



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
“RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Evaluación del estigma internalizado en pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y sus familiares.

TESIS QUE PRESENTA

ERICK IVÁN VALDEZ GONZÁLEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRÍA

ASESORÍA DE TESIS

Ing. José Francisco Cortés Sotres
Tutor Metodológico

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
Tutor Teórico

México, D.F. , 2015



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.

Dedicatoria

A mi madre, por enseñarme el amor a lo justo y verdadero.

A mi padre, por el permanente ejemplo de disciplina y constancia.

A la memoria de mi hermana, fuente primigenia de mi vocación.

Agradecimientos

A mis tutores.

Dra. Martha Ontiveros por su inspiración, confianza y aliento.

Ing. José Cortés, por su invaluable e incondicional complicidad para
transformar el conocimiento.

A mis compañeros, amigos y colegas.

Constituye un objetivo personal participar activamente en eliminar por completo el concepto caótico, negativo y despectivo que se tiene de la profesión psiquiátrica, así como el dañante papel que juegan en la mecánica social las personas -estigmatizadas- que padecen patologías conexas a la disciplina psiquiátrica. Así, sumar esfuerzos para abolir estigmas y crear conciencia en los colegas de otras áreas médicas, miembros de la sociedad y el público en general, será en definitiva una tarea muy significativa que con constancia, disciplina y en sinergia con el Instituto, emprenderé con gusto, responsabilidad y pasión.

Dr. Erick Valdez González

Carta de Motivos, Ingreso al INPRFM (fragmento). Octubre 2010.

INDICE

MARCO TEÓRICO

Relevancia Actual de la Salud Mental.....	1
Definición de Estigma.....	3
Estigma y Enfermedad Mental	5
Percepción del Estigma en Salud Mental	7
Auto Estigma	9
Estigma, Salud Mental y Cuidadores Primarios	11
Consecuencias del Estigma en la Salud Mental.	12
Estigma y Retos Actuales.....	13
JUSTIFICACIÓN	16
MATERIAL Y METODOS	18
Planteamiento del Problema.....	18
Hipótesis	18
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Especificos.....	18
METODOLOGIA	19
Tipo de Estudio.....	19
Población en Estudio	19
Criterios de Inclusión.....	19
Criterios de Exclusión	20
Variables.	21
Instrumentos de Medición.	24
PROCEDIMIENTO.....	26
Primera fase	26
Segunda fase	26
Análisis Estadístico.	27
Tamaño de Muestra.	27
Aspectos Éticos.	27
Diagrama de Actividades.....	28
RESULTADOS.	29

Descripción de la Muestra.....	29
Primera Fase.	46
Segunda Fase.	50
Discusión.	59
El estigma como Fenómeno Generalizado en los Trastornos Mentales.	61
Estigma Internalizado y Estigma Percibido por Familiares.	61
El síndrome Depresivo como Fuente Relevante de Estigma.....	62
Estigma Internalizado y su Relación con el Modelo Teórico de Insight.....	66
Estigma y su Correlación con Variables Socio Demográficas y Clínicas.....	69
Estado Civil y Estigma.....	69
Estigma y su Relación con el Grado de Escolaridad en Familiares.....	70
Estigma y Consumo de Sustancias.....	70
Estigma y Días de Internamiento.....	70
Estigma y Conducta Suicida.....	72
Estigma y Tratamiento Farmacológico.	73
CONCLUSIONES.....	74
LIMITACIONES.....	76
ÁREAS A CONSIDERAR EN EL FUTURO.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

ANEXOS

Anexo A.....	i
Anexo B.....	iii
Anexo C.....	v
Anexo D.....	vi
Anexo E.....	vii
Anexo F.....	viii

MARCO TEÓRICO

Relevancia Actual de la Salud Mental

El estudio de la Carga Global de Enfermedad (CGE) en el mundo llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, puso en primer plano la importancia de las enfermedades neuropsiquiátricas dentro del campo de la salud pública. Parte de la originalidad del planteamiento del trabajo antes citado, radicó en la decisión de fijar como medida de la salud de las poblaciones, una combinación de datos relativos a la mortalidad producida por las distintas patologías y a la discapacidad. Como medida de resumen, se acordó emplear los años de vida ajustados por discapacidad mediante las escalas AVADs (Activities of Daily Living Scale) y DALYs (Disability-Adjusted Life Year), que permiten valorar conjuntamente las consecuencias mortales y no mortales de cada una de las patologías estudiadas.

Aplicando esta medida, la proporción vinculada a las enfermedades mentales mundiales resultó de un 10,5% del total en el año 1990. Las últimas estimaciones llevadas a cabo por nuestro grupo de investigación en colaboración con la OMS para el año 2000 indican que los trastornos depresivos suponen el 4,5% de la carga global de la enfermedad en el mundo (65 millones de años de vida ajustados por discapacidad perdidos en total), una cifra similar a la atribuida a la enfermedad cardíaca isquémica, a las patologías diarreicas o al impacto combinado del asma y de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En la clasificación en función de los años de vida perdidos por discapacidad cuatro trastornos mentales figuran entre las diez primeras posiciones: los trastornos depresivos unipolares, la esquizofrenia, el trastorno por abuso de alcohol y el trastorno bipolar^{2,3}.

Las proyecciones llevadas a cabo por la OMS para el año 2020 apuntan a que la importancia relativa de los trastornos mentales ascenderá a un 15% del total, debido fundamentalmente a la mayor expectativa de vida en la población y a la disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas⁴.

Una vez comprendida la relevancia de la patología mental, entender los elementos, mecanismos, procesos y contextos involucrados en el origen y evolución de la misma, se convierte en una tarea

prioritaria e ineludible para el diseño de estrategias eficientes para su diagnóstico, abordaje y tratamiento.

La salud no es un concepto estático en la estructura social, depende de las posibilidades de adaptación al medio físico y social, por lo tanto la salud se contextualiza desde la percepción de lo individual y del grupo social.

El prejuicio y la discriminación basada en la categorización del estatus del grupo, se encuentran en casi todos los ámbitos de la sociedad incluyendo el empleo, la vivienda, la educación, la salud, los sistemas judiciales y financieros⁵.

Los procesos verbales y socioculturales en estas áreas derivan en consecuencias negativas emocionales y de salud para las víctimas de la discriminación por motivos de origen étnico⁶, enfermedad mental⁷, adicción⁸, condición de VIH positivo⁹, obesidad¹⁰, y minoría sexual¹¹.

Definición de Estigma

El estigma es un fenómeno universal, que actúa sobre personas o grupos concretos entre los que se encuentran las personas con enfermedades mentales y los actores relacionados con la enfermedad mental. Es un fenómeno social que se traduce en una actitud negativa y se constituye en el núcleo básico de distintas barreras sociales.

La palabra estigma del latín stigma, y este del gr. στίγμα, picadura, es definida por la real academia española en su 22ª edición como: 1. m. Marca o señal en el cuerpo; 2. m. Desdoro, afrenta, mala fama; 3. m. Huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos, como símbolo de la participación de sus almas en la Pasión de Cristo; 4. m. Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud; 5. m. Bot. Cuerpo glanduloso, colocado en la parte superior del pistilo y que recibe el polen en el acto de la fecundación de las plantas; 6. m. Med. Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional y hereditaria; 7. m. Zool. Cada uno de los pequeños orificios que tiene el tegumento de los insectos, arácnidos y miriápodos, por los que penetra el aire en su aparato respiratorio, que es traqueal¹².

Se han suscitado diferentes definiciones de este proceso, el cual toma la palabra estigma de la antigua Grecia, en donde se hacía alusión a un tatuaje o marca realizada a los esclavos o criminales que permitía a los demás saber quiénes eran¹³.

De la visibilidad absoluta de una marca llegamos a la clásica definición de estigma de Goffman, quien pone en el centro de la conceptualización al atributo, donde destaca el rol del entorno social y del diagnóstico o etiqueta (labelling theory) en el origen del estigma.

La siguiente cita ilustra la teoría de Goffman: “A modo de conclusión, deseo repetir que el estigma implica no tanto un conjunto de individuos concretos separables en dos grupos, los estigmatizados y los normales, como un penetrante proceso social de dos roles en el cual cada individuo participa en ambos roles, al menos en ciertos contextos y en algunas fases de su vida. El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien, perspectivas”. El estigma entonces se

trata de un atributo profundamente desacreditador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo¹⁴.

A lo largo de los años las diferentes definiciones comienzan a incluir la variable del contexto como requisito primordial para la instalación del estigma. Algunos autores definen al estigma como aquella característica de una persona contraria a una norma o unidad social, entendiendo como norma a una creencia compartida dirigida a comportarse de una manera determinada en un momento dado¹⁵.

Link y Phelan, definieron el estigma como un proceso en el que convergen 5 componentes:

1. Etiquetamiento de las diferencias.
2. Asignación de estereotipos: vinculación de las etiquetas con características indeseables.
3. Separación: las personas etiquetadas como un grupo diferente.
4. Pérdida del status y discriminación efectiva, generando un escenario de desigualdades.
5. Contingencia del estigma con el poder social, económico y político.

De este modo, en palabras de los autores, el estigma existe cuando el etiquetamiento, la asignación de estereotipos, la separación, la pérdida del status y la discriminación coexisten en una situación de poder que los permite¹⁶.

Según Crisp¹⁷, existe una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse.

El estigma se manifiesta entonces como un fenómeno social multidimensional con elementos cognitivos, emocionales y conductuales, los cuales están interrelacionados entre sí de forma dinámica y permanente. Algunos estudios señalan que la información se acepta en la medida que es congruente con las emociones o actitudes que se tiene hacia cierto colectivo social, determinando las conductas de discriminación. Sin embargo, las relaciones de causalidad son circulares y no siempre siguen una línea de actuación similar¹⁸.

Estigma y Enfermedad Mental

El estigma es un fenómeno universal, que actúa sobre personas o grupos concretos entre los que se encuentran las personas con enfermedades mentales y los actores relacionados con la enfermedad mental. Es un fenómeno social que se traduce en una actitud negativa y se constituye en el núcleo básico de distintas barreras sociales.

Es a partir de la década de los 60's, y como consecuencia de los movimientos de atención comunitaria y las alternativas a la reclusión institucional, en que aquellas actitudes sociales negativas que se engloban bajo el término de estigma se convierten en un área de intervención de interés creciente, ya que resulta inviable cualquier intento de mejorar la situación de las personas con trastornos graves desde una óptica de recuperación y ciudadanía activa sin abordar esta barrera social.

El estigma alrededor de la enfermedad mental es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes¹⁹.

El último siglo ha sido testigo de grandes avances en el campo de la salud mental, destacando el descubrimiento de los psicofármacos y el cambio de tendencia desde un modelo hospitalario a otro comunitario.

Sin embargo, independientemente del contexto, estos avances no garantizan la calidad de los cuidados^{20,21}. En algunos países en vías de desarrollo, los servicios de rehabilitación y soporte social son casi inexistentes y la disponibilidad de medicamentos está frecuentemente amenazada.

En otros países, donde hay más recursos socio-sanitarios, los problemas están relacionados directamente con el cuidado prestado a personas con trastornos mentales, que a menudo es percibido como frío y despersonalizado²².

Las quejas sobre la poca disponibilidad del profesional para brindar atención, las actitudes de prejuicio y el rechazo son comunes²³. Este problema está poco estudiado y no sabemos cuál es su impacto en la evolución de los trastornos mentales. Es posible que algunos patrones de cuidado

formal lleguen a ser tan nocivos para el pronóstico como los altos niveles de “emociones expresadas” de los familiares²⁴.

El estigma institucional es entendido como aquél que proviene desde los profesionales de salud, relacionado con la atención socio-sanitaria y con las actitudes de las instituciones y gobiernos responsables de los servicios²⁵.

Las quejas sobre las actitudes estigmatizantes de los profesionales y servicios son casi omnipresentes en los discursos de usuarios y cuidadores informales. Los cuidadores formales justifican su actitud mencionando el tiempo corto de las consultas, la presión institucional por la “productividad”, la propia formación que reciben o que les haría falta, e incluso el miedo a demandas judiciales o a expedientes disciplinarios, por no poner límites a conductas de los pacientes consideradas inadecuadas por la sociedad o por la gerencia de los servicios. La disponibilidad de psicofármacos, en cantidades suficientes, puede ser interpretada como una forma de estigma institucional, que demuestra el prejuicio del gobierno cuando sí provee medicación gratuita o subsidiada a enfermedades físicas y escatima presupuesto para la medicación de psicofármacos. Esta es una queja que prácticamente sólo aparece en los países latinoamericanos, donde muchas veces se añade el problema económico de las familias de escasos recursos, para quien la compra de la medicación presupone una carga objetiva adicional²⁶.

Percepción del Estigma en Salud Mental

A pesar de la mayor conciencia sobre la naturaleza de los trastornos mentales, la población en general tiene creencias estereotipadas acerca de las personas afectadas por estas enfermedades^{27,28}.

Mientras que el estigma hacia las personas con enfermedades mentales demostró ser un gran problema social relacionado con un menoscabo del papel que desempeñan y del estado de ánimo, las asociaciones entre la experiencia del estigma y los síntomas de la enfermedad mental son menos claras. Por un lado, es posible que ciertos síntomas (ej., alucinaciones o delirios) hagan que las personas sean más vulnerables al estigma y a la internalización o a aceptar las creencias estigmatizadoras como verdaderas. Por otro lado, también es posible que la experiencia del estigma en sí misma pueda provocar una exacerbación de los síntomas.

Aunque el fenómeno del estigma está presente en diversos trastornos psiquiátricos, parece no darse en el mismo grado en todos ellos, encontrándose en cualquiera de los casos los pacientes con un problema añadido a los que se derivan directamente de sus trastornos: los problemas relacionados con el estigma, que suelen tener un carácter permanente y refractario a la intervención.

De este modo, y particularizando en el ámbito de los trastornos del espectro esquizofrénico, los estudios sobre el tema apuntan que las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente similares a las relacionadas como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo²⁹, se ha encontrado un cierto gradiente que abarcaría desde aquellos trastornos que “pueden afectarnos a la población en general”, y tiene una mejor imagen social, hasta aquellos trastornos más cercanos a la imagen tradicional de “locura”³⁰.

Así, los contenidos cognitivos más frecuentemente expresados sobre las personas con esquizofrenia, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, tales como, peligrosidad, excentricidad, dificultad para mantener relaciones, predecir su comportamiento e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de que no

existe “cura” alguna y a un grado variable de atribución de responsabilidad y “culpa” sobre lo que les sucede³¹.

Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos de miedo, rechazo, desconfianza, y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales³², mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional.

Auto Estigma

Las repercusiones del estigma social se dan no sólo sobre el grupo de personas afectadas por una enfermedad mental, sino también sobre el entorno familiar e incluso sobre los propios servicios y los profesionales de la salud mental.

Dichas repercusiones generan consecuencias objetivas, traducidas en contundentes formas de discriminación, que muchas veces se ven reforzadas además por el impacto subjetivo en las personas afectadas, bajo la forma de auto estigma¹³.

El estigma percibido o auto estigma se refiere a las percepciones de los individuos acerca de las creencias y estereotipos negativos hacia la enfermedad mental en la población general y a la manera en que ellos creen que la sociedad los identifica como miembros de este grupo estigmatizado. Mientras que el estigma experimentado, son las experiencias concretas en las cuales las personas describen haber sido objeto de rechazo o discriminación debido a su enfermedad. Este artículo se enfoca en el auto-estigma, un tema que ha recibido escasa atención en América Latina³³.

El auto-estigma ha sido definido como un pro-ceso que involucra tres fases, denominadas como las «Tres As», por sus siglas en inglés, que se refieren a la Conciencia (Awareness), Acuerdo (Agreement) y Aplicación (Application). Este proceso se inicia cuando la persona afectada es consciente de, o reconoce los estereotipos sociales asociados con la enfermedad mental para después, estar de acuerdo con ellos, internalizarlos y aplicarlos a sí misma³⁴.

