



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Medicina**



**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

***“MODIFICACIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN  
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DESPUÉS DE LA  
APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO”***

PROTOCOLO DE TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

DRA. ESTEPHANIA DEL AGUILA FLORES

**Asesores:**

**Asesor Teórico**

DR. HORACIO REZA GARDUÑO  
TREVINO

**Asesores Metodológicos**

MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI  
DR. FÉLIX ARMANDO AMBROSIO  
GALLARDO

México, D. F. Mayo del 2013.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*La locura es equiparable a lo diferente, cuando los médicos decidimos hacer algo diferente nos enfrentamos a un gran reto, agradezco a las personas que han estado a mi lado en este camino, mi madre que desde pequeña me enseñó a enfrentar los distintos retos y a mi esposo que ha decidido compartir esta vida de locura a mi lado.*

*Por supuesto agradezco a todos los pacientes que me ayudaron a completar este estudio y que me mostraron el difícil camino al que se enfrentan día a día, esperando que en un futuro el horizonte del paciente con esquizofrenia sea más claro, libre de estigma y discriminación.*

## ÍNDICE

	Pag.
1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	4
2.1 Antecedentes históricos .....	4
2.2 Concepto de estigma .....	6
2.2.1 Estigmatización.....	10
2.2.2 Investigaciones sobre estigma.....	14
2.3 Concepto de autoestima.....	16
2.3.1 Autoestima global.....	17
2.3.2 Autoconcepto.....	18
2.4 Servicios ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	18
2.4.1 Hospital Parcial de Día y Fin de semana.....	19
2.4.1.1 Antecedentes históricos del modelo de Hospital Parcial en México y el mundo.....	19
2.4.1.2 Hospital Parcial de Día y Fin de semana en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	21
2.4.2 Clínica de Adherencia Terapéutica.....	27
2.4.2.1 Antecedentes de la Clínica de Adherencia Terapéutica.....	27
2.4.2.2 La Clínica de Adherencia Terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	29
2.5 Consulta externa.....	36
3. Método.....	36
3.1 Justificación.....	36
3.2 Planteamiento del problema.....	37
3.3 Objetivos.....	38
3.3.1 Objetivo general.....	38
3.3.2 Objetivos específicos.....	38
3.4 Hipótesis.....	39
3.5 Variables dependientes e independientes.....	39
3.6 Muestra.....	40
3.6.1 Sujetos.....	40
3.6.2 Criterios de selección.....	40
3.7 Tipo de estudio.....	44
3.8 Instrumento.....	45
3.8.1 Escala de estigma internalizado de King.....	45
3.8.2 Escala de autoestima de Rosenberg, traducida al español.....	49

3.8.2.1	Interpretación de la escala de autoestima de Rosenberg.....	50
3.9	Procedimiento.....	51
3.10	Consideraciones éticas.....	53
4.	Resultados.....	53
5.	Discusión.....	69
6.	Conclusiones.....	73
7.	Referencias.....	75
8.	Anexos.....	80

**Tablas:**

- Tabla 1. Signos de la enfermedad mental que desencadenan una actitud estigmatizadora
- Tabla 2. Lineamientos de trabajo del HP
- Tabla 3. Objetivos del HP
- Tabla 4. Criterios de inclusión del HP
- Tabla 5. Control de las actividades de HP
- Tabla 6: Recursos del HP
- Tabla 7. Actividades con usuarios de HP
- Tabla 8. Actividades con familiares en HP
- Tabla 9. Estrategias de la CAT*
- Tabla 10. Ventajas aportadas por el programa CAT
- Tabla 11. Objetivos de la CAT
- Tabla 12. Recursos de CAT
- Tabla 13. Antipsicóticos de depósito utilizados en la CAT
- Tabla 14. Temas de las sesiones psicoeducativas para pacientes de la CAT
- Tabla 15. Temas de las sesiones psicoeducativas para familiares de pacientes de la CAT
- Tabla 16. Métodos de control de la CAT
- Tabla 17. Variables dependientes
- Tabla 18. Variables independientes.
- Tabla 19. Criterios específicos de exclusión
- Tabla 20. Criterios específicos de eliminación
- Tabla 21. Criterios específicos de inclusión
- Tabla 22. Interpretación de escala de autoestima de Rosenberg en español
- Tabla 23. Datos sociodemográficos
- Tabla 24. Diferencias sociodemográficas entre los grupos HP, CAT y CE
- Tabla 25. Diferencias entre el estigma internalizado en relación a la escolaridad en la primera aplicación.
- Tabla 26. Diferencias entre el estigma internalizado en relación a la escolaridad en la segunda aplicación a los 6 meses.
- Tabla 27. Diferencias de estigma internalizado y autoestima en pacientes con esquizofrenia, previo a intervención terapéutica multidisciplinaria.
- Tabla 28. Diferencias de estigma internalizado y autoestima entre los servicios de HP, CAT y CE.

**Figuras:**

- Figura 1. Proceso de estigmatización de acuerdo a Goffman
- Figura 2. Porcentaje de hombres y mujeres
- Figura 3. Porcentajes de grado de escolaridad
- Figura 4. Porcentajes de estado civil
- Figura 5. Porcentajes de religión
- Figura 6. Porcentajes del lugar de origen
- Figura 7. Porcentajes del lugar de residencia
- Figura 8. Porcentajes de acuerdo a su ocupación previo al diagnóstico de Esquizofrenia

Figura 9. Porcentajes de acuerdo a su ocupación posterior al diagnóstico de esquizofrenia  
Figura 10. Comparación entre grupos de estigma internalizado previo a iniciar programa de intervención  
Figura 11. Comparación entre grupos de la subescala de discriminación previo a iniciar programa de intervención  
Figura 12. Comparación entre grupos de la subescala de divulgación previo a iniciar programa de intervención  
Figura 13. Comparación entre grupos de la subescala de aspectos positivos ante la enfermedad previo a iniciar programa de intervención  
Figura 14. Comparación entre grupos de la escala de autoestima previo a iniciar programa de intervención  
Figura 15. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para el nivel de estigma internalizado  
Figura 16. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la subescala de discriminación  
Figura 17. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la subescala de divulgación  
Figura 18. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la subescala de aspectos positivos ante la enfermedad mental  
Figura 19. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la escala de autoestima

**Abreviaturas:**

OMS Organización Mundial de la Salud  
AVAD Años de vida ajustados por discapacidad  
a.C. antes de Cristo  
d.C. después de Cristo  
HPFBA Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez  
CE Consulta Externa  
CAT Clínica de Adherencia Terapéutica  
HP Hospital Parcial  
HC Hospitalización Continua  
CATIE Estudio de Ensayos Clínicos con Antipsicóticos sobre Efectividad en la Intervención  
Cols. Colaboradores  
DT Desviación típica  
DF Distrito Federal  
EEI Escala de estigma internalizado  
EEAG Escala de evaluación de la actividad global  
CGI Escala de impresión clínica global  
EAR Escala de autoestima de Rosenberg  
AFCP Análisis Factorial de Componentes Principales  
SALME Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada del Instituto Jalisciense de Salud Menta

## RESUMEN

### Introducción:

El estigma internalizado o autoestigma es cuando la persona internaliza estereotipos, toma actitudes en cuanto a estos, y en consecuencia sufre disminución de su autoestima dudando de su eficacia.

La esquizofrenia es una de las enfermedades más estigmatizadas por la desinformación al respecto y la relación que la sociedad le da con la peligrosidad. Estos factores afectan el apego al tratamiento, provocan discriminación y disminuyen la calidad de vida del individuo que la padece.

### Material y método:

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal y comparativo, con una muestra de 75 pacientes con esquizofrenia del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", de los servicios de Consulta externa, Hospital Parcial y Clínica de Adherencia Terapéutica, se aplicó la escala de estigma internalizado de *King* y autoestima de *Rosenberg*. Se comparó el grado de autoestigma entre los grupos y 6 meses después. Se encontró un aumento en el estigma internalizado después de 6 meses en los pacientes de la Consulta Externa y una disminución en el estigma en los pacientes del Hospital Parcial, no se encontraron diferencias significativas para el autoestima.

### Discusión y Conclusiones:

Se ha encontrado que el estigma constituye una barrera para la atención en los servicios de salud, se requieren programas interdisciplinarios que ayuden a disminuir el estigma. Una atención integral, con psicoterapia grupal, psicoeducación, vigilancia estrecha del tratamiento farmacológico, si puede disminuir el estigma y por consiguiente mejorar la evolución de la enfermedad, en padecimientos como la esquizofrenia.

**Palabras clave:** estigma, esquizofrenia, autoestima.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001 estimó que 450 millones de personas sufrían trastornos psiquiátricos y neurológicos (1). Frenk y cols. han estimado que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad (2,3). El Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. La esquizofrenia se encuentra dentro de las diez causas principales de discapacidad en el mundo, su prevalencia es del 1%, afecta igual número de hombres y mujeres (1,4). El impacto de la esquizofrenia sobre los AVAD es del 7%, sólo 10% debajo de la depresión mayor, que es la número uno (2). El curso de la esquizofrenia es variable, alrededor del 10% de los pacientes permanecen asintomáticos, 20% presentan síntomas severos y el resto tienen una evolución fluctuante a lo largo de su vida, 10% tienen algún intento suicida y de este porcentaje el 50% lo consuman; la disminución de las recaídas después del primer episodio psicótico dependerá en gran medida del mantenimiento y apego al tratamiento antipsicótico (4).

Cabe señalar que en relación al impacto social, los índices de enfermedades mentales tienden a aumentar debido a problemas como la pobreza, violencia,

adiciones y envejecimiento de la población (1,2). Se puede decir que la enfermedad mental, como otras condiciones humanas, conlleva en muchos casos a la discriminación social que para quienes la padecen desemboca en un proceso de estigmatización. Los individuos que padecen enfermedades mentales crónicas como la esquizofrenia, no sólo tienen que luchar con los aspectos de su enfermedad, sino con el estigma que hay a su alrededor (1, 2, 4). El estigma hace que se discrimine a los individuos con enfermedad mental, vistos como ciudadanos de segunda clase que son diferentes, separados o segregados de la sociedad. La discriminación se manifiesta de muchas formas como una pobre atención, menor atención al cuidado de su enfermedad, y menor inversión en recursos y programas clínicos. Algunos programas educativos disminuyen los efectos negativos del estigma hacia la enfermedad mental crónica (4). La lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores clave de planes de salud mental de los próximos años. La declaración de Helsinki (2005) de la OMS ha establecido la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental como un factor indispensable para mejorar la calidad de vida del individuo. Las personas con enfermedad mental sufren, además de discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia la misma y de quienes la padecen. Este prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de estas personas. Por ello es evidente que una atención integral a las personas con enfermedad mental no sólo debe cubrir las necesidades de apoyo e integración, sino que también se deben establecer

acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas.

Por consecuencia el estigma internalizado o autoestigma se crea porque si una persona tiene la concepción de rechazar a aquellos que padezcan una enfermedad mental, entonces temerá que ese rechazo lo viva él al padecerla. El miedo al rechazo es un mecanismo dañino para la autoestima, porque se piensa que otros tendrán miedo de uno mismo. Este miedo puede causar aislamiento social o retraimiento de quien padece la enfermedad mental, en especial si ha sido en alguna ocasión hospitalizado en una institución psiquiátrica (5). Hay una relación inversa entre el estigma y el apego al tratamiento; el estigma ante la enfermedad mental significa una barrera para el tratamiento. Los individuos que perciben estigma sobre su enfermedad mental y aquellos que lo internalizan tienen mal apego al tratamiento (6,7).

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las propias personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general, pasando por los profesionales de la salud que los atienden, poniendo en evidencia que se necesita mayor información en cuanto a las enfermedades mentales y su tratamiento en el personal médico en formación y la población general (7,8). En específico en la esquizofrenia se ha creado una situación generalizada de estigma, que cuando una persona desarrolla esta enfermedad es receptor de discriminación estructural, está estereotipado como “esquizofrénico”. Un elemento que alimenta la estigmatización de la esquizofrenia es la percepción de que el paciente con esta enfermedad es extremadamente peligroso (9); este estigma afecta la estructura

alrededor de la persona, dejándola bajo todas las adversidades de esto (10). La población no solicita la ayuda que está disponible por razones derivadas del miedo al estigma o el desconocimiento de los beneficios de la atención médico-psiquiátrica y psicosocial (2).

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes históricos:

Los griegos crearon el término estigma para exhibir algo malo, poco habitual en el status moral de quienes lo presentaban, esto se marcaba con signos que consistían en cortes o quemaduras del cuerpo y advertían que el portador era un esclavo, criminal o un traidor. Durante el cristianismo se agregaron dos significados metafóricos, el primero hacía alusión a signos corporales de la gracia divina y el segundo era una referencia médica a los signos corporales de perturbación física (11). En la Edad Media el término estigma significaba difamación o acusación pública de un criminal (en ocasiones las personas que lo tenían eran marcadas con un hierro candente), de tal forma que todos pudiesen reconocerle (8). En la actualidad la palabra es ampliamente utilizada con un sentido parecido al original, se designa al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales (11).

Las explicaciones que se han dado a la enfermedad mental a lo largo de la historia han contribuido a la estigmatización, desde las primeras civilizaciones, como los

asirios y los egipcios la locura era atribuida a poderes sobrenaturales que provenían de los cielos. Los filósofos griegos del siglo VI a.C. trataban de dar una explicación naturalista (13), la enfermedad mental era adjudicada a la desarmonía de los humores, se explicaba por el sobrefluido de la bilis negra, dando una etiología somática; los conceptos griegos fueron retomados por los romanos pero después se dio un especial énfasis a la responsabilidad individual ante la enfermedad mental. Se ha sugerido que la actitud medieval ante la enfermedad mental es prácticamente desconocida ya que las anomalías en el comportamiento fueron consideradas parte del plan divino de la humanidad. La reforma en el mundo hacia el cristianismo causó una división de pensamiento y desintegración de valores provocando la búsqueda de un chivo expiatorio que en ocasiones coincidió con las personas que tenían un comportamiento aberrante o desorganizado, probablemente secundario a alguna enfermedad mental (12). Los primeros siglos del cristianismo estuvieron caracterizados por la combinación de las antiguas creencias naturalistas, su origen somático y la dimensión emocional de la vida individual; el cristianismo vio a la enfermedad mental como una manifestación de Dios. En la Edad Media la enfermedad mental tenía un carácter religioso, se veía más como algo diabólico, urdido por Satanás y difundido por las brujas y los herejes; los espíritus impuros debían ser tratados por medios espirituales como misas, exorcismos o peregrinaciones a santuarios; algunos autores mencionan dos actitudes principales ante la enfermedad mental en esta época, una en la que se habla de tolerabilidad y amabilidad hacia los insanos y otra en la que podía haber burla y dureza (12). En Europa en el siglo XV, durante la cacería de brujas, el comportamiento descontrolado era visto como síntoma de

*maleficium* (maleficio satánico) encauzado por brujas que habían hecho un pacto con el diablo (13), la Inquisición lentamente fue tomando un papel importante al respecto llegando a tener crueles formas de castigo (12); los creyentes vivían personalmente la locura y la desesperación como indicios de pecado, posesión o pérdida del alma (13). En el Renacimiento las brujas fueron víctimas de las supersticiones y se convirtieron en el receptor de calamidades; también se dice los conceptos griegos sobre la enfermedad mantuvieron su validez y vitalidad, considerándose una época de tolerabilidad ante la enfermedad mental. Podemos ver que el estigma existió en la Edad Media y en el Renacimiento sin suscitar culpa ya que era el pensamiento intrínseco que prevalecía en la ideología cristiana más que una cuestión de responsabilidad individual (12). Fue hasta el siglo XVII que algunos estudiosos intentaron desligar a la brujería de lo que podía ser un problema de salud, por ejemplo *Jorden* trataba de dar una explicación natural para esto, Locke en 1690 habla sobre la locura como algo que no es diabólico ni humoral, sino una falla en la cognición más que en la voluntad o pasión, refiriéndose así “los locos juntan ideas erróneas y por lo tanto llegan a proposiciones falsas pero arguyen y razonan correctamente a partir de ellas”. En el siglo XVII cobra bríos la polarización entre cuerdos y locos legitimando el proceso de institucionalización de la locura (13).

