



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**“ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES DE PRIMERA  
CONSULTA EN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA”**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA**

**DRA. ANAID ALVARADO CERVANTES**

**DRA. CECILIA BAUTISTA RODRÍGUEZ**

**DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA**

**ASESOR TEÓRICO**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**Ciudad de México, Septiembre de 2020**



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.

## **Agradecimientos y dedicatorias**

*A mi familia* por su constante apoyo, ayuda, comprensión y amor incondicional.

Al *Hospital Fray Bernardino Álvarez* por ser mi escuela y hogar durante mi formación como psiquiatra.

*A mis asesores* por sus valiosos aportes a mi formación.

*A la UNAM por* todas las oportunidades que me ha dado.

## **INDICE**

<b>AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.....</b>	<b>2</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>7</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>19</b>
3.1. PLANTEAMIENTO DE JUSTIFICACIÓN.....	19
3.2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS PARTICULARES.....	21
3.3. DESCRIPCION DE VARIABLES.....	21
3.4. MUESTREO.....	23
3.5. SUJETOS.....	23
3.6. CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN .....	23
3.7. TIPO DE ESTUDIO.....	24
3.8. ALCANCES DEL ESTUDIO .....	24
3.9. INSTRUMENTOS .....	24
3.10. PROCEDIMIENTO .....	25
3.11. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	26
<b>4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....</b>	<b>29</b>
<b>5. RESULTADOS DE ANALISIS ESTADISTICOS .....</b>	<b>30</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>7. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>41</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>46</b>

## **Resumen**

El estigma es un fenómeno de interés, especialmente en el contexto de la salud mental, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, quienes son estigmatizados tienen mayores probabilidades de no encontrar empleo, padecer o desarrollar algún otro padecimiento físico o agravar uno ya existente, lo mismo que representar una carga financiera para los sistemas de salud, pues al ser estigmatizados no acuden al servicio médico, o son víctimas de discriminación. El estigma no solo existe cuando es ejercido de otros hacia un sujeto, si no que el propio sujeto puede aplicar esas mismas etiquetas a sí mismo: auto-estigma, lo que provocaría las mismas consecuencias que cuando es ejercido por otros, de ahí la importancia de conocer como estas etiquetas son interiorizadas por los sujetos y cómo se manifiestan en el servicio de psiquiatría de primera vez, pues ello permitiría el desarrollo de estrategias adecuadas y de pronta intervención, lo que es también uno de los ejes propuestos por la OMS para la mejora de la salud mental a nivel Mundial. El objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de estigma internalizado de pacientes psiquiátricos que acuden al servicio de primera vez de un hospital psiquiátrico público. Participaron 100 personas. Se aplicó un inventario que evalúa el estigma internalizado, y un cuestionario de información sociodemográfica. Se obtuvo la media de autoestigma:  $\bar{x}= 73.8$  (DE=13.61), para una correcta interpretación de los datos, los puntajes brutos fueron transformados a puntajes z, lo que permitió establecer que el 84% de las personas tienen un nivel significativo de autoestigma que podría requerir de atención especializada y tener implicaciones importantes a futuro, se encontró también, que un alto porcentaje de pacientes no cuenta con empleo, vive con familiares y que solo el 50% ha recibido algún tipo de tratamiento. Se corroboran datos mostrados por la investigación. Se sugieren futuras investigaciones que superen las limitaciones del presente estudio. Se sugiere el desarrollo de intervenciones tempranas para abordar el autoestigma.

**Palabras clave:** *estigma, enfermedad mental, auto-estigma*

# 1. INTRODUCCIÓN

El estigma puede ser considerado como el efecto negativo que una etiqueta social produce sobre un grupo, como puede ser: una minoría étnica, grupos con diversas orientaciones sexuales, o aquellos que tienen una enfermedad mental (1-3).

El estigma aumenta la probabilidad de generar problemáticas entre los sujetos que son víctimas de él, como son: atender a servicios de atención médica pertinentes de forma tardía, o su participación en la vida laboral activa, lo que deteriora de manera significativa su vida, lo mismo que la de quienes les rodean, añadiendo sufrimiento adicional a la enfermedad mental que padecen (1-3).

Si bien es cierto, que el estigma es parte de un proceso social y cultural, no debe de perderse de vista que se trata de un proceso bidireccional, es decir, uno donde quien recibe la etiqueta estigmatizadora también participa de manera activa, apropiándose de dicha etiqueta y de sus significados, lo que se ha denominado “auto-estigma” (1).

