



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Influencia de la primera entrevista psicoeducativa sobre el estigma internalizado
de pacientes de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México

TESIS:

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Paulina Arely Pedraza Soto

TUTORA:

Dra. Claudia Fouilloux Morales

Ciudad Universitaria, Ciudad de México 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

HOJA DE DATOS:

Nombre del alumno autor del trabajo de tesis:

Paulina Arely Pedraza Soto

Médico Residente de 4to año de la Especialidad de Psiquiatría

Correo electrónico: sincronicolor_24@outlook.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Claudia Fouilloux Morales

Coordinación de Enseñanza

Correo electrónico: fourclau@prodigy.net.mx

Lugar donde trabaja: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional

Autónoma de México

RESUMEN

ANTECEDENTES: En centros de salud mental se han empleado intervenciones para combatir al estigma en la enfermedad mental. Una de ellas es la entrevista clínica que facilita la comunicación y las respuestas a las preguntas que realizan los pacientes que presentan un diagnóstico en salud mental, mejora la comprensión de la enfermedad y motiva a responsabilizarse en su tratamiento

OBJETIVO: Identificar la diferencia a tres meses, del estigma internalizado, después de la primera entrevista psicoeducativa en el Hospital Psiquiátrico Morelos

MATERIAL Y METODOS: Se trató de un estudio Observacional, longitudinal, comparativo. Se evaluó a los pacientes de primera vez, derechohabientes del IMSS del Hospital Psiquiátrico Morelos en los meses de marzo a mayo del 2016, a quienes se les hizo una entrevista psicoeducativa llevada a cabo de manera individual junto con la aplicación de la escala de estigma internalizado de King et Al. Después de tres meses volvió a aplicarse el instrumento para evaluar nuevamente el estigma internalizado y se compararon los resultados.

RESULTADOS: La muestra fue de 234 pacientes al inicio del estudio de los cuales 183 (78.5%) completaron las dos aplicaciones de Escala de Estigma Internalizado de King et Al. Encontrando un mayor puntaje en la segunda aplicación de la escala.

CONCLUSIONES: Los mayores puntajes en la escala del estigma internalizado tres meses después de la primera entrevista, no permiten evaluar la utilidad de la intervención psicoeducativa.

CONTENIDO:

Marco teórico.....	5
Planteamiento del Problema.....	11
Pregunta de Investigación.....	12
Justificación.....	13
Hipótesis de investigación.....	14
Objetivos.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivo Especifico.....	15
Material y Métodos	
Tipo de estudio.....	16
Población en estudio y tamaño de la muestra.....	16
Criterios de Selección.....	18
Variables.....	19
Instrumentos de Medición.....	22
Procedimiento.....	23
Análisis de datos.....	24
Aspectos éticos del estudio.....	25
Resultados.....	26
Discusión.....	29
Conclusión.....	31
Bibliografía.....	32

MARCO TEÓRICO

Estigma

La palabra estigma proviene del latín “stigma”, término que se empleaba para denominar a las marcas que resultaban de los cortes o quemaduras, que se realizaban en los cuerpos de aquellos individuos que cometían una acción inmoral o ilícita, con la finalidad que la sociedad pudiera rechazarlos. (1)

Uno de los primeros autores en definir estigma dentro del área médica-social fue Goffman en 1963, quien considera al estigma como un atributo que es profundamente devaluado, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo, dándole características indeseables y denigrantes (2)

En la actualidad la palabra estigma se emplea para referirse a alguna condición, atributo, rasgo o comportamiento que de una persona, genera una respuesta negativa en los demás y por consiguiente sea visto como inaceptable o inferior. (3)

El estigma se encuentra constituido de tres principales elementos: (4)

1. Estereotipo: Creencia negativa que describe al individuo por poseer características que resultan inadecuadas o exageradas.
2. Prejuicio: Reacción emocional negativa resultado de los estereotipos.
3. Discriminación: Conducta negativa resultado de los prejuicios.

Estos tres elementos van a impactar, no solo en el estado social del individuo sino en su estado físico y psicológico, generando que su condición sea negativa tanto para la sociedad como para el individuo que la posee (4-5)

Al referirse al estigma asociado a la enfermedad mental se han diferenciado tres niveles que interactúan entre sí: estructural, social e internalizado. El estigma estructural o institucional se refiere a las discriminaciones existentes a nivel estructural en leyes e instituciones, suele ser el campo de acción de los partidos y activistas políticos. El estigma social o público se refiere al estigma de la población general respecto a distintos grupos o características de las personas. Finalmente, el autoestigma o estigma internalizado lo define Livingston y Boyd como el proceso subjetivo, imbuido en un contexto social-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de la enfermedad mental. (6)