## 2.2 Concepto de estigma:

En 1963 *Goffman* se refiere al estigma como una construcción social con carácter devaluatorio que define personas en términos de una característica distintiva, viéndolo como un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada o

rebaja a la persona portadora del mismo, también se puede ver como la relación entre un atributo y un estereotipo, lo define como la situación de un individuo inhabilitado para una plena aceptación social (8,10,11). *Jones* en 1984 define al estigma como una marca o atributo que vincula a la persona con características indeseables o estereotipos (8,14). *Sttaford* veía al estigma como la característica de las personas que resulta contraria a la norma de unidad social, considerando como "norma" una creencia compartida de comportarse de una forma determinada en un momento preciso (8). *Crocker* sugiere que el estigma aparece cuando una persona tiene o se cree que tiene un atributo o característica que le da una identidad social que le devalúa en un contexto en particular (10,15). *Corrigan* menciona que el estigma es un estereotipo o atribución que le hace identificable a un miembro como particular dentro de un grupo; refiriéndose a estereotipo como las creencias sobre un grupo aprendidas durante su crecimiento social específico (16). El estigma se relaciona con constructos cognitivos de la sociedad que los une a creencias estereotipadas, los conceptos de estereotipado, etiquetado, menospreciado y discriminación se ligan entre sí por medio del poder (5,10). Se ha visto que la discriminación consecuencia del estigma puede ser real, es decir vivida por la persona, o sólo temida, es decir sospechada por el individuo antes de experimentarla, al respecto *Jacoby* en 1994 hace una distinción entre estigma "Sentido" y "Temido"; el primero se refiere a los episodios de discriminación y el segundo es relacionado con la vergüenza o inferioridad que puede desencadenar el estigma (17,18). Cabe mencionar que el estereotipo o estigma varía de acuerdo a la cultura; la visión individual idiosincrática de una condición es crucial en cómo

reaccionará el individuo ante personas con una enfermedad mental o ante esta condición en sí mismos (16).

El estigma es un predicamento para las personas que viven con él. No todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con el estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos (11). Puede estar implicado en múltiples áreas del ser humano, como su vida en casa, trabajo, salud y la vida misma.

Se puede vivir la estigmatización desde la incontinencia urinaria, el cáncer, la homosexualidad, las danzas exóticas o las enfermedades mentales (10). Muchas de las situaciones donde la persona es estigmatizada es porque se le da una responsabilidad moral implícita, como *Paron* menciona que en el concepto del rol de enfermo, considera que una persona con una enfermedad tiene la obligación social de hacer el esfuerzo de estar mejor lo más pronto posible (19). Aparentemente para muchas personas “la enfermedad mental” es la etiqueta ligada al estereotipo de una persona peligrosa, ligando peligrosidad a enfermedad mental, lo que expresa el deseo social de mantener distancia de la persona con este tipo de enfermedad. Actualmente el término de estigma se utiliza en el ámbito médico para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas. (8,10).

El estigma en la enfermedad mental se ha dividido en dos tipos principales, el estigma internalizado y el estigma público (8).

Estigma internalizado o autoestigma: Es cuando la persona internaliza estereotipos, toma actitudes en cuanto a estos, y en consecuencia sufre disminución de su autoestima y duda de su eficacia (8).

Estigma público: Es cuando un amplio grupo de la población general, está de acuerdo con un estereotipo; se menciona que dentro de los más comunes estereotipos que tiene la población general sobre la enfermedad mental son la peligrosidad, inmoralidad e incompetencia (8).

Estigma experimentado: Es el que proviene de las experiencias de discriminación y rechazo vividas (8).

Estigma por asociación: Es el que afecta a las personas íntimamente relacionadas con alguien que padece una enfermedad mental (8).

Prejuicio: Es una actitud generalizada hacia algunos miembros del grupo; canalizada por los estereotipos que sirven para hacer juicios automáticos, conllevando a discriminación. El prejuicio público desemboca en varios tipos de discriminación como disminución en la oportunidad, pérdida del poder de decisión en cuanto a sí mismo, segregación, etc. (8, 10).

Discriminación: La discriminación estructural es cuando existe una práctica institucional que pone en desventaja a un grupo minoritario (10).

## 2.2.1 Estigmatización

La estigmatización es el proceso donde una característica o condición es ligada a una persona para identificarla por la misma (20,21). De acuerdo a *Goffman* el estigma es la relación entre un atributo y un estereotipo, por lo tanto el estigma se presenta cuando convergen estos factores en la siguiente secuencia (10).

Figura 1. Proceso de estigmatización de acuerdo a *Goffman*



*Goffman* hace alusión que para comprender el concepto de estigma se debe hablar de la diferencia, de los que poseen el estigma y que se consideran fuera del grupo de los “normales” y los “normales” que son todos aquellos que no se apartan negativamente de las expectativas particulares que están en discusión. Por lo tanto los “normales” construyen la teoría del estigma para explicar una ideología de inferioridad hacia los otros (11). Los procesos estigmatizadores ponen a las personas en situaciones de exclusión que no sólo dificultan su integración social y la de sus familias, sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos como los comportamientos autoexcluyentes, problemas cognoscitivos, conductas autopunitivas y de riesgo (8). El pertenecer a un status

devaluado en la sociedad, lleva a inequidad en las relaciones con grupos minoritarios. Se ha dicho que las personas estigmatizan, por el hecho de la etiqueta con que se califica a un individuo o grupo, aunque este no tenga una conducta aberrante; desencadenando conductas sociales negativas que exacerban el curso de la enfermedad. Existe una selección social de las diferencias humanas que van a ser identificadas y que importarán socialmente, ya que existen miles de diferencias entre individuos pero no todas son denotadas, socialmente (10). Atribuir los resultados negativos de los prejuicios y la discriminación puede afectar el estado de ánimo y la autoestima de los integrantes de grupos estigmatizados (22).

Las personas desarrollan los conceptos estigmatizadores desde etapas tempranas de la vida, como un proceso cultural, tienen expectativas creadas de lo que una persona con enfermedad mental vivirá, cuando alguien sabe que padece una enfermedad mental, todo el miedo al rechazo lo aplica a su persona, esta visión sobre la nueva concepción del mundo puede traer consecuencias negativas en sí mismo (10). El individuo puede también llegar a odiarse o denigrarse a sí mismo (11). Un aspecto importante del autoestigma es que la persona anticipa el rechazo; este estigma anticipado corresponde a las creencias acerca de la devaluación-discriminación que experimentará una persona por el hecho de padecer una enfermedad mental, el cual es internalizado antes de saber el diagnóstico, por el simple hecho de que él y su familia son miembros de la sociedad, compartiendo los estereotipos sociales respecto a la misma y que cobran relevancia en el momento de aparición de los primeros síntomas (8); lo

cual puede conllevar hasta la victimización del individuo (11). Esto se ve más cuando la persona ha sido hospitalizada en alguna institución mental, esto le hará que disminuya sus interacciones sociales con las partes que pueda considerar estigmatizadoras, lo cual puede desencadenar desconfianza, depresión, hostilidad, ansiedad o aturdimiento afectando su calidad de vida (10,11).

En general la población infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipos de signos y tiene una actitud estigmatizadora a partir de los mismos (8):

Tabla 1. Signos de la enfermedad mental que desencadenan una actitud estigmatizadora

Signos de la enfermedad mental que desencadenan una actitud estigmatizadora
<ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas psiquiátricos como, comportamientos extraños o irregularidades en el lenguaje.</li><li>• Déficits de habilidades sociales, en el contacto visual, lenguaje corporal o forma de discusión.</li><li>• Apariencia física, forma de vestir o higiene personal.</li><li>• Las etiquetas, cuando se sabe que padecen una enfermedad mental.</li></ul>

Una consecuencia de la actitud estigmatizadora hacia las personas con enfermedad mental es la internalización del estigma que devalúa las creencias positivas sobre sí mismo, perdiendo su identidad anterior como estudiante, madre, hijo, vecino, etc, y siendo estigmatizado con la etiqueta de “identidad de enfermo”, que se convierte en el dominante; la estigmatización hacia la enfermedad mental incluye el creer que una persona que la padece es peligrosa, nunca va a recuperarse y que no puede contribuir a la sociedad (23). El estigma internalizado afecta varios ámbitos en la vida cotidiana y la recuperación de los pacientes con enfermedad mental grave, como su autoestima, relaciones interpersonales, la adherencia al tratamiento y/o el pedir ayuda para mejorar su calidad de vida ante la enfermedad (23,24). Por lo tanto la disminución del estigma traerá como consecuencia la mejora de la autoestima y calidad de vida (5).

El estigma no puede considerarse como algo que concierne sólo al ámbito psiquiátrico, sino social (23). Los medios de comunicación también tienen una participación importante en la conducta estigmatizadora al ser cristalizadores y difusores de las distintas tendencias sociales (8). La religión también tiene un papel importante se ha reportado que en algunas religiones las personas con enfermedad mental llegan a ser incitados a no tomar sus medicamentos. También gran parte de adultos no creen que la psicoterapia sea un tratamiento útil y el uso de medicamentos psiquiátricos tiene una connotación negativa (7).

Se ha evidenciado que individuos pertenecientes a grupos estigmatizados o en desventaja llegan a proteger su autoestima con una devaluación selectiva de dominios en los que están en ventaja en comparación a los que están fuera del grupo, sobrevalorando los dominios en los que los integrantes del grupo tienen ventajas (25,26). También se ha visto que los individuos de un grupo estigmatizado alimentan su autoestima al compararse con los miembros de su mismo grupo sin tener que compararse con los integrantes de grupos con más ventajas. (25,26,27). Entre sus iguales el individuo estigmatizado puede utilizar su desventaja como base para organizar su vida, pero para lograrlo deberá resignarse a vivir en un mundo incompleto (11).

La enfermedad y la discapacidad son vistas como faltas morales, que afectan la economía y la actividad constante, la velocidad y habilidad con una expectativa de buena salud. Rompen la imagen cultural clásica de un “buen ciudadano”, ya que sus habilidades no se desempeñan de la misma forma, sin una participación activa en la vida social y económica, con uso de razón, independencia y responsabilidades (19,28,29).

### 2.2.2 Investigaciones sobre estigma

Se debe tomar en cuenta que existen dos principales desafíos en el estudio del estigma, el primero que aquellos que lo estudian al no pertenecer al grupo estigmatizado no viven ni presentan la verdadera experiencia individual del

estigma y pueden tecnicificar los conceptos para entenderlos, pero hacerlos más alejados del individuo y el segundo relacionado con que la visión del estigma es una percepción individual (10).

Como hemos mencionado desde hace varias décadas se ha estudiado al estigma en múltiples disciplinas, un antecedente muy importante es el estudio de *Goffman* quien en 1963 publica el libro "*Stigma notes on the mangment of spoiled identity*" con una extensa investigación sobre las causas, naturaleza y consecuencias del estigma (11). Cabe mencionar que el estudio del estigma se ha incrementado en los últimos 20 años, por ejemplo en *medline* para 1980 solo se encontraba la palabra estigma en los resúmenes de 14 artículos, para 1999 ya se encontraba en 114, cifra que ha ido en aumento desde entonces (5,10).

Existen algunos estudios sobre la prevalencia del estigma internalizado como el de *Brohan* en 2010, realizado en 14 países europeos donde se encontró 41% de la muestra con criterios elevados para estigma internalizado (23,30). *West* en 2011 en una muestra de 144 personas con enfermedad mental grave reportó que 36% tenían elevación significativa en la escala para estigma internalizado, *Werner* en 2008 encontró que de un 20 a 33% de personas en Israel que eran tratadas en un hospital psiquiátrico presentaban niveles elevados de estigma internalizado (23,31); *Ritsher* en 2004 reportó un 28% de personas con elevación en la escala de autoestigma en una muestra de veteranos con enfermedad mental grave (32).

En cuanto a la población que no presenta enfermedad mental también se han hecho múltiples investigaciones relacionadas con el estigma, por ejemplo un estudio realizado a población británica, por *Wilson* en el año 2000, hace alusión a la visión negativa por parte de los programas televisivos hacia la enfermedad mental y al analizar el contenido de la programación dirigida a la población infantil se encontró una influencia negativa hacia la enfermedad mental (33). *Philo* logra hacer una lista de 167 términos utilizados por la población adulta en referencia a la enfermedad mental, donde la mayoría tenían connotación peyorativa (34). En Alemania se observó que la mayoría de los estudiantes de medicina tenían una actitud negativa hacia la psiquiatría y la enfermedad mental, la cual podía cambiar posterior a recibir información y actividades teórico prácticas en el ámbito psiquiátrico (35). En un estudio en el año 2000 se detectó un concepto negativo hacia la enfermedad mental en médicos de la población británica (7).

### 2.3 Concepto de autoestima:

*Rosenberg* entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características (36,37). La autoestima está enfocada a la actitud positiva o negativa que tenga el individuo hacia sí mismo, compuesta por elementos afectivos y cognoscitivos (25). La autoestima es un concepto ampliamente estudiado y discutido, observándose su directa relación con el bienestar general de la persona, lo que sugiere que podría ser un buen indicador

de la salud mental (36). Hay sujetos que fundamentan su propia valía sobre todo en la realización de ambiciones personales y la consecución de reconocimiento social, y para éstos el respeto a sí mismos aparece fundamentalmente asociado a los valores de logro; en cambio, otros fundamentan su autoestima en el establecimiento de criterios propios de pensamiento y acción y para ellos el respeto a sí mismos está vinculado a la autodirección (38,39). *Harter* ha postulado que existen dos predictores de la autoestima, el primero es la competencia o adecuación en dimensiones consideradas importantes para la persona y el segundo es la visión positiva que los “otros significativos” mantienen hacia el “yo” (40). Cuando se afecta la autoestima la persona se convence que es menos apta que otros para realizar una actividad. Las personas con baja autoestima, ven una situación estigmatizadora a su alrededor (5).

### 2.3.1 Autoestima global

Se entiende como autoestima global a los diferentes valores que uno coloca sobre el Yo, como persona, un juicio que puede ser contrastado con otras evaluaciones o juicios sobre la competencia de uno mismo en áreas o dominios específicos (40). Para *W. James*, la autoestima global representa la proporción de éxitos personales de acuerdo a las pretensiones o aspiraciones hacia el éxito en las diferentes dimensiones de la vida (40,41). Para *Cooley* el “yo” representa las valoraciones reflejadas de los otros significativos (40,42). *Harter* indica que la visión percibida de los “otros” ejerce un impacto directo sobre la visión global que

uno tiene de sí mismo; no obstante, esta fuente de autoestima es independiente de la relativa a la competencia percibida en dimensiones consideradas importantes. La autoestima sería, por decirlo así, el componente afectivo-evaluativo del autoconcepto (40).

### 2.3.2 Autoconcepto

Es el núcleo central del sistema cognoscitivo que está conformado por creencias autorreferentes y cogniciones que una persona tiene sobre sí misma (38,43). La preservación de un autoconcepto positivo se considera una motivación crucial en la selección y el mantenimiento de ciertas prioridades de valor; considerando que los valores se mantienen en la medida en que favorecen un autoconcepto positivo y congruente con las demandas sociales de competencia y moralidad que el sujeto percibe asociadas a sus roles (38,39).

### 2.4 Servicios ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA)

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” cuenta con servicios ambulatorios con modalidades de tratamiento bio-psico-socioterapéutico, conformados por la Consulta Externa (CE), Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT) y Hospital Parcial (HP).