Es este contexto, en el de la visión de quien recibe la etiqueta de estigma y su interiorización, que el presente estudio tiene su origen. Conocer la percepción que los pacientes con enfermedad mental tienen sobre el autoestigma, es de vital importancia pues permitiría una pronta intervención sobre él y con ello, evitar los efectos negativos que éste genera como: el desarrollo de otros padecimientos de orden mental, con los que asocia un alto estigma (depresión, ansiedad); atender de forma tardía al servicio de consulta psiquiátrica; o el seguimiento de las indicaciones médicas, lo que a largo plazo

termina por afectar la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos, pues imposibilita que estos puedan desarrollar una vida lo más satisfactoria posible.

Por otra parte, conocer la percepción que los pacientes psiquiátricos tienen sobre la enfermedad mental, ayudará a una mejor comprensión del proceso de desarrollo del auto-estigma y con ello contribuir a la investigación actual en esta área, lo mismo que aportar información cultural relevante del contexto mexicano, recordemos que el estigma y el auto estigma tienen aspectos particulares de acuerdo con la sociedad donde se investigue éste (1).

## **2. ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL**

El estigma es un fenómeno de interés, dada sus importantes implicaciones en diversos contextos, uno de ellos el de la salud mental. Es relevante, porque el fenómeno de la estigmatización en el contexto de la salud mental se asocia con resultados adversos a largo plazo, que no solo afectan a quien es estigmatizado sino también a quienes les rodean: a nivel personal y social.

En este sentido, y de acuerdo con los diferentes informes de programas de salud mental reportados por la Organización Mundial de la Salud en 2002 y 2004, (4-5) en la actualidad existen aproximadamente 450 millones de personas con trastornos mentales tanto en países denominados desarrollados como subdesarrollados. Además, los problemas de salud mental representan la causa número cinco, de las diez principales causas de incapacidad a nivel mundial. Entre los principales trastornos de salud mental se encuentran: el uso de sustancias, la depresión, la demencia, y la esquizofrenia (4-5).

Padecer una enfermedad mental tiene también importantes implicaciones económicas. Se ha estimado que por ejemplo en los Estados Unidos de Norte América (EUA), los costos relacionados son de 148 000 millones de dólares, un gran porcentaje de este dinero se debe a la discapacidad laboral, y a la pérdida, de productividad derivada de ella.

Adicional, al costo producido por padecer una enfermedad mental, se suman otras complicaciones, pues al no ser atendido de forma oportuna quien padece la enfermedad mental, puede presentar negligencia con su propia salud y no seguir las indicaciones que son sugeridas por el médico, por ejemplo, se ha observado que en pacientes con depresión hay tres veces más probabilidades de incidencia de cardiopatías (4-5).

Una de las razones, para no acudir al servicio médico entre la población con algún padecimiento mental es la estigmatización de la que son parte, inclusive de los propios prestadores de servicios médicos, lo cual empeora los síntomas de su enfermedad y agrava su condición (1). En la literatura existen diferentes tipos de definiciones de estigma, desde las más clásicas dadas en 1970 por Goffman, que parten de la concepción griega del estigma, hasta las más recientes que se pueden encontrar en la literatura de uso corriente, (6-7) para esta investigación se definirá el estigma como: “la devaluación, humillación, y discriminación experimentada por un individuo debido a una condición específica” (8).

En la actualidad, se cuenta con un buen índice de investigación con respecto al estigma y al proceso de estigmatización. Se pueden distinguir dos clasificaciones: el estigma público, el cual es más evidente y al que refiere el informe de la OMS, y el auto-estigma. El auto-estigma se puede describir como: “la manera en que las personas con trastornos mentales internalizan las actitudes negativas sobre la enfermedad y las aplican a ellas mismas” (8).

Considerando, que el auto-estigma es la aplicación de las actitudes negativas sobre la enfermedad desarrollada por otros, a uno mismo, se podría asumir que en algún sentido tiene las mismas consecuencias antes enumeradas

que el estigma público, es decir el estigma que es ejercido por los otros hacia un individuo. Recordemos que la estigmatización es un proceso dinámico y bidireccional, que tiene como producto una construcción social: el estigma (1).

Con respecto a las consecuencias particulares del autoestigma y en la misma dirección que lo ya reportado anteriormente por la OMS y señalado en la parte introductoria, destaca la revisión de: Martín (9), quien ha realizado una investigación bibliográfica amplia, que ha comprendido estudios clínicos del autoestigma y sus consecuencias, en el sector de la salud mental. La búsqueda no ha tenido restricciones de idioma y tiempo, el año límite de búsqueda correspondió al de la conclusión de la revisión, 2017.