Estigma internalizado

El estigma internalizado es un constructo basado en la percepción de experiencias personales e individuales sobre la enfermedad mental y cómo repercute en las interacciones sociales que el individuo tiene. (7)

El interés en el papel del estigma, en el marco de la salud mental, se ha incrementado progresivamente porque existen evidencias de que las personas con enfermedades mentales, no pueden acceder a espacios laborales o educacionales normalizados y no pueden establecer relaciones de amistad o de pareja. Por consiguiente el estigma se transforma en un fenómeno contraproducente para lograr un buen funcionamiento. (7)

En la actualidad tanto el estigma social como el internalizado limitan el acceso, la calidad y cobertura de una adecuada atención y rehabilitación del paciente. (8) Se ha descrito que entre el 44 y 77 % de las personas con depresión, esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias no reciben atención psiquiátrica. (9)

Consecuencias del estigma internalizado

La principal barrera a la que se enfrentan pacientes y profesionales en salud mental para lograr que las personas inicien su proceso de recuperación es el estigma internalizado, que impiden a la persona creer en sus propias posibilidades para lograr un mejor funcionamiento.

(10)

A partir de la investigación llevada a cabo por Rusch *et al* arrojó que los pacientes que asistían al centro de salud mental presentaban alguna de las siguientes conceptualizaciones negativas sobre este servicio: “tener miedo al diagnóstico”, “tener aversión a estar drogado”, “tener miedo a lo que otros pudieran pensar”. En ese sentido, los investigadores concluyen que el simple hecho de acudir con un experto de salud ‘mental fomenta en el individuo un sentimiento de miedo y debilidad, producto del estigma internalizado. (11)

Las investigaciones relacionadas con el estigma en personas que padecen una enfermedad mental pueden distinguirse fundamentalmente en dos bloques de estudios. El primer grupo de investigaciones se ha planteado como objetivo principal la descripción exhaustiva de las experiencias o creencias de estigmatización en personas con un trastorno mental. El segundo bloque avanza un paso más y ha investigado la posible relación entre el estigma y diversas variables de interés. Dentro del primer conjunto de estudios se encuentra, por ejemplo, el trabajo de Wahl cuyo objetivo fue analizar las experiencias de estigma entre personas con una enfermedad mental (12)

Entre las experiencias de estigma más habituales, los participantes referían el hecho de presenciar comentarios o descripciones estigmatizadoras acerca de la enfermedad mental. La fuente de estigma que citaban con mayor frecuencia era la comunidad a nivel general y le seguían, en ese orden, el entorno laboral, los amigos, la familia y los profesionales relacionados con su cuidado. Por su parte, el estudio de Dickerson *et al* analizó la frecuencia y el tipo de experiencias de estigma entre personas con esquizofrenia (13)

Las experiencias estigmatizadoras más usuales se relacionaban con las reacciones de otras personas ante su estado psiquiátrico, que habitualmente mostraban una falta de aceptación o comprensión del trastorno mental. En la línea de los resultados del estudio de Wahl, los participantes indicaban que la fuente más frecuente del estigma provenía de la gente de la comunidad. Si pasamos al segundo bloque de investigaciones, cabe señalar el estudio longitudinal de Link et al cuyo objetivo era analizar si el estigma tiene efectos duraderos sobre el bienestar de personas con un diagnóstico dual. Los resultados mostraron un efecto relativamente fuerte y duradero del estigma. Aunque los síntomas y el funcionamiento social mejoraban significativamente después de un año de tratamiento, no se produjo disminución de los indicadores de estigma a lo largo del periodo de seguimiento. Además, tanto el estigma percibido como el estigma experimentado estaban significativamente asociados con síntomas depresivos. (14)

Medición del Estigma internalizado

En los últimos años se han diseñado diversos tipos de entrevistas y encuestas auto aplicables para explorar la vivencia del paciente sobre su enfermedad mental. Tener una herramienta de medición validada para medir el estigma internalizado puede alentar a los médicos a incluir la reducción del estigma como parte de las metas terapéuticas, brindando un tratamiento que sea más eficaz y brinde mejores resultados. (15)

La escala de estigma internalizado realizada por King y cols en la Gran Bretaña en el año 2004 es una encuesta autoaplicable que consiste en 28 reactivos que se dividen en tres subescalas principales: que involucran aspectos de tipo negativo (discriminación y divulgación) y una tercera que abarca los aspectos positivos del enfermo mental hacia su padecimiento. (15)