## 2.4.1 Hospital Parcial de día y Fin de semana

### 2.4.1.1 Antecedentes históricos del modelo de hospital parcial en México y el mundo.

Las modalidades de Hospital de Día y Fin de semana han sido probadas en muchas partes del mundo desde su origen en Moscú, este modelo de atención ha sido altamente aceptado para los trastornos psicóticos en base a las necesidades de los usuarios y los beneficios que se obtienen; en México se ha utilizado en pacientes psicóticos, principalmente con esquizofrenia, aunque también se da atención a otras patologías como depresión y trastornos de la personalidad (44).

Fue en Moscú en 1932 donde surge el primer HP, donde los pacientes sólo acudían durante el día a terapia laboral por la escasez de camas. Posteriormente en otros países como Inglaterra y Estados Unidos surgen programas similares, en 1944 el Dr. E. Cameron presenta el proyecto de HP en la Asociación Psiquiátrica Americana de Nueva York. En los 60's la mayoría de los países de Europa reemplazaron el modelo tradicional de hospitalización por nuevos modelos de atención, enfocados al concepto de psiquiatría comunitaria, encontrando las siguientes mejoras (44):

- Optimización de tiempos en las actividades terapéuticas y de rehabilitación.
- Afianzamiento del compromiso con el tratamiento por parte del paciente.
- Estimulación cognoscitiva.
- Disminución de los mitos y estigmatización de los modelos hospitalarios.
- Disminución de la discriminación en los ámbitos social y familiar.

El modelo de HP desde su creación se ha ido adaptando a determinantes, tales como su filiación administrativa, situación geográfica y políticas nacionales de salud (44).

En México, desde la construcción del HPFBA a finales de los 60's se había concebido la creación de un servicio de rehabilitación. En 1979 se inauguró el servicio de Hospital Parcial de día, con la finalidad de crear un puente entre la hospitalización continua y la comunidad. En 1991 nace como tal el Hospital de Día al fusionarse con el servicio de Terapia Ocupacional, en 1994 se tiene bien establecido el programa de Hospital de Día realizando acciones de psicoterapia grupal, terapia ocupacional y consulta psiquiátrica. Posteriormente se realizó un programa modificado para fin de semana dando seguimiento a otros pacientes en estos días específicos con actividades similares a las proporcionadas de lunes a viernes (44).

#### 2.4.1.2 Hospital Parcial y Fin de semana en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

El HP tiene un abordaje multidisciplinario con estrategias de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con acciones terapéuticas de tipo grupal básicamente, que tienen el objetivo de favorecer la reinserción en los ámbitos familiar, social y laboral. Es una estrategia que sirve de puente entre la hospitalización continua y el contexto social; con las bondades del tratamiento estrecho y la libertad de un manejo ambulatorio, viendo al individuo y su familia desde las tres esferas, biológica, psicológica y social. Observa varias veces por semana a los usuarios y

sus familiares permitiendo detectar las necesidades individuales de cada paciente y ajustando estrategias para su manejo, logrando catalogar niveles de tratamiento de acuerdo a las condiciones de cada paciente (44).

Tabla 2. Lineamientos de trabajo del HP

Lineamientos de trabajo del Hospital Parcial
<ul style="list-style-type: none"><li>• Continuidad en el tratamiento.</li><li>• Psicoterapia de grupo.</li><li>• Psicoeducación a familiares y pacientes, técnicas de reinserción familiar.</li><li>• Focalización clara en la problemática del paciente.</li><li>• Creación de un medio ambiente terapéutico.</li><li>• Ergoterapia y actividades recreativas para la readaptación al medio.</li><li>• Farmacoterapia.</li><li>• Supervisión clínica continua.</li></ul>

Tabla 3. Objetivos del HP

Objetivos del Hospital Parcial
<ul style="list-style-type: none"><li>• Control sintomático de la enfermedad.</li><li>• Conciencia de enfermedad en pacientes y familiares.</li><li>• Cumplimiento y adherencia al tratamiento</li><li>• Crear en la familia el rol de soporte social primario, promoviendo un cambio de actitud hacia el enfermo mental.</li><li>• Mejorar la dinámica familiar.</li><li>• Mejores resultados clínicos a menor costo.</li><li>• Lograr mayor aceptación de los servicios de hospitalización.</li><li>• Proporcionar a los pacientes estrategias para hacer frente a la vida cotidiana.</li></ul>

Tabla 4. Criterios de inclusión del HP

Criterios de inclusión del Hospital Parcial
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tener antecedente o padecer síntomas psicóticos.</li><li>• Tener sintomatología controlada de forma total o parcial.</li><li>• Aceptar voluntariamente el ingreso al servicio.</li><li>• Contar con un familiar o persona responsable.</li><li>• Poder acudir a las actividades en horario matutino 3 o 2 veces por semana dependiendo el programa (hospital de día o fin de semana).</li><li>• No tener consumo activo de sustancias de abuso.</li><li>• No presentar retraso mental de moderado a severo, ni deterioro cognoscitivo grave.</li><li>• No presentar trastorno de personalidad.</li><li>• No presentar agresividad u otro factor que dificulte su integración a grupos.</li><li>• Que su lugar de residencia sea el DF o zona conurbada.</li></ul>

El tiempo de estancia de los pacientes en este programa es muy variable en general se tratan de cumplir los objetivos en un periodo de 12 meses de estancia (44).

El control que lleva el personal del programa para el buen funcionamiento de las actividades es por medio del registro de actividades siguiente (44):

Tabla 5. Control de las actividades de HP

Control de las actividades de Hospital Parcial
<ul style="list-style-type: none"><li>• Postareas.</li><li>• Revisión de notas.</li><li>• Revisión de casos clínicos.</li><li>• Investigación bibliográfica de actividades y casos clínicos.</li><li>• Clinimetría.</li><li>• Informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.</li></ul>

Los recursos físicos y humanos con los que cuenta el servicio son:

Tabla 6: Recursos del HP

Recursos del Hospital Parcial	
Físicos	Humanos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 salas para actividades grupales, 3 con cámaras de Gesell</li> <li>• 6 consultorios</li> <li>• Área de enfermería</li> <li>• Consultorio de jefatura</li> <li>• Área de comedor para pacientes</li> <li>• Terraza para actividades socioculturales y recreativas</li> <li>• 2 baños para pacientes y familiares</li> <li>• Área de sala de espera para pacientes y familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 médicos psiquiatras adscritos de lunes a viernes</li> <li>• 4 médicos psiquiatras adscritos de fines de semana</li> <li>• 4 psicólogos adscritos de lunes a viernes</li> <li>• 3 psicólogos adscritos de fin de semana</li> <li>• 3 enfermeras de lunes a viernes</li> <li>• 2 enfermeras de fin semana</li> <li>• 1 trabajadora social de lunes a viernes</li> <li>• 2 trabajadoras sociales de fin de semana</li> <li>• 4 médicos residentes de tercer o cuarto año de psiquiatría</li> <li>• 4 pasantes de psicología</li> <li>• 1 pasante de enfermería</li> </ul>

A continuación se muestran las actividades que se realizan con los usuarios (44):

Tabla 7. Actividades con usuarios de HP

Actividades con usuarios del Hospital Parcial			
No. horas a la semana	Hospital de día	No. horas a la semana	Hospital fin de semana
4.5	Terapia ocupacional 3 sesiones de 1.5 hrs	No aplica	Terapia ocupacional
3	Grupo psicoeducativo 2 sesiones de 1.5 hrs	1.5	Grupo psicoeducativo 1 sesión de 1.5 hrs
4.5	Grupos psicoterapéuticos 3 sesiones de 1.5 hrs (afrentamiento de problemas y habilidades sociales, psicoterapia de grupo, psicodrama)	3	Grupos psicoterapéuticos 2 sesiones de 1.5 hrs (psicoterapia de grupo y psicodrama)
3	Talleres rehabilitatorios 3 sesiones de 1 horas (teatro, literario, expresión musical, taller de afrentamiento y habilidades sociales, expresión corporal y cine debate)	3	Talleres rehabilitatorios 3 sesiones de 1 horas (teatro, taller de relajación, taller de expresión musical, taller de afrentamiento y habilidades sociales, actividades deportivas y cine debate)
1	Asamblea de pacientes	1	Asamblea de pacientes
2	Taller de lectura de periódico 2 sesiones de 1 hora	3	Salidas de reintegración social 1 sesión de 3 horas
3	Comedor 3 sesiones de una hora	2	Comedor 2 sesiones de 1 hora
1	Asistencia terapéutica individual 1 sesión 1 hora	1	Asistencia terapéutica individual 1 sesión 1 hora
No. horas anual			
12	Eventos sociorecreativos 3 sesiones de 4 horas	8	Eventos sociorecreativos sesiones de 4 horas cada año

Tabla 8. Actividades con familiares en HP

Actividades con familiares en Hospital Parcial			
No. horas a la semana	Hospital de día	No. de horas a la semana	Hospital fin de semana
3	Grupo psicoeducativo primer nivel 2 sesiones de 1.5 hrs	1.5	Grupo psicoeducativo primer nivel 1 sesiones de 1.5 hrs
1	Grupo psicoeducativo primer nivel 1 sesión de 1.5 hrs	1	Grupo psicoeducativo primer nivel 1 sesión de 1.5 hrs
1.5	Grupo psicoeducativo segundo nivel 1 sesión de 1.5 hrs	1.5	Grupo psicoeducativo segundo nivel 1 sesión de 1.5 hrs.
1.5	Terapia cognitivo conductual 1 sesión de 1.5 hr	2.5	Cine-debate 1 sesión de 2.5 hrs

## 2.4.2 Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT)

### 2.4.2.1 Antecedentes de la CAT

Desde el siglo XX se ha dado mayor importancia a la adherencia al tratamiento, que puede definirse como el compromiso voluntario y colaborador por parte del paciente con el objeto mutuo de conseguir el resultado preventivo o terapéutico deseado. La OMS define a la adherencia terapéutica como la magnitud con la que el paciente sigue las instrucciones médicas. En el área psiquiátrica se ha reportado que padecimientos como la esquizofrenia tienen una falta de adherencia en un rango muy variable del 10 al 90% algunos estudios han mencionado una tasa media del 41.2%. El estudio CATIE mencionó que el 74% de los pacientes

interrumpieron su tratamiento antes de los 18 meses y el 40% lo hizo por voluntad propia (45). El porcentaje de personas que cumplen siempre y de forma completa la medicación es mínimo (46).

En los años 50's la aparición de los primeros antipsicóticos determinó un avance relevante en el tratamiento de la esquizofrenia, posteriormente la aparición de los antipsicóticos de depósito representó un avance más para el tratamiento de la psicosis. A principios de los años sesenta se desarrollaron los tioxantenos como el zuclopentixol, flupentixol y en 1981 el decanoato de haloperidol, cuatro décadas después algunos atípicos (45).

En 2003 en España se creó el primer Consenso Clínico Español de Adherencia al Tratamiento de la Esquizofrenia, teniendo como objetivo mejorar la adherencia en los afectados por la enfermedad. Para mejorar la adherencia una de las intervenciones más frecuentes ha sido la psicoeducación que ha sido definida como una intervención psicoterapéutica y didáctica cuyo objetivo es informar a los pacientes y sus familiares sobre los trastornos y promover así la adherencia a los tratamientos (45).

La CAT es un dispositivo que va más allá de la simple administración de medicamentos de depósito, ya que trabaja con el enfermo para lograr conciencia de enfermedad mental y por consiguiente aceptación de la medicación (45).

#### 2.4.2.2 La Clínica de Adherencia Terapéutica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

La CAT cuenta con personal médico, psicológico, trabajo social y de enfermería teniendo como objetivo lograr una atención integral del paciente y su familia, mediante estrategias psiquiátricas y psicológicas fortaleciendo la conciencia de enfermedad mental, brindando información sobre el tratamiento y los mitos al respecto, facilitando la administración y mantenimiento del tratamiento, reduciendo la polifarmacia y la frecuencia de las rehospitalizaciones. Se cuenta con estrategias farmacológicas y no farmacológicas dentro de la clínica (45).

Tabla 9. Estrategias de la CAT

Estrategias de la Clínica de Adherencia Terapéutica	
Estrategias farmacológicas	Estrategias no farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Simplificación de tratamiento.</li><li>• Administración más cómoda.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejora de la relación terapéutica.</li><li>• Psicoeducación al paciente.</li><li>• Psicoeducación a la familia.</li><li>• Llamadas de seguimiento.</li><li>• Recordatorio de citas.</li></ul>

Las ventajas que se encuentran con el modelo de CAT se pueden dividir en clínicas y farmacológicas:

Tabla 10. Ventajas aportadas por el programa de la CAT

Ventajas aportadas por el programa CAT	
Clínicas	Farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aporte garantizado del fármaco.</li> <li>• Mejora en el cumplimiento del tratamiento.</li> <li>• Disminución del reingreso constante de pacientes a hospitalización continua.</li> <li>• Comodidad en la administración del tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentraciones plasmáticas más constantes y uniformes del fármaco.</li> <li>• Absorción segura y metabolismo de primer paso.</li> <li>• Utilización de la dosis más eficaz</li> <li>• Menor riesgo de sobredosis.</li> <li>• Menos incidencia de efectos colaterales.</li> </ul>

Los objetivos de la CAT son:

Tabla 11. Objetivos de la CAT

Objetivos de la CAT
<ul style="list-style-type: none"><li>• Favorecer el cumplimiento y adherencia terapéutica.</li><li>• Brindar información clara, precisa y oportuna acerca de la enfermedad mental.</li><li>• Fortalecer la conciencia de enfermedad.</li><li>• Facilitar la identificación de mitos sobre la enfermedad y el tratamiento.</li><li>• Modificación de esquemas conceptuales sobre la enfermedad.</li><li>• Control de los síntomas de la enfermedad a largo plazo.</li><li>• Facilitar el mantenimiento por la administración de medicamentos antipsicóticos a largo plazo.</li><li>• Disminuir los efectos adversos de la medicación antipsicótica.</li><li>• Reducir la polifarmacia.</li><li>• Reducir las rehospitalizaciones.</li><li>• Promover la reintegración familiar y social del paciente.</li><li>• Disminuir los costos hospitalarios.</li><li>• Evaluar recaídas y deserciones de los pacientes.</li></ul>

Los pacientes son derivados de los servicios de HC, HP y CE. Se envían pacientes que de acuerdo al criterio del médico no son cumplidores de tratamiento y por lo tanto carecen de una adecuada adherencia, en su mayoría se encuentran medicados con antipsicóticos de depósito y radican en el DF (45).

Los recursos físicos y humanos con los que cuenta la CAT son los siguientes:

Tabla 12. Recursos de CAT

Recursos de la CAT	
Físicos	Humanos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuatro consultorios.</li> <li>• Tres áreas de terapia grupal.</li> <li>• Un área de enfermería.</li> <li>• Una oficina de trabajo social.</li> <li>• Una sala de espera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médicos psiquiatras adscritos.</li> <li>• 2 residentes de psiquiatría de tercer año.</li> <li>• 1 psicóloga.</li> <li>• 1 trabajadora social.</li> <li>• 1 enfermera.</li> <li>• 1 pasante de psicología.</li> </ul>

Los medicamentos antipsicóticos de depósito que se utilizan son los siguientes:

Tabla 13. Antipsicóticos de depósito utilizados en la CAT

Antipsicóticos de depósito utilizados en la CAT	
Nombre	Presentación
Decanoato de haloperidol.	Amp.50mg Amp.150mg
Ester palmítico de pipotiazina.	Amp.25 Amp. 100mg
Decanoato de zuclopentixol.	Amp. 200mg
Decanoato de flupentixol.	Amp. 20mg
Risperidona.	Amp. 25mg

Los pacientes que ingresan a la CAT tienen un rango de edad entre 18 y 59 años, con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar, referidos por los servicios de HC, HP o CE. El tiempo de estancia en la clínica es de aproximadamente un año, pero esto puede variar dependiendo la respuesta del paciente (45).

