L., Graham, A., Sharp, A., Allan, K., Christie, I., & Jenkins, P., (2022). *The Scottish Mental Illness Stigma Study: Final Report*. The Mental Health Foundation and See Me. <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-11/MHF-Scotland-See-Me-SMISS-Final-Report-2022.pdf>
- Fadipe, B., Olagunju, A. T., Ogunwale, A., Fadipe, Y. O., & Adebowale, T. O. (2020). Self-stigma and decision about medication use among a sample of Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatric rehabilitation journal*, 43(3), 214–224. <https://doi.org/10.1037/prj0000408>
- Feldman, D. B., & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(2), 137–154. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.2.137>
- Fox, A. B., Earnshaw, V. A., Taverna, E. C., & Vogt, D. (2018). Conceptualizing and Measuring Mental Illness Stigma: The Mental Illness Stigma Framework and Critical Review of Measures. *Stigma and health*, 3(4), 348–376. <https://doi.org/10.1037/sah0000104>
- Fresán, A., Robles-García, R., Zárate, C. I. S., González-Forteza, C., & Apiquian, R. (2019). Percepción de inimputabilidad en esquizofrenia en adolescentes de la Ciudad de México. *Revista Española de Medicina Legal*. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2019.01.003>

- Friedlander, A., Nazem, S., Fiske, A., Nadorff, M. R., & Smith, M. D. (2012). Self-concealment and suicidal behaviors. *Suicide & life-threatening behavior, 42*(3), 332–340. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00094.x>
- Fung, K. M., Tsang, H. W., & Cheung, W. M. (2011). Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry research, 189*(2), 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.013>
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Venables, J., Onwumere, J., Messas, G., Gilardi, L., Nelson, B., Patel, V., Bonoldi, I., Aragona, M., Cabrera, A., Rico, J., Hoque, A., Otaiku, J., Hunter, N., Tamelini, M. G., Maschião, L. F., Puchivailo, M. C., Piedade, V. L., ... Maj, M. (2022). The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 21*(2), 168–188. <https://doi.org/10.1002/wps.20959>
- García, S., Martínez-Cengotitabengoa, M., López-Zurbano, S., Zorrilla, I., López, P., Vieta, E., & González-Pinto, A. (2016). Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *Journal of clinical psychopharmacology, 36*(4), 355–371. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523>
- García Montes, J. M., Luciano Soriano, C. M., Hernández López, M., & Zaldívar Basurto, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. [Application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in delusional symptomatology: a case study]. *Psicothema, 6*(1), 117-124. <https://www.psicothema.com/pdf/1170.pdf>
- García Montes, J. M., & Pérez Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas [ACT as treatment for psychotic symptoms: The case of auditory hallucinations]. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(113), 455–472.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour research and therapy, 44*(3), 415–437. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>

- Gerhart, J. I., Baker, C. N., Hoerger, M., & Ronan, G. F. (2014). Experiential avoidance and interpersonal problems: A moderated mediation model. *Journal of contextual behavioral science*, 3(4), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.08.003>
- Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M., & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 155–164. <https://doi.org/10.1002/wps.20040>
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books.
- Goldstone, E., Farhall, J., & Ong, B. (2011). Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 260–266. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.02.002>
- González-Domínguez, S., González-Sanguino, C., & Muñoz, M. (2019). Efficacy of a combined intervention program for the reduction of internalized stigma in people with severe mental illness. *Schizophrenia research*, 211, 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.010>
- González Pando, David, Cernuda Martínez, José Antonio, Alonso Pérez, Fernando, Beltrán García, Palma, & Aparicio Basauri, Víctor. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145–166. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet (London, England)*, 377(9783), 2093–2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)



Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC psychiatry*, *6*, 21. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-21>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCIntervencionespsicosocialestrastornomentalgrave.pdf>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. (2009) Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)

Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation: Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation. *The British Journal of Psychiatry*, *178*, 207–215. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.207>

Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodríguez, M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Gregor, K., Jones, P. B., & SOHO Study Group (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (416), 16–23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x>

- Hasan, A., Falkai, P., Wobrock, T., Lieberman, J., Glenthøj, B., Gattaz, W. F., Thibaut, F., Möller, H. J., & WFSBP Task force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, *14*(1), 2–44. <https://doi.org/10.3109/15622975.2012.739708>
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Lysaker, P. H. (2017). The Special Challenges of Psychotherapy with Persons with Psychosis: Intersubjective Metacognitive Model of Agreement and Shared Meaning. *Clinical psychology & psychotherapy*, *24*(2), 428–440. <https://doi.org/10.1002/cpp.2012>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, *44*(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, *40*(7), 976–1002. <https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy* (p. 6). Guilford press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente. (Mindfulness)* (2<sup>a</sup> ed.) (R. Álvarez, Trans.). Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, *7*, 141–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional

- approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hiedari, A., Meshkinyazd, A., & Soodmand, P. (2020). Broken personality: lived experiences of patients with psychiatric disorders on self-stigma. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 9(3), 221-228. <https://dx.doi.org/10.22062/jqr.2020.91515>
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J., & Nordentoft, M. (2017). SA57. Life expectancy and years of potential life lost in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 43(suppl\_1), S133–S134. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx023.056>
- Hsiao, C. Y., & Lu, H. L. (2022). High internalized stigma among community-dwelling patients with schizophrenia: Associations with sociodemographic and clinical characteristics, personality traits and health-related quality of life. *International journal of mental health nursing*, 31(6), 1503–1512. <https://doi.org/10.1111/inm.13056>
- Huggett, C., Birtel, M. D., Awenat, Y. F., Fleming, P., Wilkes, S., Williams, S., & Haddock, G. (2018). A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems. *Psychology and psychotherapy*, 91(3), 380–397. <https://doi.org/10.1111/papt.12167>
- Husserl, E. (2012). *Ideas: General introduction to pure phenomenology*. Routledge.
- Ijaz, S., Bolea, B., Davies, S., Savović, J., Richards, A., Sullivan, S., & Moran, P. (2018). Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews. *BMC psychiatry*, 18(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1848-y>
- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 215, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>

- Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., & Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 204(1), 20–29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
- Jian, C. R., Wang, P. W., Lin, H. C., Huang, M. F., Yeh, Y. C., Liu, T. L., Chen, C. S., Lin, Y. P., Lee, S. Y., Chen, C. H., Wang, Y. C., Chang, Y. P., Chen, Y. L., & Yen, C. F. (2022). Association between Self-Stigma and Suicide Risk in Individuals with Schizophrenia: Moderating Effects of Self-Esteem and Perceived Support from Friends. *International journal of environmental research and public health*, 19(22), 15071. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215071>
- Johns, L. C., Oliver, J. E., Khondoker, M., Byrne, M., Jolley, S., Wykes, T., Joseph, C., Butler, L., Craig, T., & Morris, E. M. (2016). The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: The 'ACT for life' study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.10.001>
- Johnson, S., Sathiyaseelan, M., Charles, H., Jeyaseelan, V., & Jacob, K. S. (2012). Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: A prospective 5-year cohort study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 159. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-159>
- Jones, C., Hacker, D., Meaden, A., Cormac, I., Irving, C. B., Xia, J., Zhao, S., Shi, C., & Chen, J. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD008712. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub3>
- Kaite, C. P., Karanikola, M., Merkouris, A., & Papatheanassoglou, E. D. (2015). "An ongoing struggle with the self and illness":  $\alpha$  meta-synthesis of the studies of the

- lived experience of severe mental illness. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 458–473. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.012>
- Kaite, C. P., Karanikola, M. N., Vouzavali, F. J., Koutroubas, A., Merkouris, A., & Papathanassoglou, E. D. (2016). The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study. *BMC psychiatry*, 16(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1051-y>
- Karakaş, S. A., Okanlı, A., & Yılmaz, E. (2016). The Effect of Internalized Stigma on the Self Esteem in Patients with Schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 30(6), 648–652. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.006>
- Kavak, F., & Yılmaz, E. (2021). The effect of hope on the treatment adherence of schizophrenia patients. *Annals of Medical Research*, 25(3), 0416–0419. <https://annalsmedres.org/index.php/aomr/article/view/1463>
- Kawamura, K. Y., & Frost, R. O. (2004). Self-Concealment as a Mediator in the Relationship Between Perfectionism and Psychological Distress. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 183–191. <https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000021539.48926.c1>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kim, E. Y., & Jang, M. H. (2019). The Mediating Effects of Self-Esteem and Resilience on the Relationship Between Internalized Stigma and Quality of Life in People with Schizophrenia. *Asian nursing research*, 13(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.09.004>
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry research*, 200(2-3), 193–201. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.029>

- Kira, I. A., Lewandowski, L., Ashby, J. S., Templin, T., Ramaswamy, V., & Mohanesh, J. (2014). The Traumatogenic Dynamics of Internalized Stigma of Mental Illness Among Arab American, Muslim, and Refugee Clients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(4), 250–266. <https://doi.org/10.1177/1078390314542873>
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/084047041667941>
- Krafft, J., Haeger, J. A., & Levin, M. E. (2019). Comparing cognitive fusion and cognitive reappraisal as predictors of college student mental health. *Cognitive behaviour therapy*, 48(3), 241–252. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1513556>
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., & Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 94–103. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp130>
- Kuipers, E., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C., & Kendall, T. (2014). Management of psychosis and schizophrenia in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 348, g1173. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1173>
- Kurtz, M. M., Olfson, R., & Rose, J. (2013). Self-efficacy and functional status in schizophrenia: Relationship to insight, cognition and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 145(1–3), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.030>
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, 127(2), 187–208. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.187>

- Lähteenvuo, M., & Tiihonen, J. (2021). Antipsychotic Polypharmacy for the Management of Schizophrenia: Evidence and Recommendations. *Drugs*, *81*(11), 1273–1284. <https://doi.org/10.1007/s40265-021-01556-4>
- Laing, R.D. & Esterson, A. (1970). *Sanity, Madness and the Family*. Penguin Books Ltd
- Lally, J., & MacCabe, J. H. (2015). Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *British medical bulletin*, *114*(1), 169–179. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv017>
- Larson, D. G., & Chastain, R. L. (1990). SC: Conceptualization, measurement and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *9*(4), 439–455. <https://doi.org/10.1521/jscp.1990.9.4.439>
- Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *34*(8), 705–774. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.8.705>
- Liberman R. P. (2012). Recovery from schizophrenia: form follows functioning. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *11*(3), 161–162. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00118.x>
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, *14*(4), 256-272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>
- Lieberman, J., Jody, D., Geisler, S., Alvir, J., Loebel, A., Szymanski, S., Woerner, M., & Borenstein, M. (1993). Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, *50*(5), 369–376. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820170047006>
- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W., & Loh, C. H. (2018). Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *27*(2), 176–185. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000950>

- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2010). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *18*(5), 971–976. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.353>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, *92*(6), 1461–1500. <https://doi.org/10.1086/228672>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, *27*(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Litwin, R., Goldbacher, E. M., Cardaciotto, L., & Gambrel, L. E. (2017). Negative emotions and emotional eating: the mediating role of experiential avoidance. *Eating and weight disorders: EWD*, *22*(1), 97–104. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0301-9>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine (1982)*, *71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Livingstone, K., Harper, S., & Gillanders, D. (2009). An exploration of emotion regulation in psychosis. *Clinical psychology & psychotherapy*, *16*(5), 418–430. <https://doi.org/10.1002/cpp.635>
- López-Santiago, J., Blas, L. V., & Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(1), 1–10. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.1.2012.10365>
- Luciano, M. C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [The trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *1*, 109–157



- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction research & theory, 16*(2), 149–165. <https://doi.org/10.1080/16066350701850295>
- Luoma, J. B., & Platt, M. G. (2015). Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in Acceptance and Commitment Therapy. *Current Opinion in Psychology, 2*, 97–101. doi:10.1016/j.copsyc.2014.12.016
- Lysaker, P. H., Pattison, M. L., Leonhardt, B. L., Phelps, S., & Vohs, J. L. (2018). Insight in schizophrenia spectrum disorders: Relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 17*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1002/wps.20508>
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia bulletin, 33*(1), 192–199. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl016>
- Mak, W. W., Chio, F. H., Chong, K. S., & Law, R. W. (2021). From mindfulness to personal recovery: The mediating roles of self-warmth, psychological flexibility, and valued living. *Mindfulness, 12*, 994-1001. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01568-3>
- Manesh, A. E., Dalvandi, A., & Zoladl, M. (2023). The experience of stigma in family caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon, 9*(3), e14333. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14333>

- Marcus, S. C., Zummo, J., Pettit, A. R., Stoddard, J., & Doshi, J. A. (2015). Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *Journal of managed care & specialty pharmacy*, 21(9), 754–768. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2015.21.9.754>
- Masuda, A., Anderson, P. L., Wendell, J. W., Price, M., Feinstein, A. B., & Chou, Y. Y. (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 243–247. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.037>
- McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., Ryan, K., Conrad, G., Romano, D., Francis, D., Hunt, J., Costantini, L., & Chan, E. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*, 6(3), 1–9. <https://doi.org/10.5172/jamh.6.3.212>
- Mendoza, H., Masuda, A., & Swartout, K. M. (2015). Mental health stigma and self-concealment as predictors of help-seeking attitudes among Latina/o college students in the United States. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 37(3), 207–222. <https://doi.org/10.1007/s10447-015-9237-4>
- Mersh, L., Jones, F., & Oliver, J. (2015). Mindfulness, self-stigma and social functioning in first episode psychosis: A brief report. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7(3), 261–264. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1024714>
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 79–87. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0729-4>
- Michaels, P. J., Álvarez, M. L., Rüsçh, N., & Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, society & education*, 4(2), 183-194.

- Michaels, P. J., López, M., Rüsçh, N., & Corrigan, P. W. (2017). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*, 4(2), 183–194. <https://doi.org/10.25115/psye.v4i2.490>
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(10), 974–981. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100459>
- Molina, J. D., Avila, S., Rubio, G., & López-Muñoz, F. (2021). Metabolomic Connections between Schizophrenia, Antipsychotic Drugs and Metabolic Syndrome: A Variety of Players. *Current pharmaceutical design*, 27(39), 4049–4061. <https://doi.org/10.2174/1381612827666210804110139>
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M. (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud* (6ª ed.). Elsevier.
- Moritz, S., Berna, F., Jaeger, S., Westermann, S., & Nagel, M. (2017). The customer is always right? Subjective target symptoms and treatment preferences in patients with psychosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(4), 335–339. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0694-5>
- Moritz, S., Lüdtke, T., Westermann, S., Hermeneit, J., Watroba, J., & Lincoln, T. M. (2016). Dysfunctional coping with stress in psychosis. An investigation with the Maladaptive and Adaptive Coping Styles (MAX) questionnaire. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.025>
- Morgades-Bamba, C. I., Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., & Molero, F. (2019). Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life. *Psychology, health & medicine*, 24(8), 992–1004. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1612076>
- Morris, E. M., Garety, P., & Peters, E. (2014). Psychological flexibility and nonjudgemental acceptance in voice hearers: Relationships with omnipotence and distress. *Australian and New Zealand*

*Journal of Psychiatry*, 48(12), 1150–1162.  
<https://doi.org/10.1177/0004867414535671>

Morrison, A. P., Haddock, G., & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 265–280. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015873>

Moskowitz, A., & Heim, G. (2011). Eugen Bleuler's Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911): a centenary appreciation and reconsideration. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), 471–479. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>

Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E., & Quiroga, M.L. (2011). Proposal of a socio-cognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry research*, 186(2-3), 402–408. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.019>

National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management*. [National Clinical Guideline Number 178]. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>

Nasyrova, R. F., Vaiman, E. E., Repkina, V. V., Khasanova, A. K., Asadullin, A. R., Shipulin, G. A., Altynbekov, K. S., Al-Zamil, M., Petrova, M. M., & Shnayder, N. A. (2023). Single-Nucleotide Polymorphisms as Biomarkers of Antipsychotic-Induced Akathisia: Systematic Review. *Genes*, 14(3), 616. <https://doi.org/10.3390/genes14030616>

Oakley, P., Kisely, S., Baxter, A., Harris, M., Desoe, J., Dziouba, A., & Siskind, D. (2018). Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 102, 245–253. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.04.019>

- O'Donoghue, E. K., Morris, E. M. J., Oliver, J. E., & Johns, L. C. (2018). *ACT for psychosis recovery: A practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy*. Context Press/New Harbinger Publications.
- Oexle, N., Ajdacic-Gross, V., Kilian, R., Müller, M., Rodgers, S., Xu, Z., Rössler, W., & Rüsch, N. (2017). Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *26*(1), 53–60. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001018>
- Oliveira, S. E., Esteves, F. G., Pereira, E. G., Carvalho, M., & Boyd, J. E. (2015). The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. *Community mental health journal*, *51*(5), 606–612. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9828-x>
- Ong, W. J., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Tan, G. T. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). Daily Encounters of Mental Illness Stigma and Individual Strategies to Reduce Stigma - Perspectives of People With Mental Illness. *Frontiers in psychology*, *11*, 590844. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590844>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. *Psychiatric rehabilitation journal*, *31*(1), 9–22. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Or, S. E. B., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(2), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Estadístico de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (11ª ed.). Organización Mundial de la Salud.

- Parcesepe, A. M., & Cabassa, L. J. (2013). Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. *Administration and Policy in Mental Health, 40*(5), 384-399. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0430-z>
- Pelleboer-Gunnink, H. A., Van Oorsouw, W. M. W. J., Van Weeghel, J., & Embregts, P. J. C. M. (2017). Mainstream health professionals' stigmatising attitudes towards people with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of intellectual disability research: JIDR, 61*(5), 411–434. <https://doi.org/10.1111/jir.12353>
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez Álvarez, Candela, Bosqued Molina, Laura, Nebot Macías, María, Guilabert Vidal, Montserrat, Pérez Zaera, Jorge, & Quintanilla López, Miguel Ángel. (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35*(128), 721-730. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002>
- Pérez-Álvarez, Marino, García-Montes, José M, & Sass, Louis. (2010). La Hora de la Fenomenología en la Esquizofrenia. *Clínica y Salud, 21*(3), 221-233. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742010000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300003&lng=es&tlng=es).
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996–2018. *JAMA Network Open, 4*(12), <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>
- Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin, 32 Suppl 1*(Suppl 1), S64–S80. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl030>
- Picco, L., Lau, Y. W., Pang, S., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ open, 7*(8), e018228. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018228>

- Pilgrim, D. (2000). Psychiatric diagnosis: More questions than answers. *Psychologist*, *13*(6), 302-304–304.
- Piotrowski, P., Gondek, T. M., Królicka-Deręgowska, A., Misiak, B., Adamowski, T., & Kiejna, A. (2017). Causes of mortality in schizophrenia: An updated review of European studies. *Psychiatria Danubina*, *29*(2), 108–120. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.108>
- Pitt, L., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis: A user-led project. *Psychiatric Bulletin*, *31*(2), 55–60. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008532>
- Pribadi, T., Lin, E. C., Chen, P. S., Lee, S. K., Fitryasari, R., & Chen, C. H. (2020). Factors associated with internalized stigma for Indonesian individuals diagnosed with schizophrenia in a community setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *27*(5), 584–594. <https://doi.org/10.1111/jpm.12611>
- Rathod, S., Kingdon, D., Smith, P., & Turkington, D. (2005). Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics--data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, *74*(2-3), 211–219. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.07.003>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, *121*(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, *129*(3), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Rocha, R., Mendonça, R.L., & Andrade, N. (2013). Entrevista fenomenológica: peculiaridades para la producción científica en enfermería. *Index de Enfermería*, *22*(1-2), 107-110. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100024>

- Rodrigues-Silva, N., Falcão de Almeida, T., Araújo, F., Molodynski, A., Venâncio, Â., & Bouça, J. (2017). Use of the word schizophrenia in Portuguese newspapers. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *26*(5), 426–430. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207231>
- Rogers, C. R. (1986). *La terapia centrada en el cliente*. Paidós.
- Rognoni, C., Bertolani, A., & Jommi, C. (2021). Second-Generation Antipsychotic Drugs for Patients with Schizophrenia: Systematic Literature Review and Meta-analysis of Metabolic and Cardiovascular Side Effects. *Clinical drug investigation*, *41*(4), 303–319. <https://doi.org/10.1007/s40261-021-01000-1>
- Ross, L. A., Saint-Amour, D., Leavitt, V. M., Molholm, S., Javitt, D. C., & Foxe, J. J. (2007). Impaired multisensory processing in schizophrenia: deficits in the visual enhancement of speech comprehension under noisy environmental conditions. *Schizophrenia research*, *97*(1-3), 173-183
- Salgado, C. F., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2013). Eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas con Trastorno Mental Crónico. Un ensayo aleatorizado. *Informaciones Psiquiátricas*, *214*(4), 385–401.
- Sarraf, L., Lepage, M., & Sauvé, G. (2022). The clinical and psychosocial correlates of self-stigma among people with schizophrenia spectrum disorders across cultures: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, *248*, 64–78. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.08.001>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social science & medicine (1982)*, *56*(2), 299–312. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x)
- Schulze, L. N., Klinger-König, J., Stolzenburg, S., Wiese, J., Speerforck, S., Van der Auwera-Palitschka, S., Völzke, H., Grabe, H. J., & Schomerus, G. (2020). Shame, self-identification with having a mental illness, and willingness to seek help in



northeast Germany. *Psychiatry research*, 285, 112819. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112819>

Seidman, A. J., Wade, N. G., Lannin, D. G., Heath, P. J., Brenner, R. E., & Vogel, D. L. (2018). Self-affirming values to increase student veterans' intentions to seek counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 65(5), 653–660. <https://doi.org/10.1037/cou0000289>

Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical psychology review*, 28(7), 1108–1124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004>

Shi, J. Y., Cao, Y. M., Luo, H. Y., Liu, S., Yang, F. M., & Wang, Z. H. (2023). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on self-esteem and psychological flexibility in patients with schizophrenia in remission. *Schizophrenia research*, 255, 213–221. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.03.042>

Software VERB. (2021). MAXQDA 2022 [software informático]. Berlín, Alemania: VERBI Software. Disponible en [maxqda.com](http://maxqda.com).

Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enksson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A., & Taipale, H. (2017). Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29 823 Patients With Schizophrenia. *JAMA psychiatry*, 74(7), 686–693. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1322>

Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A., & Rodríguez, C. J. (2018). Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas españolas de psiquiatria*, 46(2), 33–41.

Turkmen, S. N., Yorulmaz, M., Koza, E., & Gumustas Ozdemir, S. (2018). Internalized stigmatization and social functioning in psychiatric patients. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 25(1), 12-7 [10.5455/jtomc.2017.08.116](https://doi.org/10.5455/jtomc.2017.08.116)

- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(3), 475–491.
- Udachina, A., Varese, F., Myin-Germeys, I., & Bentall, R. P. (2014). The role of experiential avoidance in paranoid delusions: An experience sampling study. *The British Journal of Clinical Psychology*, *53*(4), 422–432. <https://doi.org/10.1111/bjc.12054>
- Valery, K. M., Violeau, L., Fournier, T., Yvon, F., Arfeuillere, S., Bonilla-Guerrero, J., Caria, A., Carrier, A., Destailats, J. M., Follenfant, A., Laberon, S., Lalbin-Wander, N., Martinez, E., Staedel, B., Touroude, R., Vigneault, L., Roux, S., & Prouteau, A. (2023). Part of the solution yet part of the problem: factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *27*(2), 134–144. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2129068>
- Valiente, C., Provencio, M., Espinosa, R., Duque, A., & Everts, F. (2015). Insight in paranoia: The role of experiential avoidance and internalized stigma. *Schizophrenia Research*, *164*, 214-220.
- Van Baars, A. W., Wierdsma, A. I., Hengeveld, M. W., & Mulder, C. L. (2013). Improved insight affects social outcomes in involuntarily committed psychotic patients: a longitudinal study in the Netherlands. *Comprehensive psychiatry*, *54*(7), 873–879. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.016>
- Van der Meer, L., van't Wout, M., & Aleman, A. (2009). Emotion regulation strategies in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, *170*(2-3), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.07.010>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & de Haan, L. (2018). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *44*(3), 631–642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>

- Vandereycken, W., & Van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *16*(2), 109–114. <https://doi.org/10.1002/erv.857>
- Varese, F., Tai, S., Pearson, L., & Mansell, W. (2016). Thematic associations between personal goals and clinical and non-clinical voices (auditory verbal hallucinations). *Psychosis*, *8*(1), 12–22. <https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1040442>
- Vass, V., Morrison, A. P., Law, H., Dudley, J., Taylor, P., Bennett, K. M., & Bentall, R. P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry research*, *230*(2), 487–495. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.042>
- Vass, V., Sitko, K., West, S., & Bentall, R. P. (2017). How stigma gets under the skin: the role of stigma, self-stigma and self-esteem in subjective recovery from psychosis. *Psychosis*, *9*(3), 235–244. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1300184>
- Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry research*, *150*(1), 71–80. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.07.005>
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., Atkins, D. C., Bresee, C., & Kambiz, A. (2013). Comparing experiential acceptance and cognitive reappraisal as predictors of functional outcome in individuals with serious mental illness. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(8), 425–433. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.003>
- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M., Grambal, A., Slepecky, M., & Latalova, K. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *13*, 567–576. <https://doi.org/10.2147/NDT.S122483>

- Wagener, A., Baeyens, C., & Blairy, S. (2016). Depressive symptomatology and the influence of the behavioral avoidance and activation: A gender-specific investigation. *Journal of Affective Disorders, 193*, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.040>
- Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science, 10*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>
- Walser, R.D., & Pistorello, J. (2004). ACT in Group Format. In: Hayes, S.C., Strosahl, K.D. (eds) *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7\\_14](https://doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_14)
- Watson J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. NLN publications, (15-2236)
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E. y Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1312-1318. <http://dx.doi.org/1310.1093/schbul/sbl1076>.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wheaton, M. G., Sternberg, L., McFarlane, K., & Sarda, A. (2016). Self-concealment in obsessive-compulsive disorder: Associations with symptom dimensions, help seeking attitudes, and treatment expectancy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 11*, 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.002>
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., Cleare, S., & Mitchell, G. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour research and therapy, 49*(12), 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.09.003>
- Wismeijer, A. A. J. (2011). *Self-concealment and secrecy: Assessment and associations with subjective well-being*. LAP LAMBERT Academic Publishing.

- Xu, Z., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Metzler, S., Dvorsky, D., Oexle, N., Walitza, S., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Pathways between stigma and suicidal ideation among people at risk of psychosis. *Schizophrenia research, 172*(1-3), 184–188. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.01.048>
- Yanos, P. T. (2018). *Written off: Mental health stigma and the loss of human potential*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108165006>
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry research, 288*, 112950. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>
- Yanos, P. T., Lysaker, P. H., Silverstein, S. M., Vayshenker, B., Gonzales, L., West, M. L., & Roe, D. (2019). A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 54*(11), 1363–1378. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01702-0>
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American journal of psychiatric rehabilitation, 13*(2), 73–93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Narrative enhancement and cognitive therapy: a new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. *International journal of group psychotherapy, 61*(4), 577–595. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 59*(12), 1437–1442. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1437>
- Yen, S. Y., Huang, X. Y., & Chien, C. H. (2020). The self-stigmatization of patients with schizophrenia: A phenomenological study. *Archives of psychiatric nursing, 34*(2), 29-35.

- Yildirim, T., & Kavak Budak, F. (2020). The relationship between internalized stigma and loneliness in patients with schizophrenia. *Perspectives in psychiatric care*, 56(1), 168–174. <https://doi.org/10.1111/ppc.12399>
- Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 149– 167. <https://doi-org.uniovi.idm.oclc.org/10.1111/ppc.12396>
- Zheng, Y., Xu, T., Zhu, Y., Li, C., Wang, J., Livingstone, S., & Zhang, T. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for Prodromal Stage of Psychosis-Outcomes for Transition, Functioning, Distress, and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 48(1), 8–19. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab044>

## **ANEXOS**

---





## 8. ANEXOS

### 8.1. Anexo I: Autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS 2

Comité de Ética de la Investigación del  
Principado de Asturias  
Avda. de Normalán  
33011-Oviedo  
Tlx: 066.10.79.27/065.93.80.28  
e-mail: ceta.asturias@ica.es

Área Sanitaria

Oviedo, 05 de Mayo de 2017

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 77/17, titulada: "EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOSOCIAL Y DE ACEPTACIÓN SOBRE EL AUTOESTIGMA DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. Investigador/a Principal: Dña. Tatiana Arboleya Paedo. Tesis Doctoral.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arriaza Moral  
Secretario del Comité de Ética de la Investigación  
del Principado de Asturias



## 8.2. Anexo II: Autorización del Proyecto de Investigación por la Gerencia del Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA V

DIRECCIÓN ECONÓMICA Y DE PROFESIONALES

Vista la solicitud formulada por Doña Tatiana Arboleya Faedo para llevar a cabo el proyecto de investigación titulado "Evaluación de la eficacia de un programa psicosocial y de aceptación sobre el autoestigma de pacientes con esquizofrenia" y visto el informe favorable del Presidente de la Comisión de Investigación del Área Sanitaria V, esta Gerencia autoriza la realización del citado proyecto de investigación.

En Gijón, a 26 de mayo de 2017

EL GERENTE DEL ÁREA SANITARIA V

Fdo.: Miguel Javier Rodríguez Gómez

Gobierno del Principado de Asturias

Hospital Universitario de Cabueñes  
C/ Los Pradolos, 395 - 33021 Gijón - Asturias  
Tel: 985 48 30 01 - fax: 985 48 30 30  
E-mail: [director@gestion.areasv.org.es](mailto:director@gestion.areasv.org.es)

### 8.3. Anexo III: Consentimiento Informado

#### Consentimiento Informado

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Evaluación de la eficacia de un programa psicosocial y de aceptación sobre el autoestigma de pacientes con esquizofrenia.

**INVESTIGADOR:** Tatiana Arboleya Faedo

D/Dña. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

- He leído la hoja de información al participante en el estudio de investigación arriba mencionado, aclarando las dudas con el investigador en lo relativo a mi participación y objetivo de dicho estudio.
- Participo voluntariamente y puedo anular mi participación en el estudio en cualquier momento sin tener que justificar esta decisión y sin que ello origine ninguna repercusión.
- Permito la utilización de mis datos en las condiciones estipuladas en la hoja informativa.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

Firma de participante:

Firma del investigador:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña. \_\_\_\_\_ revoco el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y no deseo continuar participando en el estudio \_\_\_\_\_.

Firma del paciente:

Firma del investigador:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## 8.4. Anexo IV: Hoja de Información para los participantes en el estudio

### Hoja de Información para los participantes en el estudio

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Evaluación de la eficacia de un programa psicosocial y de aceptación sobre el autoestigma de pacientes con esquizofrenia.

**INVESTIGADOR:** Tatiana Arboleya Faedo.

Este documento tiene por objeto informarle sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental El Coto, habiendo sido aprobado por el Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias.

Si decide participar deberá recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer las preguntas que precise para comprenderlo bien.

La participación en el estudio es voluntaria. Si decide participar tiene que firmar el Consentimiento Informado. Puede cambiar de opinión en cualquier momento, volviendo a firmar la hoja de Consentimiento Informado en la casilla de “Revocación”, esto no le provocará ningún problema.

- **¿Cuál es el propósito del estudio?**

El objetivo principal es conocer las experiencias de las personas con una enfermedad mental en relación al estigma.

- **¿Por qué me ofrecen participar?**

Se le invita a participar por que cumple los criterios establecidos en el diseño del estudio.