Intervenciones para combatir al estigma en la enfermedad mental

La iniciativa “Open the doors” la Asociación Mundial de Psiquiatría se viene desarrollando desde el año de 1996 en distintos países y con distinto alcance. Se trata del primer programa mundial contra la estigmatización y la discriminación asociadas a la esquizofrenia. Entre sus objetivos están aumentar la concienciación y brindar un mayor conocimiento acerca de la

esquizofrenia y hacia sus familias, y formular medidas para eliminar la estigmatización, la discriminación y los prejuicios. El material se ha difundido con carácter experimental en Alemania, Austria, Canada, China, Egipto, España, Grecia, India e Italia. (16)

Uno de sus gestores, Norman Sartorius, señala que en todos los países participantes de “Open the Doors” se establece un grupo de acción local, conformado por representantes de organizaciones gubernamentales y privadas, profesores, periodistas, profesionales de salud, usuarios, familiares y otros miembros de la comunidad interesados en el estigma. Actualmente, el programa se ha difundido en más de 20 países e implementado alrededor de 200 intervenciones. Estas consideran programas educativos liderados por usuarios, campañas en televisión y radio, recursos para la denuncia de abusos y violaciones a los derechos humanos, y obras de teatro gestionadas por los propios usuarios y dirigidas al público en general. (17)

“Open the Doors” ha permitido establecer una red de apoyo y colaboración internacional sobre el estigma sin precedentes. Su contribución ha sido esencial para que muchos países concretaran sus proyectos locales, alentando la organización comunitaria en cada región participante. (17)

En centros de salud mental se han empleado intervenciones para combatir al estigma en la enfermedad mental. Una de ellas es la entrevista clínica que facilita la comunicación y las respuestas a las preguntas que realizan los pacientes que presentan un diagnóstico en salud mental, mejora la comprensión de la enfermedad y motiva a responsabilizarse en su tratamiento. (18)

Las entrevistas psicoeducativas se centran en familiarizar al paciente con su enfermedad, enseñarle al paciente el origen y las consecuencias de la misma, ya que le ayudará a convivir con ella y a neutralizar el estigma que conlleva su diagnóstico. Enseñarles a identificar sus síntomas y de cómo evolucionan o como afecta al funcionamiento les ayudará a tolerar la frustración que les produce haber abandonado sus actividades habituales. (18)

Educar al paciente en los efectos positivos y en los efectos adversos que los fármacos que toma puede facilitar la aceptación de su tratamiento y evitar recaídas. Se han mostrado buenos

resultados tras las entrevistas enfocadas en educar al paciente y familiar, ya que disminuyen las actitudes y pensamiento estigmatizantes. (18)

Una segunda intervención es el contacto con los enfermos mentales puede ayudar a aumentar los efectos de las entrevistas educativas y reducir el estigma. Se ha reportado que las personas que tienen contacto con enfermos mentales presentan una menor cantidad de estigmas que aquellos que no tienen contacto. El contacto puede ser una estrategia importante para disminuir los estereotipos, además de favorecer actitudes positivas sobre los trastornos psiquiátricos. (18)

Estigma internalizado en el Hospital Psiquiátrico Morelos

En nuestra población a estudiar se realizó un estudio descriptivo en el 2012, donde se encontró un número elevado de pacientes, que presentan estigma internalizado alto del 65.55%. Así mismo el 80% con diagnóstico de enfermedad mental grave y 51.1% de los pacientes con enfermedad mental no grave presentaban estigma internalizado. (19)

Dado el porcentaje alto de pacientes con estigma internalizado implica que los psiquiatras tomen mayor conciencia de este fenómeno y se empiecen a ejercer estrategias dentro de las cuales, la evidencia más sólida procede de intervenciones basadas en la educación y el contacto, que les ayudarán a mantener un sentido positivo si mismos, pese a las experiencias de discriminación y rechazo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales es un fenómeno fundamentalmente social aunque con importantes componentes individuales. Existen factores que parecen contribuir a su desarrollo y/o refuerzo, como son el propio diagnóstico, síntomas de la enfermedad, efectos de fármacos y los servicios tradicionales de salud mental como lo es el tratamiento basado únicamente en la medicación mostrándose insuficiente ante la emergencia de los efectos que provienen del estigma.⁽²⁰⁾

El emplear otro tipo de intervenciones como lo es la entrevista dirigida en la psicoeducación de primera vez y de seguimiento, ayudará a la configuración de los estereotipos y temores públicos que presenta la persona con estigma. Contribuirá por lo tanto a que los pacientes tengan menor estigma y mejores oportunidades en los ámbitos social, laboral, escolar, familiar y de pareja.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la diferencia, tres meses después de la entrevista psicoeducativa de primera vez en el estigma internalizado de los pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Morelos?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente, los trastornos psiquiátricos ocupan el quinto lugar como enfermedad que desencadena muerte prematura y días vividos como discapacidad. Adicionalmente, representan una variable que favorece el incremento de aspectos negativos para la sociedad como la pobreza, la violencia y la drogadicción. (21)