La CAT se caracteriza por un trato personalizado y constante para los pacientes. Los servicios que se ofrecen a los pacientes durante su estancia en el programa son los siguientes (45):

- Consultas psiquiátricas frecuentes, la periodicidad depende de la administración del medicamento de depósito principalmente.
- Administración del medicamento antipsicótico: el cual es proporcionado por el paciente o puede ser donado si su nivel socioeconómico es igual o menor a uno.
- Grupos psicoeducativos para pacientes: Son grupos de información para pacientes sobre la enfermedad mental, están conformados por un máximo de 15 pacientes, trabajan una vez por semana, por un periodo de 12 sesiones, de 60 minutos cada una. Los temas que se abordan en las sesiones psicoeducativas son los siguientes (45):

Tabla 14. Temas de las sesiones psicoeducativas para pacientes de la CAT

Temas de las sesiones psicoeducativas para pacientes de la CAT
<ul style="list-style-type: none"><li>• Clínica de adherencia terapéutica: objetivos, equipo y actividades</li><li>• Enfermedad mental: ¿qué es sano y que no lo es?</li><li>• Repercusiones conductuales y sociales de la enfermedad en la familia, el trabajo, las relaciones interpersonales, etc.</li><li>• Sintomatología de la enfermedad mental (Esquizofrenia).</li><li>• Componentes afectivos en la enfermedad mental.</li><li>• Mitos y realidades de la enfermedad mental.</li><li>• Tratamiento farmacológico.</li><li>• Conciencia de enfermedad y apego terapéutico.</li></ul>

- Grupos psicoeducativos para familiares: Son grupos de información para familiares donde se abordan temas relacionados con la familia y su relación con la enfermedad mental, están conformados por un máximo de 15 pacientes trabajan una vez por semana, por un periodo de 12 sesiones, de 60 minutos cada una. Los temas que se abordan en las sesiones psicoeducativas son los siguientes (45):

Tabla 15. Temas de las sesiones psicoeducativas para familiares de pacientes de la CAT

Temas de las sesiones psicoeducativas para familiares de pacientes de la CAT
<ul style="list-style-type: none"><li>• La familia como sistema</li><li>• Tipos de familia</li><li>• Organización familiar</li><li>• Interacción familiar</li><li>• Conclusiones y cierre</li></ul>

Los métodos de control de las actividades de la CAT es por medio de los que se mencionan a continuación:

Tabla 16. Métodos de control de la CAT

Métodos de control de la CAT
<ul style="list-style-type: none"><li>• Expediente clínico</li><li>• Reportes semanales, mensuales, semestrales y anuales</li><li>• Registro de entrada y salida de medicamento</li><li>• Registro de la aplicación de medicamento de depósito</li><li>• Hoja de enfermería de cada paciente</li><li>• Hoja de indicaciones médicas de cada paciente</li></ul>

## 2.5 Consulta externa

La consulta externa pertenece a los servicios ambulatorios del HPFBA, cuenta con médicos, trabajadores sociales, enfermera, psicólogos, personal administrativo, en el caso de los pacientes con esquizofrenia de manera general se da consulta psiquiátrica de aproximadamente 30 minutos de duración con una periodicidad de 3 a 6 meses aproximadamente y prescripción farmacológica, dando orientación sobre la enfermedad mental y la adherencia al tratamiento durante la consulta psiquiátrica (47).

## 3. MÉTODO

### 3.1 Justificación:

Los pacientes con esquizofrenia son víctimas de estigmatización, discriminación, restando oportunidades para su desarrollo, social, profesional, alimentando el autoestigma, que se ha visto es un freno para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

El conocimiento de un padecimiento mental como esquizofrenia y observar las áreas de oportunidad con que se cuenta, permite tener una mejor visión sobre las expectativas de un individuo, observarse sin una etiqueta social permitiendo emprender un nuevo camino, adaptándose ante las adversidades y prejuicios de la sociedad.

El propósito principal de este estudio es valorar si un tratamiento integral que incluye además del tratamiento farmacológico, actividades como psicoeducación a pacientes y familiares, terapia grupal y mayor número de consultas en el año, permite que el paciente pueda tener una mejor autoimagen, y en consecuencia disminución del autoestigma y mejora en la calidad de vida.

### 3.2 Planteamiento del problema

Las personas que padecen enfermedades mentales como esquizofrenia, sufren discriminación, disminuyendo la oportunidad de desarrollo en los ámbitos social, laboral, escolar, familiar, de pareja; la desinformación y prejuicio social, con creencias como pensar que una persona que padece esquizofrenia es incapaz de realizar actividades productivas y/o es peligrosa; crean un ambiente estigmatizador provocando miedo a ser estigmatizado y una percepción individual devaluatoria, generando aislamiento, baja autoestima, desesperanza y menor apego al tratamiento. Por lo tanto el autoestigma o estigma internalizado es una barrera para el tratamiento de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, en consecuencia las personas que lo padecen disminuyen su calidad de vida y oportunidad de mejora.

## PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los pacientes con esquizofrenia que acuden regularmente a los programas de hospital parcial y de la clínica de adherencia terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, mejoran en la escala de estigma internalizado a los 6 meses del tratamiento, comparados con un grupo control de la consulta externa?

### 3.3 Objetivos

#### 3.3.1 Objetivo General:

- Determinar si existe un grado de estigma internalizado en los pacientes con esquizofrenia y si esta percepción varía con el tratamiento recibido.

#### 3.3.2 Objetivos específicos:

- Determinar la proporción de pacientes con esquizofrenia que presentan estigma internalizado.
- Valorar el impacto del tratamiento integral en la disminución del estigma internalizado en el paciente con esquizofrenia.
- La comparación de tres servicios psiquiátricos ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (consulta externa, hospital parcial y clínica de adherencia terapéutica), en el impacto ante el estigma internalizado del paciente con esquizofrenia.
- Comparar la disminución del estigma internalizado cuando sólo hay un manejo farmacológico y cuando se agrega psicoeducación, terapia grupal y orientación a familiares.

- Ver el nivel de autoestima de los pacientes con esquizofrenia.
- Ver si hay alguna modificación en el autoestima de los pacientes al recibir una atención integral, como la ofrecida en los servicios de hospital parcial o CAT.
- Ver si hay relación en los pacientes con esquizofrenia entre su nivel de autoestima y el puntaje de estigma internalizado

### 3.4 Hipótesis

Los pacientes con esquizofrenia que acuden regularmente al programa de Hospital Parcial y de la Clínica de Adherencia Terapéutica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, mejoran en la escala de estigma internalizado a los 6 meses del tratamiento, comparados con un grupo control de la consulta externa.

### 3.5 Variables dependientes e independientes

Tabla 17. Variables dependientes.

Variables Dependientes
Esquizofrenia
Estigma internalizado
Autoestima

Tabla 18. Variables independientes.

Variables Independientes	
Variables sociodemográficas	Variables clínicas
Sexo	Edad de inicio del padecimiento
Edad	Tratamiento farmacológico
Escolaridad	Psicoeducación
Religión	Terapia grupal
Lugar de residencia	

### 3.6 Muestra

#### 3.6.1 Sujetos

Se conformó por 3 grupos, 30 pacientes de Hospital Parcial, 30 de Consulta Externa y 15 de la Clínica de Adherencia Terapéutica, con diagnóstico de esquizofrenia en cualquiera de sus tipos clínicos, en un rango de edad entre 18 y 59 años.

#### 3.6.2 Criterios de selección

- De inclusión general:
  1. Tener el diagnóstico de esquizofrenia.
  2. Ser pacientes del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, recibir atención en alguno de los servicios ambulatorios: consulta externa, clínica de adherencia terapéutica u hospital parcial.
  3. Ser mayor de 18 años y menor de 59 años.
  4. Estar recibiendo tratamiento farmacológico.

- De exclusión general:

1. Ser tratado en otra institución psiquiátrica.
2. Sufrir discapacidad sensorial como: oído, vista, olfato, tacto.
3. Tener algún padecimiento que no le permitiera responder o entender la escala.

Tabla 19. Criterios específicos de exclusión

Criterios específicos de exclusión		
Hospital Parcial	Clínica de Adherencia Terapéutica	Consulta Externa
Recibir atención en otro servicio del hospital	Recibir atención en otro servicio del hospital	Recibir atención en otro servicio del hospital
Recibir atención psicoterapéutica además de la recibida en el programa de forma interna o externa al hospital.	Recibir atención psicoterapéutica de forma externa o interna al hospital.	Recibir atención psicoterapéutica de forma externa o interna al hospital.

Tabla 20. Criterios específicos de eliminación

Criterios específicos de eliminación		
Hospital Parcial	Clínica de adherencia terapéutica	Consulta externa
Ser dado de baja del programa antes de cumplir 6 meses de atención.	Ser dado de baja del programa antes de cumplir 6 meses de atención.	Ser dado de alta del servicio antes de cumplir 6 meses de atención.
Dejar de acudir de forma injustificada.	Dejar de acudir de forma injustificada.	Dejar de acudir de forma injustificada.
No completar los cuestionarios.	No completar los formatos aplicados.	No completar los formatos aplicados.

Tabla 21. Criterios específicos de inclusión

Criterios específicos de inclusión		
Hospital Parcial	Clínica de adherencia terapéutica	Consulta externa
Ser de nuevo ingreso en el servicio.	Ser de nuevo ingreso en el servicio.	Diagnóstico confirmado de esquizofrenia.
Padecer una enfermedad del espectro esquizofrénico.	Padecer una enfermedad del espectro esquizofrénico.	

### Características de cada grupo:

- Hospital Parcial:

El grupo de HP fue conformado por 30 pacientes de sexo indistinto, entre 18 y 59 años de edad que padecen una enfermedad del espectro esquizofrénico (esquizofrenia paranoide, indiferenciada, hebefrénica, simple o trastorno esquizoafectivo), de recién ingreso al programa, con sintomatología controlada o parcialmente controlada, que cuentan con un familiar responsable, con la disponibilidad en el horario matutino tres veces por semana, que no presenten abuso de ninguna sustancia psicoactiva, sin deterioro cognoscitivo grave o retraso mental, no presentan trastorno de personalidad, no presentan agresividad o algún factor que afecte su integración a grupo, habitan en el Distrito Federal o zona conurbada.

Se excluyeron a pacientes que recibían atención en otro servicio del hospital, que recibían atención psicoterapéutica además de la proporcionada en el programa de forma interna o externa al hospital o que fueron dados de baja del programa antes de cumplir 6 meses de atención.

- Clínica de Adherencia Terapéutica

El grupo de la CAT constó de 15 pacientes de recién ingreso, de sexo indistinto, entre 18 y 59 años de edad que padecen una enfermedad del espectro

esquizofrénico (esquizofrenia paranoide, indiferenciada, hebefrénica, simple o trastorno esquizoafectivo).

Se excluyeron a pacientes que recibían atención en otro servicio del hospital, que recibían atención psicoterapéutica de forma interna o externa al hospital o que fueron dados de baja del programa antes de cumplir 6 meses de atención.

- Consulta Externa

El grupo control de la CE fue conformado por 30 pacientes de sexo indistinto, entre 18 y 59 años de edad que padecen una enfermedad del espectro esquizofrénico (esquizofrenia paranoide, indiferenciada, hebefrénica, simple o trastorno esquizoafectivo), que tengan el diagnóstico confirmado por la entrevista clínica realizada por su médico tratante, que aceptaron el tratamiento farmacológico y refirieron tomarlo con regularidad y acudían de forma regular a sus consultas.

Se excluyeron a pacientes que recibían atención en otro servicio del hospital, o cualquier tipo de atención psicoterapéutica externa al servicio de CAT.

### 3.7 Tipo de estudio

Prospectivo longitudinal y comparativo

### 3.8 Instrumento

- Hoja de datos sociodemográficos y clínicos (Anexo 1).
- Escala de Estigma internalizado de King, versión en español.  
(Anexo 2).
- Escala de autoestima de Rosenberg, versión en español. (7,10,12)  
(Anexo 3).

#### 3.8.1 Escala de estigma internalizado de King:

La escala para estigma original versión en inglés “*Stigma scale*” fue realizada en Londres Inglaterra, por *Michael King* y su equipo en el 2007, utilizaron una muestra de 193 sujetos con enfermedad mental, los diagnósticos de los participantes fueron (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, alcoholismo, trastornos de personalidad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de alimentación y estrés posttraumático), siendo los 3 diagnósticos más comunes trastorno mixto ansioso depresivo, esquizofrenia y trastorno bipolar; con población de diferente edad, raza y género, provenientes de hospitales de día, centros para enfermedades crónicas y hospitales psiquiátricos de Londres, se aplicó un primer cuestionario con 46 preguntas sobre estigma en la enfermedad mental, las preguntas fueron basadas en entrevistas estructuradas realizadas a los pacientes previamente, utilizando frases que ellos mismos comentaban, los pacientes que en general percibieron mayor estigmatización

fueron los psicóticos y los consumidores de sustancias, se calificó la confiabilidad de las respuestas con la prueba estadística K, y aquellos reactivos con K menor a 0.4 fueron removidos; la consistencia interna de la escala final y las subescalas fue estimada con el alfa *Cronbach*, se comparó la validez con la escala de autoestima de *Rosenberg*, con el coeficiente de correlación *Pearson*, y el análisis estadístico fue hecho con *Stata* version 7 para *Windows*. Finalmente se seleccionaron 28 reactivos con K mayor a 0.4, dividiéndolos en 3 subescalas para discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental. La escala original (en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes alpha de *Cronbach* de 0.87 para el total, de 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la de aspectos positivos. Además el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explica el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, el 7.24%. Es similar a la escala para estigma internalizado de *Ritsher* del 2003 con 16 reactivos. (18)

La escala en versión al español fue validada para población mexicana en el 2011 por la Dra. Flores Reynoso y colaboradores, se tradujo por expertos en materia de psiquiatría y que manejaban ambas lenguas, respetando los constructos entendibles para nuestro idioma, posteriormente se aplicó a una muestra compuesta por 100 pacientes mexicanos con diagnósticos de trastornos mentales graves y persistentes del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME), (67%) eran

hombres, mayoritariamente solteros (62%) y desempleados (70%). La mayoría contaba con diagnóstico de esquizofrenia (47%); el tiempo de enfermedad y de tratamiento fue de dos a 44 años y de uno a 44 años, respectivamente. El 89% (n=89) se encontraba medicado con algún tipo de antipsicótico, más frecuentemente típico (n= 68, 68%). El 81% había sido hospitalizado en una institución psiquiátrica al menos en una ocasión con un mínimo de dos años de evolución y no se encontraba cursando con un episodio agudo de la enfermedad. Aplicaron la escala de estigma internalizado de *King et al.* (EEI) y las escalas de evaluación de la actividad global (EEAG) y de impresión clínica global (CGI). Respecto al funcionamiento global, la media fue de 58.4 puntos, y la puntuación promedio del CGI fue de 3.78. El promedio del nivel de estigma obtenido se comparó con el puntaje de la validación de la escala original; dichos valores fueron muy similares (60.15 y 62.6, respectivamente). La versión en español de la EEI se caracterizó por una adecuada consistencia interna, con alphas superiores a .60 en todas las subescalas. La evaluación unidimensional del constructo resultó altamente confiable, con un coeficiente de 0.87. Se obtuvieron tres factores principales congruentes con la versión original, lo que da prueba de su validez. Los puntajes alfa de *Cronbach* fueron de 0.87 para el total, de 0.83 para la subescala de discriminación, 0.76 en la de divulgación y 0.60 en la de aspectos positivos. El análisis estadístico se llevó a cabo en el paquete SPSS versión 16 para *Windows P.C.* Incluyó la descripción de la muestra en términos de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas y de medidas, desviación estándar y rango para las continuas. La consistencia interna de la ISS-español se obtuvo mediante el coeficiente alpha de *Cronbach* para el total y para cada una de las

subescalas. La validez de constructo se calculó mediante un análisis factorial de componentes principales con rotación *varimax*, agrupando de manera forzada a tres factores con valores *eigen* superiores a la unidad (18,48)

La escala está compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo *likert* de cinco puntos que va desde «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental) (18,48)

- La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías.
- La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación.
- La última subescala de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma.