- **¿En qué consiste mi participación?**

Su participación consiste en la realización de unos cuestionarios, una entrevista individual con la investigadora de unos 30 – 60 minutos de duración para hablar de sus experiencias, opiniones y necesidades respecto al estigma de la enfermedad mental. Si da el consentimiento, la entrevista puede ser grabada, con el único fin de escribir la información a papel ya que no da tiempo en el momento de la entrevista. Después de escribirla a papel la grabación será borrada. Por último, según las puntuaciones del cuestionario, podrá ser seleccionado para participar en un programa en grupo, de unas 8 o 10 sesiones, que tratará de mejorar las habilidades sociales y la aceptación del estigma.

- **¿Qué riesgos e inconvenientes tiene?**

No hay riesgos.

- **¿Obtendré algún beneficio por participar?**

No habrá compensaciones económicas por participar en este estudio. El beneficio potencial será utilizar los resultados obtenidos en la investigación para conocer sus necesidades y mejorarlas.

- **¿Recibiré información que se obtenga del estudio?**

Si usted lo desea se le facilitará un resumen con los resultados del estudio cuando éste finalice.

- **¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?**

Todos sus datos serán protegidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. Solo la investigadora conocerá sus datos. Todo lo que cuente en la entrevista será tratado de forma anónima.

En caso de requerir más información puede contactar con Tatiana Arboleya Faedo en el Centro de Salud Mental El Coto.

Muchas gracias por su colaboración.

## **8.5. Anexo V: Cuaderno de Recogida de Datos**

### **8.5.1. Protocolo ad hoc de características demográficas y clínicas**

**Código del participante:**

**Fecha:**

**Sexo:**

Hombre

Mujer

**Edad:**

**Estado civil:**

Soltero

Casado/con pareja

Separado/divorciado

Viudo

**Núcleo de convivencia:**

Solo

Familia de origen

Piso compartido

En pareja

Residencia/piso tutelado

Otros

**Nivel de estudios:**

Sin estudios

Primarios

Secundarios

Universitarios

**Situación laboral:**

Ama/o de casa

En paro

Activo ocupado

Incapacitación laboral

Jubilado

**Diagnóstico:** Esquizofrenia paranoide (F20.0), Esquizofrenia indiferenciada (F20.3), Esquizofrenia residual (F20.5), Esquizofrenia simple (F20.6), Esquizofrenia sin especificación (F20.9), Trastorno esquizotípico (F21), Trastorno de ideas delirantes persistentes (F22) , Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23), Trastornos esquizoafectivos (F25), Otros trastornos no orgánicos (F28)

**Edad de inicio de la enfermedad:**

**Años de diagnóstico:**

**Año en tratamiento farmacológico:**

**Tipo de tratamiento antipsicótico:**

Oral

Inyectable            ¿Cuál?

**Número de hospitalizaciones:**

**Discapacidad reconocida:**

No

Sí

Sí, 33-49%

Sí, 50-64%

Sí, 65 o >65%

**Consumo de tóxicos:**

No

Sí

Exconsumidor

## 8.5.2. Escala para evaluar la no conciencia de trastorno mental (SUMD)

### ESCALA PARA EVALUAR LA NO CONCIENCIA DE TRASTORNO MENTAL (SUMD)\*

[Ruiz A, Pousa E, Duñó R, Crosas J, Cuppa S, García C.](#)

Spanish adaptation of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD).

Actas Esp Psiquiatr. 2008 Mar-Apr;36(2):111-119.

#### INSTRUCCIONES

Esta escala requiere que el sujeto tenga un trastorno mental con alguno de los síntomas que se detallan mas abajo. Por cada sintoma-item de la escala, primero se debe comprobar que el sujeto ha presentado este sintoma particular durante el periodo bajo investigación. La severidad del sintoma no es relevante, únicamente que esté claramente presente. La verificación de la lista de síntomas debe llevarse a cabo antes de rellenar la escala, a fin de determinar que sintoma-items son relevantes. Los tres ítems "sumarios" ( números 1, 2 y 3 ), que no corresponden a síntomas específicos, normalmente son relevantes y deben ser cumplimentados si ese es el caso.

En la columna Actual "A", se califica el máximo nivel de conciencia apreciado durante la entrevista para la psicopatología actual.

En la columna Pasado "P", se califica el nivel presente de conciencia por cada ítem acontecido durante un periodo de tiempo anterior a la investigación en curso. En otras palabras, cuando se pregunta acerca de un episodio particular del pasado, el sujeto en el momento presente podría decir que entonces él estaba delirando, con trastornos del pensamiento, sin capacidad para relacionarse socialmente, mentalmente enfermo, etc...

Se pueden utilizar periodos de tiempo mas cortos o mas largos para la valoración actual y retrospectiva de la conciencia y la atribución, dependiendo de los objetivos de la investigación.

En los sintoma-items ( numeros 4-20 ) se debe valorar la comprensión del sujeto acerca de la causa de su sintoma ( la atribución ).

NOTA : por cada sintoma, los ítems de atribución serán evaluados solo si el sujeto ha recibido una puntuación entre 1 y 3 en el ítem de la conciencia.

#### LISTA DE SÍNTOMAS

Enmarque con un círculo la "A" para actual o la "P" para pasado, situadas junto al número de ítem, para señalar que síntomas ítems y periodos de tiempo han de ser evaluados.

Item			Sintoma
4	A	P	Alucinaciones
5	A	P	Delirio(s)
6	A	P	Trastorno del pensamiento
7	A	P	Afecto inapropiado
8	A	P	Apariencia o vestimenta inusual
9	A	P	Comportamiento estereotipado o ritualístico
10	A	P	Juicio social empobrecido
11	A	P	Control pobre de los impulsos agresivos
12	A	P	Control pobre de los impulsos sexuales
13	A	P	Alogia
14	A	P	Aplanamiento o embotamiento afectivo
15	A	P	Desgana o apatía
16	A	P	Anhedonia-asocialidad
17	A	P	Atención pobre
18	A	P	Confusión-desorientación
19	A	P	Contacto visual inusual
20	A	P	Relaciones sociales pobres

#### \* SCALE TO ASSESS UNAWARENESS OF MENTAL DISORDERS

Developed by Xavier F. Amador, Ph.D., and David H. Strauss, M.D., Schizophrenia Research Unit, New York State Psychiatric Institute, Unit #2, 722 West 168<sup>th</sup> St., NY, NY 10032.

Version 3.1 REVISED: June 18, 1991.



## ITEMS GENERALES

### 1. Conciencia de trastorno mental

¿ En términos generales, la persona cree que tiene un trastorno mental, un problema psiquiátrico, una dificultad emocional, etc...?

A	P	
0	0	No puede ser valorado.
1	1	<b>Conciencia:</b> el sujeto claramente cree que tiene un trastorno mental.
2	2	
3	3	<b>Conciencia intermedia:</b> está inseguro de tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea de que pueda tenerlo.
4	4	
5	5	<b>No conciencia:</b> cree que no tiene un trastorno mental.

### 2. Conciencia sobre los efectos obtenidos con la medicación

¿ Cual es la opinión de la persona sobre los efectos de la medicación? ¿ Cree la persona que la medicación le ha disminuido la intensidad o frecuencia de los síntomas ( si es que ello es aplicable ) ?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante.
1	1	<b>Conciencia:</b> el sujeto claramente cree que la medicación ha disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas.
2	2	
3	3	<b>Conciencia intermedia:</b> está inseguro de que la medicación haya disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas, pero puede considerar la idea.
4	4	
5	5	<b>No conciencia:</b> cree que la medicación no ha disminuido la intensidad o la frecuencia de sus síntomas.

### 3. Conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental

¿ Cual es la opinión de la persona acerca de las razones por las que ha sido ingresado en un hospital, hospitalizado involuntariamente, arrestado, desalojado, despedido, herido, etc...?

A	P	
0	0	No puede ser valorado o ítem no relevante.
1	1	<b>Conciencia:</b> el sujeto claramente cree que las consecuencias sociales relevantes están relaciona con tener un trastorno mental.
2	2	
3	3	<b>Conciencia intermedia:</b> está inseguro acerca de que las consecuencias sociales relevantes esten relacionadas con tener un trastorno mental, pero puede considerar la idea.
4	4	
5	5	<b>No conciencia:</b> cree que las consecuencias sociales relevantes no tienen nada que ver con tener un trastorno mental

### 8.5.3. Escala de Impresión Clínica Global (CGI)

#### **Escala de Impresión Clínica Global ( CGI)** **(Validada por Haro et al, 2003)**

#### **(ICG-ESQ)**

<b>I. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD</b>							
<b>Considerando su experiencia clínica total con pacientes con esquizofrenia, en qué grado ha estado enfermo el paciente durante la última semana?</b>							
	Normal, no enfermo	Minimamente enfermo	Medianamente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Enfermedad grave	Entre los pacientes más graves
<u>C1. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra o desorganización conceptual)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C2. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia o anhedonia)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C3. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo deprimido o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C4. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7
<u>C5. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7

<b>II. GRADO DE CAMBIO</b>								
<b>Comparado con la evaluación previa*, ¿cuánto ha cambiado el paciente? Evalúe la mejora independientemente de si es o no, en su juicio, debida totalmente al tratamiento.</b>								
	Muchísimo Mejor	Mucho Mejor	Minimamente mejor	Sin cambios	Minimamente peor	Mucho peor	Muchísimo peor	N/A
<u>6. Síntomas POSITIVOS</u> (p.e. alucinaciones, delirios, conducta bizarra, o desorganización conceptual)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>7. Síntomas NEGATIVOS</u> (p.e. aplanamiento afectivo, abulia, alogia)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>8. Síntomas DEPRESIVOS</u> (p.e. tristeza, ánimo depresivo o desesperanza)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>9. Síntomas COGNITIVOS</u> (p.e. deterioro de la atención, concentración o memoria)	1	2	3	4	5	6	7	9
<u>10. GRAVEDAD GLOBAL</u>	1	2	3	4	5	6	7	9

### 8.5.4. Cuestionario de Aceptación y Compromiso AAQ- II

#### CUESTIONARIO AAQ-2 (Bond et al., 2011)

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Use la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7		
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad		
1.	No hay ningún problema si recuerdo algo desagradable.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Tengo el control de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mis pensamientos y sentimientos no interfieren en el camino que quiero llevar en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7

### 8.5.5. Cuestionario de Auto-ocultación (SCS)

#### Cuestionario de Auto-ocultación (SCS)

La escala SCS evalúa auto-ocultación, que se define como la tendencia a ocultar a los demás la información personal que se percibe como estresante o negativa.