Los trastornos mentales que cursan con estigma internalizado limitan el desarrollo personal y psicosocial de las personas afectadas. La falta de información acerca de la enfermedad es determinante en la construcción del estigma y consecuentemente en las conductas asociadas al mismo. Proporcionar información por medio de la entrevista enfocada en la educación hacia el paciente con estigma internalizado acerca de sus síntomas, etiología y tratamiento es un paso para el reconocimiento temprano de lo que conlleva tener una enfermedad mental así como disminuir la formulación de etiquetas, prejuicios y conductas de tipo discriminatorias que incrementan lo negativo en el trastorno mental. Permitiendo el reconocimiento público de padecer un trastorno mental, estimular la conciencia de enfermedad y favorecer la adherencia al tratamiento.

Todo ello interviene en una mejor calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean. También permitirá reconocer la importancia de incluir este tipo de intervención en nuestro hospital, por las consecuencias que conlleva el estigma. De manera adicional, los resultados que se obtengan servirán para reestructurar otras estrategias que permitan contrarrestar el efecto del estigma en pacientes con trastorno mental.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

La entrevista psicoeducativa de primera vez producirá una reducción en el estigma internalizado en el paciente del Hospital Psiquiátrico Morelos.

Hipótesis nula:

La entrevista psicoeducativa de primera vez no producirá un cambio en el estigma internalizado en el paciente del Hospital Psiquiátrico Morelos

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la diferencia a tres meses, del estigma internalizado, después de la primera entrevista psicoeducativa en el Hospital Psiquiátrico Morelos

OBJETIVO SECUNDARIO o ESPECÍFICO:

- Identificar si hay cambios a tres meses en el grado de estigma internalizado en el paciente que acudió por primera vez a consulta en el Hospital Psiquiátrico Morelos.
- Conocer si hay diferencia a tres meses, del estigma internalizado de acuerdo al diagnóstico de trastorno mental
- Conocer si hay diferencia por sexo, edad, nivel de escolaridad y condición económica.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, longitudinal, comparativo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Pacientes con diagnóstico de trastorno mental de acuerdo a la CIE-10 (hombres y mujeres). El espacio en que se realizará la aplicación de escalas se realizó dentro de los consultorios del Hospital Psiquiátrico Morelos

TAMAÑO DE LA MUESTRA

se calculó mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{2 \times z^2 \times c}{d^2} \times \text{power}$$

donde :

n= tamaño de la muestra

d= diferencia estandarizada

De acuerdo a los datos de estudios reportados en la literatura que arrojaron resultados estadísticos significativos se estimó una diferencia estandarizada (DS) de -0.26 (-.49—0.3), despejando la ecuación anterior:

n=2

$0.26^2 \times c \text{ power}$

n=2

$0.0676 \times c \text{ power}$

n= 29.585 x c power 7.9 (calculado a 80%)

Tamaño de la muestra

n= 233.7

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión:

1. Edad mayor de 18 años
2. Pacientes que acudan al Hospital Psiquiátrico Morelos por primera vez en el periodo de Marzo a Mayo del 2016 y que cumplan con criterios de algún trastorno mental y/o de comportamiento de acuerdo a la CIE-10
3. Aceptar participar y firmar la hoja de consentimiento informado
4. Saber leer y escribir

No inclusión:

1. Pacientes con deterioro cognitivo
2. Pacientes con discapacidad intelectual

Eliminación:

1. Cuestionarios con menos del 80% de respuestas
2. Personas que ya no regresan a la segunda entrevista

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- Entrevista psicoeducativa para pacientes de primera atención :

Tipo: Independiente

Definición teórica: Es un encuentro entre el experto en salud mental y paciente, donde se aplica una técnica de investigación médica que permite la obtención de información semiológica para sintetizar un diagnóstico presuntivo sobre un trastorno o una enfermedad mental.

Definición operacional: la entrevista en el instituto mexicano del seguro social se lleva a cabo por médicos adscritos y residentes de tercero y cuarto año a pacientes referidos de sus unidades de medicina familiar. El tiempo de la entrevista es de 30 minutos para los pacientes de primera vez y de 15 minutos para los pacientes subsecuentes de acuerdo a los tiempos estipulados por la Norma que establece las disposiciones para la atención psiquiátrica y psicológica en las unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instrumento de medición: se recolectó la información en hoja de datos.

- Estigma internalizado

Tipo: Dependiente

Definición teórica: son las reacciones de un individuo estigmatizado hacia el mismo con características profundamente devaluadoras y degradantes

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala de estigma de King.

Estigma internalizado: mayor de 60 puntos. Para la subescala de divulgación el punto de corte es de 24 puntos, para la subescala de discriminación es de 29 y para la de aspectos positivos 8 puntos.