A mayor puntaje total, más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos (18).

### 3.8.2 Escala de autoestima de *Rosenberg*, traducida al español

Existen diversos instrumentos que miden la autoestima, pero uno de los más utilizados es la Escala de Autoestima de *Rosenberg* (EAR) (36). Es un cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía y respeto así mismo (49). La EAR ha sido traducida y validada en distintos países e idiomas: francés, alemán, japonés, portugués, español, etc. Schmitt y *Allik* realizaron un estudio multicultural, administrando la EAR en 53 naciones, en 48 de las cuales se presenta una confiabilidad sobre 0,75 (36,50). La escala fue dirigida en un principio a adolescentes, hoy se usa con otros grupos etarios. Su aplicación es simple y rápida. Cuenta con 10 ítems, divididos equitativamente en positivos y negativos (ejemplos, sentimiento positivo: “creo que tengo un buen número de cualidades”, sentimiento negativo: “siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mi”). Es un instrumento unidimensional que se contesta en una escala de 4 alternativas, que va desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. La graduación de respuestas tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima), de los ítems del 1 al 5 las respuestas A a D se puntúan del 4 a 1, de las 6 a 10 se puntúan de 1 a 4, (36,51).

### 3.8.2.1 Interpretación de escala de autoestima de *Rosenberg* en español (49).

Tabla 22. Interpretación de escala de autoestima de *Rosenberg* en español

Interpretación de escala de autoestima de Rosenberg en español		
Puntaje	Autoestima	Interpretación
De 30 a 40 puntos	Autoestima elevada	Considerada como autoestima normal
De 26 a 29 puntos	Autoestima media	No presenta problemas de autoestima graves pero es conveniente mejorarla
Menos de 25 puntos	Autoestima baja	Existen problemas significativos de autoestima

Es una escala autoaplicada donde los participantes marcan con una “X” las alternativas que más lo identifican. La EAR fue traducida desde el inglés al español y evaluada por 7 jueces expertos, tanto en idioma como en contenido, considerando una concordancia mínima de 5 de ellos (71%) de acuerdo a los siguientes criterios: a) mantención del sentido e intencionalidad de las afirmaciones, b) lenguaje adecuado al contexto latino, y c) revisión de aspectos formales del instrumento. Tiene una confiabilidad de  $\alpha = 0,754$  fluctúa entre 0,46 y 0,67 ( $p < 0,001$ ). Al realizar el análisis por edad, en las categorías 30-44 años y 60-75 años se mantuvo la confiabilidad dentro del rango esperado (0,789 y 0,751, respectivamente); para el grupo 45-59 años la confiabilidad disminuyó a 0,708, este rango se considera aceptable para la escala, la confiabilidad fue similar en hombres y mujeres (0,736 y 0,764, respectivamente). En el AFPC se observó que los ítems de la escala se agrupan en dos factores, explicando el 51,718% de la varianza total de los puntajes obtenidos por los sujetos. La varianza explicada por

cada factor luego de la rotación fue de 27,476% en el primer componente y de 24,242% en el segundo. Las afirmaciones 1, 2, 4, 6, 7 se agrupan en el primer componente, mientras que las afirmaciones 3, 5, 8, 9 y 10 se agrupan en el segundo componente. Esta configuración concuerda con la direccionalidad de las afirmaciones, donde el componente 1 tiene un sentido positivo respecto de la autoestima de la persona y el componente 2 corresponde a las afirmaciones que tienen un sentido negativo. La consistencia interna de cada factor expresada a través de alfa, alfa de *Cronbach* 0,786 a 0,705. Cuando se analizaron las variables sociodemográficas se encontraron similitudes con lo encontrado en otros idiomas en cuanto a la ausencia de diferencias por sexo y la existencia de diferencias asociadas a factores educacionales; se puede señalar que la EAR cumple con los criterios de validez y confiabilidad de un instrumento de calidad para medir la autoestima en población latina y su comportamiento es similar a lo esperado por *Rosenberg* para la población original (36).

### 3.9 PROCEDIMIENTO

1. Se presentó ante el comité de ética del HPFBA el anteproyecto para el protocolo de investigación.
2. Se presentó ante cada uno de los servicios (HP, CAT y CE) el proyecto para la autorización de la aplicación de las escalas.
3. Se identificaron a los pacientes de cada uno de los servicios que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

4. Ante cada uno de los pacientes se les preguntó si deseaban participar en este protocolo de investigación y se les proporcionó el consentimiento informado, aclarando todas las dudas al respecto (Anexo 4).
5. Se realizó una ficha sociodemográfica con los datos generales del paciente (Anexo 1).
6. Se proporcionaron la escala para estigma internalizado de King versión en español validada para población mexicana, y la escala de autoestima de Rosenberg versión al español, para la autoaplicación de las mismas (Anexos 2 y 3)
7. Se verificaron las escalas una por una, para ver que fueran entendibles y calificables.
8. Se colocaron las respuestas en una base de datos.
9. Seis meses después se retomó a la misma población y se aplicaron las mismas escalas.
10. Se compararon las respuestas obtenidas tomando en cuenta las características sociodemográficas de cada uno de los participantes, descartando a los que fueron dados de baja del programa en ese tiempo, y se evaluaron las diferencias significativas entre cada uno de los programas de tratamiento y su impacto en el autoestigma.
11. Se realizó el análisis estadístico ANOVA de un factor, con el paquete estadístico SPSS V.20
12. Se redactaron los resultados obtenidos en el estudio en la presente tesis.

### 3.10 Consideraciones éticas

El presente trabajo cumplió con las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, de 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no habrá manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, la cual fue leída y firmada por cada participante.

## 4. RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 75 pacientes, conformada por 3 grupos correspondientes a los servicios de HP 40% (30), CAT 20% (15) y CE 40% (30). La edad media de los pacientes fue de 35 años. Se conformó por 76% (57) hombres, 24% (18) mujeres; el 94.7% (71) no tienen pareja y sólo el 5.3% (4) tienen pareja. La religión que más profesan es la católica 88% (66), el 10.7% (8)

no tenían ninguna religión y el 1.3% (1) refirió ser budista. Sus lugares de nacimiento son el Distrito Federal 78.7% (59), Estado de México 10.7% (8), Durango 2.7% (2), Guerrero 2.7% (2), Hidalgo 4% (3) y Morelos 1.3% (1), su residencia actual es en el Distrito Federal 66.7% (50), Estado de México 26.7% (20), Guerrero 2.7% (2) e Hidalgo 4% (3). La escolaridad de los pacientes varía desde primaria hasta universidad, con primaria 14.7% (11), secundaria 32% (24), bachillerato 40% (30), universidad 13.3% (10). Previo al diagnóstico de esquizofrenia el 6.7% (5) no tenía ninguna actividad, el (10.7%) (8) se dedicaba al hogar, 22.7% (17) al comercio, 38.7% (29) estaban empleados en el sector público o privado, 21.3% (16) estudiaban. Actualmente no se dedican a ninguna actividad 56% (42), al hogar 8% (6), al comercio 9.3% (7), como empleados 20% (15) y 6.7% (5) son estudiantes.

Tabla 23. Datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos			
		N	%
Sexo	Masculino	57	76.0
	Femenino	18	24.0
Escolaridad	Primaria	11	14.7
	Secundaria	24	32.0
	Bachillerato	30	40.0
	Universidad	10	13.3
Estado Civil	Sin pareja	71	94.7
	Con pareja	4	5.3
Religión	Católica	66	88.0
	Ninguna	8	10.7
	Budista	1	1.3
Lugar de origen	DF	59	78.7
	Edo. México	8	10.7
	Durango	2	2.7
	Guerrero	2	2.7
	Hidalgo	3	4.0
	Morelos	1	1.3
Lugar de residencia	DF	50	66.7
	Edo. México	20	26.7
	Guerrero	2	2.7
	Hidalgo	3	4.0
Ocupación anterior	Ninguna	5	6.7
	Hogar	8	10.7
	Comercio	17	22.7
	Empleado	29	38.7
	Estudiante	16	21.3
Ocupación actual	Ninguna	42	56.0
	Hogar	6	8.0
	Comercio	7	9.3
	Empleado	15	20.0
	Estudiante	5	6.7
Edad	☑=35 años		