Por favor, marque la casilla, a la derecha de cada uno de los siguientes 10 ítems, que mejor describe cuánto de acuerdo o en desacuerdo tiene para ti.	desacuerdo 1 = Muy en	2 = Moderadamente en desacuerdo	3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo	4 = Moderadamente de acuerdo	5 = Muy de acuerdo
1. Tengo un secreto importante que no he compartido con nadie.					
2. Si compartiese todos mis secretos con mis amigos, podría gustarles menos.					
3. Hay muchas cosas sobre mí que me guardo para mí mismo.					
4. Algunos de mis secretos me han atormentado realmente.					
5. Cuando algo malo me pasa, tiendo a guardármelo para mí mismo.					
6. A menudo temo que voy a revelar algo que no quiero.					
7. Contar un secreto a menudo me resulta contraproducente y deseo no haberlo contado.					
8. Tengo un secreto que es tan privado que mentiría si alguien me preguntase al respecto.					
9. Mis secretos son demasiado embarazosos para compartirlos con los demás.					
10. Tengo pensamientos negativos sobre mí mismo que no comparto con nadie.					

## 8.5.6. Escala de autoestigma de la enfermedad (ISMI; Internalized stigma of mental illness scale)

En este cuestionario se utiliza de forma repetida la palabra "enfermedad mental", por favor, piense cómo aplicar esta palabra a su caso. Para cada afirmación marque si está 1. muy en desacuerdo, 2. en desacuerdo, 3. de acuerdo, 4. muy de acuerdo.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
2. Tener una enfermedad mental ha destrozado mi vida	1	2	3	4
3. Siento que las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme	1	2	3	4
4. Me da vergüenza tener una enfermedad mental	1	2	3	4
5. Me siento culpable por tener una enfermedad mental	1	2	3	4
6. Me siento inferior a las personas que no tienen enfermedad mental	1	2	3	4
7. Respondo a la imagen o estereotipo que se tiene de las personas con enfermedad mental.	1	2	3	4
8. Por mi apariencia la gente puede decir que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
9. Las personas con enfermedad mental tienden a ser violentas	1	2	3	4
10. La mayoría de la veces, otras personas deben decidir por mí a consecuencia de mi enfermedad mental	1	2	3	4
11. Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida satisfactoria y gratificante	1	2	3	4
12. Las personas con enfermedad mental no deberían casarse.	1	2	3	4
13. No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
14. La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
15. Algunas personas piensan que no puedo conseguir mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
16. La gente me ignora o me toma menos en serio porque tengo una enfermedad mental	1	2	3	4
17. A menudo la gente me trata con condescendencia o me tratan como a un niño/a, porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
18. Nadie se interesaría en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. No hablo mucho sobre mí porque no quiero cansar a los demás con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
20. No me relaciono con otras personas tanto como solía porque podría comportarme de forma extraña a causa de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
21. Los estereotipos o creencias negativas sobre las enfermedades mentales me aíslan del mundo "normal."	1	2	3	4
22. No me relaciono con otras personas para no avergonzar a mi familia y mis amistades.	1	2	3	4
23. Cuando estoy con personas sin enfermedad mental siento que no estoy a la altura o que estoy fuera de lugar.	1	2	3	4
24. Evito acercarme con personas sin enfermedad mental para evitar el rechazo.	1	2	3	4
25. No me importa e incluso me apetece que la gente sepa que tengo enfermedad mental.	1	2	3	4
26. En general, soy capaz de vivir mi vida como quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida satisfactoria y plena, a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad	1	2	3	4
29. Vivir con una enfermedad mental me ha convertido en un/a superviviente nato.	1	2	3	4

### 8.5.7. Escala de Funcionamiento Social (SFS)

#### ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL -SFS - AI

Birchwood, Smith y cols. 1990

(R. Jiménez G<sup>a</sup>-Bóveda y A.J. Vázquez Morejón)

Este cuestionario nos ayudará a conocer **cómo ha estado usted en los últimos tres meses**. Se tarda aproximadamente unos 20 minutos en completar el cuestionario. Antes de empezar, por favor, responda a las siguientes preguntas:

A. ¿Con quién vive actualmente? \_\_\_\_\_

B. ¿Hasta qué curso estudió usted? \_\_\_\_\_

C. ¿Ha estado ingresado/a alguna vez en el hospital por esta enfermedad?  
¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ El último ingreso fue en el año \_\_\_\_\_

D. En los **TRES ULTIMOS MESES** usted ha estado:

Mejor de lo habitual	Más o menos como siempre	Peor de lo habitual
----------------------	--------------------------	---------------------

#### AIS

1. ¿A qué hora se levanta habitualmente?

Entre semana:

Antes de las 9 Entre 9 y 11 Entre 11 y 1 de mediodía Después de la 1

Fines de semana:

Antes de las 9 Entre 9 y 11 Entre 11 y 1 de mediodía Después de la 1

2. ¿Cuántas horas pasa usted solo/a al cabo del día? (por ejemplo solo/a en la habitación, de paseo solo/a, escuchando la radio o viendo la televisión solo/a)

De 0 a 3 horas Pasa muy poco tiempo solo/a....

De 3 a 6 horas Algún tiempo solo/a.....

De 6 a 9 horas Bastante tiempo solo/a.....

De 9 a 12 horas Mucho tiempo solo/a .....

12 o más horas Prácticamente todo el tiempo...

3. ¿Con qué frecuencia empieza usted una conversación en casa?  
Casi nunca Pocas veces Algunas veces Frecuentemente

4. ¿Con qué frecuencia sale usted de casa (por cualquier motivo)?  
Casi nunca Pocas veces Algunas veces Frecuentemente

5. ¿Cómo reacciona usted a la presencia de extraños?  
Los evita Se pone nervioso/a Los acepta Le agradan

### COM

1. ¿Cuántos amigos/as tiene usted en la actualidad? (personas con las que se ve, sale de paseo o con las que realiza algunas actividades)  
Número aproximado =

2. ¿Tiene novio/a o pareja estable? Si No

3. ¿Con qué frecuencia se siente usted capaz de mantener una conversación sensata o juiciosa?  
Casi nunca Pocas veces Algunas veces Frecuentemente

4. ¿Cuánto dificultad (o facilidad) tiene usted para hablar con la gente en la actualidad?

Mucha facilidad	Alguna facilidad	Una cosa media	Alguna dificultad	Mucha dificultad
-----------------	------------------	----------------	-------------------	------------------

5. ¿Cuenta con alguien con quien le resulte fácil hablar de sus sentimientos y sus dificultades?  
Si No

6. ¿Con qué frecuencia confía usted en esas personas y les habla de las cosas que a usted le preocupan?  
Casi nunca Pocas veces Algunas veces Frecuentemente

7. ¿Los demás hablan de sus problemas con usted?  
Casi nunca Pocas veces Algunas veces Frecuentemente

8. ¿Ha tenido recientemente alguna riña o discusión con amigos, familiares o vecinos?

Ninguna	Una o dos menores	Bastantes discusiones menores o una fuerte	Muchas discusiones fuertes
---------	-------------------	--	----------------------------

9. ¿Se siente incómodo/a cuando se encuentra en un grupo de personas?  
 Casi nunca Pocas veces Algunas veces Frecuentemente

10. ¿Prefiere pasar el tiempo a solas?  
 Frecuentemente Algunas veces Pocas veces Casi nunca

Por favor haga una señal en la casilla que corresponda indicando con **qué frecuencia** usted **ha realizado** las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

AE	0	1	2	3
	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Comprar cosas en la tienda (sin ayuda de nadie)				
2. Fregar cacharros, limpiar, ordenar, etc.				
3. Asearse, bañarse				
4. Lavar su propia ropa				
5. Buscar un trabajo (si está desempleado/a)				
6. Hacer la compra de la comida				
7. Preparar y cocinar la comida				
8. Salir de casa solo/a				
9. Utilizar el autobús, el tren, etc.				
10. Manejar el dinero				
11. Presupuestar y organizar sus gastos				
12. Elegir y comprar su propia ropa				
13. Cuidar su apariencia personal				



Por favor coloque una marca en la columna apropiada para indicar **con qué frecuencia** usted ha realizado cada una de las siguientes actividades en los **últimos tres meses**

O	0	1	2	3
	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Tocar instrumentos musicales				
2. Coser, hacer punto				
3. Jardinería				
4. Leer				
5. Ver la televisión				
6. Escuchar radio o discos				
7. Cocinar				
8. Manualidades, bricolage o construcciones del tipo "Hágalo Vd. mismo/a"				
Reparar cosas (coche, bicicleta, objetos de la casa, etc.)				
10. Pasear, callejear				
11. Conducir coche/moto o montar en bicicleta (como distracción)				
12. Nadar				
13. Hacer colecciones de objetos, monedas, etc.				
14. Ir de compras				
15. Actividades artísticas(pinta, artesanía, etc				

¿Alguna otra actividad de ocio o distracción que usted realice?  
Escríbalas a continuación y señale con qué frecuencia.

---

Por favor, ponga una marca en la columna adecuada para indicar con **qué frecuencia** usted **ha participado** en cada una de las siguientes actividades en los **últimos tres meses**.

PRO	0	1	2	3
	NINGUNA VEZ	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Ir al cine				
2. Ir al teatro o a conciertos				
3. Ver deportes de sala (pin-pon, fútbolín, etc.)				
4. Ver deportes al aire libre (fútbol, tenis, etc)				
5. Ir a galerías o museos				
6. Ir a exposiciones				
7. Visitar lugares de interés				
8. Ir a conferencias o reuniones				
9. Ir a clases (inglés, música u otras)				
10. Visitar a familiares en sus casas				
11. Recibir visitas de familiares				
12. Visitar amigos/as (incluyendo a novio/a)				
13. Ir a fiestas				
14. Asistir a bodas, bautizos, u otras reuniones familiares				
15. Ir a discotecas				
16. Ir algún club social				
17. Practicar deporte de sala (pin-pon. Billar, etc)				
18. Participar en algún deporte al aire libre (fútbol, tenis, etc)				
19. Participar en alguna organización cultural o política				
20. Ir a bares o pubs				
21. Salir a comer o cenar				
22. Actividades de la iglesia (hermandad, catequesis u otras)				

Por favor, haga una marca en cada uno de los apartados indicando **cómo PUEDE usted DESENVOLVERSE** en las siguientes actividades:

**RECUERDE QUE EN ESTA PÁGINA LO QUE INTERESA ES SI SABE HACER ESTAS COSAS (NO IMPORTA SI LAS HA HECHO O NO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES)**

AC	3	2	1
	ADECUADAMENTE, SIN PROBLEMAS	NECESITO AYUDA	NO PUEDO
1 Utilizar los transportes públicos personal			
2. Manejar el dinero (conocer las monedas, los cambios)			
3. Presupuestar y organizar sus gastos			
4. Cocinar su propia comida			
5. Hacer la compra semanal			
6. Buscar un trabajo			
7. Lavar su ropa			
8. Mantener su higiene personal			
9. Fregar, ordenar, limpiar, etc.			
10. Comprar en las tiendas			
11. Salir de casa solo/a			
12. Elegir y comprar la ropa			
13. Cuidar su apariencia			

### E

¿Tiene usted un empleo regular? **SÍ** **NO**

#### Si ha contestado SI

¿Qué tipo de trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas trabaja usted cada día?