Como resultado de ello, los individuos experimentan sentimientos de baja autoestima^{35, 36, 37, 38,39}, vergüenza, culpa, incertidumbre, una pobre percepción de su auto eficacia⁴⁰, desesperación, limitada interacción social, una baja calidad de vida y síntomas depresivos. La persona adopta la identidad de la enfermedad como dominante, haciéndole frente en aislamiento, sin recibir atención especializada por temor a ser identificado como “paciente psiquiátrico”, lo cual afecta otras áreas de su vida como el acceso al empleo, a la educación o a una vivienda independiente.

Sin embargo, no todas las personas diagnosticadas con un trastorno mental, aplican los estereotipos a sí mismas. Algunas responden con indiferencia y otras con una especie de enojo

ante lo que consideran una injusticia, que las lleva a participar más activamente en la defensa de sus derechos a la atención y el tratamiento⁴¹. Este fenómeno se conoce como “la paradoja del auto-estigma y la enfermedad mental”⁴² y consiste en considerar las diversas formas de respuesta ante el padecimiento, que pueden ir desde implicaciones negativas por la enfermedad, hasta la activación de recursos de fortalecimiento en el individuo. Por otra parte, además de estas diferencias individuales, es importante recuperar el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el sujeto para lograr un abordaje más integral del proceso de internalización del estigma.

Estigma, Salud Mental y Cuidadores Primarios.

Desde diferentes ámbitos se ha enfatizado el papel positivo que las familias pueden tener en la rehabilitación, recuperación y prevención de recaídas de un familiar con problemas de salud mental. Así, el 88% de los servicios de atención los realizan cuidadores informales⁴³.

Hoy, las familias tienen que estar preparadas para desempeñar su papel de cuidadores, pero para ello deben disponer de información sobre las patologías mentales y sus efectos y se debe favorecer una alianza positiva entre las personas con trastorno mental, la familia y el equipo de profesionales. De forma transversal, las familias tienen que incluirse tanto como sujetos activos como pasivos en la lucha contra el estigma.

Todas las personas con enfermedad mental y familiares deben disponer de una adecuada atención sanitaria y social que favorezca su rehabilitación, inserción laboral e inclusión social. En este sentido, es necesario promover la sensibilización y mentalización social hacia el colectivo, llamando la atención de toda la sociedad sobre la estigmatización sanitaria, social y laboral existente.

Struening et al. estudiaron el impacto del estigma percibido en los cuidadores desde la perspectiva de los pacientes como consumidores de servicios. Encontraron que 70% de los cuidadores pensaban que el público general devaluaba a los pacientes y que 43% también pensaba que se devaluaba la familia⁴⁴.

El rechazo es una barrera real para la asistencia e integración social de las personas con enfermedad mental y también para sus familias. La incorrecta e injusta asociación entre violencia y enfermedad mental alimenta las actitudes de discriminación y el temor por parte de la población general, banalizándose la realidad de las personas con problemas de salud mental.

Consecuencias del Estigma en la Salud Mental.

Las consecuencias negativas del estigma incluyen el aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos. El estigma percibido predice, por ejemplo, el bajo cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con depresión⁴⁵.

Dado su impacto significativo, el estigma y el prejuicio son objetivos importantes para reducir el sufrimiento humano y mejorar la calidad de vida de las personas que históricamente han sido marginadas.

Por ejemplo, el experimentar y aceptar los estigmas de otros podría ser desmoralizante⁴⁶, y se ha planteado la hipótesis de que ello generaría estados de estrés interno, que a su vez, provocarían mayores grados de psicopatología⁴⁷.

Más allá de eso, también puede ser que el experimentar y aceptar el estigma aumente la evitación y la falta de adhesión al tratamiento farmacológico asociados con su enfermedad, lo que puede exacerbar más los síntomas, por otro lado el estigma puede inclinar a las personas a evitar o a distanciarse socialmente de aquellos con trastornos mentales⁴⁸, y puede interferir con su posibilidad de conseguir un trabajo adecuado^{49,50}, tratamiento para su salud mental⁵¹, vivienda⁵² y calidad de vida en general⁵³.

El estigma también puede afectar psicológicamente a las personas con enfermedades mentales al hacer que se sientan inferiores a los demás miembros de su comunidad. La exposición al estigma puede impulsarlas a adoptar creencias estigmatizadoras y a originar lo que a veces se denomina auto estigma, lo que establece las condiciones para la anticipación autocumplida del fracaso^{54,55,66,77}, y puede implicar un factor de riesgo de suicidio⁵⁸.

Estigma y Retos Actuales.

Existe evidencia que señala que el componente de conocimiento “puede ser significativo por sí mismo como mediador en cambios actitudinales y de comportamiento en relación al estigma”⁵⁹.

Así mismo, una evaluación del conocimiento previo y posterior a una intervención para disminuir el estigma puede ayudar a identificar ciertas lagunas de conocimiento y a evaluar la efectividad de la intervención en cambios de conocimiento, actitud y comportamiento en la población general con respecto al estigma.

Uno de los conceptos fundamentales en el abordaje de la inclusión social y, por lo tanto de la recuperación de personas con padecimiento psiquiátrico gira en torno a la necesidad de restitución de ciudadanía como identidad integral. “La ciudadanía es el marco ineludible de cualquier discurso de la diversidad”⁶⁰.

El principio de igualdad de derechos implica que las necesidades de cada persona tienen igual importancia y que esas necesidades deben constituir la base de la planificación de las sociedades⁶¹. Son muchos los obstáculos que se interponen en estos procesos de inclusión y de posibilidad de ejercicio de una ciudadanía plena. Entre ellos no podemos soslayar al estigma asociado a la enfermedad mental.

En ocasiones, las políticas asistenciales parecen estar más preocupadas por calmar la alarma social y “proteger” a la población que en procurar una asistencia correcta, adecuada y acorde con los derechos y necesidades de las personas que padecen un trastorno mental.

Una sociedad guiada fundamentalmente por la competencia para seleccionar a los más aptos y descartar a los más débiles, que tolera mal las diferencias o sólo valora un tipo de éxito personal, estigmatiza y discrimina a quienes no logran mimetizarse con el resto, que hace poco accesibles los servicios generales de salud o los especializados (y no los piensa en función de este propósito sino como un par dicotómico de “curación sintomática vs exclusión”), que supone que la recuperación es un problema únicamente de la persona y no algo que la sociedad deba fomentar, condicionan el fracaso de cualquier estrategia orientada a la inclusión⁶².

La ausencia de información y la falta de conocimiento sobre la enfermedad mental explican que en muchas ocasiones la sociedad discrimine y rechace a las personas afectadas. Por ello, el estigma es uno de los principales retos, por encima de los síntomas del trastorno, a los que tienen que enfrentarse las personas con enfermedad mental.

Se trata de un problema de tales dimensiones que incluso ese rechazo llega a desalentar a las personas a reconocer su enfermedad y seguir un tratamiento, lo cual impide posteriormente su integración laboral e inclusión social.

Diversos estudios⁶³ arrojan datos que orientan en este sentido: el 44% de las personas con enfermedad mental afirma haber tenido experiencias de discriminación en el ámbito laboral, el 43% en las relaciones con sus amistades y el 32% con el vecindario.

Desgraciadamente, las enfermedades mentales siguen siendo, significativa y socialmente, poco conocidas. Todavía mucha gente cree que estos trastornos son una “debilidad” o “culpa” de la persona que la tiene y no se reconocen como una enfermedad.

A diferencia de lo que muestra el cine, la televisión o la literatura, la mayoría de las personas con enfermedad mental pueden llevar una vida plena y normalizada, siempre y cuando cuenten con un tratamiento y soporte social adecuado⁶⁴. La separación entre salud física y mental a menudo fragmenta la atención que se les ofrece a las personas con trastornos mentales, propiciando grandes probabilidades de que una enfermedad física pase sin diagnóstico⁶⁵.

La principal barrera a la que se enfrentan pacientes y profesionales para lograr que las personas inicien su proceso de recuperación es el estigma social, y muy particularmente el auto estigma, que impide a la persona creer en sus propias posibilidades para lograr una vida digna.

En este sentido, algunos aspectos clave a considerar son: aumentar la autonomía y la toma de decisiones por parte de los pacientes, redefinir qué consideramos mejoría o progreso de los pacientes, asumir riesgos y redefinir la participación de los pacientes (en su plan de tratamiento y en la organización y evaluación del servicio)⁶⁶.

Valorar la opinión y las experiencias subjetivas de los pacientes puede reducir la ansiedad y mejorar la imagen que ellos tienen de sí mismos⁶⁷. Apoyo, educación sobre la enfermedad y un abordaje centrado en el desarrollo de las habilidades del enfermo aumenta la adherencia y la satisfacción con el tratamiento⁶⁸.

Así mismo, un abordaje que considere las necesidades existenciales seguramente contribuirá para el fortalecimiento de la relación profesional/paciente⁶⁹.

JUSTIFICACIÓN

La percepción del estigma en pacientes psiquiátricos ha sido estudiada predominantemente en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Solo se encuentran algunos estudios aislados relacionados con trastornos afectivos, concentrándose estos últimos en abordar el trastorno depresivo mayor en adultos en plenitud y trastorno afectivo bipolar. No se ha evaluado el estigma internalizado en familiares de los pacientes que padecen algún trastorno mental.

Es necesario planificar y mantener a largo plazo los programas necesarios para lograr erradicar el estigma, combinados con campañas de sensibilización, enfocadas a reducir la discriminación, a través de la reflexión sobre las actitudes y las concepciones sobre la enfermedad mental. Informar en las escuelas, los centros de trabajo, la red socio-sanitaria y las empresas de medios de comunicación es un paso para suprimir los mitos, aceptar la enfermedad mental y lograr integrar a las personas que la padecen.

Para mejorar la salud mental no basta con tratar las enfermedades mentales de manera efectiva. La promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales pueden llevar a una mejora sanitaria, social y económica, favorecer la inclusión social y la productividad económica, reducir el riesgo de enfermedades mentales y las alteraciones de conducta y disminuir el coste en materia de bienestar social y atención sanitaria.

Conocer la forma en que los pacientes y los familiares de pacientes perciben el estigma y la discriminación, permitirá el desarrollo de estrategias eficientes, basadas en evidencia científica, que permitan contrarrestar el efecto social nocivo vinculado con el diagnóstico, el tratamiento, el apego al mismo y el pronóstico de los trastornos mentales.

Por otro lado, cuantificar y reportar el estigma experimentado, por aquellos que padecen directa (pacientes) o indirectamente (familiares) las consecuencias derivadas de los padecimientos que afectan la salud mental, tiene el potencial de servir como argumento para reevaluar los recursos sanitarios y las políticas públicas que han dictado la administración y gestión de los servicios de salud en los últimos años.

Otorgar al paciente psiquiátrico el rol de enfermo, al que tiene derecho como cualquier otro paciente que tenga otra condición médica, permite darle un lugar al *enfermo* mental dentro del núcleo familiar, que es la unidad estructural de la sociedad actual.

El estigma y la discriminación retrasan la búsqueda de la atención por parte del paciente y de su familia; al eliminar el estigma se favorece el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, que llevan a una estabilidad clínica y mejor pronóstico.

Todo ello interviene en una mejor calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. También permite reconocer la importancia de garantizar el tratamiento y acciones multidisciplinarias, al paciente y familia como conjunto.

Si al paciente y a su familia se les garantiza que no habrá estigma ni discriminación, se incrementa la sensibilidad en el tamizaje diagnóstico de los distintos trastornos psiquiátricos, pues el paciente hablará con mayor facilidad y confianza de los síntomas que experimenta, en lugar de ocultarlos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Planteamiento del Problema.

¿Cuál es la asociación del estigma percibido por el paciente y por su familiar responsable con el diagnóstico psiquiátrico?

Hipótesis.

Dado que se trató de un estudio observacional no se estableció hipótesis. Las hipótesis a confirmar fueron las subyacentes a los procedimientos estadísticos empleados.

Objetivos.

Objetivo General.

Evaluar la asociación del estigma internalizado percibido por el paciente y por su familiar responsable con el diagnóstico psiquiátrico, en pacientes internados en el Servicio de Hospital del INPRFM.

Objetivos Específicos.

- Adaptación de la versión en español de la Escala de Estigma Internalizado de King et al., para su aplicación en familiares involucrados con el cuidado de pacientes hospitalizados en el INPRFM .
- Validación de la adaptación de la versión en español de la Escala de Estigma Internalizado de King, para los familiares.
- Determinar las asociaciones derivadas del estigma, en el paciente y en su familiar responsable, por sexo, estado civil, parentesco y edad.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio.

Se trató de un estudio en dos fases:

- **Primera Fase:** Estudio de Proceso Metodológico.
- **Segunda Fase:** Estudio observacional, transversal y comparativo.

Población en estudio.

Se incluyeron pacientes hospitalizados y a su familiar responsable que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Inclusión.

Para los pacientes.

- Pacientes internados en el Servicio de Hospital del INPRFM.
- Con diagnóstico en eje I de:
 - Trastorno Depresivo Mayor moderado a grave
 - Trastorno Afectivo Bipolar
 - Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos
- Que al egreso de la hospitalización no estuvieran en un episodio agudo, con síntomas positivos o negativos marcados, catatonia o importante desorganización que impidiera su colaboración. Esta valuación fue realizada al egreso, por lo que garantizó la estabilidad clínica del paciente, así como la remisión del episodio agudo.
- Mayores de 18 años y menores de 60 años.
- Que aceptaron participar y firmaron la hoja de consentimiento informado.

- Que supieran leer y escribir.

Para los familiares responsables.

- Familiar responsable ante el servicio de hospitalización del INPRFM.
- Familiares de pacientes involucrados en el cuidado de los mismos.
- Mayores de 18 años y menores de 60 años.
- Que aceptaron participar y firmaron la hoja de consentimiento informado.
- Que supieran leer y escribir.

Criterios de exclusión.

- Dificultad para comunicarse y cooperar.
- Que el paciente o el familiar retiraran su consentimiento.

Variables.

Variables dependientes.

- Percepción del estigma internalizado.
- Percepción del estigma generado en el familiar del paciente con problemas de salud mental.

Variables independientes.

- Diagnostico psiquiátrico

Otras variables que se estudiaron:

- **Sociodemográficas**

Variable	Escala	Unidad o Categorías
Sexo del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Sexo del familiar	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
Edad del paciente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Años
Edad del familiar	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Años
Estado civil del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con Pareja • Sin Pareja
Parentesco del familiar con el paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Padres • Pareja • Otros (Hermanos, hijos, primos, tíos, etc.) •
Ocupación del paciente	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Desempleado • Trabajo remunerado • Trabajo no remunerado • No trabaja pero es remunerado
Escolaridad del paciente	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Grado Máximo de Estudios
Escolaridad del familiar	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Grado Máximo de Estudios
Nivel socioeconómico asignado	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0-6

- **Clínicas**

Variable	Escala	Unidad o Categorías
Presencia de diagnóstico psiquiátrico comórbido	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con diagnóstico psiquiátrico comórbido • Sin diagnóstico psiquiátrico comórbido
Abuso de sustancias	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con abuso de sustancias • Sin abuso de sustancias
Otros diagnósticos comórbidos no psiquiátricos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con diagnóstico comórbido no psiquiátrico • Sin diagnóstico comórbido no psiquiátrico
Tratamiento durante el episodio índice	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Antipsicóticos • Benzodiazepinas • Estabilizadores del estado de ánimo • Antidepresivos, • Anti parkinsonianos • Otros
Número de Internamientos	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Número
Número de días de estancia intrahospitalaria al egreso del episodio índice	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Días
Conducta Suicida	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Con conducta suicida • Sin conducta suicida
Funcionamiento Global al ingreso	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Funcionamiento Global (GAF)
Funcionamiento Global al egreso	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Funcionamiento Global (GAF)

Instrumentos de Medición.

- **Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.**
- **Versión en español de la Escala de estigma internalizado de King⁷⁰.**

Compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar tres sub escalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental).

- La sub escala 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 sub escala 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 sub escala, la 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.

La ISS 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%. Escala traducida y validada previamente al español por Flores Reynoso et Al.

- **Versión en español de la Escala de Estigma Internalizado de King et al.**

Modificada para su aplicación a familiares.