Instrumento de medición: Escala de estigma de King. Versión en español 28 reactivos.

Otras variables consideradas se muestran en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1 Variables sociodemográficas

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Instrumento	Tipo
Edad	Edad del paciente en años cumplidos	Años de edad	Hoja de datos	Continua Discreta
Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Captados como masculino y femenino	Hoja de datos	Cualitativa Nominal
Escolaridad	Grado de estudio del paciente por nivel escolar.	Captados como: Primaria Secundaria Bachillerato o carrera técnica Licenciatura y posgrado	Hoja de datos	Cualitativa Nominal

Ocupación	Estado académico o laboral del paciente	Captado como: Estudiante Empleado Desempleado	Hoja de datos	Cualitativa Nominal
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Captado como: Casado Unión libre Soltero Viudo	Hoja de datos	Cualitativa Nominal

Tabla 2 Variables psiquiátricas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO	TIPO
Diagnósticos mentales	Síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad.	Se utilizaron los diagnósticos del sistema CIE-10 para agruparlos en categorías diagnósticas. Para estos resultados no se establecen categorías por lo cual es una variable cualitativa.	Hoja de datos	Cualitativa

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

1. Datos sociodemográfico: sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, religión, enfermedad médica, tratamiento previo.
2. Escala de Estigma Internalizado de King et al (2004): 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 subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, 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.

El puntaje obtenido en la Escala de Estigma de King et.al. Estigma internalizado mayor de 60 puntos. Para la subescala de divulgación el punto de corte es de 24 puntos, para la subescala de discriminación es de 29 y para la de aspectos positivos es de 8 puntos.

La versión en español se caracterizó por una adecuada consistencia interna, con coeficiente 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 25.3% de la varianza de puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero de aspectos positivos, el 7.24%

PROCEDIMIENTO:

PRMERA FASE

1. Posterior a la autorización de la realización del protocolo, se recolectó la muestra de acuerdo a los criterios de selección a formar parte del estudio, en área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Morelos. Los pacientes que participaron provenían de una atención primaria con hoja de referencia para recibir consulta de primera vez en el área de consulta externa. En cada consultorio, un médico adscrito supervisó al residente de 3 ° o 4 ° año de Psiquiatría, quienes proporcionaron la atención de consulta externa.
2. La muestra recolectada tuvo dos tiempos para la aplicación de escala de King una fue en la primera consulta y la segunda a los 3 meses de seguimiento, de acuerdo a la estandarización de la unidad.
3. La consulta que recibió el paciente, por primera vez, contó con un tiempo de 30 minutos aproximadamente (tiempo estandarizado en el HPUM) en la cual tuvo la siguiente distribución:
 - 5 minutos se presentaron los médicos a cargo de la consulta y se les explicó el trabajo a realizar, dándoles el material a firmar (consentimiento informado) y registro de datos sociodemográficos.
 - 5 minutos se aplicó la escala de estigma de King como parte de la evaluación del estudio
 - 15 minutos se recabó información para historia clínica
 - 10 minutos que consistieron en psicoeducación: explicación breve acerca de la enfermedad mental, tratamiento farmacológico que incluye efectos terapéuticos y secundarios, tiempo de tratamiento, importancia de la adherencia al tratamiento y pronóstico. La información proporcionada es de acuerdo a lo establecido en las guías del IMSS para trastornos mentales.
 - Los pacientes que recibieron tratamiento farmacológico, se les dio el medicamento cada mes por su médico familiar.

SEGUNDA FASE:

4. A los tres meses de recibir la consulta externa, recibió una segunda cita de seguimiento, en la cual tuvo un tiempo de 15 minutos (tiempo estandarizado en el HPUM) :
 - 10 minutos en el cual se abordó la evolución de los síntomas de la enfermedad mental diagnosticada, se evaluó dosis de psicofármaco y la adherencia al mismo. En algunos pacientes se dio una tercera cita subsecuente y en otros se dio de alta a su Hospital General de Zona para continuar tratamiento con su médico familiar.
 - 5 minutos se aplicó por segunda ocasión la escala de estigma internalizado al finalizar la consulta externa.

ANALISIS DE DATOS

Se utilizó el programa SPSS versión 20 para la organización de la información. Se compararon la media de la puntuación de la Escala de King et al inicial y final, al no ser una prueba con una distribución normal de acuerdo a la prueba de Kolmogórov-Smirnov o Shapiro-Wilk, se utilizaron las pruebas no paramétricas de Wilcoxon para contrastar la mediana de las dos muestras pareadas.

ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes. Se hizo hincapié en que la información recolectada era estrictamente confidencial. La investigación se ajustó a los principios plasmados en los siguientes documentos:

- De acuerdo a las consideraciones éticas exigidas en la declaración de Helsinki y su revisión en el 2008.
- Conforme a la Ley General de Salud 2002, en su título quinto, capítulo único del artículo 96 al 103 acerca de “La investigación para la salud”, acerca de la cual se puede comentar que toda investigación envuelve riesgos, complicaciones y efectos colaterales, de los cuales se consideraran las lesiones físicas o psicológicas que no excedan las que normalmente surgirían en la vida diaria, en la exploración médica o psicológica corriente.

De acuerdo a las características del estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna utilización de medicamentos, o manipulación de conducta de los sujetos involucrados y la probabilidad de que los participantes resultaran afectados por la aplicación del instrumento, fue mínima.

RESULTADOS

La muestra fue de 234 pacientes al inicio del estudio de los cuales 183 (78.5%) completaron las dos aplicaciones de Escala de Estigma Internalizado de King et Al. Los participantes fueron 73 hombres y 110 mujeres, con una mediana para la edad, de 40 años

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	73	39.89
Femenino	110	60.11
Estado Civil		
Casado	40	21.86
Unión libre	34	18.58
Soltero/Divorciado	67	36.61
Viudo	42	22.95
Ocupación		
Estudiante	14	7.65
Empleado	75	40.98
Desempleado	94	51.37
Escolaridad		
Primaria	50	27.32
Secundaria	35	19.13
Bachillerato/carrera técnica	62	33.88
Licenciatura y posgrado	36	19.67

Tabla 2 Frecuencia de diagnóstico de acuerdo a la CIE-10

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	12	6.56
Diagnóstico de Trastorno relacionado con abuso de sustancias	14	7.65
Diagnóstico de Trastorno depresivo	59	32.24
Diagnóstico de Trastorno bipolar	7	3.83
Diagnóstico de Trastorno de Personalidad	11	6.01
Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad	54	29.51
Diagnóstico de Trastorno De Adaptación	26	14.21

Tabla 3 Resultados de la escala de estigma

	Prueba antes	Prueba después	Prueba de Wilcoxon	
	(media-DS)	(media-DS)		
	n=183	n=183	Z	Sig. Asintótica (bilateral)
Total 28 reactivos	41.2-18.2	70.9-16.9	-9.743	.000
Subescala de discriminación (13 reactivos)	21.5-9.6	38.2-11.6	-9.56	.000
Subescala de divulgación (10 reactivos)	13.4-7.5	26.1-6.5	-10.198	.000
Subescala de aspectos positivos (5 reactivos)	6.2-3.6	6.6-1.6	-2.243	.025

a. Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

b. Se basa en rangos negativos.

DISCUSIÓN

Dentro de los aspectos sociodemográficos es importante discutir la edad, el estado civil y la ocupación de los pacientes. La edad promedio de 40 años es la edad en que se considera que las personas en general deben ser biológica y económicamente productivas; por el contrario, un número significativo de estos pacientes manifestó desempleo y vida sin pareja. Esto concuerda con lo que han reportado análisis como el de Mashiach *et al* en que se concluyó que los pacientes, al saber que tienen alguna enfermedad mental, evitan relacionarse con sus semejantes y limitan sus aspiraciones de realización, ya que tienen la edad de que son menos competentes o inteligentes que los demás⁽²²⁾

En relación con los diagnósticos se observaron mayores frecuencias para los trastornos afectivos y ansiedad; con menor frecuencia estuvieron los trastornos psicóticos crónicos, trastornos de personalidad y los relacionados con abuso de sustancias, siendo estos resultados similares a los obtenidos por Dinos *et al* (2004) en los que se menciona que los pacientes con ansiedad, depresión y trastornos de personalidad presentaron mayor puntaje en el estigma internalizado y una menor adaptación social, reflejado en su funcionamiento social, familiar y laboral. ⁽²³⁾

Dentro de las estrategias que se han utilizado está la psicoeducación. Tal estrategia se fundamenta en transmitir información sobre los trastornos mentales a los pacientes para la discusión de creencias erróneas y ayudarlos a manejar eficazmente la discriminación y a través de ella se obtuvieron mejoras en la autoestima, el autoconcepto, la esperanza, la sintomatología, la conciencia de enfermedad y en la calidad de vida. Una de las investigaciones mostró efectos adversos a la intervención como fueron el mayor sentimiento de vergüenza y percepción de ser diferentes de los demás. ⁽²⁴⁾ En otros trabajos como el de Aho-Mustonen y cols también se reportaron efectos desfavorables donde se observó un aumento de la irritabilidad en el grupo experimental. Estos dos últimos resultados son similares a los de nuestro estudio, en donde el incremento del estigma se vio reflejado en el puntaje de la escala de King *et al*. La falta de eficacia de la estrategia psicoeducativa podría

explicarse por la inclusión de participantes con diferentes niveles de estigma internalizado. Por otro lado, no se ha considerado la capacidad predictiva del funcionamiento cognitivo (atención, memoria o funciones ejecutivas) en los resultados tras la aplicación de esta estrategia, por lo que los déficit en dichos procesos estarían involucrados en la causa de estos resultados desfavorables. (25)