Figura 2. Porcentaje de hombres y mujeres

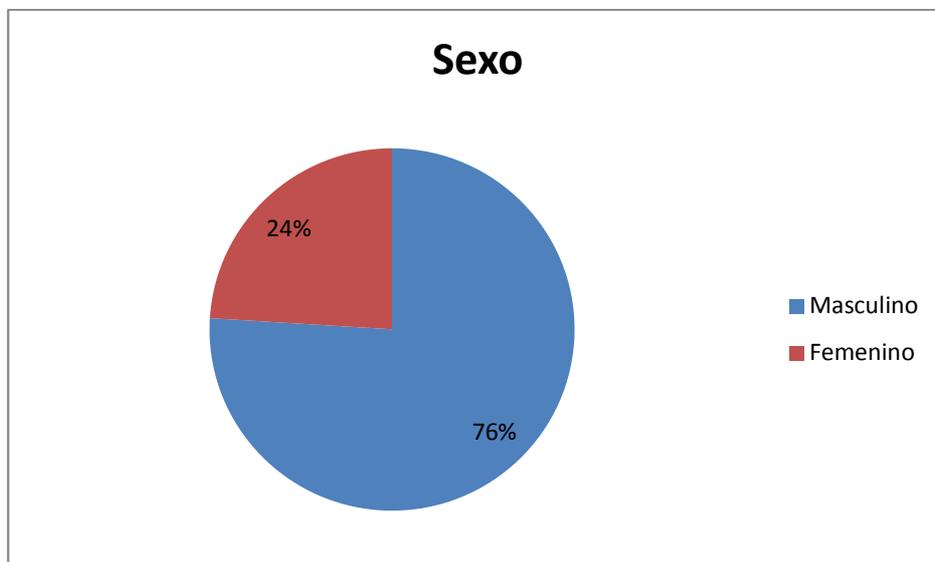


Figura 3. Porcentajes de grado de escolaridad

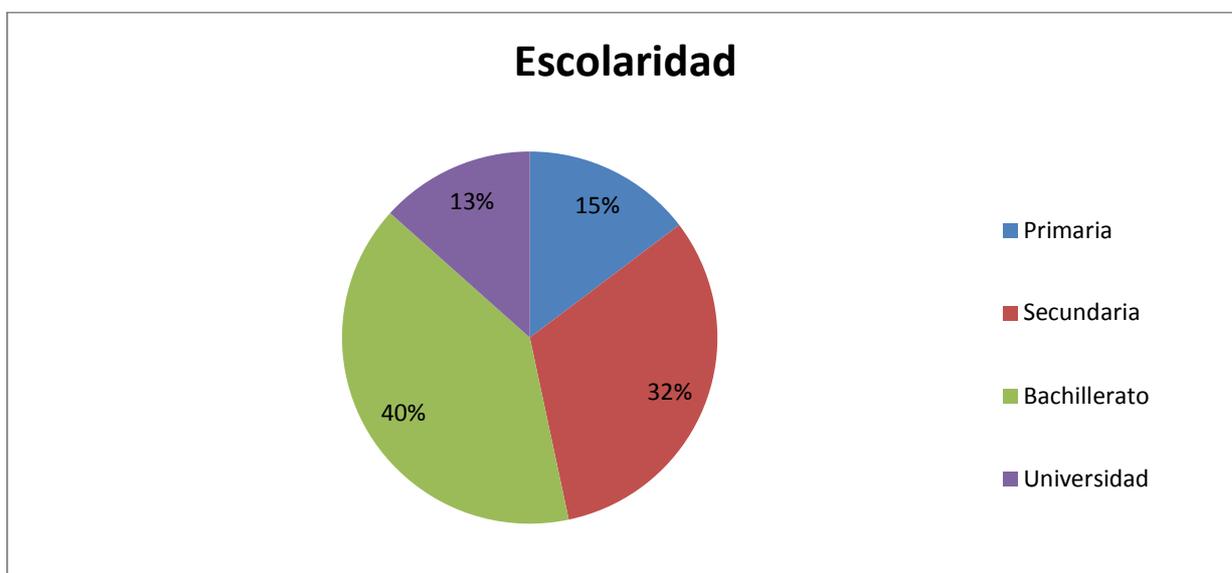


Figura 4. Porcentajes de estado civil

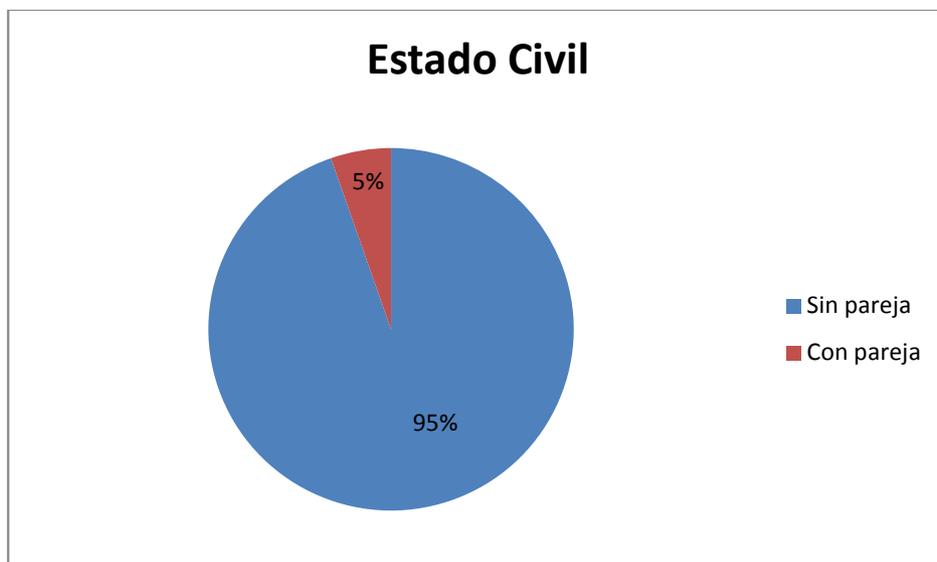


Figura 5. Porcentajes de religión

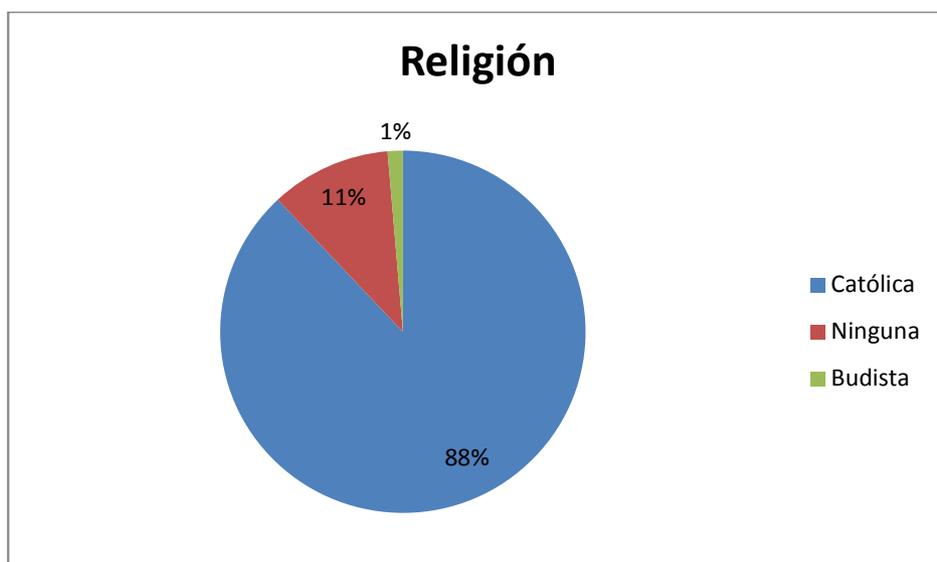


Figura 6. Porcentajes del lugar de origen

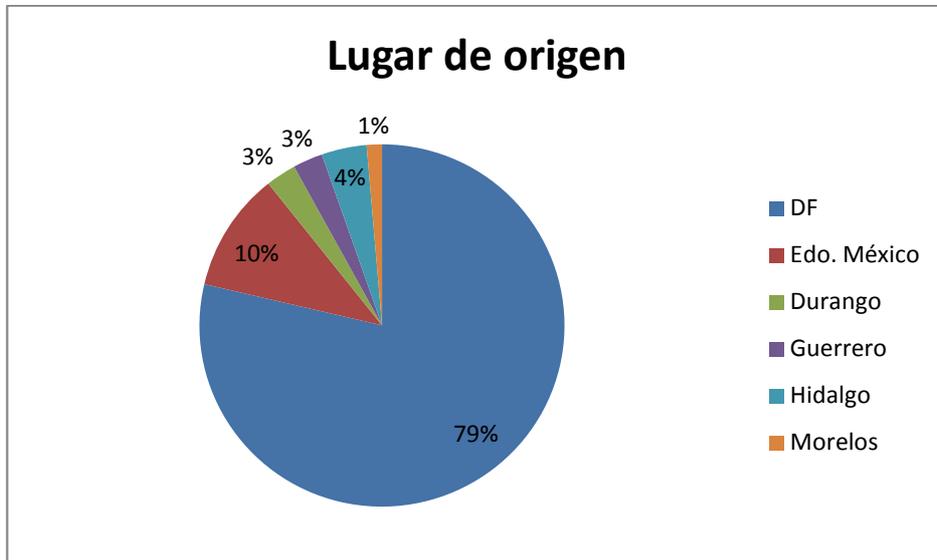


Figura 7. Porcentajes del lugar de residencia

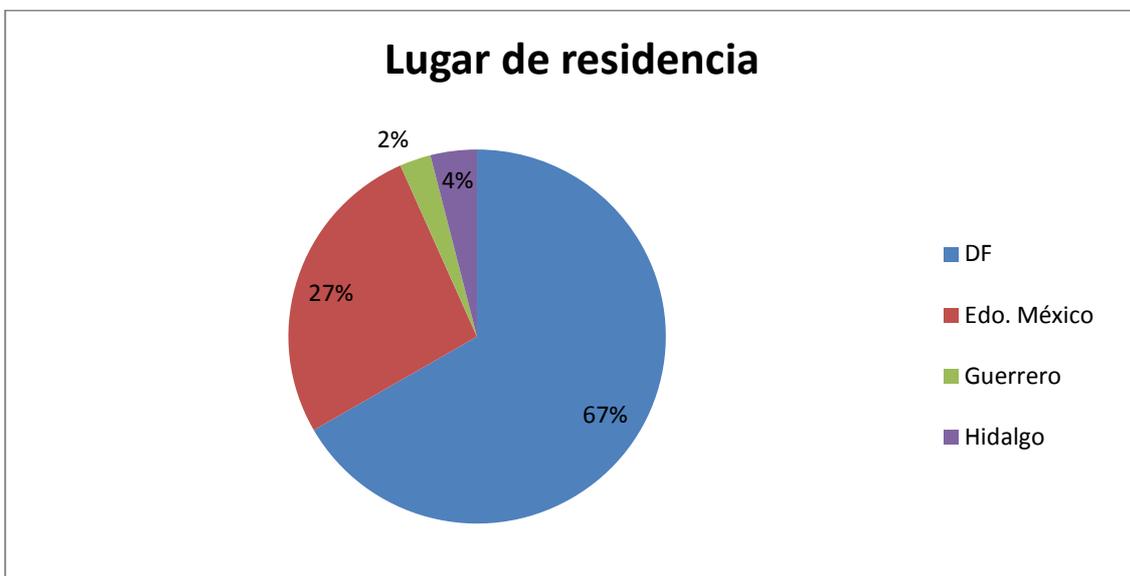


Figura 8. Porcentajes de acuerdo a su ocupación previo al diagnóstico de esquizofrenia

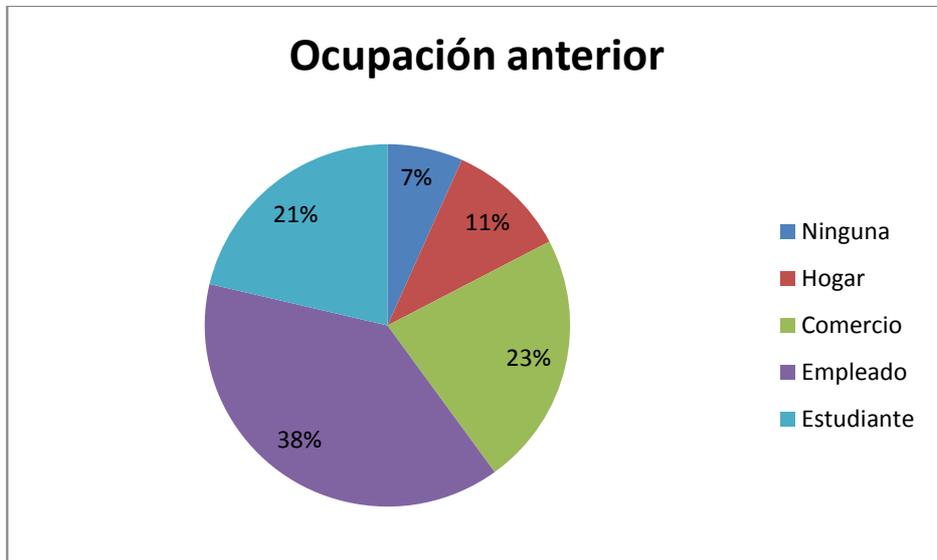


Figura 9. Porcentajes de acuerdo a su ocupación posterior al diagnóstico de esquizofrenia



Se utilizó una prueba no paramétrica chi-cuadrada, para determinar si existían diferencias en las variables sociodemográficas entre los grupos (HP, CAT y CE). No se encontraron diferencias significativas en las variables sociodemográficas entre los grupos, excepto para escolaridad, lo que implica que los grupos son equivalentes en el tiempo 1 y que ninguna de las diferencias obtenidas en el tiempo 2 se debe a los sociodemográficos.

Tabla 24. Diferencias sociodemográficas entre los grupos HP, CAT y CE

Diferencias sociodemográficas entre grupos								
	Estado civil	Sexo	Lugar nacimiento	Residencia	Escolaridad	Ocupación actual	Ocupación anterior	Religión
Chi-cuadrado	3.648	1.515	3.229	4.17	12.216	3.338	4.637	1.196
P	0.161	0.469	0.199	0.124	0.002	0.188	0.098	0.55

Por lo que se realizó un análisis no paramétrico para determinar si existían diferencias entre los diferentes grupos en relación a la variable escolaridad y la autoestigma. Se utilizó una prueba de *Kruskal Wallis* para comparar los grupos de escolaridad en las variables de la escala de estigma total, las subescalas de discriminación, divulgación y aspectos positivos en el tiempo 1 y en el tiempo 2, no se encontraron diferencias significativas entre la estigma y la escolaridad de los participantes, por lo que las diferencias encontradas en el estudio no están influidas por la escolaridad.

Tabla 25. Diferencias entre el estigma internalizado en relación a la escolaridad en la primera aplicación.

Estigma y escolaridad TIEMPO 1				
Variable	Estigma total	Subescala de discriminación	Subescala de divulgación	Subescala de aspectos positivos ante la enfermedad
Chi-cuadrado	1.452	0.657	4.533	1.677
P	0.693	0.883	0.209	0.642

Tabla 26. Diferencias entre el estigma internalizado en relación a la escolaridad en la segunda aplicación a los 6 meses.

Estigma y escolaridad TIEMPO 2				
Variable	Estigma total	Subescala de discriminación	Subescala de divulgación	Subescala de aspectos positivos ante la enfermedad
Chi-cuadrado	0.643	0.262	5.595	2.58
P	0.887	0.967	0.133	0.461

A continuación se muestran las diferencias entre los resultados para la escala de estigma internalizado, con cada una de sus subescalas y autoestima en los grupos de HP, CAT y CE, en la escala de estigma internalizado hay una  $p=0.693$ , en la subescala de discriminación  $p=0.866$ , subescala de divulgación  $p=0.274$  sin una diferencia significativa entre los 3 grupos, encontrando que el nivel de estigma internalizado de forma global y en las subescalas de discriminación y divulgación son similares en los 3 grupos antes de iniciar el programa de HP, CAT o estar en

la CE. En la subescala de aspectos positivos ante la enfermedad hay una  $p=0.050$ , con  $F=3.121$  viendo que en específico para esta subescala existió menor coincidencia en las respuestas. En la escala de autoestima se obtiene una  $p=0.014$  encontrando que para esta escala hay una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos desde el inicio del estudio, previo a cualquier intervención.

Tabla 27. Diferencias de estigma internalizado y autoestima en pacientes con esquizofrenia, previo a intervención terapéutica multidisciplinaria.

Diferencias entre grupos iniciales						
Variable	Grupo	N	Media	DT	F	P
Estigma Internalizado	HP	30	61.00	11.806	0.368	0.693
	CAT	15	61.87	16.335		
	CE	30	58.67	13.200		
Subescala discriminación	HP	30	29.33	9.260	0.144	.866
	CAT	15	28.00	11.123		
	CE	30	28.23	8.629		
Subescala divulgación	HP	30	23.50	6.118	1.316	.274
	CAT	15	23.07	5.444		
	CE	30	21.07	6.242		
Subescala positivos	HP	30	8.17	3.141	3.121	.050
	CAT	15	10.80	4.127		
	CE	30	9.37	3.200		
Autoestima	HP	30	29.23	4.599	4.537	.014
	CAT	15	30.33	6.161		
	CE	30	25.97	5.372		

Figura 10. Comparación entre grupos de estigma internalizado previo a iniciar programa de intervención

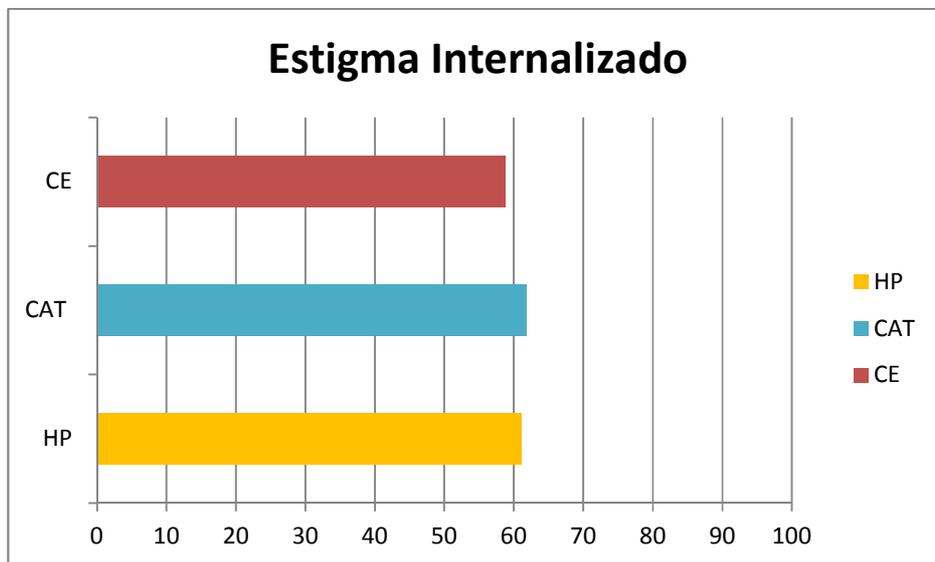


Figura 11. Comparación entre grupos de la subescala de discriminación previo a iniciar programa de intervención

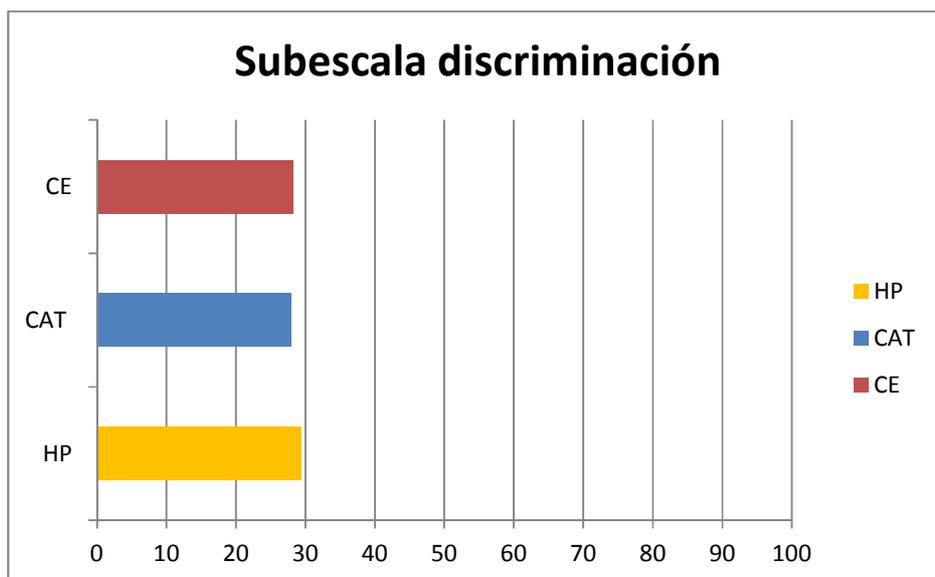


Figura 12. Comparación entre grupos de la subescala de divulgación previo a iniciar programa de intervención

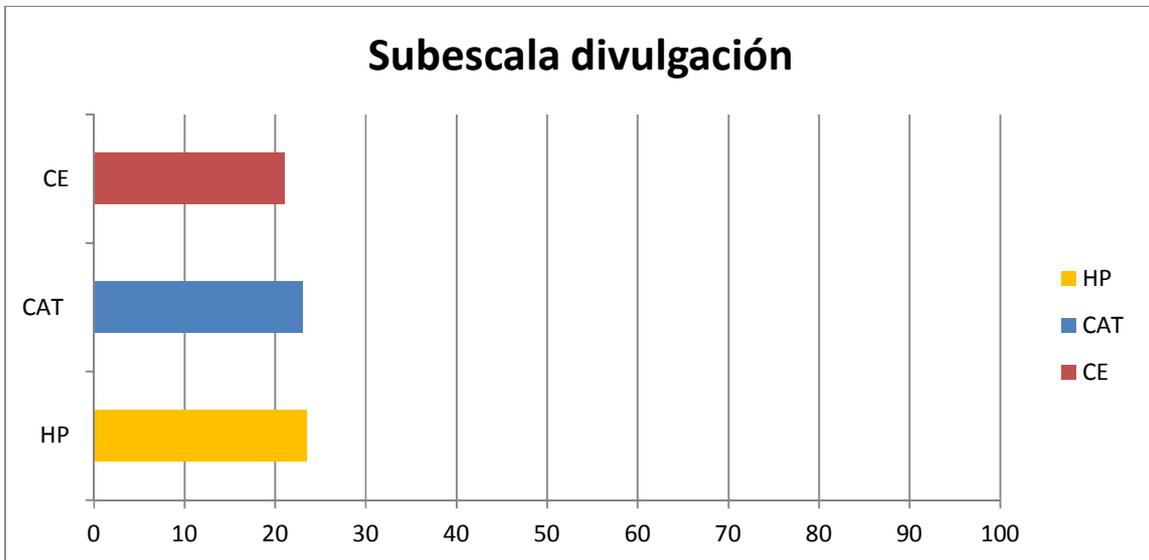


Figura 13. Comparación entre grupos de la subescala de aspectos positivos ante la enfermedad previo a iniciar programa de intervención