- **Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).**

Instrumento para evaluar el funcionamiento de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un continuo hipotético de salud-enfermedad. Consta de un único ítem que asigna un nivel general de actividad de un paciente en el momento de la evaluación o en un periodo de tiempo definido y que se puntúa mediante una escala que oscila entre 91-100.

Procedimiento.

Primera fase

- Se adaptó la traducción de la Escala de Estigma para que pudiera ser contestada por el familiar.

Segunda fase

- El investigador principal contactó directamente al paciente y a su familiar responsable en el Servicio de Hospital, para la autorización de ingreso al estudio y para recabar la firma del consentimiento informado.
- La aplicación de los instrumentos en pacientes agitados o con presencia de síntomas psicóticos, se realizó cuando remitió la fase aguda.
- Se aplicó la versión en español de la Escala de Estigma Internalizado de King al paciente y a su familiar responsable.
- El investigador principal elaboró base de datos con la información recabada del paciente, familiar y expediente clínico.
- Posteriormente se realizó análisis estadístico y reporte de los resultados

Análisis Estadístico.

Primera fase.

Se confirmó la validez y confiabilidad de la escala para los familiares.

Alfa de Cronbach para la consistencia interna y Análisis Factorial para la validez de constructo.

Segunda fase.

Para la comparación entre el estigma percibido por el paciente y su familiar en función del diagnóstico psiquiátrico se utilizó MANOVA. 3 • 2 (Tres Dx y 2 VD, Paciente y Familiar).

Tamaño de la Muestra.

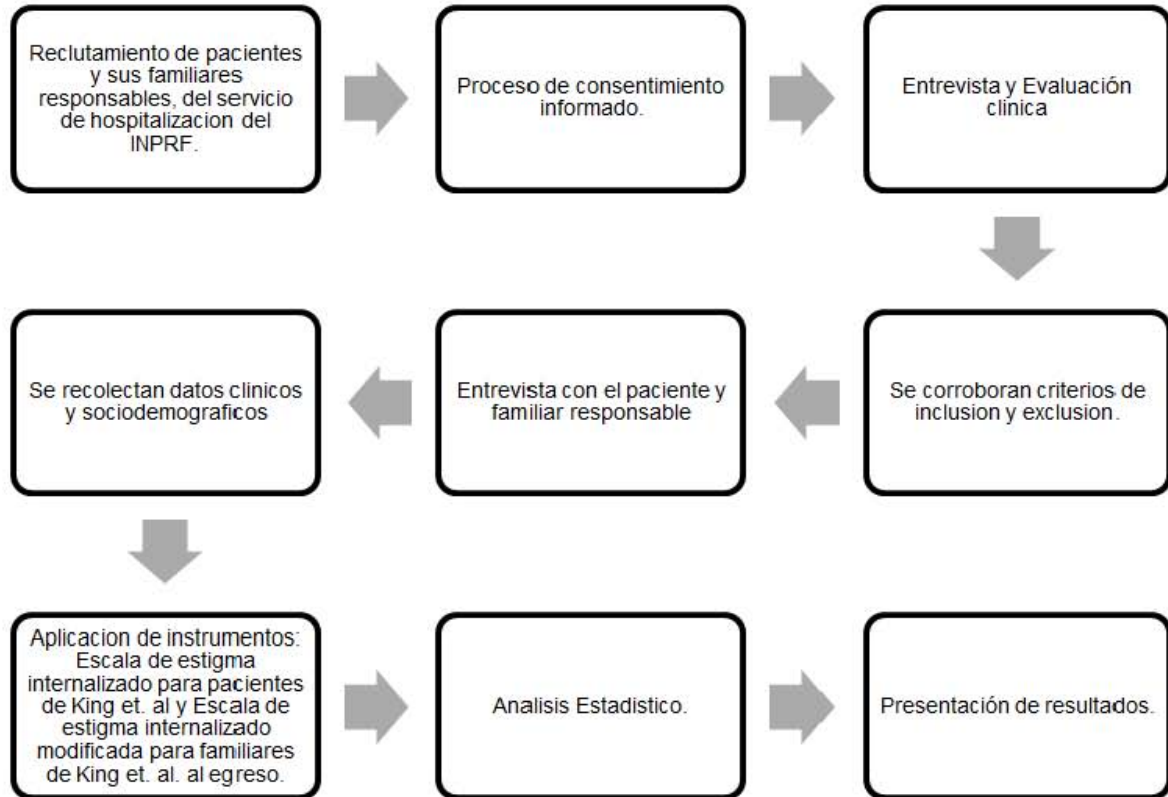
La unidad de muestreo fue el paciente con su familiar. Se estimó una muestra mínima de 188 unidades de muestreo. Se estimó una magnitud del efecto de 0.15 (efecto pequeño), con confiabilidad del 0.95 y potencia del 0.90.

Se proyectó una distribución de diagnóstico de 36 pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 38 con trastorno afectivo bipolar y 114 con trastorno depresivo mayor. La media armónica de los tamaños de muestra por grupo fue de: 47, bajo esta consideración el tamaño total equivalente de muestra puede ser de 141.

Aspectos Éticos.

Se trató de una investigación con riesgo mínimo ya que se recolectaron datos directamente del paciente y su familiar responsable.

Diagrama de Actividades.



RESULTADOS

Descripción de la Muestra.

Participantes.

La muestra estuvo constituida por un total de 282 participantes, los cuales fueron agrupados por diadas paciente/familiar, donde se obtuvieron un total de individuos equitativo en cada uno de los grupos previamente determinados. Trastornos Depresivos n=47 (diada), Trastornos Psicóticos n=47 (diada) y Trastorno Bipolar n=47 (diada).

En el siguiente cuadro se detalla la distribución de la edad, sexo y grupo diagnóstico, tanto para paciente como para familiar/cuidador.

Destaca el predominio de pacientes de género femenino en todos los grupos diagnósticos, así como una media de edad superior de los familiares/cuidadores, a la media de edad de los pacientes, para todos los grupos.

Cuadro 1. Distribución de la edad, sexo y grupo diagnóstico.

Grupo	Género del Paciente	Masculino						Femenino						Total
		Paciente			Familiar			Paciente			Familiar			
		n	Media	DStd	n	Media	DStd	n	Media	DStd	n	Media	DStd	
T. Depresivos	Masculino	5	40.0	16.3	5	59.4	14.9	5	40.6	14.3	5	46.0	9.3	10
	Femenino	9	44.2	11.9	9	50.7	9.5	28	30.1	13.3	28	46.6	12.3	37
	Total	14	42.7	13.2	14	53.8	12.0	33	31.7	13.7	33	46.5	11.8	47
T. Psicóticos	Masculino	3	33.7	6.0	3	58.0	7.5	14	32.9	8.6	14	51.5	9.8	17
	Femenino	5	45.6	10.4	5	45.6	11.3	25	32.0	13.5	25	45.2	11.1	30
	Total	8	41.1	10.5	8	50.3	11.4	39	32.3	11.9	39	47.5	10.9	47
T. Bipolar	Masculino	2	48.0	1.4	2	56.5	30.4	15	31.4	14.2	15	45.7	8.9	17
	Femenino	14	47.1	14.3	14	53.1	15.2	16	35.1	14.0	16	50.4	12.2	30
	Total	16	47.2	13.3	16	53.5	16.2	31	33.3	14.0	31	48.1	10.8	47

*DStd: Desviación Estándar

Diagnóstico.

La descripción de la muestra incluyó la identificación de diagnósticos específicos para cada grupo, a partir de la evaluación clínica durante su estancia hospitalaria y conclusión diagnóstica al egreso, en congruencia con los criterios diagnósticos de la versión en español del DSM-IV TR.

Diagnósticos Específicos del Grupo de Trastornos Depresivos.

En lo relativo a los diagnósticos del grupo de Trastornos Depresivos, este constituyó el grupo más homogéneo, documentándose únicamente 4 diagnósticos específicos.

Cuadro 2. Frecuencia de diagnósticos específicos del grupo de Trastornos Depresivos.

Grupo	Diagnóstico	Frecuencia
Trastornos Depresivos	Trastorno Depresivo Mayor Grave Episodio Único	20
	Trastorno Depresivo Mayor Grave sin síntomas psicóticos	14
	Trastorno Depresivo Mayor Grave Recidivante	9
	Trastorno Depresivo Mayor Grave con síntomas psicóticos	4
Total		47

Diagnósticos Específicos del Grupo de Trastornos Psicóticos.

El grupo de Trastornos Psicóticos, constituyó el más heterogéneo con hasta 12 diagnósticos documentados, el de mayor frecuencia representado por el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide de curso continuo.

Cuadro 3. Frecuencia de diagnósticos específicos del grupo de Trastornos Psicóticos.

Grupo	Diagnóstico	Frecuencia
Trastornos Psicóticos	Esquizofrenia Paranoide de curso continuo	20
	Trastorno Delirante Primario de tipo persecutorio	7
	Trastorno Esquizo-afectivo tipo Bipolar Episodio Actual Depresivo Grave sin síntomas psicóticos	4
	Trastorno Esquizo-afectivo Tipo Bipolar Episodio Actual Manía grave sin síntomas psicóticos	3
	Trastorno Esquizofreniforme	3
	Esquizofrenia Indiferenciada	3
	Trastorno Psicótico secundario a causa medica	2
	Trastorno Psicótico Breve	1
	Trastorno Psicótico no especificado	1
	Trastorno Psicótico secundario a uso de sustancias	1
	Trastorno Delirante Mixto (Erotomanía/Persecutorio)	1
	Trastorno Delirante primario Celo típico	1
Total		47

Diagnósticos Específicos del Grupo de Trastorno Bipolar.

En el grupo de trastornos bipolares se identificaron 6 diagnósticos relacionados al Trastorno Bipolar Tipo I, siendo específicamente el Trastorno Afectivo Bipolar I, Episodio actual manía grave con síntomas psicóticos el más frecuente de este grupo.

Cuadro 4. Frecuencia de diagnósticos específicos del grupo de Trastorno Bipolar.

Grupo	Diagnóstico	Frecuencia
Trastorno Bipolar	Trastorno Afectivo Bipolar I Episodio actual manía grave con síntomas psicóticos	17
	Trastorno Afectivo Bipolar I Episodio actual manía grave sin síntomas psicóticos	13
	Trastorno Afectivo Bipolar I Episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos	5
	Trastorno Afectivo Bipolar I Episodio actual manía con síntomas psicóticos	4
	Trastorno Afectivo Bipolar tipo II Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos	3
	Trastorno Afectivo Bipolar I Episodio Mixto sin síntomas psicóticos	2
	Trastorno Afectivo Bipolar I Episodio Mixto con síntomas psicóticos	1
	Trastorno Afectivo Bipolar II Episodio actual hipomanía	1
	Trastorno Afectivo Bipolar No Especificado	1
	Total	47

Tratamiento Farmacológico.

Numero de Fármacos Utilizados por Grupo Diagnóstico.

Otra de las variables exploradas, fue el tratamiento farmacológico, dada su relevancia e importancia como elemento sucedáneo de gravedad.

El Cuadro número 5, detalla el número de fármacos utilizados por grupo y especifica el uso de un solo fármaco por mecanismo de acción o el uso de 2 o más de ellos.

En el grupo de Trastornos Depresivos los fármacos más usados fueron los de antidepresivos, en lo relativo a los Trastornos Psicóticos el grupo de fármacos más utilizado fue el de antipsicóticos, en el grupo de Trastorno Bipolar los fármacos más usados fueron los estabilizadores del estado de ánimo, utilizados en asociación y en frecuencia similar con fármacos antipsicóticos.

El total neto de fármacos utilizados por grupo fue el siguiente:

Trastornos Depresivos	103
Trastornos Psicóticos	118
Trastorno Bipolar	121

Cuadro 5. Numero de fármacos utilizados por grupo.

Grupo	Número de antipsicóticos		Número de Antidepresivos		Número de Benzodiacepina	Número de Anti parkinsonianos	Número de Estabilizadores del Animo	
	1	2 o más	1	2 o más	1	1	1	2 o más
Trastornos Depresivos	20 42.6%	0.0%	42 89.4%	3 6.4%	25 53.2%	1 2.1%	9 19.1%	0.0%
Trastornos Psicóticos	41 87.2%	6 12.8%	13 27.7%	1 2.1%	27 57.4%	10 21.3%	13 27.7%	0.0%
Trastorno Bipolar	39 83.0%	2 4.3%	2 4.3%	1 2.1%	23 48.9%	2 4.3%	45 95.7%	2 4.3%

Fármacos Específicos Utilizados por Grupo diagnóstico.

Trastornos Depresivos.

El cuadro 6 documenta con precisión el tipo de fármaco utilizado y su frecuencia, con un total de 5 Anti psicóticos usados, 7 Anti depresivos distintos, 2 fármacos de la familia de las benzodiacepinas, 1 anti Parkinsoniano y 4 diferentes estabilizadores del estado de ánimo. Los fármacos específicos utilizados con más frecuencia fueron: Sulpirida, Fluoxetina, Clonazepam, Biperideno y Valproato de Magnesio respectivamente.

Cuadro 6. Frecuencia de fármacos utilizados en el tratamiento del grupo de Trastornos Depresivos.

Trastornos Depresivos		
Tipo	Fármaco	n
Antipsicóticos	Sulpirida	9
	Quetiapina	7
	Olanzapina	2
	Risperidona	1
	Haloperidol	1
Antidepresivos	Fluoxetina	19
	Venlafaxina	9
	Escitalopram	7
	Sertralina	4
	Paroxetina	3
	Citalopram	3
	Mirtazapina	3
Benzodiacepinas	Clonazepam	24
	Alprazolam	1
Anti-Parkinsonianos	Biperideno	1
Estabilizadores del estado de animo	Valproato de Mg	4
	Oxcarbazepina	3
	Topiramato	1
	Carbonato de Litio	1

Trastornos Psicóticos.

En el siguiente cuadro se especifican los diferentes fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos psicóticos, con un total de 11 Antipsicóticos, 6 Antidepresivos distintos, 2 fármacos de la familia de las benzodiacepinas, 1 Anti Parkinsoniano y 3 diferentes estabilizadores del estado de ánimo. Los fármacos específicos utilizados con más frecuencia fueron: Risperidona, Fluoxetina, Clonazepam, Biperideno y Valproato de Magnesio respectivamente.

Cuadro 7. Frecuencia de fármacos utilizados en el tratamiento del grupo de Trastornos Psicóticos.

Trastornos Psicóticos		
Tipo	Medicamento	n
Antipsicóticos	Risperidona	17
	Haloperidol	7
	Olanzapina	7
	Sulpirida	6
	Amisulpirida	4
	Quetiapina	4
	Clozapina	3
	Aripiprazol	2
	Levomepromazina	1
	Flupentixol Decanoato	1
	Fluopentixol	1
Antidepresivos	Fluoxetina	5
	Escitalopram	3
	Mirtazapina	2
	Sertralina	2
	Citalopram	2
	Duloxetina	1
Benzodiacepinas	Clonazepam	25
	Lorazepam	2
Antiparkinsonianos	Biperideno	10
Estabilizadores del estado de animo	Valproato de Mg	10
	Oxcarbazepina	2
	Carbonato de Litio	1

Trastorno Bipolar.

El Trastorno Bipolar reporto una superioridad marginal, en cuanto al número neto de fármacos utilizados con el grupo de Trastornos Psicóticos (121 vs 118).

El cuadro 8 detalla los diferentes fármacos utilizados en el tratamiento del Trastornos Bipolar sicóticos, con un total de 5 Antipsicóticos, 4 Antidepresivos distintos, 2 fármacos de la familia de las benzodiazepinas, 1 Anti Parkinsoniano y 4 diferentes estabilizadores del estado de ánimo. Los fármacos específicos utilizados con más frecuencia fueron: Quetiapina, Clonazepam, Biperideno y Valproato de Magnesio respectivamente. No existieron diferencias entre la frecuencia de uso de un Antidepresivo determinado.

Cuadro 8. Frecuencia de fármacos utilizados en el tratamiento del grupo de Trastorno Bipolar.