La búsqueda de artículos se realizó en las siguientes bases de datos: Apa Psycnet , MEDLINE, MEDLINE complete, PsycINFO, PsycARTICLES y Social Sciences. Como resultado de la búsqueda, se encontró que entre las principales consecuencias del autoestigma se encuentran: un autoestima y autoeficacia bajas, una menor calidad de vida, empoderamiento y soporte social bajos, un menor funcionamiento social y laboral, también se encontró una relación con intentos suicidas y suicidio.

Por último, se encontró que niveles altos de autoestigma se asociaron con niveles más altos de psicopatología como: depresión y ansiedad; y con una menor adherencia al tratamiento y con peores resultados de este. Los hallazgos encontrados por Martín (9), respecto a las consecuencias del autoestigma ya mencionados anteriormente, coinciden también con los reportados por otros investigadores (6, 10, 13), quienes han encontrado que: el autoestigma lleva a una desmoralización real con sentimientos de vergüenza y de baja autoestima, lo que favorece el aislamiento, y la “no búsqueda” de ayuda, lo que puede

generar estrés que de acuerdo con modelos de vulnerabilidad aumenta el riesgo de recaída e incluso de suicidio.

Por otra parte, también se ha observado que el autoestigma conlleva a una dificultad para recuperarse de la enfermedad mental, y que niveles elevados de autoestigma modulan los resultados conductuales tanto de funcionamiento social, como de autonomía personal (11). Es importante destacar que a nivel internacional la mayor parte de la investigación sobre autoestigma se ha realizado por Patrik Corrigan a lo largo de diferentes publicaciones (12), una de las aportaciones que hace Corrigan es el planteamiento de un modelo situacional de respuesta personal al estigma de la enfermedad mental que se describirá posteriormente (12).

Destaca, también el metaanálisis sobre autoestigma a nivel internacional realizado por Livingston y Boyd (13), quienes dirigieron la búsqueda de artículos que relacionaran por lo menos una variable sociodemográfica con autoestigma, su revisión incluyó 127 artículos de los cuales solo 45 sirvieron para proporcionar datos que fueron considerados para el metaanálisis. Esta revisión es importante, pues es el primero de los intentos por reunir estudios sobre autoestigma en el área de enfermedad mental y ordenar la información que se encuentra en este campo de estudio del autoestigma en salud mental.

Los resultados del metaanálisis indicaron que ninguna de las variables sociodemográficas que incluyeron: género, edad, educación, empleo, estatus marital, ingresos económicos o pertenencia étnica, mostraron una correlación con estigma internalizado. Con lo que respecta a las variables psicológicas que se correlacionaron, se encontró que todas tenían un grado de asociación

significativa con una dirección negativa, dichas variables fueron: esperanza, autoestima, empoderamiento, autoeficacia, calidad de vida, y apoyo social (13).

En específico se encontró que niveles de estigma internalizado elevados correlacionaban con: desesperanza ( $r = -.58$ ,  $p < .001$ ), autoestima baja ( $r = -.55$ ,  $p < .001$ ), empoderamiento bajo ( $r = -.52$ ,  $p < .001$ ), baja autoeficacia ( $r = -.54$ ,  $p < .001$ ), decremento en la calidad de vida ( $r = -.47$ ,  $p < .001$ ), y poca integración social ( $r = -.28$ ,  $p < .05$ ). Los resultados de las correlaciones de estigma internalizado con variables psiquiátricas como: severidad de los síntomas, diagnóstico psiquiátrico, hospitalización psiquiátrica, duración de la enfermedad, consciencia de la enfermedad, adherencia al tratamiento, funcionamiento, y efectos colaterales de la medicación, fueron mixtos, destacando las siguientes correlaciones: severidad de los síntomas ( $r = .41$ ,  $p < .001$ ), y adherencia al tratamiento ( $r = -.38$ ,  $p < .001$ ), esta última correlación negativa, lo que indica que el estigma internalizado está asociado con mayores síntomas psiquiátricos y poca adherencia al tratamiento (13).