El punto de mayor relevancia en esta discusión es la duración y profundidad. En nuestro estudio hubo solo dos sesiones con tiempos de 15 minutos respectivamente, tiempo insuficiente para abordar una estrategia de tipo psicoeducativo como nos muestra el metaanálisis de Griffiths y cols en el que 26 estudios de intervenciones psicoeducativas destinadas a reducir el estigma, consistieron en 16 sesiones de una hora cada 7 semanas, los cuales produjeron reducciones significativas en el estigma de pacientes con trastorno mental.(26) Nathan Stuart y Dolan (2000) han argumentado la necesidad de incluir grupos de pacientes lo más homogéneos posibles, asignar aleatoriamente a los participantes al grupo experimental y control, así como establecer un manual que describa las técnicas de intervención utilizadas, para tener una mejor eficacia en los programas anti-estigma (27).

De tal forma es evidente que falta en desarrollar una mejor estrategia para disminuir actitudes, comportamientos en el paciente con estigma internalizado y social, ya que aún los estudios con los que se cuentan tienen resultados inconsistentes. (28) Así mismo, un abordaje que considere las necesidades existenciales seguramente contribuirá para el fortalecimiento de la relación médico-paciente. (29)

CONCLUSIONES

Los mayores puntajes en la escala del estigma internalizado tres meses después de la primera entrevista, no permiten evaluar la intervención psicoeducativa como positiva o negativa, dadas las condiciones en que ésta se aplica. Se propone aumentar la duración y profundidad de la entrevista psicoeducativa realizada en este hospital. Esto nuevamente obedeciendo a lo publicado en otros casos similares.

Como recomendación se propone cumplir parámetros de la intervención psicoeducativa de acuerdo a la metodología empleada en estudios que han aprobado su eficacia.

Una propuesta más completa consistiría en enmarcar estas intervenciones en un programa especial, que sea implementado en nuestra unidad de salud. A partir de esto tendrías una estructura independiente y se otorgaría mayor tiempo y esfuerzo a estos pacientes. Al final de cuentas se busca que estos individuos desarrollen sus capacidades de forma independiente y se desprendan de este estigma internalizado. Con esto tenemos la esperanza de que sobrepasen sus conflictos y se incorporen como miembros positivos de la sociedad.

REFERENCIAS

1. Mora J, Natera G, Bautista N, Ortega M. Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Salud Mental 2014; 37 (4): 45-55
2. Jones E, Farina, Wassel A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2002; 46 (2): 43-48
3. Paredes H, Jimenez G, Vazquez M. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos Revista Especializada en Ciencias de la Salud 2012 ; 15 (2): 88-92
4. Gulliver A, Griffiths K, Christensen H, Brewer J. A systematic review of help - seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. BMC Psychiatry 2012; 12(4):81-84
5. Mascayano T, Lips C, Mena P, Manchego S. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones Salud Mental 2015; 38(1): 53-58
6. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. Clin Psychol Rev 2012; 30 (8): 907-922
7. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud 2005 Recuperado de: <http://eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf> Fecha de consulta: enero de 2018
8. Abdullah T. Brown Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms An integrative review Clinical Psychology Review 2011; 31(2) 934-948
9. Benassini Oscar F La atención Psiquiátrica en México hacia el siglo XXI Salud Mental 2001; 24(6) 62-73
10. Yanos P, West M, Gonzales L, Smith S, Roe D, Lysaker P. Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness Psychiatry Research 2012; 200 (3): 1032-1034
11. Rush N, Angermeyer M, Corrigan, P. Mental illness stigma: concepts, consequences a reduce stigma European Psychiatry 2005; 20(8): 529-539