Trastorno Bipolar		
Tipo	Medicamento	n
Antipsicóticos	Quetiapina	19
	Olanzapina	15
	Risperidona	5
	Haloperidol	3
	Sulpirida	1
Antidepresivos	Duloxetina	1
	Paroxetina	1
	Sertralina	1
	Venlafaxina	1
Benzodiazepinas	Clonazepam	21
	Lorazepam	2
Antiparkinsonianos	Biperideno	2
Estabilizadores del estado de animo	Valproato de Mg	38
	Lamotrigina	1
	Oxcarbazepina	1
	Carbonato de Litio	1

Comorbilidad Psiquiátrica.

Si bien la comorbilidad psiquiátrica es frecuente en la práctica clínica, los resultados del presente estudio en particular, reportaron la coexistencia de uno o más diagnósticos psiquiátricos en solo 53 individuos de la muestra total de pacientes (n=141).

Cuadro 9. Numero de comorbilidades Psiquiátricas por Grupo.

Comorbilidad Psiquiátrica				
Grupo	Sin Comorbilidad	1	2 o más	Total general
Trastornos Depresivos	12	19	16	47
Trastornos Psicóticos	37	10	0	47
Trastorno Bipolar	39	7	1	47
Total general	88	36	17	141

El cuadro 10, detalla el número total de entidades comórbidas independientes, en cada uno de los grupos diagnósticos; donde el grupo de Trastorno Depresivos, fue aquel donde se identificaron mayor número de ellas.

Cuadro 10. Comorbilidad Psiquiátrica total.

Comorbilidad Psiquiátrica	
Grupo	Total
Trastornos Depresivos	51
Trastornos Psicóticos	10
Trastorno Bipolar	9
Total general	70

El siguiente cuadro especifica la frecuencia de las diferentes comorbilidades psiquiátricas encontradas en el grupo de Trastornos Depresivos. Destaca la marcada frecuencia del Trastorno Límite de la Personalidad.

Cuadro 11. Frecuencia de comorbilidad Psiquiátrica específica en Trastornos Depresivos.

Trastornos Depresivos	
Comorbilidad	Frecuencia
Trastorno Límite de la Personalidad	14
Trastorno de Ansiedad Generalizada	8
Distimia	7
Trastorno de Angustia	7
Trastornos de la Conducta Alimentaria	6
Trastorno Obsesivo Compulsivo	4
Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad	2
Trastorno por Estrés Postraumático	2
Deterioro Cognoscitivo	1
Total	51

El cuadro 12 detalla las comorbilidades psiquiátricas encontradas en el grupo de Trastornos Psicóticos con una distribución relativamente similar de los diagnósticos documentados.

Cuadro 12. Frecuencia de comorbilidad Psiquiátrica específica en Trastornos Psicóticos.

Trastornos Psicóticos	
Comorbilidad	Frecuencia
Trastornos Depresivos	4
Parkinsonismo inducido por medicamentos	2
Distimia	1
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1
Trastorno por Estrés Postraumático	1
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1
Total	10

En el siguiente cuadro se desglosa la comorbilidad reportada en el grupo de Trastorno Bipolar; grupo en el que se encontró menos comorbilidad psiquiátrica asociada.

Cuadro 13. Frecuencia de comorbilidad Psiquiátrica específica en Trastorno Bipolar.

Trastorno Bipolar	
Comorbilidad	Frecuencia
Trastorno Límite de la Personalidad	3
Parkinsonismo inducido por medicamentos	2
Deterioro Cognoscitivo	1
Discinesia tardía	1
Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad	1
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1
Total	9

Comorbilidad Medica No Psiquiátrica.

Se consideró relevante la exploración de aquellos padecimientos médicos no psiquiátricos, debido a la frecuente inter dependencia éntrelas consideradas enfermedades somáticas, y aquellas enfermedades propias del que hacer psiquiátrico, tanto por sus relaciones fisiopatológicas directas, como por su impacto en el pronóstico, calidad de vida y sobrevida de los pacientes.

El cuadro 14, especifica la ausencia, presencia y numero de comorbilidades médicas no psiquiátricas encontradas en los diferentes grupos de la muestra.

Cuadro 14. Numero de comorbilidades Medicas No Psiquiátricas por Grupo.

Comorbilidad Medica No Psiquiátrica				
Grupo	Sin Comorbilidad	1	2 o más	Total general
Trastornos Depresivos	23	18	6	47
Trastornos Psicóticos	26	20	1	47
Trastorno Bipolar	24	15	8	47
Total general	73	53	15	141

La comorbilidad medica no psiquiátrica total por grupo, fue la siguiente:

Cuadro 15. Comorbilidad Medica No Psiquiátrica total.

Comorbilidad Medica No Psiquiátrica	
Grupo	Total
Trastornos Depresivos	30
Trastornos Psicóticos	22
Trastorno Bipolar	31
Total general	83

Los cuadros 16, 17 y 18, precisan las distintas condiciones médicas no psiquiátricas, agrupadas por grupo. Destaca el predominio de enfermedades metabólicas y crónicas degenerativas, conocidas ampliamente por su buen pronóstico, siempre y cuando estén asociadas a un diagnóstico oportuno un adecuado tratamiento y seguimiento disciplinado.

Cuadro 16. Frecuencia de comorbilidad Medica No Psiquiátrica específica en Trastornos Depresivos.

Trastornos Depresivos	
Comorbilidad	Frecuencia
Sobrepeso	7
Obesidad I	6
Diabetes Mellitus 2	4
Disritmia Cerebral	3
Hipotiroidismo	3
Cardiopatía	2
Desnutrición	2
Hipertensión Arterial Sistémica	2
Hipotiroidismo	1
Total	51

Cuadro 17. Frecuencia de comorbilidad Medica No Psiquiátrica específica en Trastornos Psicóticos.

Trastornos Psicóticos	
Comorbilidad	Frecuencia
Sobrepeso	8
Obesidad I	7
Obesidad Mórbida	2
Cardiopatía	1
Diabetes Mellitus 2	1
Disritmia Cerebral	1
Hipertrigliceridemia	1
Hipotiroidismo	1
Total	22

Cuadro 18. Frecuencia de comorbilidad Medica No Psiquiátrica específica en Trastorno Bipolar.

Trastorno Bipolar	
Comorbilidad	Frecuencia
Obesidad I	9
Sobrepeso	7
Hipertensión Arterial Sistémica	3
Hipotiroidismo	6
Disritmia Cerebral	2
Diabetes Mellitus 2	1
Dislipidemia	1
DM2	1
Obesidad II	1
Total	31

Consumo de Sustancias.

Definir con precisión, las categorías relacionadas al consumo de sustancias, puede ser complejo y requiere de evaluaciones individuales con énfasis en este fin. Al no ser este uno de los objetivos del presente estudio, se decidió únicamente documentar la ausencia o presencia del consumo, sin contemplar especificadores, relacionados al abuso, dependencia o consumo nocivo.

Los siguientes cuadros detallan, las características de los grupos diagnósticos en relación a la ausencia de consumo y consumo de 1 o más sustancias, así como las sustancias específicas consumidas por los pacientes pertenecientes a cada uno de ellos.

Cuadro 19. Numero de sustancias consumidas por Grupo

Consumo de Sustancias				
Grupo	Sin Consumo	1	2 o más	Total general
Trastornos Depresivos	36	9	2	47
Trastornos Psicóticos	37	7	3	47
Trastorno Bipolar	35	8	4	47
Total general	108	24	9	141

Cuadro 20. Consumo específico de sustancias y frecuencia por Grupo.

Grupo	Sustancia	Frecuencia
Trastornos Depresivos	Etanol	9
	Nicotina	3
	Cocaína	1
	Total	13
Trastornos Psicóticos	Nicotina	5
	Etanol	4
	Cannabis	3
	Anfetaminas	1
	Total	13
Trastorno Bipolar	Nicotina	6
	Etanol	5
	Cannabis	5
	Total	13
Total General		42

Numero de Internamientos.

El cuadro 21 detalla elementos relacionados al número de internamientos, agrupando a los pacientes en aquellos que fueron hospitalizados por primera vez, y aquellos en los cuales el episodio índice representaba un internamiento subsecuente.

Cuadro 21. Numero de Internamientos por Grupo.

Numero de Internamientos				
Grupo	1	2	3 o más	Total general
Trastornos Depresivos	41	4	2	47
Trastornos Psicóticos	34	12	2	47
Trastorno Bipolar	32	10	5	47
Total general	107	26	8	141

Días de Internamiento.

El cuadro 22, muestra el promedio y desviación estándar del número de días que los pacientes pertenecientes a cada uno de los grupos permanecieron hospitalizados.

Cuadro 22. Días de Internamiento por Grupo.

Días de Internamiento		
Grupo	Promedio	Desviación Estándar
Trastornos Depresivos	24.1	9.7
Trastornos Psicóticos	29.2	9.6
Trastorno Bipolar	25.7	6.0
Total general	26.3	8.8

Conducta Suicida.

La conducta suicida es un fenómeno complejo, que incluye un amplio espectro de manifestaciones; con intención de constituir una mera variable descriptiva, se documentó únicamente la presencia o ausencia de la misma, sin precisar manifestaciones específicas (gesto, intento, letalidad del mismo etc.)

Cuadro 23. Conducta Suicida previa al ingreso del episodio índice.

Conducta Suicida			
Grupo	Presente	Ausente	Total general
Trastornos Depresivos	39	8	47
Trastornos Psicóticos	8	39	47
Trastorno Bipolar	10	37	47
Total general	57	84	141

Funcionamiento Global.

El cuadro 24, especifica la variable derivada del reporte y captura de la Escala de evaluación de la actividad global, expresada de manera ordinal para facilitar su análisis. Es decir, no se expresó como rango, si no que se asignó a cada rango un solo dígito. (Ejemplo: 0-10:1, 11-20: 2, 21-30: 3 etc.).

Cuadro 24. Funcionamiento Global, calculado mediante la Escala de Evaluación de la Actividad Global.

Funcionamiento Global				
Grupo	Ingreso		Egreso	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Trastornos Depresivos	2.66	1.13	6.53	0.83
Trastornos Psicóticos	2.68	0.78	6.26	0.82
Trastorno Bipolar	2.94	1.01	6.49	0.86
Total general	2.76	0.98	6.43	0.84

Primera Fase.

Validez y Confiabilidad de los Instrumentos.

Se construyó una escala paralela para evaluar el estigma percibido por un familiar hacia su paciente afectado. La validez de las escalas se evaluó por medio de Análisis Factorial Confirmatorio, utilizando el programa AMOS V4.0 de James L. Arbuckle y Werner Wothke , 2012.

Cuadro 25. Escalas, sub escalas y coeficiente β que las predijo (discriminación).

n	Escala Paciente	Escala Familiar	Sub escala	Coeficientes β	
				Paciente	Familiar
1	He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.	Mi familiar ha sido discriminado en su vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.55	0.56
2	Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.	Algunas veces mi familiar siente que se le da por su lado debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.56	0.54
8	He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.	Mi familiar ha sido discriminado por la policía debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.40	0.56
9	He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.	Mi familiar ha sido discriminado por sus patrones o jefes en el trabajo debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.36	0.61
11	Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.	Con mucha frecuencia mi familiar se siente solo debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.54	0.60
13	Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.	Mi familiar habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.	Discriminación	0.61	0.53
17	Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mí mismo.	Las reacciones de la gente hacia los problemas de salud mental de mi familiar, lo hacen callarse cosas para sí mismo.	Discriminación	0.46	0.50
18	Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.	Mi familiar está enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.73	0.70
19	No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.	Mi familiar no ha tenido ningún problema con los demás debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.36	0.42
20	He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.	Mi familiar ha sido discriminado por profesionales de la salud debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.38	0.62
21	La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.	La gente ha evitado a mi familiar debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.64	0.80
22	La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.	La gente ha insultado a mi familiar debido a sus problemas de salud mental.	Discriminación	0.60	0.76
26	Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.	Haber tenido problemas de salud mental hace sentir a mi familiar que la vida es injusta.	Discriminación	0.67	0.64

Cuadro 26. Escalas, sub escalas y coeficiente β que las predijo (divulgación y negación).

n	Escala Paciente	Escala Familiar	Sub escala	Coeficientes β	
				Paciente	Familiar
4	No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.	Mi familiar no se siente mal por haber tenido problemas de salud mental.	Divulgación	0.39	0.51
5	Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.	A mi familiar le preocupa decirle a la gente que recibe tratamiento psicológico.	Divulgación	0.62	0.75
12	Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.	A mi familiar le asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tiene problemas de salud mental.	Divulgación	0.63	0.82
14	No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.	A mi familiar, no le preocupa que la gente de mi vecindario sepa que ha tenido problemas de salud mental.	Divulgación	0.38	0.39
15	Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.	Diría que mi familiar ha tenido problemas de salud mental cuando está solicitando un trabajo o empleo.	Divulgación	0.37	0.14
16	Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.	A mi familiar le preocupa decirle a la gente que toma medicamentos o tabletas para sus problemas de salud mental.	Divulgación	0.77	0.76
24	No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.	Mi familiar no se siente avergonzado debido a sus problemas de salud mental.	Divulgación	0.61	0.46
25	Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.	Mi familiar evita decirle a la gente acerca de sus problemas de salud mental.	Divulgación	0.65	0.75
27	Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.	Mi familiar siente la necesidad de esconder a sus amigos sus problemas de salud mental.	Divulgación	0.61	0.67
28	Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.	A mi familiar se le hace difícil decirle a la gente que tiene problemas de salud mental.	Divulgación	0.77	0.78
3	El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.	El haber tenido problemas de salud mental ha convertido a mi familiar en una persona más comprensiva.	Negación	0.61	0.61
6	Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.	Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.	Negación	0.80	0.74
7	La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.	La gente ha sido comprensiva con los problemas de salud mental de mi familiar.	Negación	0.54	0.60
10	Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.	Los problemas de salud mental de mi familiar, lo han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.	Negación	0.20	0.23
23	Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.	Haber tenido problemas de salud mental, ha convertido a mi familiar en una persona más fuerte.	Negación	0.66	0.72

- **Escala para Pacientes.**

El análisis factorial confirmatorio para tres factores ajustó con los siguientes parámetros:

$\chi^2/df = 2.161$ y $RMSEA = 0.091$ los cuales indican un buen ajuste de los datos obtenidos de los pacientes con lo propuesto por el autor de la validación al español.

Cuadro 27. Correlaciones entre los factores (Escala para pacientes).

Escala 1	VS	Escala 2	r Pearson
Discriminación	<-->	Divulgación	0.729
Discriminación	<-->	Negación de Aspectos Positivos	0.443
Divulgación	<-->	Negación de Aspectos Positivos	0.369

La Confiabilidad evaluada por medio del coeficiente de consistencia interna α de Cronbach fue de $\alpha = 0.893$.

- **Escala para Familiares.**

El análisis factorial confirmatorio para tres factores ajustó con los siguientes parámetros:

$\chi^2/gf = 2.169$ y $RMSEA = 0.091$ los cuales indican un buen ajuste de los datos obtenidos de los pacientes con lo propuesto por el autor de la validación al español.

Cuadro 28. Correlaciones entre los factores (Escala para familiares).

Escala 1	VS	Escala 2	r Pearson
Discriminación	<-->	Divulgación	.810
Discriminación	<-->	Negación de Aspectos Positivos	.447
Divulgación	<-->	Negación de Aspectos Positivos	.237

La Confiabilidad evaluada por medio del coeficiente de consistencia interna α de Cronbach fue de $\alpha = 0.915$.

Segunda Fase.

Comparación entre el estigma percibido por el paciente y su familiar en función del diagnóstico psiquiátrico.

Cuadro 29. Comparación entre grupos diagnósticos y percepción del estigma.