¿Cuánto tiempo lleva en este trabajo?

#### Si ha contestado NO

¿Cuándo estuvo empleado/a por última vez? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo fue? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_

\* ¿Cree usted que es capaz de realizar algún tipo de trabajo?

Seguro que sí

Tendría dificultades

Seguro que no

\* ¿Con qué frecuencia intenta usted encontrar algún trabajo? (va al INEM, busca en los periódicos, pregunta, etc.)

Casi nunca                  Pocas veces                  Algunas veces                  Frecuentemente

¿Está usted reconocido/a como incapacitado/a a nivel laboral?.....SI NO

¿Tiene algún reconocimiento oficial de minusvalía ?..... SI NO

¿Es estudiante? ..... SI NO

¿Es ama/o de casa?..... SI NO

¿Participa en algún curso de formación laboral o rehabilitación?..... SI NO

¿Cuál? \_\_\_\_\_

La medicación que usted tiene indicada

**PS**

La toma siempre sin poner problemas

Pone pegas pero la toma habitualmente

Algunas veces se niega a tomarla

Muchas veces no la toma

¿Es necesario recordarle que tome la medicación?

Nunca                  Algunas veces                  Bastantes veces                  Casi siempre

La relación con su familia es

Muy buena    Buena                  Regular                  Mala                  Muy mala

¿Con qué frecuencia tiene tensiones con su familia?

Nunca                  Algunas veces                  Bastantes veces                  Casi siempre

¿Se siente criticado/a por algún familiar?

Nunca                  Algunas veces                  Bastantes veces                  Casi siempre

¿Se siente excesivamente protegido/a por su familia?

Nunca                  Algunas veces                  Bastantes veces                  Casi siempre

¿Cómo se llama la enfermedad que tiene usted?

---

¿A qué cree usted que es debida esta enfermedad?

---

¿Ha recibido usted información sobre la enfermedad?

Nada Muy poca Algo Bastante Mucha

**POR FAVOR ASEGÚRESE DE NO HABER DEJADO NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR. EN CASO DE DUDA CONSULTE CON EL PERSONAL DEL CENTRO**

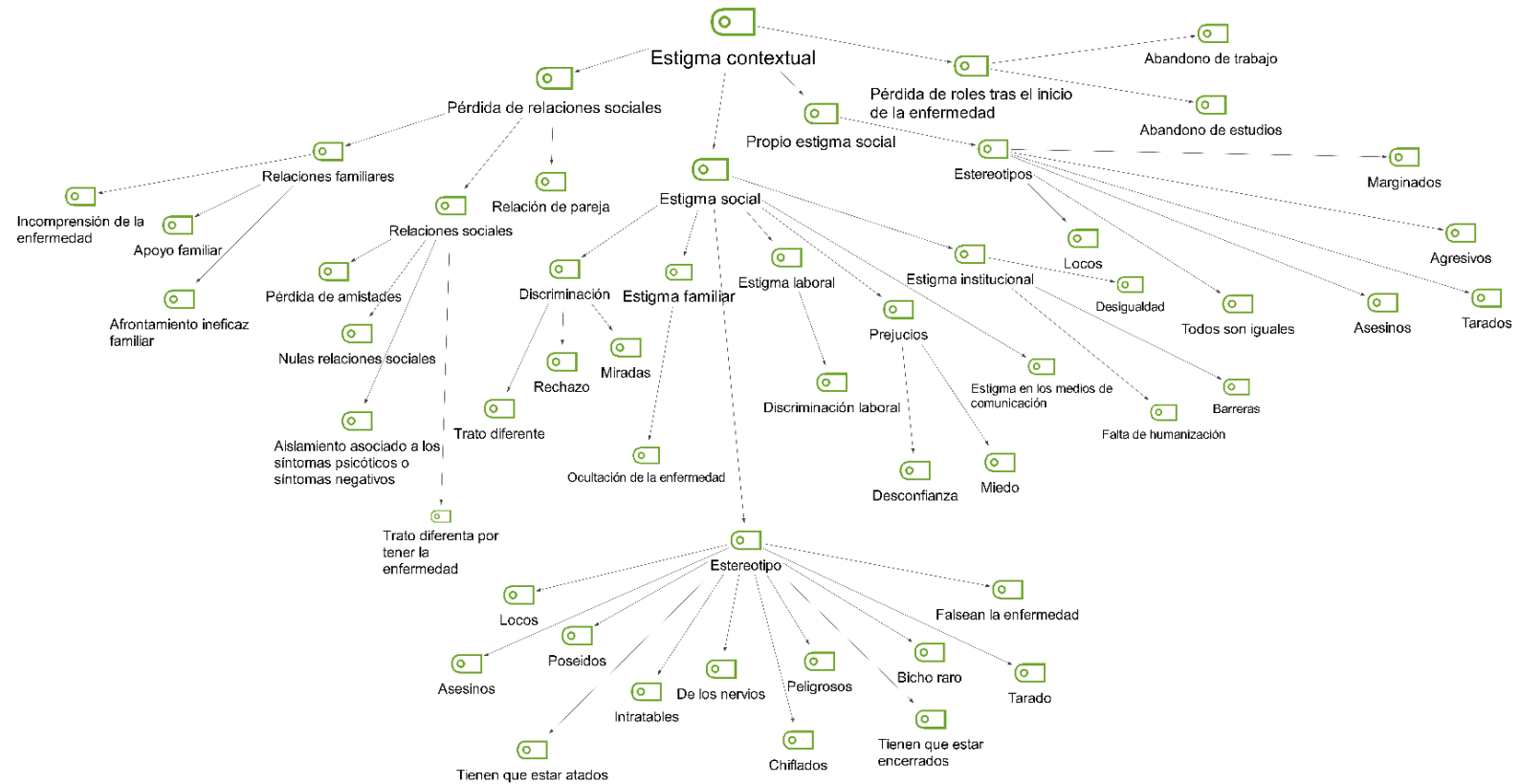
## **8.6. Anexo VI. Mapas conceptuales de datos cualitativos realizados con el programa MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021)**

### **8.6.1. Modelo jerárquico código-subcódigo**

En este modelo se muestra la estructura jerárquica de los temas, categorías, subcategorías y códigos seleccionados.