Por lo que respecta, a la investigación de autoestigma en México y Latinoamérica, se podría decir que es incipiente, aunque el interés existe, un ejemplo de ello son los trabajos realizados por Mora-Rios, Bautista-Aguilar, Natera, y Pedersen quienes, en 2013, (14), llevaron a cabo un estudio que tuvo como objetivo relacionar variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales con el autoestigma, dentro de las variables psicosociales se incluyó la percepción de las consecuencias de la enfermedad en diferentes áreas de vida del sujeto, los instrumentos utilizados fueron: Escala de percepción de consecuencias del padecimiento (EPCP), y el Inventario de Estigma internalizado hacia la enfermedad mental (ISMI).

Se realizaron análisis de regresión utilizando las subescalas de cada prueba como variables dependientes, como resultado se obtuvieron varios modelos de regresión, como resultado se encontraron diferencias significativas en las cinco subescalas del ISMI.

Entre las variables, que explicaron una mayor proporción de varianza de los modelos de regresión lineal obtenidos, se encuentran: “consecuencias de la enfermedad a nivel laboral”, que explicó el 33% de la varianza del modelo de alineación, para el de adhesión a estereotipos explicó un 21%, y para el de resistencia al estigma un 21%. Las variables: “consecuencia de la enfermedad en las relaciones familiares”, en conjunto con: “el diagnóstico médico”, y “el tiempo de tratamiento” explicaron el 49% de la varianza del modelo de discriminación (14).

Por último, estos autores encontraron que las variables de: “impacto del padecimiento en la pareja” y “en las relaciones sociales”, y así como el “tiempo de tratamiento” explicaron el 38% de la varianza del modelo de retraimiento social. Los hallazgos de estos autores muestran el impacto que el autoestigma puede generar en diversas áreas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad mental.

Como se ha evidenciado anteriormente, los efectos del estigma y de su interiorización “autoestigma”, tienen importantes consecuencias para quienes padecen alguna enfermedad mental, y las personas que les rodean, lo que en última instancia se refleja en una menor calidad de vida e incremento del malestar. Para poder entender tanto al estigma como el autoestigma, con miras a intervenir sobre ambos fenómenos, es importante conocer como estos son

generados en el contexto social, y como el individuo hace suyos los significados y predisposiciones conductuales que involucra el estigma.

Existen, diferentes modelos propuestos para definir el estigma y el autoestigma (8,12, 14, 15, 17), así como los procesos por los que surgen ambos elementos. Los diferentes modelos planteados para explicar el estigma y su internalización o autoestigma internalizado, comprenden diferentes variables que se saben están involucradas en la generación de estos fenómenos.

Con respecto al proceso del surgimiento del Estigma, Bruce y Phelan en 2001 (15), plantearon que este surge como consecuencia de la convergencia de factores interrelacionados. El primero de estos factores se refiere al “etiquetado” y “distinción” que las personas hacen de las diferencias humanas. El segundo, las creencias culturales dominantes ligan a las personas etiquetadas con características indeseables o estereotipos negativos.

El tercer factor, hace referencia a que las personas etiquetadas son colocadas en categorías distintas, para lograr un grado de separación de “nosotros” con ello se crea la categoría “ellos”. En el cuarto de los factores, la persona experimenta la pérdida de estatus y discriminación lo cual le lleva a resultados adversos. Por último, Bruce y Phelan (15), identifican que la estigmatización es completamente contingente con el acceso al poder económico, político y social, que permite la identificación de diferencias, la construcción de estereotipos, la separación de personas en diferentes categorías, y una completa exclusión, rechazo y discriminación.

Considerando, los elementos planteados por Bruce y Phelan (15), sería correcto plantear y utilizar el término estigma cuando hay elementos de

etiquetas, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación, en coocurrencia con una situación de poder que permite que los elementos del estigma se unan y desplieguen. El proceso de estigma no sería completo sin la parte activa de la persona que lo experimenta, se debe de mencionar que el sujeto, en su individualidad, es quien padece los efectos de ser estigmatizado, y quien puede en diferentes grados hacer el estigma parte de sí mismo, es decir autoestigmatizarse, algunos modelos suelen obviar este aspecto fundamental de la construcción del fenómeno de estigmatización, que es bidireccional entre el sujeto y la sociedad a la que pertenece (1).

El proceso de internalización del estigma o conocido como “autoestigma” ha sido descrito por Corrigan, Rafacz y Rüsck (16), en un modelo progresivo de disminución de la autoestima y la confianza, de cuatro etapas. Las etapas descritas en este modelo son: ser consiente de los estereotipos asociados, estar de acuerdo con dichos estereotipos, aplicar los estereotipos a uno mismo, y sufrir de una baja autoestima.