Diada	Escala	Depresión		Trastorno Bipolar		Trastornos Psicóticos		Sig.	Comparación Múltiple de Tukey
		Media	DStd	Media	DStd	Media	DStd		
Paciente	Discriminación	41.9	9.3	37.5	9.6	35.8	11.0	.011	DEP=TPSI>TPSI=TB
	Divulgación	30.8	9.2	25.1	7.6	25.0	8.1	.001	DEP=TPSI>DEP=TB
	Negación de Aspectos Positivos	17.6	3.7	17.8	3.7	15.7	4.7	.023	DEP=TPSI=TB
	Total	90.2	17.6	80.4	17.2	76.4	20.1	.001	DEP=TPSI>DEP=TB
Familiar	Discriminación	39.6	10.1	36.3	9.4	37.4	12.2	.329	DEP>TPSI=TB
	Divulgación	26.1	8.8	23.9	7.4	24.1	8.9	.347	DEP=TPSI=TB
	Negación de Aspectos Positivos	15.5	4.7	16.3	3.7	16.2	3.9	.588	DEP=TPSI=TB
	Total	81.2	19.0	76.5	16.8	77.8	22.4	.482	DEP=TPSI=TB

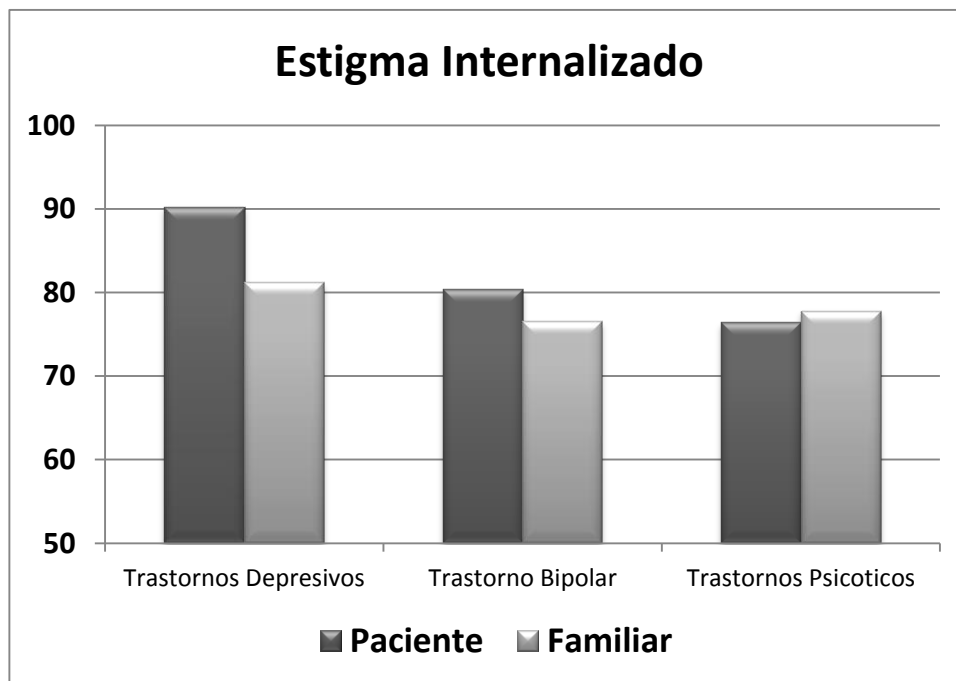
DEP: Trastornos Depresivos, TPSI= Trastornos Psicóticos, TB: Trastorno Bipolar.

Los resultados obtenidos tras el análisis de la puntuación total, tomando como unidad el estigma reportado por la diada paciente/familiar, reportaron datos significativamente superiores asociados al grupo de pacientes con diagnóstico de depresión, en contraste con la sutil diferencia reportada entre el grupo de pacientes con trastorno bipolar y trastornos psicóticos.

La diferencia más llamativa entre la relación del estigma percibido por el paciente y estigma percibido por familiar, se presentó en el grupo de pacientes con diagnóstico de depresión.

Se reportaron puntuaciones significativamente menores en los grupos de pacientes con trastorno afectivo bipolar u esquizofrenia/otros trastornos psicóticos, puede estar justificada por un lado por la limitada, pobre o nula conciencia de enfermedad o insight, que caracteriza a estas entidades.

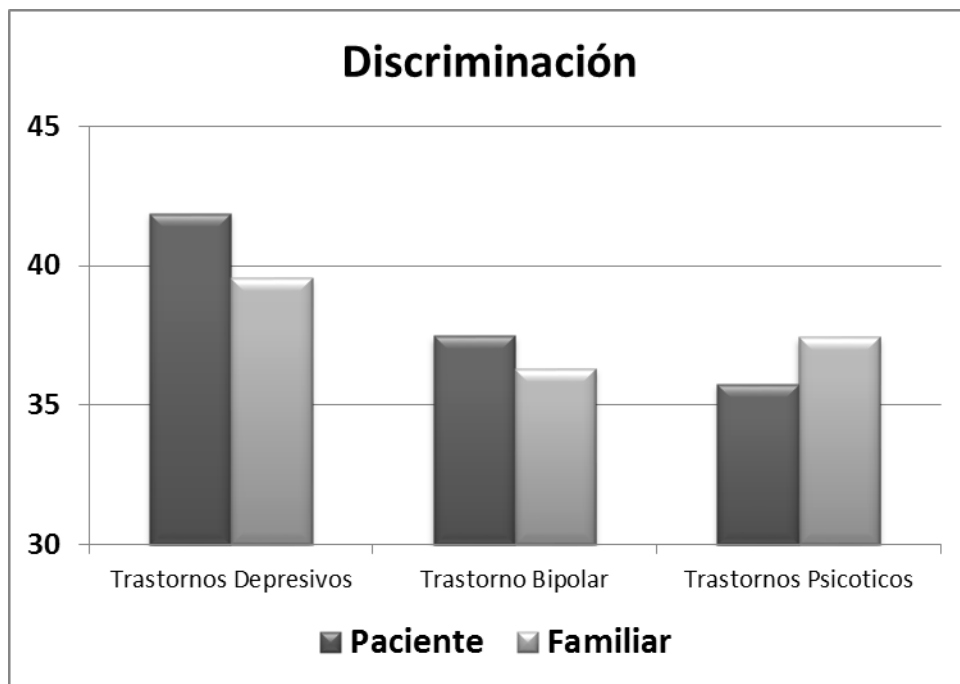
Grafica 1. Comparación de Estigma Internalizado (paciente/familiar) por Grupo.



Los resultados obtenidos en la sub-escala de discriminación, mostraron diferencias significativas entre grupos.

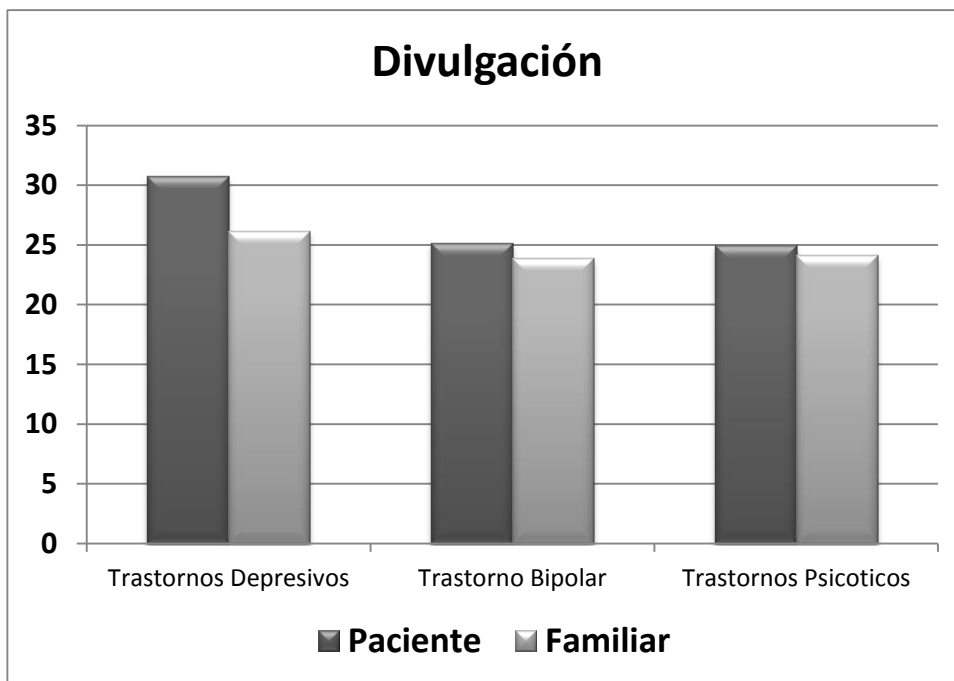
En lo relativo a estigma internalizado percibido por pacientes, pueden observarse puntuaciones muy superiores en el grupo de pacientes deprimidos, con puntuaciones menores en los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia. Esta sub-escala tiene la intención de evaluar las reacciones negativas de otras personas e incluye actos de discriminación ejercidos por personal sanitario, empleadores y elementos de seguridad pública.

Grafica 2. Comparación de la sub-escala de discriminación (paciente/familiar) por Grupo.



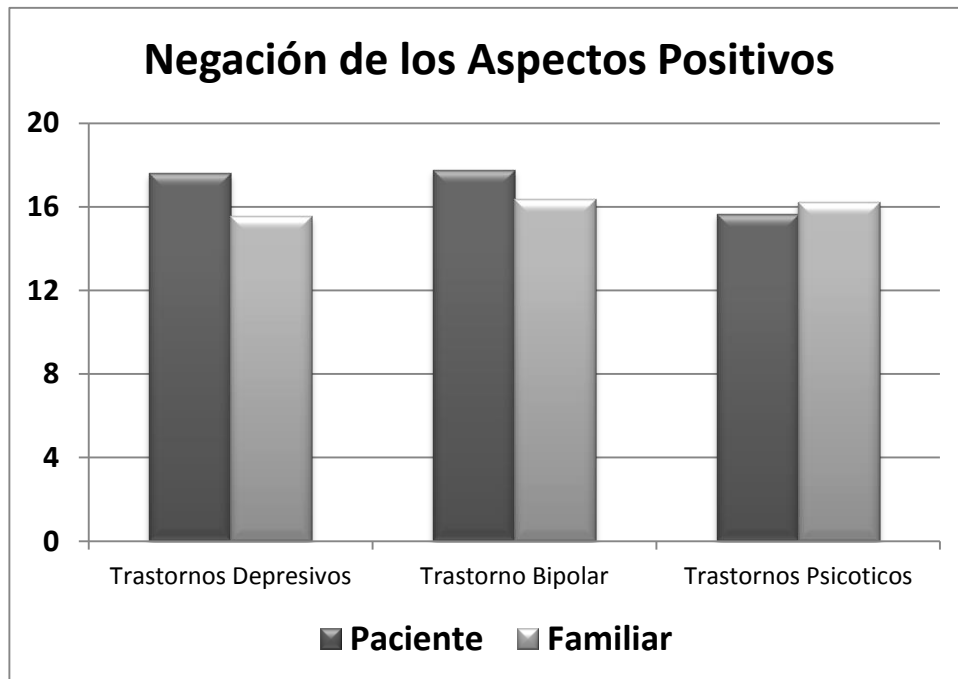
La sub escala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación.

Grafica 2. Comparación de la sub escala de divulgación (paciente/familiar) por Grupo.



La sub-escala de negación de aspectos positivos, determina cómo la gente interpreta las implicaciones derivadas de su padecimiento y muestra la forma en que los sujetos se perciben afectados por el estigma.

Grafica 3. Comparación de la sub escala de negación de aspectos positivos (paciente/familiar) por Grupo.



Análisis de correlaciones de las variables clínicas y sociodemográficas.

Correlaciones Clínicas.

Se asoció de forma significativa el auto-estigma con la severidad de los síntomas psiquiátricos y la adherencia al tratamiento.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de trastornos depresivos se encontró una correlación significativa en el estigma percibido por el familiar y el uso de sustancias, de tal suerte que el grado de estigma percibido por los familiares de los pacientes que presentaron consumo de sustancias asociado fue menor, al de aquellos pacientes en quienes el consumo de sustancias no se presentó como comorbilidad.

En el grupo de pacientes bipolares, se encontró una correlación inversamente proporcional entre mayor número de días de internamiento y menor estigma percibido por el paciente.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de trastornos psicóticos y esquizofrenia, se identificó una correlación significativa entre los pacientes sin antecedente de conducta suicida y el menor estigma percibido por sus familiares.

Respecto a otras variables clínicas, como historia del tratamiento o número de años desde el primer contacto con servicios de salud mental, no fueron encontradas asociaciones significativas.

Cuadro 30. Correlaciones entre estigma total y variables clínicas.

VARIABLE		Depresión		Trastornos Psicóticos		Trastorno Bipolar		Total	
		Estigma Paciente	Estigma Familiar	Estigma Paciente	Estigma Familiar	Estigma Paciente	Estigma Familiar	Estigma Paciente	Estigma Familiar
Comorbilidad Psiquiátrica	r	-.065	.045	.237	-.046	-.075	.129	.192	.085
	p	.666	.763	.109	.761	.619	.386	.023	.316
Uso de Sustancias	r	-.014	-.249	.018	.240	.174	.128	.068	.037
	p	.927	.092	.903	.104	.243	.391	.424	.660
Comorbilidad no Psiquiátrica	r	-.127	.045	-.057	-.084	.066	-.069	-.006	-.025
	p	.396	.763	.705	.574	.661	.644	.946	.769
Numero de Fármacos	r	-.059	-.035	.000	-.003	-.306	-.139	-.173	-.076
	p	.693	.817	.999	.985	.036	.353	.041	.369
Numero de Internamientos	r	-.128	-.031	-.179	-.084	-.286	-.023	-.194	-.039
	p	.391	.838	.227	.574	.051	.876	.021	.647
Número de días del internamiento	r	-.252	.077	-.184	-.161	-.020	.181	-.187	.001
	p	.088	.609	.215	.280	.891	.222	.026	.989
Conducta Suicida presente	r	-.036	.003	-.071	-.272	.010	.232	.155	.076
	p	.809	.986	.636	.064	.945	.116	.067	.367
EEAG Ingreso	r	.110	.041	-.002	.046	.080	.044	.036	.038
	p	.460	.782	.992	.761	.591	.771	.669	.654
EEAG Egreso	r	.148	.018	.033	-.145	.083	-.043	.099	-.039
	p	.322	.904	.827	.331	.580	.774	.241	.645

* Escala de Evaluación de la Actividad Global

Correlaciones Socio Demográficas.

Se encontró una correlación significativa en el grupo de pacientes con trastorno bipolar entre el estatus marital y el estigma percibido por el familiar, los familiares de pacientes con pareja presentaron una mayor percepción del estigma hacia sus pacientes.

Otra correlación significativa detectada en este grupo de pacientes fue la percepción de un mayor grado de estigma por parte de los familiares en función a su propia escolaridad.

No se encontraron otras asociaciones con las variables socio demográficas, lo cual sugiere que las personas con enfermedades psiquiátricas son susceptibles al auto-estigma independientemente de factores como género, edad y educación.

Cuadro 31. Correlaciones entre estigma total y variables sociodemográficas

Variable	Depresión		Trastornos Psicóticos		Trastorno Bipolar		Total		
	Estigma Paciente	Estigma Familiar	Estigma Paciente	Estigma Familiar	Estigma Paciente	Estigma Familiar	Estigma Paciente	Estigma Familiar	
Estigma del paciente	r	-.075		.355		.282		.207	
	p	.616		.014		.055		.014	
Edad del paciente		-.118	-.086	.041	.002	.119	.112	-.002	.018
		.431	.564	.787	.987	.426	.452	.983	.829
Edad familiar		.065	-.131	-.079	-.050	.171	.220	.054	.036
		.664	.379	.599	.740	.250	.137	.524	.675
Diferencia edad paciente/familiar		.142	-.020	-.086	-.037	.026	.071	.041	.010
		.342	.891	.564	.807	.863	.637	.629	.902
Estado civil paciente		-.103	-.203	-.024	-.127	.070	.331	.017	.066
		.489	.171	.872	.397	.641	.023	.839	.435
Escolaridad paciente		-.021	-.047	-.181	-.021	.110	-.176	-.057	-.094
		.889	.755	.223	.887	.463	.237	.503	.266
Escolaridad familiar		-.137	.102	.136	-.108	.182	.286	-.004	.084
		.359	.495	.364	.471	.222	.051	.960	.321

DISCUSIÓN

De un modo muy general, y de acuerdo con los modelos psicosociales, el estigma se pone de manifiesto en tres aspectos del comportamiento social: estereotipos, prejuicios y discriminación⁷¹.