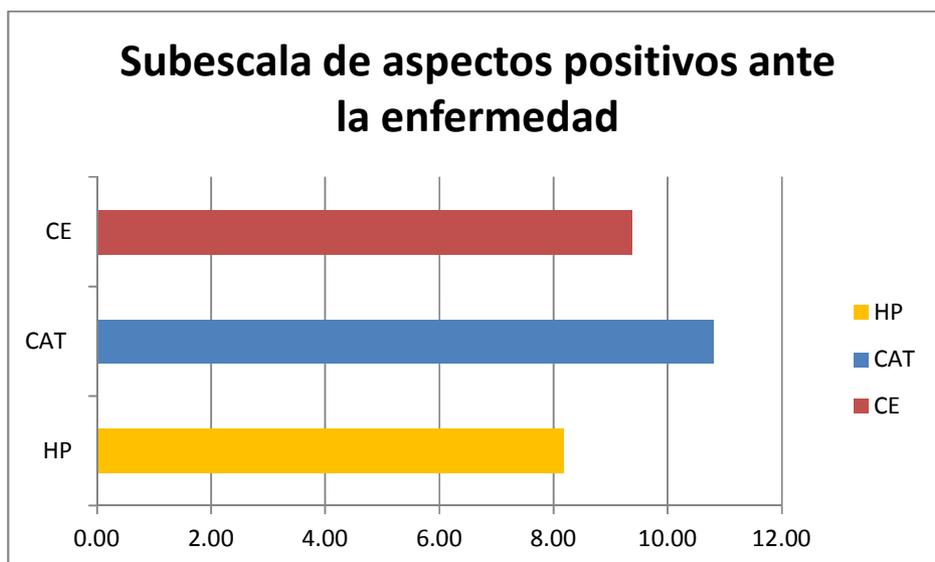
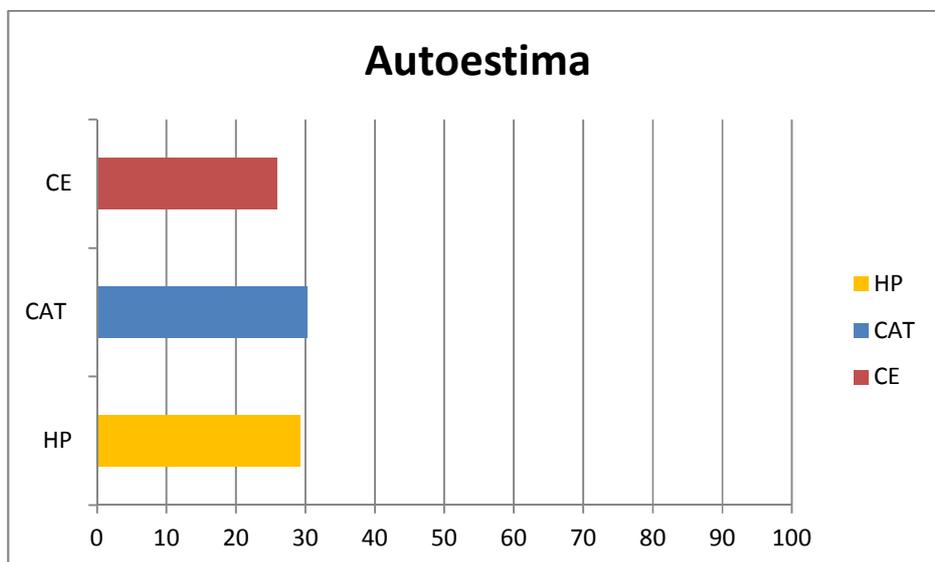


Figura 14. Comparación entre grupos de la escala de autoestima previo a iniciar programa de intervención



A continuación se muestra en la tabla el cambio en cuanto al grado de estigma internalizado con cada una de sus subescalas y la escala de autoestima, posterior a 6 meses de estar en cada uno de los programas. La media para estigma internalizado fue de 7.86 en el grupo de HP, -1.0 en la CAT y -5.12 en la CE, con una  $p=0.001$ , en la subescala de discriminación se obtuvo una  $p=0.003$ , el grupo de HP tuvo una media de 5.03, CAT con una media de -3.62 y CE -2.12, en la subescala de divulgación  $p=0.004$ , una media de 3.0 en HP, 1.33 en CAT y -2.75 en la CE, en la subescala de síntomas positivos ante la enfermedad mental  $p=0.325$  con una media de 3.0 para HP, 1.33 para CAT y -2.75 para CE. En la escala de autoestima se obtuvo una  $p=0.68$ , con una media de 0.58 para HP, 2.0 para CAT y -1.0 para CE.

Tabla 28. Diferencias de estigma internalizado y autoestima entre los servicios de HP, CAT y CE.

Diferencias entre grupos a los 6 meses					
Variable	Grupo	Media	DT	F	P
Estigma internalizado	HP	7.8667	10.66329	8.035	0.001
	CAT	-1.0000	11.71537		
	CE	-5.1250	10.84358		
Subescala discriminación	HP	5.0333	8.33556	6.646	.003
	CAT	-3.6250	7.17013		
	CE	-2.1250	6.69204		
Subescala divulgación	HP	3.0000	4.89141	6.365	.004
	CAT	1.3333	6.86052		
	CE	-2.7500	4.93288		
Subescala positivos	HP	3.0000	4.89141	1.155	.325
	CAT	1.3333	6.86052		
	CE	-2.7500	4.93288		
Autoestima	HP	-.0588	4.64315	.379	.689
	CAT	2.0000	9.30949		
	CE	-1.0000	5.60612		

Figura 15. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para el nivel de estigma internalizado

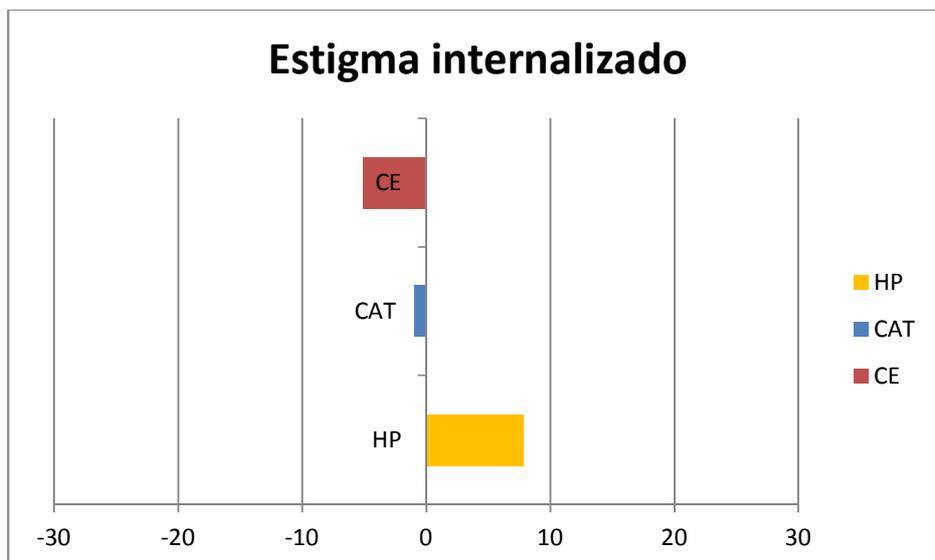


Figura 16. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la subescala de discriminación

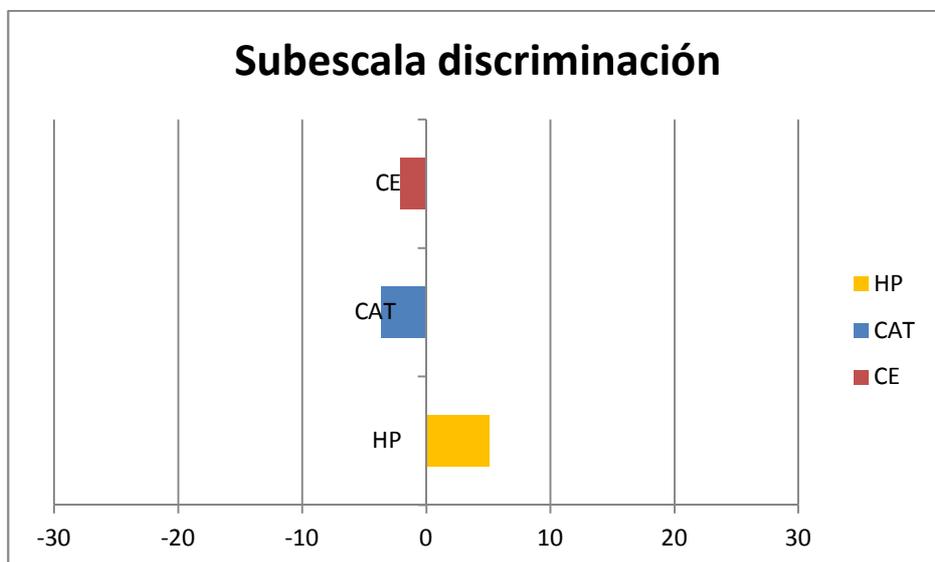


Figura 17. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la subescala de divulgación

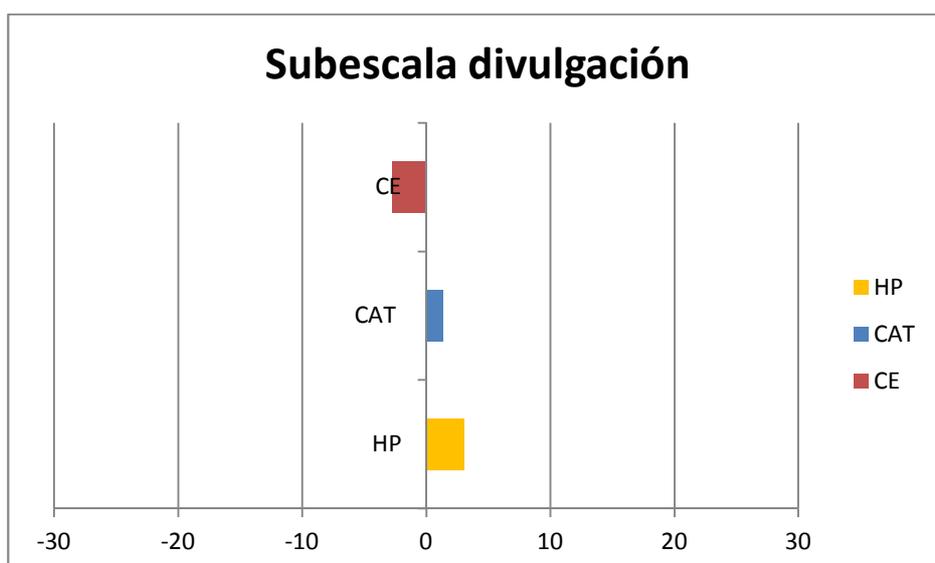


Figura 18. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la subescala de aspectos positivos ante la enfermedad mental

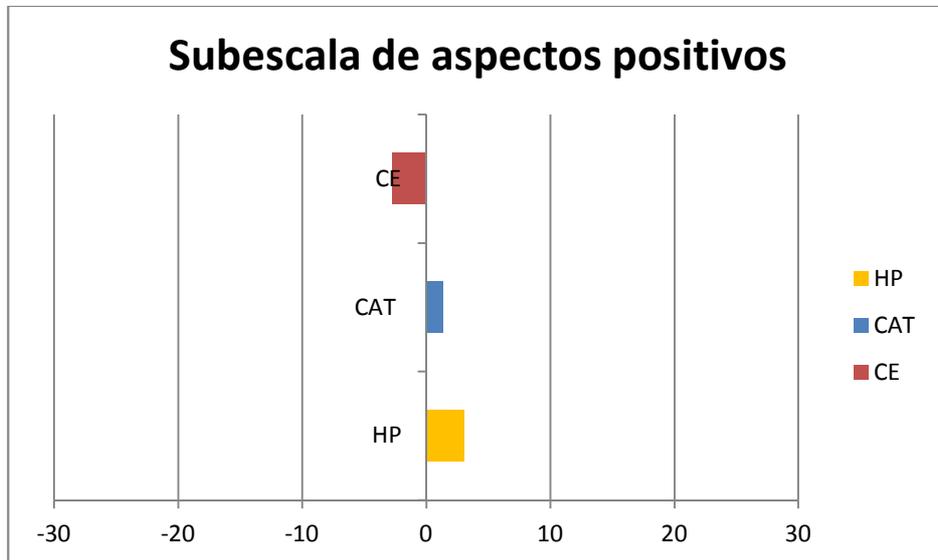
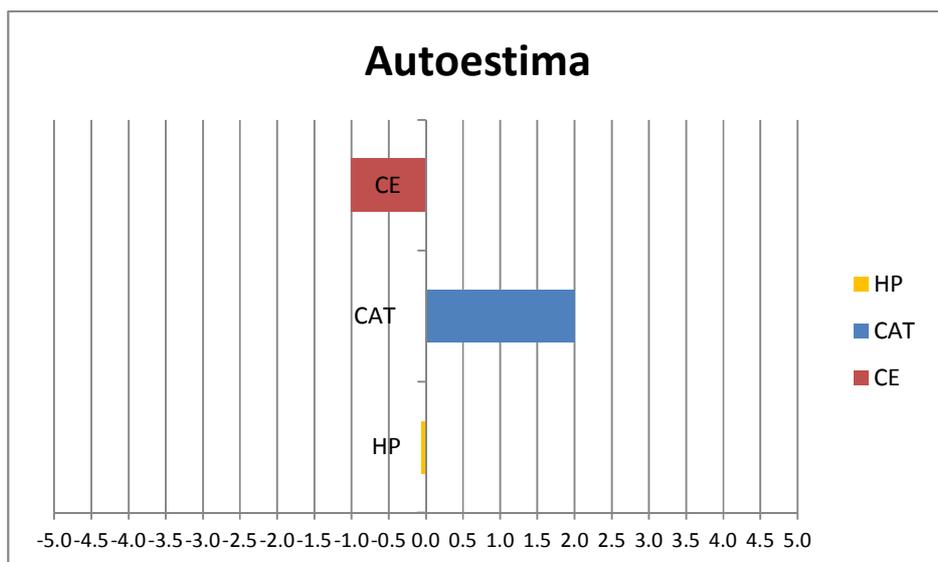


Figura 19. Diferencia entre los servicios de HP, CAT y CE 6 meses después para la escala de autoestima



## 5. DISCUSIÓN

En el presente estudio se obtuvo una muestra de 75 pacientes, en un inicio fue planeado realizarse con 90 pacientes, 30 de cada grupo, esto no fue posible ya que el número de pacientes que ingresan al servicio de CAT es menor al que se ingresa al HP, ya que fueron tomados en cuenta en ese caso pacientes que acuden entre semana y los de fin de semana para poder completar la muestra. Durante el estudio 4 pacientes de HP fueron dados de baja del programa por no cumplir durante sus primeros 6 meses con los requisitos requeridos principalmente la asistencia, del programa de CAT no se perdió ningún paciente y a la mayoría de los pacientes de la CE se les realizó la segunda aplicación de la escala vía telefónica por la variedad de fechas y horarios de sus citas en el servicio.