El modelo propuesto por Corrigan, Rafacz y Rüsck (16), fue probado a partir de las respuestas que 85 personas con enfermedad mental severa como esquizofrenia, dieron a diferentes cuestionarios psicológicos que evaluaban variables psicosociales ligadas a cada una de las etapas del modelo de autoestigma progresivo propuesto, los cuestionarios se aplicaron una vez más a los participantes a los seis meses de seguimiento.

El resultado, de la estigmatización por un lado y por otra del auto-estigma como se ha evidenciado con anterioridad, pone de manifiesto la carga de sufrimiento que el individuo y quienes le rodean tienen que llevar, por lo que resulta de vital importancia conocer como estos procesos aplican en el caso del

contexto mexicano y con ello poder describir en un primer momento el estado actual de fenómeno, para poder partir de este punto a proponer formas efectivas de intervención en el contexto hospitalario psiquiátrico nacional.

Por su parte, Corrigan y colaboradores (12) han propuesto un modelo de generación del autoestigma que comprende etapas de gestación del autoestigma. Dicho proceso de generación del autoestigma inicia con la toma de consciencia de la enfermedad, la segunda de las etapas inicia cuando la persona es consciente de la enfermedad, y está de acuerdo con los estereotipos de la enfermedad que se tienen, la siguiente fase es la aplicación del estereotipo y su aplicación práctica en la vida cotidiana, de esta forma se llega al autoestigma, es decir la aplicación del estereotipo a uno mismo.

Uno de los modelos que explica tanto el estigma público como el estigma internalizado es el propuesto por Corrigan y Watson en 2002, denominado modelo de respuesta situacional al estigma de la enfermedad mental, dicho modelo surge como un intento de explicación a la respuesta paradójica que las personas con enfermedad mental suelen tener frente al estigma.

La respuesta paradójica descrita por Corrigan y Watson consiste en aquellos comportamientos que las personas que tienen una enfermedad mental suelen tener frente al estigma, para ello han clasificado tres diferentes tipos de respuestas ante el estigma. El primer tipo de respuesta consiste en aquellas personas que tienen un decremento en su autoestima, el segundo tipo de respuesta consiste en enojo y toma de acción frente al estigma y una tercera respuesta que es de indiferencia.

El modelo de respuesta situacional, postula que tanto la pérdida de autoestima como el enojo que resultan del estigma, pueden ser vistos como un rasgo de la persona, que permanece constante a través del curso de la enfermedad mental, y que es probable que las repuestas de las personas representen respuesta de estado y que varíen durante la vida de la persona, en algunas situaciones las personas con una enfermedad mental grave reportan una autoestima baja, mientras que en otras situaciones la misma persona podría sentirse indignada.

De acuerdo con este modelo una persona que experimenta una condición sobresaliente de estigma hace conciencia de esa condición, lo mismo que de las reacciones negativas que otros tienen en situaciones específicas (por ejemplo, los empleadores que no ofrecen entrevistas de trabajo) como resultado de representaciones colectivas y primicias cognitivas.

Aquellas personas que perciben estas respuestas negativas de los otros como legítimas son propensas a manifestar una autoestima baja. Contrariamente aquellos sujetos que no mantienen como legítimas estas reacciones mantendrán su autoestima intacta. La legitimidad percibida es mantenida por varios procesos que afectan el sistema de justificación como: la atribución externa de la retroalimentación negativa, protección otorgada por comparaciones dentro del grupo y selección de valores que protegen del autoestigma.

Las personas que, con una autoestima intacta, pueden tener dos reacciones subsecuentes: aquellos que se identifican de una manera cercana con el grupo estigmatizado, que mostrarán un enojo justificado, y que probablemente serán activos en los esfuerzos de defensa y empoderamiento de

este grupo estigmatizado y aquellos que no parecen identificarse con el grupo y que permanecerán relativamente indiferentes al autoestigma. Corrigan y Watson, ofrecen evidencia de cada uno de los elementos que conforman su modelo, lo que sugiere su validez y pertinencia.

Otro de los modelos empíricos que destaca sobre la explicación de la generación del estigma y la estigmatización es el propuesto por Muñoz, Sanz, y Pérez-Santos en 2011, quienes retoman los trabajos de investigación que proponen dar cuenta de la generación de autoestigma y estigma a partir de la relación de variables asociadas a ambos fenómenos y que con frecuencia son reportadas, varios de estos trabajos a su vez proponen modelos empíricos explicativos e integrativos del estigma y autoestigma, entre ellos se encuentran: el modelo social-cognitivo del estigma internalizado de Corrigan, Larson y Kuwabara enunciado en 2008, el propuesto por Vauth en 2007, que centra su explicación en cómo la evaluación del autoconcepto media la autoestigmatización y tiene un rol en el afrontamiento del autoestigma.