Los estereotipos, en los que se incluyen estructuras de conocimientos que son aprendidas por la mayor parte de los miembros de una sociedad, representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas y las creencias sobre ese grupo, es decir, la faceta cognitiva del estigma. Sin embargo, el que una persona tenga conocimiento de un estereotipo no implica necesariamente que esté de acuerdo con él. Cuando de hecho se aplican, y cuando se experimentan reacciones emocionales negativas por ello, entran en acción los prejuicios sociales, que se ponen de manifiesto en forma de actitudes y valoraciones, las cuales, en última instancia, pueden dar lugar a la discriminación efectiva, esto es, a todos aquellos comportamientos de rechazo que ponen a las personas con enfermedad mental en una situación de desventaja social.

En el caso concreto de la enfermedad mental, la investigación ha mostrado que en las sociedades occidentales los estereotipos suelen incluir información referente a: su peligrosidad y relación con actos violentos; su responsabilidad ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento; su debilidad de carácter; su incompetencia e incapacidad para tareas básicas como pueden ser las de autocuidado; lo imprevisible de su carácter y sus reacciones así como la falta de control^{72,73,74,75}.

Cuando se activan los prejuicios, estas creencias pueden dar lugar a reacciones de miedo, temor y desconfianza las cuales, a su vez, pueden desencadenar distintas formas de discriminación que van a suponer para quienes padecen una enfermedad mental el tener que hacer frente a dificultades de acceso a un trabajo o vivienda independientes, la limitación en sus relaciones sociales y de pareja, la limitación del ámbito social a otras personas que también padecen enfermedad mental, o el deterioro del acceso a los sistemas judicial y de salud^{76,77}.

En todos estos casos, los procesos estigmatizadores ponen a las personas ante situaciones de exclusión que, no sólo dificultan la integración social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, sino que pueden asociarse a otros riesgos psicológicos producidos por la exclusión social como son los comportamientos auto-excluyentes, los problemas cognitivos, las conductas auto-punitivas y de riesgo⁷⁸.

En definitiva, los estereotipos, prejuicios y discriminaciones asociadas a la enfermedad mental pueden privar a quienes la padecen de oportunidades que pueden resultar esenciales para el logro de sus objetivos vitales, especialmente aquellos que tienen que ver con su independencia económica y personal⁷⁹.

El Estigma como Fenómeno Generalizado en los Trastornos Mentales.

Si bien la presencia de estigma percibido e internalizado ha sido descrita, evaluada y documentada en estudios anteriores, la gran mayoría del contenido ha sido centrado en el reporte de patología psiquiátrica grave y de larga evolución^{80,81,82,83}, tales como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos^{84,85,86}.

Estigma Internalizado y Estigma Percibido por Familiares.

Aunque son las propias personas que padecen la enfermedad mental quienes más sufren las consecuencias del estigma, éstas también aparecen en personas cercanas a ellos, especialmente sus familias. El número de estudios sobre el estigma en familiares es mucho menor que el de personas con enfermedad mental y han incluido principalmente muestras de familiares cercanos, fundamentalmente padres o cónyuges^{87,88,89}.

En la revisión bibliográfica, no se encontraron estudios que correlacionaran el estigma internalizado de los pacientes con trastornos psiquiátricos y la percepción del mismo en sus familiares. Por otro lado, un número importante de estudios disponibles son mayoritariamente descriptivos, con poblaciones altamente heterogéneas, en contraste con el estudio llevado a cabo, cuyo diseño permitió la comparación de grupos mediante el control del tamaño de muestra.

El síndrome Depresivo como Fuente Relevante de Estigma.

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. La depresión tiene una alta concurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad⁹⁰; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%⁹¹.

Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

Los resultados de la ENEP señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%)⁹².

Las prevalencias observadas en los EUA, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior^{93,94}. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México^{95,96}.

Como ya se mencionó, los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida.

Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis.

Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas⁹⁷. De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares.

En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres⁹⁸.

Los avances en el conocimiento sobre la depresión no dejan duda respecto al tremendo impacto que ésta tiene en la calidad de vida de la población.

Pese a ello, una gran mayoría de los individuos no acude a tratamiento, lo que conlleva a un incremento en la discapacidad y en el impacto económico y social.

En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda⁹⁹ y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado.

En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención¹⁰⁰.

Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado, es decir, de por lo menos cuatro sesiones de psicoterapia y, en el caso de prescripción de psicotrópicos, al menos dos visitas con el médico o psiquiatra y tratamiento con los fármacos por algún periodo¹⁰¹.

Diversos factores se asocian con la reducida solicitud de ayuda, tales como el estigma, los horarios de atenciones poco convenientes, las largas listas de espera para obtener una cita, el diferimiento de las consultas, el hecho de no contar con alguien que cuide a los hijos mientras se asiste a consulta, el desconocimiento del tratamiento o las dificultades para el trasladarse al servicio, entre otros.

Un factor más tiene que ver con la falta de coincidencia entre las necesidades sentidas de la población y el tipo de asistencia que se ofrece; es decir, mientras la población suele definir y expresar las necesidades en términos de problemas cotidianos que tienen como consecuencia la presencia de estrés o tristeza (laborales, económicos, con la pareja, la familia, etc.), lo que ameritaría consejo, entendimiento o empatía, la atención de los servicios está basada en realizar diagnósticos psiquiátricos y dirige el tratamiento hacia los trastornos detectados.

Esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad también dificulta que la población acuda y permanezca en los servicios¹⁰².

La diferencia más llamativa entre la relación del estigma percibido por el paciente y estigma percibido por familiar, se presentó en el grupo de pacientes con diagnóstico de depresión; esta diferencia que puede ser justificada por las características clínicas propias del síndrome depresivo que incluyen, ideas sobrevaloradas de minusvalía y culpa, autoestima bajo y pensamiento catastrófico; características cuya vivencia se manifiesta primordialmente desde un núcleo interno, y que secundario a diferentes variables sociales y culturales, sólo son externadas, manifestadas o percibidas por otro, hasta que su gravedad es tal que provocan disfunción escolar, laboral, familiar o social, de este modo, los familiares pueden ser poco consientes de la permanencia de síntomas residuales una vez que el cuadro agudo ha remitido.

Por otro lado, los sujetos que no han sido diagnosticados o tratados por un trastorno afectivo de tipo depresivo, piensan que esta se puede fingir y que es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en personas débiles y con poca vitalidad, mientras que los que han sido tratados tienen una opinión significativamente distinta¹⁰³.

Aunque no se considera que los profesionales de salud expresen elementos de estigma hacia personas con trastornos psiquiátricos, y en contraste la comprensión expresada hacia la enfermedad depresiva y quién la padece es manifiesta, se ha documentado la percepción de pacientes que padecieron algún trastorno del espectro depresivo, quienes declararon sentirse poco apoyados y comprendidos durante su enfermedad. Este aspecto indica la importancia de la psicoeducación del entorno del paciente para reducir su sufrimiento y disminuir las situaciones de estrés que puede implicar un mayor riesgo suicida. Las actitudes sociales que alimentan el estigma pueden reforzar conductas de pobre adherencia al tratamiento, derivadas de información inadecuada relacionada a los efectos adversos, la creencia de que no se necesita la medicación, experimentar mejoría transitoria o creer que el tratamiento no es útil¹⁰⁴.

Estigma Internalizado y su Relación con el Modelo Teórico de *Insight*.

El término *Insight* término se refiere a la capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental, y a la habilidad para su auto-observación y auto-conocimiento respecto a sus experiencias psicopatológicas, así como la conciencia del tipo, severidad y consecuencias de su trastorno mental¹⁰⁵, por ello puntuaciones bajas en estos grupos no suponen precisamente niveles de estigma menores, pueden ser explicados por deficiencias en las habilidades antes descritas¹⁰⁶.

La falta de conciencia de enfermedad dificulta las relaciones de los pacientes con sus familiares y los profesionales. Los pacientes van a sentir que los familiares y los profesionales con los que se relacionan no comprenden lo que les ocurre. Los familiares y profesionales se van a sentir frustrados ante la falta de reconocimiento de la enfermedad y el rechazo de los pacientes a la ayuda que se les ofrece¹⁰⁷.

Como se mencionó anteriormente la conciencia de enfermedad está directamente relacionada a habilidades y capacidades específicas, las cuales dependen invariablemente de la integridad de funciones cognitivas simples y complejas.

El *insight* hace referencia también a los síntomas particulares de un trastorno. Un síntoma puede ser negado al mismo tiempo que la persona reconoce otros.

El reconocimiento de los síntomas y su atribución a la enfermedad deben distinguirse (los síntomas pueden atribuirse a falta de sueño, una enfermedad física, etc.). Un completo *insight* se refiere no sólo al trastorno en el presente, sino también al trastorno en el pasado y a la posible evolución futura.

Un error frecuente es considerar el *insight* como simplemente el acuerdo de una persona con el juicio del profesional sobre su condición. Sin embargo, el *insight* no es el reconocimiento de una verdad objetiva, sino la capacidad de relacionarse con la visión de otras personas sobre su estado y mantener con ellas un diálogo significativo.

Citando a Rüşh y Corrigan¹⁰⁸ pueden distinguirse distintos aspectos en el *insight*:

- Cognitivos: conciencia de tener un trastorno mental; aceptación de la etiqueta de “enfermedad” y conciencia de las consecuencias sociales de un trastorno mental.
- Relativos al cumplimiento: percepción de la necesidad de tratamiento; conciencia de los efectos del tratamiento; atribución de los posibles beneficios al tratamiento y cooperación en el tratamiento.
- De síntomas específicos: conciencia de síntomas individuales y atribución de síntomas individuales al trastorno.
- Temporales: grado de *insight* con respecto a padecer actualmente un trastorno mental, necesidad de tratamiento y beneficios del mismo; grado de *insight* con respecto a haber padecido en el pasado un trastorno mental y su necesidad de tratamiento y grado de *insight* con respecto a predecir el curso futuro del trastorno, incluyendo su necesidad de tratamiento.

Al considerar las posibles causas de un pobre *insight*, pueden considerarse distintos elementos, que en muchos casos interactuarán entre ellos; como pueden ser:

- Déficits neurocognitivos. El pobre *insight* es a menudo similar a la escasa conciencia de enfermedad observada en personas con déficits neurológicos tras un daño cerebral (anosognosia). Se ha relacionado la falta de *insight* y el funcionamiento neuropsicológico en pacientes esquizofrénicos. Varios estudios señalan una relación entre *insight* y función ejecutiva que puede estar mediada por una disfunción del lóbulo frontal¹⁰⁹.
- Falta de *insight* como un mecanismo de afrontamiento psicológico. En muchos casos la falta de reconocimiento de una enfermedad representa un intento de evitar la experimentación de una enfermedad y sus consecuencias personales. Se ha relacionado la falta de reconocimiento de los síntomas negativos con déficits cognitivos y la de los síntomas positivos con estrategias psicológicas de afrontamiento. La correlación entre un menor *insight* y menor sintomatología depresiva implica que un escaso *insight* puede jugar un papel protector contra una autoimagen negativa. Lysaker y Bell¹¹⁰, comprobaron que tras un programa de rehabilitación vocacional las personas con esquizofrenia mejoraron su autoestima y mostraron un mejor *insight*.

El deterioro cognitivo es un fenómeno presente en numerosos padecimientos psiquiátricos, sin embargo el trastorno afectivo bipolar y los trastornos psicóticos son ligados con frecuencia a fallas cognitivas mucho más severas, tempranas e incapacitantes que aquellas observadas en padecimientos tales como el síndrome depresivo, fallas explicadas por un lado a los procesos neurotóxicos inherentes a la fisiopatología de los trastornos antes descritos y también al uso sostenido de algunos psicofármacos.

Por otro lado, está bien documentada la pobre inclusión social, laboral y económica a la cual están sometidos aquellos individuos que padecen trastornos mentales crónicos, evidenciado por el deficiente ajuste y la limitada funcionalidad que acompaña a la sintomatología aguda y crónica de los mismos. Es por ello que la actividad social, laboral y económica de estos pacientes restringe su desarrollo y subsecuente incorporación a la dinámica social y a las actividades derivadas de la misma.

Existen diversas estrategias que las personas con una enfermedad mental emplean para afrontar el estigma, en la literatura aparecen algunas estrategias de carácter positivo, como buscar apoyo social e implicarse en organizaciones y en acciones para educar a la sociedad acerca de la enfermedad mental¹¹¹. Sin embargo también han sido documentadas estrategias de carácter desadaptativo como, por ejemplo, mantener en secreto la enfermedad, retraerse a nivel social, o aislarse como forma de evitar el rechazo^{112,113}.

Como se comentó previamente el estigma es un fenómeno contextualizado, determinado y claramente influenciado por el intercambio e interacción del individuo que lo padece y el medio en el que se desenvuelve; es decir si el vínculo e inmersión del individuo en la fenomenología social es marginal o restringida, es probable que la baja percepción del estigma por el paciente y sus familiares no dependa de su ausencia, sino más bien este justificada por la restringida participación de los individuos en escenarios susceptibles de discriminación o fuente de conductas que propician el estigma, tales como ambientes laborales, escolares o comunitarios.

Estigma y su Correlación con Variables Socio Demográficas y Clínicas.

En los últimos años, el interés en la investigación se ha orientado al análisis de la relación entre las variables socio demográficas, clínicas y psicosociales asociadas con el auto estigma. Algunos autores han identificado ciertas variables clínicas, como el nivel de discapacidad, síntomas clínicos y depresión en pacientes con esquizofrenia, que se anticipan al estigma¹¹⁴.

Por otro lado, un estudio basado en un meta-análisis de la literatura internacional reveló una relación significativa entre los niveles de auto-estigma y variables psicosociales como empoderamiento, autoestima, desesperanza, auto-eficacia, calidad de vida y apoyo social^{115,116}.

No obstante, se han aportado evidencias con relación al impacto del tipo de diagnóstico médico, por esta razón, algunos autores¹¹⁷, sugieren la necesidad de desarrollar análisis comparativos del proceso de estigmatización considerando el tipo de diagnóstico. Esta última propuesta constituye uno de los objetivos primordiales del estudio realizado.

Estado Civil y Estigma.

Las relaciones de pareja constituyen un elemento central en la vida de los seres humanos que tiene connotaciones tanto personales como sociales, íntimas y públicas. Las relaciones de pareja resultan relevantes para la salud mental, puesto que establecer y mantener relaciones con parejas románticas probablemente sea importante para el bienestar emocional. Está ampliamente demostrada la relación existente entre ruptura matrimonial y tasas de hospitalización psiquiátrica, enfermedad física, mortalidad, suicidio, homicidio y abuso de bebidas^{118,119,120}.

Las personas cuyo estado civil es divorciado, o aquellas personas separadas presentan tasas más altas de trastornos físicos y psíquicos que las personas casadas, e incluso viudas. Pareciera que desde la perspectiva de los familiares de pacientes con trastorno afectivo bipolar, el vínculo conyugal, no funciona como un factor protector, sino que paradójicamente el hecho de que el paciente esté vinculado emocional o afectivamente con otro individuo, cuestiona indirectamente la calidad o profundidad del vínculo, al anticipar una probable ruptura justificada, inspirada o potencialmente desencadenada por el padecimiento mental y/o el internamiento psiquiátrico.

Estigma y su Relación con el Grado de Escolaridad en Familiares.

Phelan et al.¹²¹, analizaron el estigma entre familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados por primera vez y su relación con variables clínicas y familiares. Tanto las características de la enfermedad mental como las características sociales de la familia se mostraron significativamente asociadas con los niveles de estigma familiar. Los familiares con un mayor nivel educativo y aquellos cuyos parientes habían tenido una crisis durante el período de seguimiento del estudio, percibían una mayor evitación por parte de la comunidad. Además, se encontró que el ocultamiento de la enfermedad era significativamente mayor entre familiares de pacientes con síntomas menos graves, entre familiares de mujeres, y entre familiares que no vivían con el paciente.

Estigma y Consumo de Sustancias.