12. Wahl, O. Harman, C. R. Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 2000, 15(1), 131-139.
13. Dickerson, F.B. Sommerville, J. Origoni, A.E. Ringel, N.B. y Parente, F Experiencias of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2002; 28 (1): 143-156.
14. Link, B.G. Understanding labeling effects in the area of mental disorders. *American Sociological Review* 2000; 52(1): 96-112.
15. Flores S, Medina R, Robles R Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir al estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves *Salud mental* 2001; 34(4): 333-339
16. Asociación mundial de Psiquiatría , Programa Institucional de la Asociación Mundial de Psiquiatría para combatir la estigmatización y discriminación de vida a la esquizofrenia 1996.
17. Tapia M, Schilling S, Tapia E Programas para reducir estigma hacia la enfermedad mental: Lecciones para Latinoamérica; Diciembre 2015.
18. Stuart H Reducing the stigma of mental illness *Global Mental Health* 2016; 3: 1-14
19. Ávila L. 2012 Frecuencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar del hospital de psiquiatría Unidad Morelos 2012 México, UNAM; 33-36
20. Restrepo U, Mora O, Cortes R Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental *Red de Revistas Científicas de América Latina* 2007; 48 (3): 207-220
21. Corrigan P, Watson A Understanding the impact of stigma on people with mental illness *World Psychiatry* 2002; 1(1):16-20.
22. Mashiach M, Hasson I, Yanos P, Lysaker P, Roe D Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope *Psychiatry Research* 2013; 208(1) : 15-20.
23. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S et al Stigma The feelings and experiences of 46 people with mental illness *Br J Psychiatry* 2004; 184 176-181.

24. Link B, Struening E, Asmussen S, Phelan J.C Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses *Psychiatric Services* 2001; 52 (12); 1621-1626.
25. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O. Stigma- and non stigma-related retreatment barriers to mental healthcare, reported by service users and caregivers *Psychiatry Research* 2015; 228(3): 612-619
26. Griffiths M, Bradley C, Russell R Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta- analysis of randomized controlled trials *The World Psychiatry* 2014; 13 (2): 161-175
27. Nathan, P. E., Stuart, S. P. y Dolan, S. L Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin* 2000; 126(6): 964-981
28. Metha N, Clement S, Marcus E, Bezborodovs N, Evans-Lacko S, Palacios J, Docherty M. Evidence for effective interventions to reduce mental health- related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review *BJ Psych* 2015; 207(5): 377-384
29. López-Luengo, Florit A, Gonzalez A Rehabilitación del funcionamiento cognitivo *Manual de Rehabilitación del trastorno mental grave* Madrid, Editorial Síntesis 2010: 265-294

ANEXOS

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Impacto de la atención ambulatoria en el estigma internalizado de los pacientes del Hospital
Psiquiátrico Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social

Ciudad de México a _____ de _____ del año 2016

- 1.
2. **Propósito:** Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación médica que tiene el objetivo de estudiar los beneficios de recibir atención por el especialista (Psiquiatra) para que ustedes entiendan mejor sus síntomas actuales.
3. **Procedimiento y duración:** los procedimientos que se realicen tendrán tan sólo propósitos de investigación. Si acepta participar en este estudio se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación:
 - Se le aplicara un cuestionario en 2 ocasiones, una primera aplicación actualmente, la segunda 3 meses después.
 - Se le invitará a firmar este documento
 - Los datos proporcionados como su nombre, ocupación, estado civil, escolaridad etc. se anotaran en hojas preparadas para tal fin y su manejo será confidencial.
4. **Riesgos e incomodidades:** No tiene ningún riesgo el participar en este estudio de investigación. Las entrevistas serán realizadas por una persona con entrenamiento en salud mental (médico residente en psiquiatría) el cual protegerá su confidencialidad.
5. **Beneficios:** al tener mejor conocimiento acerca de sus síntomas emocionales, visiones o delirios entenderá que usted no está loca o ha caído en el hoyo, entre otras palabras que se dicen acerca de los que reciben atención por un psiquiatra. Las enfermedades mentales así como otras enfermedades (ejemplo diabetes mellitus o hipertensión arterial etc.) se necesita de manejo integral para que mejore, que consiste en medicamentos y/o terapia individual y sobre todo de su participación. Su

participación ayudaría e emplear en un futuro métodos clínicos, para que reciban una mejor atención por psiquiatría.

6. **Derecho a retirarse del estudio:** La participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede no aceptar, esto no afectará su futuro cuidado médico en el Hospital Psiquiátrico Morelos.
7. **Confidencialidad:** la información se mantendrá de manera confidencial. Esto significa que su nombre, edad, o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre no será brindada a otra persona sin su consentimiento escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Investigador

Testigo

Investigador: Dra. Paulina A. Pedraza soto 98366239

Domicilio y teléfono de los investigadores: Av San Juan de Aragón 439 Col. D.M.

Nacional, Delegación G.A. Madero, México D.F. Tel 5554140425 e-mail:

sincronicolor_24@outlook.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de investigación de la CNIC del IMSS Avenida Cuauhtémoc 330, 4º piso bloque “B” de la unidad de congresos, colonia doctores, México, D.F CP 06720 Tel. 5556276900 ext. 21230. Correo electrónico comisión.etica@imss.gob.mx

Anexo II

Escala de Estigma de King et al. Versión en español

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

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2 Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensivo.					
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 comprensivo 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 acepto 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 tuviera 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 mí 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.					