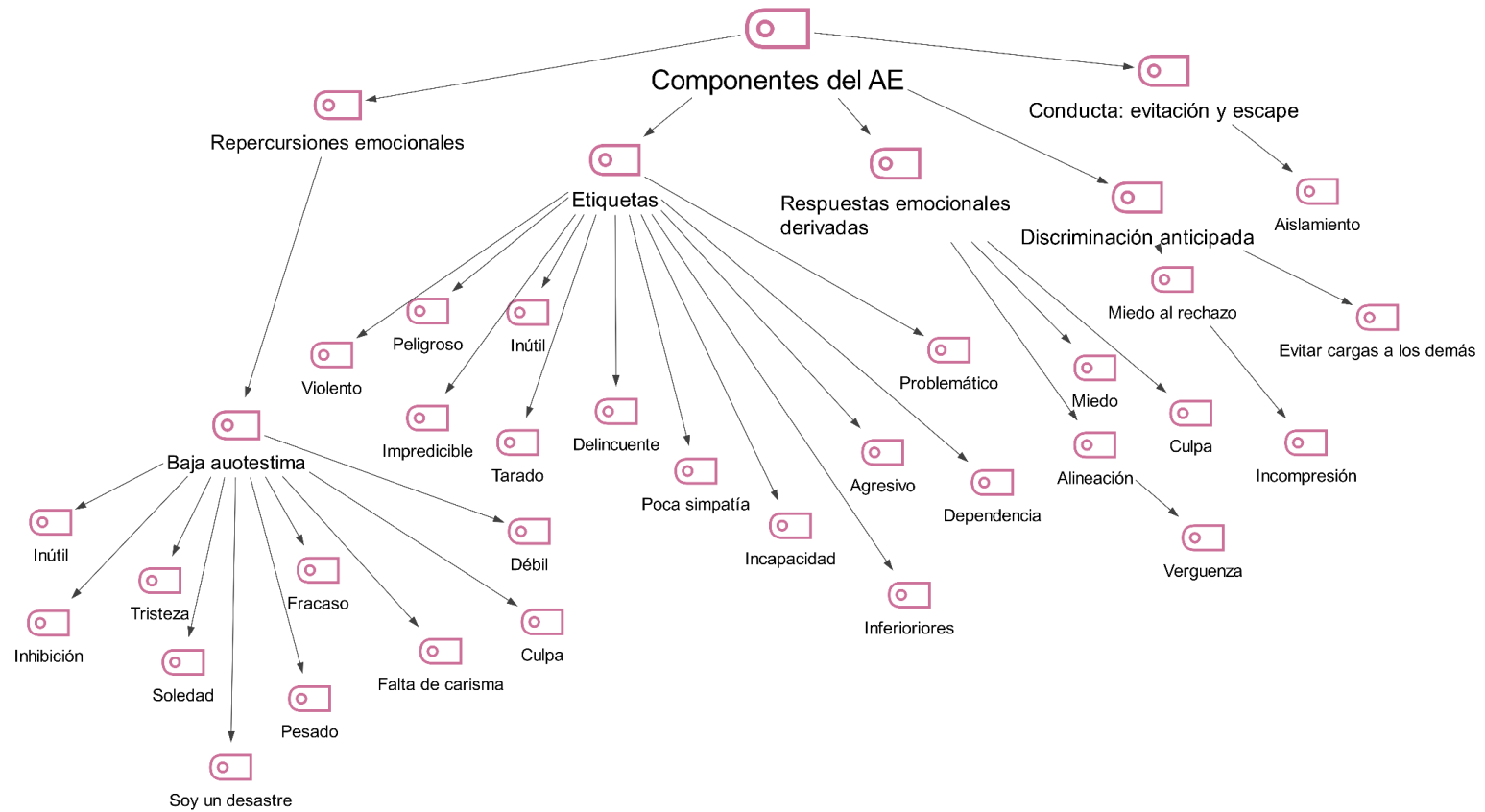
**Figura 6**

*Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Estigma Contextual*



**Figura 7**

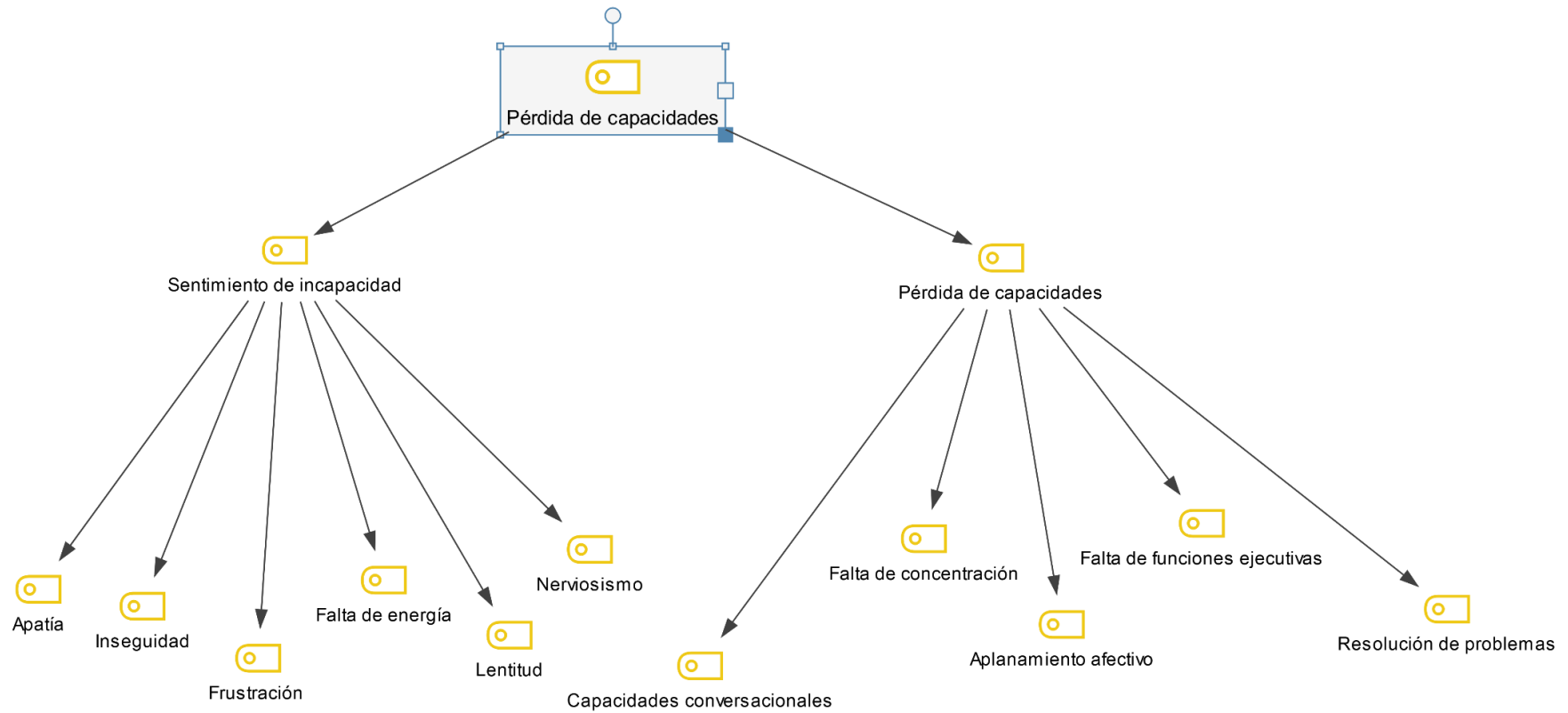
*Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Componente del AE*





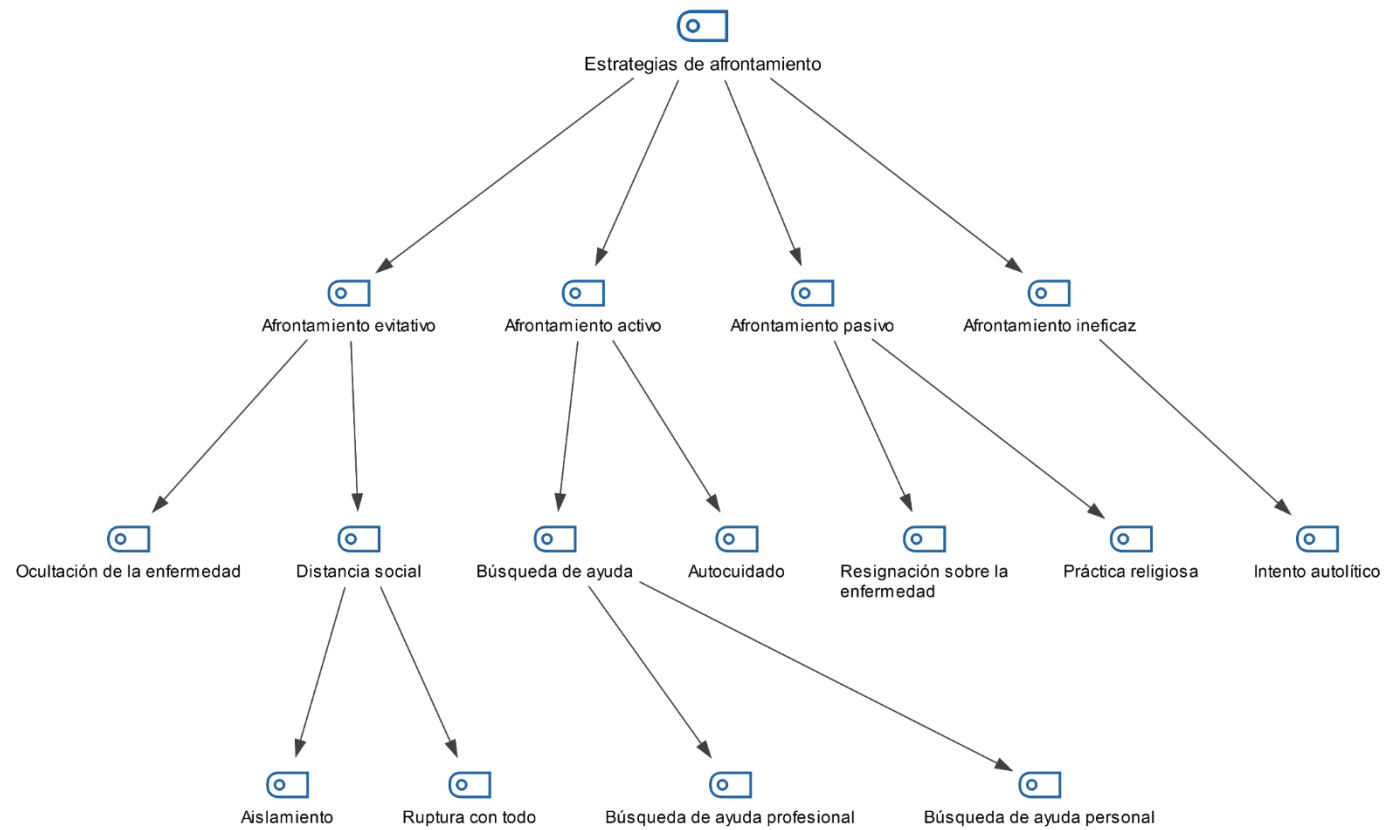
**Figura 8**

*Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Pérdida de Capacidades.*



**Figura 9**

*Modelo jerárquico código-subcódigos del Tema Estrategias de Afrontamiento*

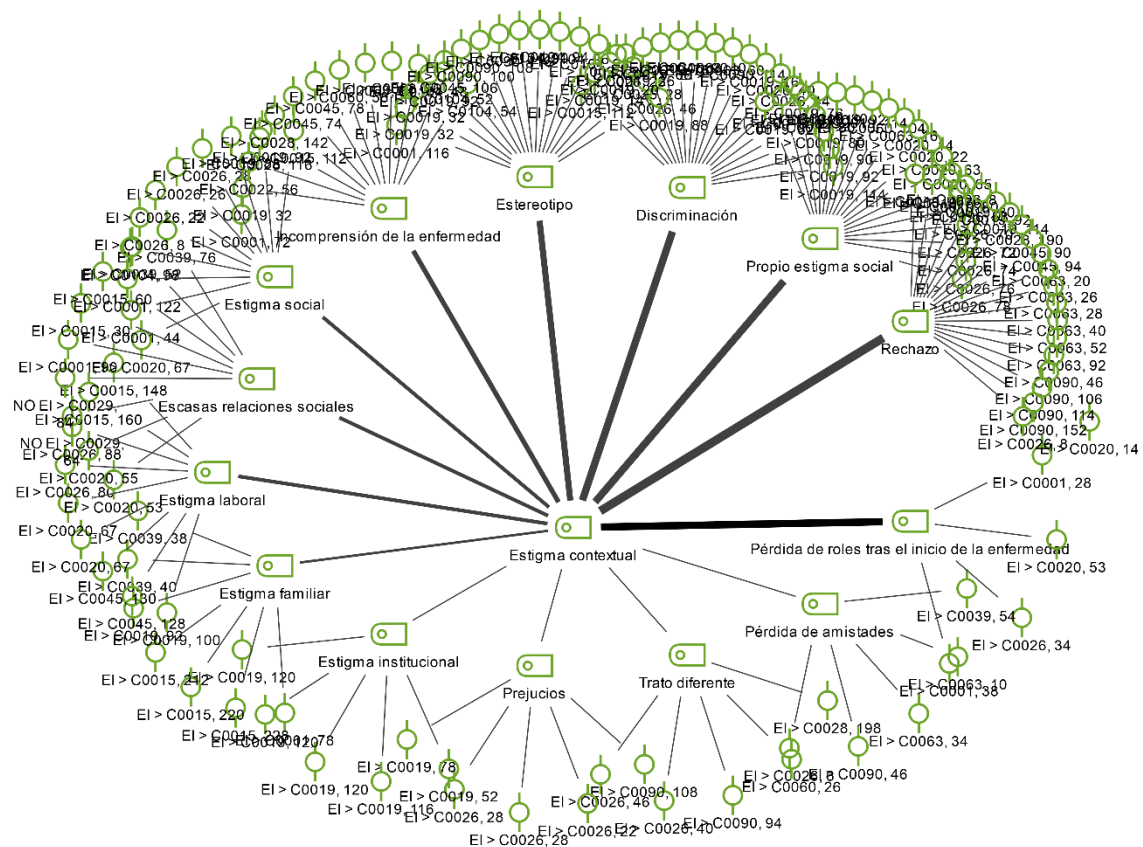


### 8.6.2. Modelo código-subcódigo-segmentos

Este modelo contiene en el centro el Tema principal, unido a sus subcódigos (categorías, subcategorías y códigos) por flechas no direccionales. El círculo exterior contiene los segmentos de cada subcódigo, previamente seleccionados tras aplicar las puntuaciones de peso a los segmentos de citas (unidades de significado) más significativos durante el trabajo de codificación. Cada segmento de citación, está conectado a sus subcódigos mediante líneas de enlace. El grosor de la línea indica las frecuencias de las citas.