Si bien existe estigma asociado al consumo, abuso y dependencia de sustancias, pareciera que desafortunadamente su presencia como elemento comórbido en el padecimiento mental, es enmascarada por la alta disfuncionalidad asociada a la presencia de la patología mental. Es decir, pareciera que las expectativas de mejoría, estabilidad sostenida y subsecuente reinserción social, son más altas cuando se asume que el padecimiento psiquiátrico está derivado principalmente o es consecuencia directa del abuso de sustancias, condición, que culturalmente y socialmente es percibida con frecuencia como una debilidad de carácter susceptible de remisión tras la contemplación y puesta en acción de un acto volitivo.

Estigma y Días de Internamiento.

Esta correlación puede estar justificada por las intervenciones multidisciplinarias llevadas a cabo durante la estancia hospitalaria, las cuales si bien no están concretamente definidas, se concentran en procurar psicoducción activa a la par del tratamiento farmacológico y otras intervenciones terapéuticas. De lo anterior se intuye que a mayor día de estancia hospitalaria, el paciente ha recibido mayor cantidad de información, contención y orientación sobre su padecimiento, elementos que pueden condicionar en algunos sujetos una mejor aceptación del

padecimiento y menor temor derivado del padecimiento o internamiento. La psico-educación resulta ser un coadyuvante en el tratamiento de los trastornos mentales^{122,123}.

Diversos estudios han demostrado la eficacia de los elementos psicoeducativos, en el tratamiento de la enfermedad mental, en cuanto a la disminución de recaídas en individuos que padecen esquizofrenia^{124,125}. Además, resaltan que se basa en la enseñanza que recibe la familia para comprender mejor la enfermedad y responder apropiadamente a sus manifestaciones. Así mismo, la psico educación ha promovido la mejoría clínica en pacientes bipolares sin comorbilidad y con comorbilidad^{126,127,128}.

Aunque algunos de estos estudios carecen de muestras representativas, coinciden en plantear que la psico educación promueve la mayor adherencia al tratamiento farmacológico y disminuye la frecuencia de recaídas, al mejorar el desempeño social.

Otras investigaciones han mostrado que las familias que reciben este abordaje tienen mayor efectividad en la reducción de emociones expresadas y que disminuye la frecuencia de recaídas de los pacientes.

Aunque no existe en la bibliografía datos que analicen la duración del internamiento con el grado de estigma percibido, existe bibliografía relacionada, Wright dirigió un estudio en el 2000 el cual analizó las experiencias de rechazo social y los cambios en la autoestima entre personas que abandonaban un hospital psiquiátrico de larga estancia. Se tomaron dos medidas de seguimiento, 12 y 24 meses después del cierre del hospital. Los resultados indicaron que aquellas personas que mostraban una mayor preocupación ante el rechazo social en la línea base, tenían más probabilidad de experimentar rechazo durante el período de seguimiento. Otro de los hallazgos más relevantes del estudio fue que el hecho de experimentar rechazo social reducía el sentido de dominio personal y esto, a su vez, incrementaba los sentimientos de auto-desprecio. Además, aunque pasar a los servicios de cuidado comunitario tendía a promover mayores sentimientos de dominio personal que volver a entrar en un hospital psiquiátrico, también generaba más experiencias de rechazo social¹²⁹.

Estigma y Conducta Suicida.

El suicidio ha sido tratado de forma distinta según la época y las circunstancias sociales, pasando de ser considerado un crimen, a un pecado y a una enfermedad mental. En la época actual la visión del suicidio como una manifestación de la enfermedad mental es presentada no solo como verdadera, sino como beneficiosa tanto para los pacientes como para el resto de la población. Esta afirmación tiene dos implicaciones, por un lado no se ve a la persona como un ser malvado por sus actos, pero lo estigmatiza al considerarlo loco.

El efecto estigmatizador del suicidio puede conceptualizarse desde la perspectiva, citada previamente por Goffman¹³⁰; por un lado como una marca o atributo individual que vincula a la persona con ciertas características indeseables o estereotipos negativos de la persona como "huellas o manchas del carácter", y por otro lado, como un producto socialmente construido por un doble proceso interpersonal, de censura y rechazo por el grupo o la sociedad. El estigma, no es algo que existe en la cabeza de la gente sino que se construye a partir de las relaciones interpersonales con una dinámica propia, en un contexto y una realidad determinada convirtiéndose en un producto social¹³¹.

Así, el estigma del suicidio afecta no solamente a la persona que lo vive, sino a también a su familia y a los profesionales sanitarios^{132,133}.

Estigma y Tratamiento Farmacológico.

No existen estudios que evalúen la asociación existente entre el grado de estigma y la cantidad de fármacos prescritos; sin embargo considerando a esta última variable como un indicador indirecto de gravedad, es decir a mayor número de fármacos requeridos, mayor evidencia de la severidad del cuadro, los resultados obtenidos en este estudio, contrastan con la evidencia desprendida de estudios precedentes que han relacionado el estigma percibido con la presencia de síntomas específicos, estos estudios, sugirieron que el estigma percibido guarda una correlación positiva con síntomas de depresión y de ansiedad¹³⁴; otros indicaron que no guarda correlación con los síntomas psicóticos; pero otros trabajos han hallado que la gravedad de los síntomas psicóticos y el nivel de discapacidad son mayores entre personas que perciben estigmatización, en comparación con aquellas personas que no perciben estigmatización¹³⁵.

CONCLUSIONES

- El estigma constituye un fenómeno multidimensional que afecta espectros amplios de la patología psiquiátrica.
- Este estudio es pionero al comparar el estigma internalizado por el paciente con aquel percibido por su familiar responsable.
- No han sido documentados antecedentes de intentos previos por comparar el grado de estigma entre grupos de individuos categorizados por padecimientos psiquiátricos específicos.
- Se corrobora la validez de la traducción de la escala de Estigma Internalizado de King et. al, debido a que cuenta con una adecuada consistencia interna total y en todas las sub escalas.
- De igual manera se validó la versión adaptada para ser aplicada a familiares, por lo que es posible recomendarla para su uso con fines clínicos y/o de investigación.
- Este estudio reitera la presencia del estigma como fenómeno inherente a los trastornos psiquiátricos graves y persistentes, sin embargo destaca el alto grado de estigma experimentado por los pacientes que sufren padecimientos relacionados al síndrome depresivo.

- Si bien las correlaciones encontradas son marginales, pudieron determinarse asociaciones existentes entre:
 - Estigma internalizado: estatus marital del paciente, días de internamiento, cantidad de fármacos prescritos.
 - Estigma percibido por familiares: escolaridad del familiar, consumo de sustancias en el paciente, antecedente de suicidio en el paciente, mayor comorbilidad presente en el paciente.

- Al demostrar la inherente presencia y la importante relevancia del estigma en los padecimientos psiquiátricos, se sientan las bases para el diseño de políticas de salud pública basadas en evidencia, que permitan la inclusión y abordaje multi disciplinario de los usuarios de servicios de salud mental.

LIMITACIONES

Históricamente, uno de los tópicos principales incluidos en el ámbito de la investigación social es el estudio de las actitudes, hecho atribuible al importante papel que éstas desempeñan en las relaciones Interpersonales. Los métodos para evaluar las creencias se han basado principalmente en el empleo de medidas de auto informe de carácter explícito tales como las escalas tipo Likert¹³⁶, o escalas de diferencial semántico¹³⁷. Sin embargo, la investigación ha puesto de relieve diversos inconvenientes que encierra el empleo de este tipo de medidas^{136,137,138,139,140,141,142} inconvenientes tales como el excesivo tiempo que conlleva su elaboración para garantizar su calidad científica y la dotación de adecuadas propiedades psicométricas, y especialmente, los inconvenientes relativos a las respuestas que los propios sujetos proporcionan, presentando sesgos en múltiples direcciones ya que el sujeto puede no tener conciencia de sus propias creencias o puede responder acorde a lo que considera que se espera de él, mostrando una tendencia a la “deseabilidad social”, ocultando o sobre dimensionando una determinada información. Una de las principales limitaciones de las medidas de autoinforme deriva del tiempo y de la oportunidad que se le ofrece al participante para controlar sus respuestas, sujetas a su vez a diversas variables cognitivas, motivacionales y situacionales. Del mismo modo, las personas pueden no ser conscientes de que poseen una actitud particular y, en consecuencia, pueden no informar de ello^{143,144}. Si bien la escala de estigma internalizado y su adaptación usada en la realización de este estudio, proporciona información, valiosa y útil en el campo social y científico psiquiátrico, los resultados de la misma deben ser tomados de manera juiciosa, debido a que evidencian la presencia del fenómeno de estigmatización, sin embargo no permite generalizar variables o identificar grupos particularmente vulnerables.

Si bien el concepto de “familiar responsable” desde la perspectiva institucional pretende garantizar la relación estrecha entre el paciente entrevistado y el familiar definido como responsable, esta relación es teórica, debido a que diversos criterios administrativos y logísticos, permiten la posibilidad de que o sean los familiares directamente involucrados en la convivencia y/o cuidado de los pacientes, situación que puede sesgar las percepciones sobre estimando o menospreciando el grado de estigma.

Las correlaciones identificadas fueron modestamente significativas, lo cual si bien no descarta la posibilidad de que existan fuertes asociaciones entre características específicas y el grado de estigma, obligan a replantear a otras variables no estudiadas como candidatas de impacto en la predicción de la presencia de estigma.

Una variable primordial a investigar como línea paralela a la investigación será la evaluación de pacientes usuarios de servicios ambulatorios sin antecedente de hospitalizaciones.

ÁREAS A CONSIDERAR EN EL FUTURO

La promoción de la salud mental produce beneficios importantes en la salud de los individuos y, en general, en toda la sociedad, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de la población. Impulsar actividades de promoción de salud mental implica la creación de las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad.

Se precisa de un cambio de perspectiva en los sistemas de atención a la salud mental, alejándose de una experiencia asistencial entrada casi en exclusiva en la provisión de servicios y acercándose a una atención que tome más en consideración la promoción de la salud mental.

Paralelo a la permanente tarea de promoción de salud, psico-educación y el diseño de estrategias, políticas públicas y mediáticas, se sugiere continuar la línea de investigación y continuar el escudriño de otras variables relevantes que por las características y alcance de este estudio no pudieron ser analizadas, como son la evaluación del funcionamiento psico-social, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, adherencia al tratamiento farmacológico, tamaño de la red social y actividades sociales, culturales o laborales cotidianas.

Recientemente se ha retomado la conciencia de la necesidad de reestructurar los servicios de atención y acceso a la salud, siendo particularmente relevante la atención a los indicadores derivados de la investigación en salud pública y social. En este contexto la salud mental se posiciona como un elemento primordial en el diseño de políticas públicas en salud; aunque el esfuerzo científico por dimensionar la creciente necesidad por atribuir recursos congruentes a la promoción, atención y prevención de la salud mental, aún existe cierto grado de resistencia para reconocer la magnitud de los elementos implicados en el amplio fenómeno de la psicopatología.

Un argumento permanentemente vigente y que debe ser constante combustible en la búsqueda de políticas orientadas a la inclusión en todos los ámbitos de salud, es aquel que recurre al discurso relacionado a la universalidad y obligatoriedad de los derechos humanos; mediante la atención de las necesidades y los intereses de quienes padecen, puede llegarse a la formulación de una política de salud mental basada en el objetivo central de los derechos humanos: resguardar y garantizar la dignidad de la persona vulnerada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CJL & Lopez A The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge; Harvard School of Public Health: 1996.
2. World Health Organization. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva; World Health Organization: 2001.
3. Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br.J Psychiatry*, 2004;184: 386-392.
4. Ayuso J. Costes socioeconómicos de la patología psiquiátrica, Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes, INESME, Instituto de estudios medico científicos, 45-51.
5. Pager, D. y Shepherd, H. (2008). The sociology of discrimination: Racial discrimination in employment, housing, credit, and consumer markets. *Annual Review of Sociology*, 34, 181-209.
6. Pascoe, E. A. y Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554.
7. Livingston, J. D. y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and metaanalysis. *Social science & medicine* (1982), 71(12), 2150-61.
8. Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K. y Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149-165.
9. González, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J. y Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14, 403-413.
10. Puhl, R. M. y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
11. Yadavaia, J. E. y Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation: A multiple baseline evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 545-559.
12. Diccionario de la lengua española (DRAE) 22.ª Edición, 2001.
13. Agrest, M.; Druetta, El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2011, Vol. XXII.

14. Goffman E. (1963) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 2003.
15. Uribe M., Lucía O., Cortés A. Voces del estigma: Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica* 2007 vol. 48 nº 3. 207 – 219.
16. Link B, Phelan J. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27: 363-85.
17. Crisp A. The tendency to stigmatise. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 197-9.
18. Fazio, R. H. y Olson, M. A. (2003). Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences. En M.A. HOGG y J. Cooper (Eds.), *The Sage Handbook of Social Psychology* (pp.139-160). Londres: Sage.
19. Lee S. The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. *Curr Opin Psychiatry* 2002; 15: 37-41.
20. Lamb HR. Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *Br J Psychiatry* 1993; 162:587-592.
21. Rutz W. Mental health in Europe: problems, advances and challenges. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 410:15-20.
22. McCabe R, Heath C, Burns T, Pruebe S. Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ* 2002; 325:1148-1151.
23. Van Meer R. Engaging patients with psychosis in consultations [letter]. *BMJ* 2003; 326:549.
24. Wuerker AK, Haas GL, Bellack AS. Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia: change over time. *Schizophr Bull* 2001; 27:671-685.
25. Link B, Phelan J. On stigma and its public health implications. *Lancet* 2006; 367:528-529.
26. Wagner LC et al. Mental health care: perceptions of people with schizophrenia and their carers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2077-2087, 2011.
27. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: Effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108:304-309.
28. Swindle R, Heller K, Pescosolido BA, Kikuzawa S. Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period: Mental health policy implications. *Am Psychol* 2000;55:740-749.
29. Farina, A. Stigma. En K.T. Muesser, y N. Tarrier (Ed.), *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* Boston: Allyn and Bacon; 1998.
30. Crisp, A. The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry* 2001;178: 197-199.
31. Angermeyer, M.C. y Matschinger, H. Labelling stereotype discrimination: An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005;40: 391-395.

32. Corrigan, P.W. y Watson, A.C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 2002;1:16-20.
33. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010; 71(12):2150-61.
34. Waton A, Corrigan P. W., Larson J, Sells M. Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*. 2007; 33(6): 1312-8.
35. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 2006; 25(8):875-84.
36. Link BG, Struening EL, Neese-Todd MA, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(12):1621-6.
37. Lysaker PH, Roe D, Yanos P. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 2007; 33(1):192-9.
38. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008; 98(1- 3):194-200.
39. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003; 121(1):31-49.
40. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N. Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009; 8(2):75-81.
41. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsç N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness.
42. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002; 9(1):35-53.
43. Gómez Beneyto, Manuel (coord. científico); (et al). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones: 2007.
44. Struening E, Perlick D, Link B, Hellman F, Herman D, Sirey JA. Stigma as a barrier to recovery: the extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 1633-1638.
45. Uribe M., Mora O.I., Cortés A.C., *Voces del Estigma*. *Universitas Médica* 2007;48(3): 207-220.
46. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P & Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 98:194-200, 2008.

47. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. In press.
48. Martin JK, Pescosolido BA, Tuch SA. Of fear and loathing: The role of disturbing behavior, labels and causal attributions in shaping public attitudes toward persons with mental illness. *J Health Soc Behav* 2000;41:208-233.
49. Bordieri J, Drehmner D. Hiring decisions for disabled workers: Looking at the cause. *J Appl Soc Psychol* 1986;16:197-208.
50. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejections. *Am Sociol Rev* 1987;52:96-112.
51. Rüsç N, Corrigan PW, Wassel A, et al., Selfstigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *Br J Psychiatry* 2009;195:551-552.
52. Page S. Psychiatric stigma: Two studies of behavior when the chips are down. *Can J Comm Ment Health* 1983;2:13-19.
53. Rüsç N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. Implicit self-stigma in people with mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:150-153.
54. Lysaker PH, Roe D & Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope and self-Esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007;33:192-199.
55. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiat Res* 2003;121:31-49.
56. Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman R. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: Effects on functioning. *Am J Orthopsychiat* 1989;59:389-409.
57. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ. Deinstitutionalization, social rejection and the self esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav* 2000;41:68-90.
58. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol* 2001;15:127-135.
59. Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. y Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.
60. Saraceno B. La ciudadanía como forma de tolerancia. Tres al Cuarto. Actualidad. *Psicoanálisis y Cultura*. Barcelona;1999.
61. Galende E, Kraut A. El sufrimiento mental. Buenos Aires; Lugar Editorial: 2006.
62. Agrest, M.; Druetta, I. El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Rev. Arg. de Psiquiat.* 2011;22:56-64.

63. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. El Estigma de la Enfermedad Mental 2006. Obra Social Caja Madrid; Universidad Complutense de Madrid: 2006.
64. Sanchez J. El factor humano: luchando contra la estigmatización. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes, INESME, Instituto de estudios medico científicos.
65. Osborn DPJ. The poor physical health of people with mental illness. *West J Med* 2001; 175:329-332.
66. Díaz del Peral D. Estigma versus recuperación, Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería, I Congreso nacional de Sensibilización al estigma social en salud mental. Libro de Actas. 01-03.
67. Yalom I. *Love's executioner and other tales of psychotherapy*. London: Penguin Books; 1989.
68. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323:908-911.
69. Wagner LC, King MB. Existential needs of people with psychotic disorders in Porto Alegre, Brazil. *Br J Psychiatry* 2005; 186:141-145.
70. Flores Reynoso Samantha, Medina Dávalos Rafael, Robles García Rebeca. 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; 34:33-339.
71. Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.
72. Angermeyer, M C., Beck, M., y Matschinger, H. (2003). Determinants of the public's preference for social distance from people with Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(10), 663-668.
73. Angermeyer, M C., y Matschinger, H. (2003). The stigma on mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 304-309.
74. Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M, Marasco, C., et al. (2004). Beliefs of psychiatric nurses about schizophrenia: A comparison with patients' relatives and psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(4), 319-330.

75. Magliano, L., De Rosa, C., Fiorillo, A., Malangone, C., y Maj, M (2004). Perception of patients, unpredictability and beliefs on the causes and consequences of schizophrenia: A community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 410-416.
76. Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. M, y Zaeske, H. (2002). Public attitudes toward people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
77. Penn, D. L., Kohlmaier, J. R., y Corrigan, P. W. (2000). Interpersonal factors contributing to the stigma of schizophrenia: Social skills, perceived attractiveness, and symptoms. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 37-45.
78. Twenge, J. M, Catanese, K. R., y Baumeister, R. F. (2003). Social Exclusion and the Deconstructed State: Time Perception, Meaninglessness, Lethargy, Lack of Emotion, and Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409-423.
79. Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
80. Sartorius, N., y Aichenberger, M. (2005). The WPA Global Programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. *Bibliography*, 2005. Asociación Mundial de Psiquiatría.
81. Depla, M, de Graaf, R., van Weeghel, J., y Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(2), 146- 153.
82. Link, B. G., Struening, E. L., Neese, T. S., Asmussen, S., y Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 1621-1626.
83. Markowitz, F. E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: Relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(1), 64-79.
84. Ritsher, J. B., y Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257-265.
85. Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660-672.
86. Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660-672.
87. Wright, E. R., Gronfein, W. P., y Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self- esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68-90.

88. Óstman, M, y Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181(6), 494-498.
89. Shibre, T., Negash, A., Kullgren, G., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, A., et al. (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(6), 299-303.
90. Murray CJL López, AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, World Health Organization and The World Bank, 1996.
91. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 168-176.
92. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *JAffect Disord* 2012;138;35:1-11.
93. Kessler R, Tat W, Demler O, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.
94. Feijó M, Kohn R, Mari J, Andrade L, Almeida-Filho N, Blay S, et al. La epidemiología de las enfermedades mentales en Brasil. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009:79-89.
95. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseci P. Las contribuciones de Chile a la investigación epidemiológica psiquiátrica. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009:18-131.
96. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Deeb-Sossa N. La patología psiquiátrica en Colombia: Resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. En: Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, eds. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009:64-78.
97. Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2007;30:4-11
98. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex* 2007;49(Supl 1):S37-S52.

99. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 2005b; 35(12):1773-1783.
100. Wang P, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Tat Chiu W, Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Mental Health Survey Initiative. En: Kessler R, Ustun TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders.*
101. Borges G, Medina-Mora ME, Wang P, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1371–1378.
102. Berenzon, S, Saavedra N, Alanis S. Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional. *Autoatención y apoyo social. Salud Pública Mex* 2009; 51:474-481.
103. Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., y Sirey, J. A. (2001). The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric Sciences*, 52(12), 1633-1638.
104. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health professionals toward people with Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 2006 32(4):709-714.
105. Chamorro García L. *Guía de manejo de los trastornos mentales en atención primaria.* Barcelona, España: Ars Médica; 2004.
106. David A.S. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 161, 599-602.
107. Amador X., Strauss D.H., Yale S.A., Gorman J.L. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 1991; 17,113-32.
108. Rüş N, Corrigan P W. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26 (1): 23-32.
109. Cooke M A; Peters LETRA H E R, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 2005; 112 (1): 4-17
110. Lysaker, P.H., & Bell, LETRA I M.D. Work and meaning: Disturbance of volition and vocational dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry*, 1995; 58, 392-400.
111. Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M, Phelan, J. C., y al, e. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.

112. Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J., Salahi, J., Struening, E. L., et al. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1632.
113. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health professionals toward people with Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 2006 32(4):709-714
114. ErtugrulA, Ulug B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(1): 73-7.
115. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010; 71(12):2150-61.
116. ÜgökA, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK, Plooy A, Ertekin, BA, Thornicroft G, INDIGO Study Group. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125(1):77-83.
117. Rüsç N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW. Self-stigma, empowerment and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(3):399-402.
118. Carter H., y Glick P. C. (1976). *Marriage and divorce: A social and economic study.* Cambridge, H. A.: Harvard University Press.
119. Gove. W. R., y Tudor J.F. (1973). Adult sex roles and mental illness. *American journal of Sociology*, 78, 812-835.
120. Kitawa, E. M., y Hauser, P. (1973). *Differential mortality in the U.S.: A study in socioeconomic epidemiology.* Cambridge M. A.: Harward Univ. Press.
121. Phelan, J. C., Bromet, E. J., y Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1 15-126.
122. McFarlane WR, Dixon L, Luckens E. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J. Marital Fam Ther.* 2003 Apr; 29(2):223-45.
123. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002;(2).
124. Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clinic Psychiatry.* 2006 Mar;67(3):443-52.
125. Keefl er J, Koritar E. Essential elements of a family psychoeducation program in the aftercare of schizophrenia. *J. Marital Fam Ther.* 1994; 20(4):369-80.
126. Murray Swank AB, Dixon L. Family psychoeducation as an evidencebased practice. *CNS Spectr.* 2004 Dec;9(12):905-12.

127. Colom F, Martínez-Arán A, Reinares M, Goikolea J.M, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:402-7.
128. Perry A, Tarrrier N, Morris R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 1999 Jun 5; 328 (7197):1557-8.
129. Wright, E. R., Gronfein, W. P., y Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68-90.
130. Goffman E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
131. Duncan P. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y la investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. 2005; 6(1):3-14.
132. Keane M. Acceptance versus rejection: Nursing students attitudes about mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care* 1991; 27:13-18.
133. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HL. Stigmatisation of people With mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000, 177:467-468.
134. Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M, Phelan, J. C., y al, e. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
135. Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39(4), 335-347.
136. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 5-53.
137. Osgood, C. E., Suci, G. J. y Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Chicago: Urbana.
138. De Jong, P. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-positivity effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 40,501-508.
139. Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S. y Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the Implicit Association Test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282- 289.
140. Raja, S. y Stokes, J. P. (1998). Assessing attitudes toward lesbians and gay men: The Modern Homophobia Scale. *Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity*, 3, 113-134.

141. Teachman, B. A., Gregg, A. P. y Woody, S. R. (2001). Implicit associations for fear relevant stimuli among individuals with snake and spider fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 226-235.
142. Teachman, B. A., Gregg, A. P. y Woody, S. R. (2001). Implicit associations for fear relevant stimuli among individuals with snake and spider fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 226-235.
143. Nisbett, R. E. y Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports in mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
144. Dambrun, M. y Guimond, S. (2004). Implicit and explicit measures of prejudice and stereotyping: Do they assess the same underlying knowledge structure? *European Journal of Social Psychology*, 34, 663-676.

Anexos

A. Consentimiento informado (paciente).

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Evaluación del estigma internalizado en pacientes del INPRFM y sus familiares.

Carta de consentimiento para el paciente.

He tenido junto con el Investigador Responsable una entrevista clínica en donde se me informó de la investigación, su justificación, los objetivos y los procedimientos.

El presente estudio se justifica por la falta de conocimiento sobre el estigma internalizado en usuarios con padecimientos mentales.

Se me va a incluir como parte de un grupo de mexicanos usuarios del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que padecen algún trastorno mental. Mi participación consistirá en contestar un cuestionario sobre mi experiencia como paciente y usuario de servicios de salud mental, en relación a la forma en la que experimento las reacciones adversas derivadas de mi padecimiento psiquiátrico; su aplicación requiere entre 10-15 minutos.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que voy a recibir. De esta forma y como se mencionó anteriormente, mi participación es importante ya que podrá contribuir al conocimiento social que los médicos tienen acerca de las alteraciones emocionales presentes en el trastorno que se investiga.

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Además, para salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente.

La información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a mi familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

Esta investigación no tendrá ningún costo para el paciente o familiares.

El paciente no tendrá beneficio directo derivado de la investigación.

Contacto.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Dr. Erick Ivan Valdez González, al teléfono 55 4443 7385: o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, torre de especialidades, 3er piso consultorio 9.

_____	_____
Firma del Paciente.	Fecha.

Nombre del Paciente.	
_____	_____
Firma del investigador.	Fecha.

Nombre del investigador.	
_____	_____
Firma del Testigo 1	Fecha.

Nombre del Testigo 1	
_____	_____
Firma del Testigo 2	Fecha.

Nombre del Testigo 2	

B. Consentimiento informado (familiar)

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Evaluación del estigma internalizado en pacientes del INPRFM y sus familiares.

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL FAMILIAR.

He tenido junto con el Investigador Responsable una entrevista clínica en donde se me informó de la investigación, su justificación, los objetivos y los procedimientos.

El presente estudio se justifica por la falta de conocimiento sobre el estigma internalizado en usuarios con padecimientos mentales.

Se me va a incluir como parte de un grupo de familiares de usuarios mexicanos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que padecen algún trastorno mental. Mi participación consistirá en contestar un cuestionario sobre mi experiencia como familiar de un paciente y usuario de servicios de salud mental, en relación a la forma en la que mi familiar experimenta las reacciones adversas derivadas de su padecimiento psiquiátrico; su aplicación requiere entre 10-15 minutos.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que voy a recibir. De esta forma y como se mencionó anteriormente, mi participación es importante ya que podrá contribuir al conocimiento social que los médicos tienen acerca de las alteraciones emocionales presentes en el trastorno que se investiga.

He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio.

Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en sus resultados. Además, para salvaguardar mi anonimato, a mis datos se les asignará un código numérico común de tal suerte que sólo el investigador responsable tendrá acceso al identificador correspondiente.

La información que le brinde al Investigador en ningún momento será comunicada a mi familiar responsable, ni a ninguna otra persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

Esta investigación no tendrá ningún costo para el paciente o familiares.

El paciente no tendrá beneficio directo derivado de la investigación.

Contacto.

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al investigador responsable de este estudio, Dr. Erick Ivan Valdez González, al teléfono 55 4443 7385: o bien directamente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, torre de especialidades, 3er piso consultorio 9.

Firma del Familiar _____
Fecha.

Nombre del Paciente.

Firma del investigador. _____
Fecha.

Nombre del investigador.

Firma del Testigo 1 _____
Fecha.

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2 _____
Fecha.

Nombre del Testigo 2

C. Hoja de concentración de datos

Características sociodemográficas

Sexo del paciente:

- Masculino Femenino

Sexo del familiar

- Masculino Femenino

Edad del paciente en años:

Edad del familiar en años:

Estado Civil del paciente:

- Con pareja Sin pareja

Parentesco del paciente con familiar

- Padre/Madre Pareja Hermano/Hermana
 Hijo/Hija
 Otro, especifique: _____

Ocupación del paciente

- Desempleado Trabajo remunerado
 Trabajo no remunerado No trabaja, pero es remunerado

Escolaridad en años cursados del paciente:

Escolaridad en años cursados del familiar del paciente:

Nivel socioeconómico asignado:

- 1 2 3 4 5 6

D. Hoja de concentración de datos

Características Clínicas

Diagnostico principal

- Trastornos Depresivos Trastornos Bipolares
 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Especifique: _____

Presencia de Diagnostico psiquiátrico comórbido: Sí No

Especifique: _____

Abuso de sustancias Sí No

Especifique: _____

Otros diagnósticos comórbidos no psiquiátricos Sí No

Especifique: _____

Tratamiento

- Antipsicóticos Antidepresivos
 Benzodiacepinas Antiparkinsonianos
 Estabilizadores del estado de ánimo Otros

Especifique: _____

Internamiento: Primera Vez Subsecuente

Especifique: _____

Número de días de estancia intrahospitalaria: _____

Conducta Suicida: Sí No

Escala de evaluación de la actividad global al ingreso (EEAG): _____

Escala de evaluación de la actividad global al egreso (EEAG): _____

E. Escala de Estigma Internalizado para Pacientes de King et. al.

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. Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7. La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
8. He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9. He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.					
10. Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11. Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
12. Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
13. Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14. No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
15. Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16. Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17. Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mi mismo.					
18. Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					
19. No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20. He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21. La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
22. La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.					
23. Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24. No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
25. Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
26. Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
27. Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
28. Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

F. Escala de Estigma Internalizado Modificada para Familiares de King.

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Mi familiar ha sido discriminado en su vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a sus problemas de salud mental.					
2. Algunas veces mi familiar siente que se le da por su lado debido a sus problemas de salud mental.					
3. El haber tenido problemas de salud mental ha convertido a mi familiar en una persona más comprensiva.					
4. Mi familiar no se siente mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5. A mi familiar le preocupa decirle a la gente que recibe tratamiento psicológico.					
6. Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7. La gente ha sido comprensiva con los problemas de salud mental de mi familiar.					
8. Mi familiar ha sido discriminado por la policía debido a sus problemas de salud mental.					
9. Mi familiar ha sido discriminado por sus patrones o jefes en el trabajo debido a sus problemas de salud mental.					
10. Los problemas de salud mental de mi familiar, lo han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11. Con mucha frecuencia mi familiar se siente solo debido a sus problemas de salud mental.					
12. A mi familiar le asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tiene problemas de salud mental.					
13. Mi familiar habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14. A mi familiar, no le preocupa que la gente de mi vecindario sepa que ha tenido problemas de salud mental.					
15. Diría que mi familiar ha tenido problemas de salud mental cuando está solicitando un trabajo o empleo.					
16. A mi familiar le preocupa decirle a la gente que toma medicamentos o tabletas para sus problemas de salud mental.					
17. Las reacciones de la gente hacia los problemas de salud mental de mi familiar, lo hacen callarse cosas para sí mismo.					
18. Mi familiar está enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a sus problemas de salud mental.					
19. Mi familiar no ha tenido ningún problema con los demás debido a sus problemas de salud mental.					
20. Mi familiar ha sido discriminado por profesionales de la salud debido a sus problemas de salud mental.					
21. La gente ha evitado a mi familiar debido a sus problemas de salud mental.					
22. La gente ha insultado a mi familiar debido a sus problemas de salud mental.					
23. Haber tenido problemas de salud mental, ha convertido a mi familiar en una persona más fuerte.					
24. Mi familiar no se siente avergonzado debido a sus problemas de salud mental.					
25. Mi familiar evita decirle a la gente acerca de sus problemas de salud mental.					
26. Haber tenido problemas de salud mental hace sentir a mi familiar que la vida es injusta.					
27. Mi familiar siente la necesidad de esconder a sus amigos sus problemas de salud mental.					
28. A mi familiar se le hace difícil decirle a la gente que tiene problemas de salud mental.					