Como se ve en los resultados el 76% de la muestra fue constituida por hombres y el 24% por mujeres, el 88% eran católicos, el resto no tenía ninguna religión y sólo uno declaró ser budista, en su gran mayoría la muestra estuvo compuesta por pacientes residentes del DF y zona conurbada lo cual se explica por la ubicación del HPFBA y que los programas como HP y CAT requieren que los pacientes acudan con mayor frecuencia a consulta, presentando una dificultad para los pacientes foráneos, en cuanto al estado civil sólo tenían pareja el 5% de la muestra lo que puede estar relacionado con el estigma y las relaciones interpersonales que se ven afectadas por el mismo, en la revisión que Link hace sobre el estigma en 2001 menciona que una persona al saber que alguien padece una enfermedad mental evitará relacionarse con este para relaciones de pareja, vecindad o empleo y tendrá la idea de que es menos competente e inteligente que

los demás (10), otro ejemplo en un estudio de *Lefley* en 1987 donde el 90% de los profesionales de la salud que tenían algún familiar que padeciera una enfermedad mental no lo comunicaba con el resto de sus compañeros (20).

En la escolaridad se encontró que esta variaba desde primaria hasta universidad al comparar a los grupos fue la única diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con una  $p=0.002$ , aunque al hacer la correlación con el estigma internalizado y cada una de las subescalas en las 2 aplicaciones no se encontró correlación lo cual nos permite ver que los grupos fueron equivalentes y no se pudo encontrar que las diferencias en la escolaridad afectaran la percepción del estigma internalizado de los pacientes.

En el área laboral observamos que de un 7% que no tenían actividad productiva previo al diagnóstico hay un crecimiento al 56% en la actualidad, esto nos hace recordar el estudio de *Beaty* del 2006 donde se encontró una relación entre la pérdida de empleo y problemas laborales en personas que padecían alguna enfermedad mental teniendo como principal factor implicado al estigma (19). *Chuaqui* en 2005 reporta un estudio realizado en Chile a empresarios y pacientes esquizofrénicos donde el 68% o más de los pacientes estaban en condición de trabajar si se les diera la oportunidad y al mismo tiempo la gran mayoría de los empresarios pensaban que una persona con esquizofrenia no podría desempeñarse adecuadamente, viéndola como potencialmente peligrosa, violenta, inestable o poco confiable (52). En 2010 se realizó en la Cd. De México un estudio sobre la percepción de la peligrosidad en pacientes con esquizofrenia, poco más del 40,0% de los sujetos entrevistados consideró agresivo y peligroso al paciente con esquizofrenia, los reactivos del cuestionario de concepto público de

agresividad mostraron dos áreas principales de evaluación, la percepción sobre la presentación de comportamientos agresivos y el reconocimiento de la enfermedad mental y aspectos sociales del estigma de peligrosidad (9).

En nuestro estudio podemos ver en la escala de estigma internalizado que después de 6 meses de la primera aplicación los pacientes de HP fueron los únicos que mejoraron y hay un empeoramiento en los pacientes de la CE; dividiendo por subescalas, en la subescala de discriminación hay una mejoría con una media del 5.03 en el grupo de HP y un empeoramiento en el nivel de estigma para el grupo de CAT con una media de -3.62, y una media de -2.12 en la CE; en la subescala de divulgación se encontró un comportamiento similar una mejora con una media de 3 en el grupo de HP, una media de 1.33 en la CAT y el grupo de CE con un empeoramiento con una media de -2.75. Estos resultados corroboran nuestra hipótesis al ver que una atención integral, multidisciplinaria contribuye a disminuir el estigma internalizado.

En cuanto a la autoestima en este estudio no fue posible encontrar una mejora en la autoestima en relación a la disminución del estigma internalizado, en la literatura se reporta que una consecuencia importante de la disminución del estigma será la mejora de la autoestima. En 2001 se estudió la relación del estigma en la enfermedad mental y el autoestima, encontrando que al disminuir el estigma había una mejora en la autoestima, en comparación a nuestro estudio en el reportado por Link las variables sociodemográficas fueron controladas y el seguimiento fue a

24 meses, en comparación a esta muestra que sólo se tomó una medición a los 6 meses, por lo que podríamos inferir que si se realizara un seguimiento a más largo plazo los resultados serían diferentes (5).

*Aromaa* en 2010 al estudiar las barreras en la atención de los servicios de salud encuentra que la población general piensa que los padecimientos mentales como la esquizofrenia tendrán un mejor curso con medidas farmacológicas que intervenciones sociales, a diferencia de problemas como la depresión que la perciben como algo que puede mejorar por sí misma (53), esta idea popular contrastaría con los resultados que encontramos donde una atención interdisciplinaria, como incluir psicoterapia grupal, psicoeducación, si puede disminuir el estigma y por consiguiente mejorar la evolución de la enfermedad, en padecimientos como la esquizofrenia.

Se han hecho más estudios sobre estigma en Europa y Estados Unidos a diferencia de países africanos como Ghana (44). En América Latina y México los estudios respecto al estigma han ido en aumento. De los estudios más recientes en México se encuentra el realizado por Flores en 2012 con una población de 100 pacientes mexicanos con trastornos mentales severos y persistentes de dos o más años de evolución, completaron las escalas de estigma percibido de la enfermedad mental y el inventario de actitudes hacia la medicación, encontrando como el más frecuente de los padecimientos a la esquizofrenia, se determinó la correlación entre el estigma y el apego a tratamiento es decir a mayor estigma menor apego (54).

## 6. CONCLUSIONES

- La esquizofrenia es una de las condiciones de salud más estigmatizadas socialmente.
- Los pacientes con esquizofrenia presentan altos niveles en la escala de estigma internalizado.
- La discriminación y el temor a la divulgación sobre la enfermedad es algo que alimenta el autoestigma y está presente en todos los pacientes con esquizofrenia de este estudio.
- Son pocos los aspectos positivos en relación a la enfermedad que los pacientes con esquizofrenia encuentran en cuanto su condición médica.
- Es necesario una atención integral al paciente con esquizofrenia, no sólo con un seguimiento farmacológico sino con intervenciones psicoterapéuticas como la terapia de grupo, psicoeducación y estrategias de reinserción laboral, para tener como consecuencia la disminución del estigma internalizado.
- La protección legal es necesaria para mejorar las oportunidad de desarrollo de las personas con enfermedad mental, como un catalizador de hospitalidad cultural y social.
- Los pacientes con esquizofrenia que acuden regularmente al programa de HP y CAT del HPFBA, mejoran en la escala de estigma internalizado a los 6 meses del tratamiento, comparados con un grupo de la consulta externa, encontrando que esta mejoría es mayor en los pacientes pertenecientes al programa de Hospital Parcial.

- Para poder encontrar una correlación con la autoestima y la disminución del estigma internalizado es necesario hacer un seguimiento a más largo plazo, en este estudio no se encontró una correlación entre la disminución del estigma internalizado y la mejora de la autoestima.

## 7. REFERENCIAS

1. Informe sobre la salud en el mundo 2001, OMS.
2. Frenk J, Lozano R, Gonzalez MA: Economía y salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México. Fundación Mexicana para la Salud, México, 1999.
3. Medina-Mora ME et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental, Vol. 26, No. 4, agosto 2003.
4. Stern T, et al. Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry, 6a.ed.2010.Park et al. Chronic Mental Illness, chapter 64, Pag 887-893.
5. Link Ph et al. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illnesses.Psychiatric services. December 2001. Vol. 52 No. 12, p. 1621-26
6. Kyaien O, et al. Mental Health Treatment Seeking Among Older Adults with Depression: The Impact of Stigma and Race. Am J Geriatr Psychiatry. 2010 June ; 18(6): 531–543.
7. Stone A, Merlo L. Attitudes of college students toward mental illness stigma and the misuse of psychiatric medications. J Clin Psychiatry. 2011 February , 72(2): 134–139 University of Florida, Department of Psychiatry, Gainesville, FL, United States
8. Muñoz, et al. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. 2009.1ª ed. España. Editorial complutense.
9. Fresán et al. Development and psychometric properties of a brief instrument to measure the stigma of aggressiveness in schizophrenia. Actas Esp Psiquiatr 2010;38(6):340-4

10. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*; 2001; 27, ABI/INFORM Global pg. 363
11. Goffman. *Stigma Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs. Prentice Hall.1963. New Jersey, USA.
12. Fink P y Tasman A. *Stigma and mental illness*. 1ed. Estados Unidos. American Psychiatric Press. 1992.
13. Porter R. *Breve historia de la locura*. Turner. Fondo de Cultura económica.2003. México.
14. Jones E et al. 1984. *Social stigma, the psychology of marked relationships*. New York. Freeman.
15. Crokcer J and Major B. Social stigma and self esteem. The self proprieties of self stigma. *Psychological review*. 1989; 96.608-630.
16. Corrigan and Shapiro, "Measuring the Impact of Programs that challenge the Public Stigma of Mental Illness"*Clin Psychol Rev*. 2010 December ; 30(8): 907–922. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.004.
17. Jacoby, A. (1994) Felt versus enacted stigma: a concept revisited: evidence from a study of people with epilepsy in remission. *Social Science and Medicine*, 38, 269-274.
18. King M, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness *BJP* 2007, 190:248-254.
19. Beatty JE, Kirby SL. Beyond the Legal Environment: How Stigma Influences Invisible Identity Groups in the Workplace. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, Vol. 18, No. 1, March 2006
20. Byrne, P. 2001. Psychiatric stigma. *The british journal of psichiatry*.178:281-284
21. Mansouri L y Dowell DA. Perceptions of stigma among de long term mentally ill. *Psychosocial rehabilitation journal*. 13. 79-91.
22. Crokcer J and Major B. The stigma of overweight. Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of personality and social psychology*. 1993; 64. 60-70
23. West MA, et al. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness *Stigma Res Action*. 2011 January 1; 1(1): 3–10.

24. Yanos, et al. 2008. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric services*, December 2008 Vol. 59 No. 12 1437
25. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C and Rosenberg F. Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, Vol. 60, No. 1 (Feb., 1995), pp. 141-156
26. Major, Brenda, Anne Marie Sciacchitano, and Jennifer Crocker. 1993. "In-Group vs. Out-Group Comparisons and Self-Esteem." *Personality and Social Psychology Bulletin* 19:711- 21.
27. Rosenberg, Morris. 1979. *Conceiving the Self*. Malabar, FL: Robert E. Krieger.
28. Galvin, R. Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: Towards a genealogy of morals. *Health*, 2002. 6(2), 107–137.
29. Ware, N. C. Toward a model of social course in chronic illness: The example of chronic fatigue syndrome. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1999. 23, 303–331.
30. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. for the GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*. 2010; 122:232–238.
31. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*. 2008; 20(1):174–187.
32. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatric Research*. 2003; 121(1):31–49.
33. Wilson, C, Nairin R, Coverdale J, Panapa A. How mental illness is portrayed in children's television : A prospective study. *BJP* 2000, 176:440-443.
34. Philo G. *Media and Mental Distress*. New York: Addison Wesley Longman, 1996
35. Kuhnigk O, Strebel B, Schilauske J and Jueptner M. Attitudes of Medical Students Towards Psychiatry. Effects of Training, Courses in Psychiatry, Psychiatric Experience and Gender. *Advances in Health Sciences Education* (2007) 12:87–101 \_ Springer 2006.

36. Rojas-Barahona A, Zegers B, Forster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra Méd Chile 2009; 137: 791-800
37. Rosenberg M. *Society and the adolescent selfimage*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
38. Llinares L, Molpeceres A, Musitu G. La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelaciones en la adolescencia. *Anales de psicología*. 2001, vol. 17, nº 2 (diciembre), 189-200. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia España.
39. Rokeach, M. (1979). *Understanding human values: individual and societal*. New York: Free Press
40. Broc MA. Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en alumnos de 4º de e.s.o. Implicaciones psicopedagógicas en la orientación y tutoría. *Revista de Investigación Educativa*, 2000, Vol. 18, n.º 1, págs. 119-146
41. James, W. (1892). *Psychology: The Briefer Course*. New York: Henry Holt & Co.
42. Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Charles Scribner's Sons.
43. Strauman, T.J. y Higgins, E.T. (1993). The self construct in social cognition: Past, present, and future. En Z.V. Segal y S.J. Blatt (eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspective* (pp 3-40). New York: The Guilford Press.
44. Programa anual. Hospital Parcial de día y fin de semana 2012. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.. Subdirección de Hospitalización. México
45. Programa de trabajo Clínica de adherencia terapéutica 2010. Servicios de atención psiquiátrica Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
46. Persson, Asha, Kane Race y Elisabeth Wakeford. "Hiv Health in context: Negotiating medical Technology and lived experience", *Health*, 2003 Vol. 7, No. 4, pp. 397-415
47. Programa de trabajo de la Consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, México.

48. Flores S, Medina R y Robles R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental* 2011;34:333-339
49. Calleja N. *Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005*. 1ª ed.. Universidad Nacional Autónoma de México. 2011.
50. Schmitt DP, Allik J. Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *J Pers Soc Psychol* 2005; 89: 623-42.
51. Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología* 2004; 22: 247-55.
52. Chuaqui J. El estigma en la esquizofrenia. *Ciencias Sociales Online*, Marzo 2005, Vol. II, No. 1 (45 - 66).Universidad de Viña del Mar-Chile
53. Aromaa E et al. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 2011, 11:52
54. Flores S et al. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012;11(3):82-89

## Anexo 1

### Hoja de datos sociodemográficos

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F M

Estado civil: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia actual: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_

Ocupación anterior: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_

Tiempo de haber sido diagnosticado/a con esquizofrenia: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado en alguna institución de salud mental?

Sí

No

En caso de responder sí, ¿en cuantas ocasiones? \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Escala de Estigma de King et al. Versión en español

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2. Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3. El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.					
4. No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5. Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
6. Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
7. Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
8. La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
9. He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
10. He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido					
11. a mis problemas de salud mental.					
12. Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
13. Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
14. Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
15. Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
16. No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
17. Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
18. Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
19. Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mi mismo.					
20. Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					
21. No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
22. He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
23. La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
24. La gente me ha insultado debido a mis					

problemas de salud mental.					
25. Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
26. No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
27. Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
28. Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
29. Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
30. Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

## Anexo 3

### ESCALA DE AUTOESTIMA

ESTE TEST TIENE EL OBJETO DE EVALUAR EL SENTIMIENTO DE SATISFACCIÓN QUE LA PERSONA TIENE DE SÍ MISMA.

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES FRASES CON LA RESPUESTA QUE CONSIDERE MÁS APROPIADA.

- A. MUY DE ACUERDO
- B. DE ACUERDO
- C. EN DESACUERDO
- D. MUY EN DESACUERDO

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

## Anexo 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

1. **Propósito:** le pedimos formar parte de un trabajo de investigación médica que tiene el objetivo de determinar si existe autoestigma por padecer una enfermedad mental como esquizofrenia.
2. **Procedimientos y duración:** Los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:
  - Se le aplicarán una 2 escalas clínicas en 2 ocasiones, una primera aplicación actualmente, la segunda 6 meses después.
  - Las escalas son: La escala para estigma internalizado y una escala de autoestima.
  - Se le invitará a firmar este documento.
  - Los datos proporcionados como su nombre, dirección, ocupación, estado civil, escolaridad, etc. se anotarán en hojas preparadas para tal fin y su manejo estadístico será completamente confidencial.
  - Los orientadores y consejeros que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.
3. **Riesgos e incomodidades.** No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en la salud mental (médico residente en psiquiatría), el cual protegerá su confidencialidad.
4. **Beneficios potenciales:** la participación en esta investigación no le traerá beneficios personales. No se le proporcionará a los participantes de este estudio ninguna información concerniente a los resultados. No obtendrá ningún beneficio económico.
5. **Derecho a retirarse del estudio:** La participación en este estudio es voluntaria. Usted puede rehusarse a estar en el estudio o retirarse en cualquier momento. Si decide no tomar parte o retirarse, esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
6. **Confidencialidad:** Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO FORMAR PARTE DE LA INVESTIGACIÓN, QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y QUE SE LE HA EXPLICADO.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Investigador