Figura 10

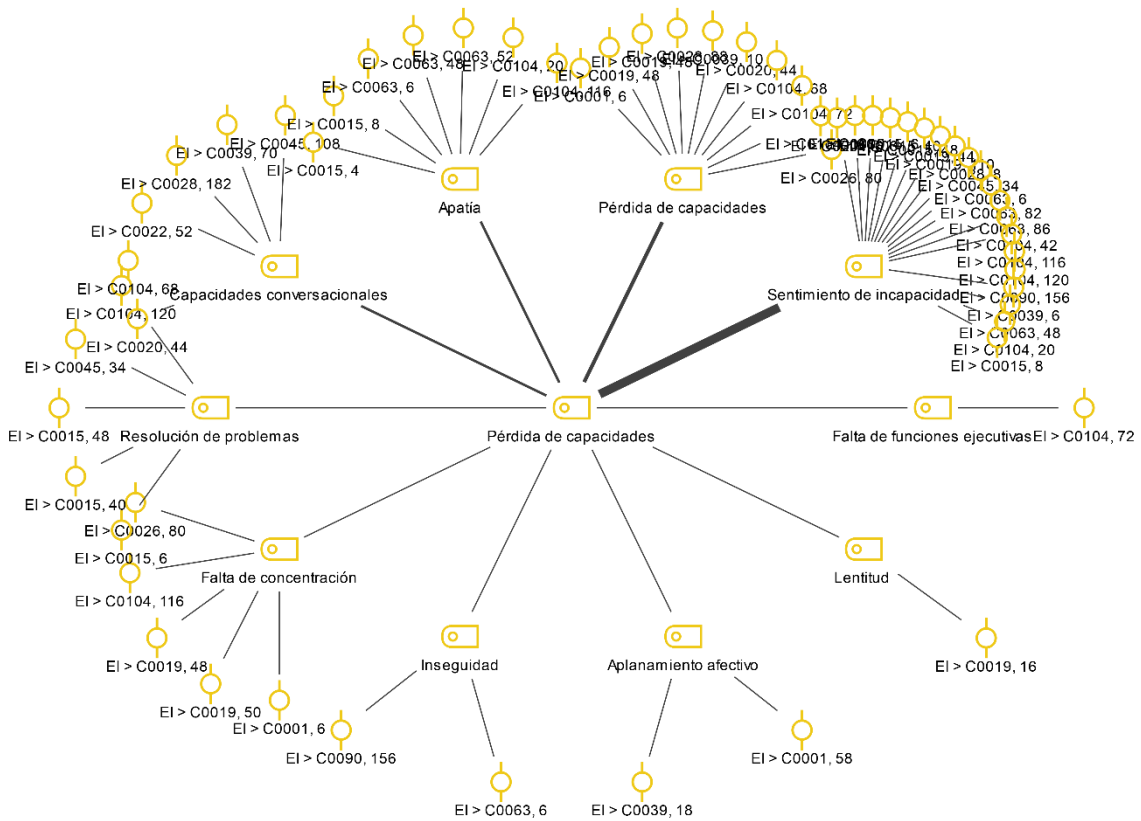
Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Estigma contextual





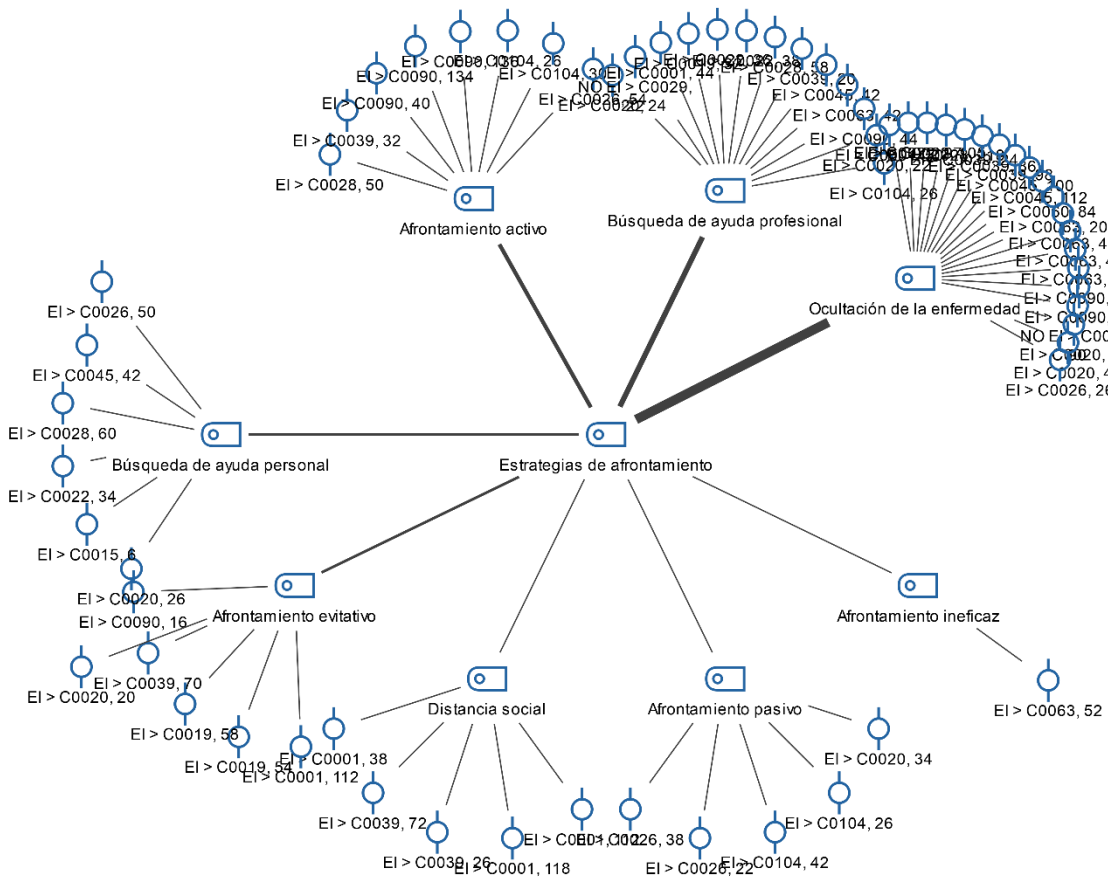
**Figura 12**

*Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Pérdida de Capacidades*



**Figura 13**

*Modelo código-subcódigo-segmentos del Tema Estrategia de Afrontamiento*



### **8.6.3. Mapas de concurrencia de códigos**

Este mapa ilustra la relación entre las categorías, subcategorías y códigos. El ancho de las líneas de conexión indica la frecuencia de esta concurrencia. Solo se muestran en el mapa los segmentos codificados con valores de peso más significativos.

**Figura 14**

*Modelo de concurrencia de códigos I.*

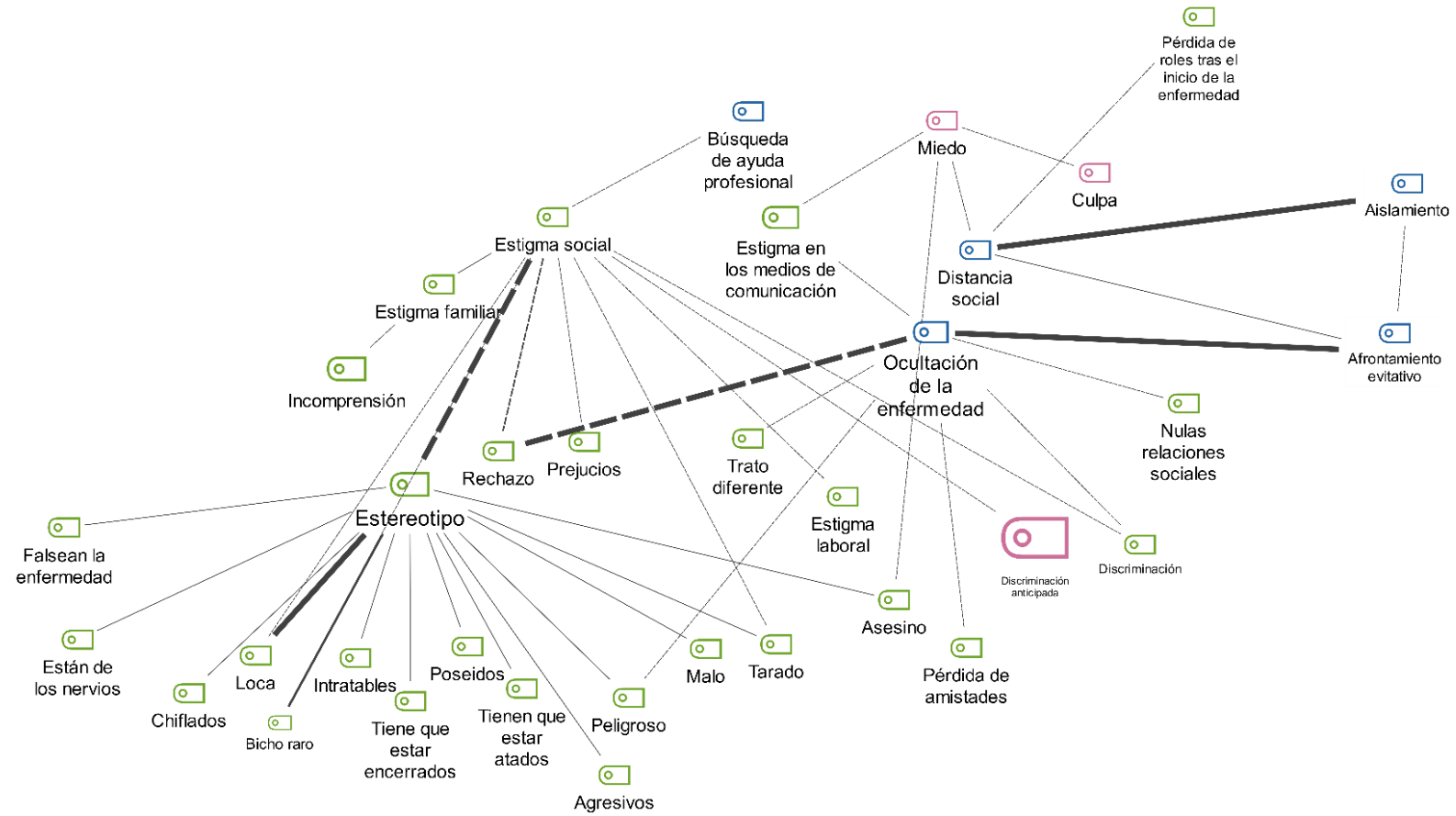




Figura 15

Modelo de concurrencia de códigos II.