El último de los modelos retomado por Muñoz y colaboradores es el propuesto por Yanos, Roe, Markus y Lysaker en 2008, que se centra en las relaciones entre el autoestigma, la recuperación y las intervenciones para tratarlo. El modelo de Muñoz y colaboradores, nombrado socio-cognitivo-comportamental, toma como antecedente que el estigma puede ser entendido a tres niveles que interactúan entre sí: estructural, social e internalizado. El estigma institucional también llamado estructural hace referencia a la discriminación que proviene de las leyes e instituciones. El estigma social o público surge de la idea de estigma que la población en general tiene respecto a

diferentes grupos y características. Por último, el autoestigma internalizado se entiende como el estigma que cada persona siente.

La propuesta del modelo socio – cognitivo - comportamental surge de la detección de la incapacidad de los modelos antes retomados para poder dar un peso específico, que determine la importancia de cada una de las variables que mencionan relacionadas a la generación del estigma y de sus consecuencias. Para determinar el peso de las variables y su importancia se desarrolló un estudio con 108 personas a las que se les aplicó una serie de cuestionarios. Una vez capturados los datos se calculó un modelo de ecuaciones estructurales.

El modelo de ecuaciones estructurales incluyó variables de contenido social (experiencias de discriminación), cognitivo (estigma, estigma internalizado, expectativas de recuperación) y comportamental (funcionamiento psicosocial, autonomía personal) (17).

Como se ha evidenciado, el estigma y su aplicación por parte de los sujetos a ellos mismos “autoestigma” genera importantes consecuencias a las personas, que a largo plazo termina afectando al entorno social en que se desenvuelve, de ahí la importancia del entendimiento de dicho fenómeno. Uno de los primeros aspectos para poder entender la dinámica del autoestigma es la comprensión de los procesos por los que este surge, que ya se han abordado, lo que nos lleva de forma natural a plantear posibles formas de intervención focalizadas en población con trastornos mentales.

Algunas de las primeras sugerencias de modelos empíricos que explican la formación del estigma y el autoestigma son: el propiciar el empoderamiento de las personas, generar redes de apoyo social fuertes, y la utilización de terapia cognitiva y narrativa breves (17,20).

# 3.- MÉTODO

## Planteamiento de justificación

El estigma, se ha definido de diferentes formas una de ellas es la siguiente: “la devaluación, humillación, y discriminación experimentada por un individuo debido a una condición específica” (8, 14). Dentro de la población que sufre del estigma se encuentran las personas que tienen enfermedad mental. A nivel mundial se calcula que existen 450 millones de personas que padecen alguna enfermedad mental (4-5), lo cual se asocia a un gasto importante de los sistemas de salud de los diferentes países, en EUA se ha estimado un gasto de 148 000 millones de dólares (4-5).

Entre las consecuencias del estigma se encuentran principalmente: el que las personas no acuden a consulta, no muestran adherencia a su tratamiento, generan cuadros adicionales de enfermedad física o mental, y con ello agravan su situación actual (4-5, 12-13, 17).

Es importante mencionar, que el estigma por sí solo no surge, lo mismo que sus consecuencias, si no es a través de la interiorización de los estereotipos que se asocian a la enfermedad mental, a este proceso se llama “autoestigma”, se debe de recordar que el fenómeno del estigma es bidireccional, es decir, necesita al sujeto que es estigmatizado, pero también que éste haga suyas las etiquetas que otros han generado (1).

Entre las consecuencias propias del autoestigma se encuentran: una baja autoeficacia, bajo autoestima, riesgo suicida, deterioro de la vida social, complicaciones para poder tener un trabajo, y recibir atención médica adecuada y seguir su tratamiento. Como se puede apreciar, la cantidad de consecuencias es importante pues deterioran en términos generales la vida y calidad de las personas (9, 15-16, 19-20).

Planteadas las consecuencias del autoestigma, también se suman los intentos que se han iniciado en nuestro país por una mejor comprensión de dicho fenómeno (8,14,18), pues si bien se tienen importantes modelos de la generación del autoestigma y el estigma, también es cierto que al ser un fenómeno cultural y social dependen de forma importante del ambiente social donde se pretende estudiar, en este caso en México, donde se necesita aun una mayor comprensión a nivel local de la generación del autoestigma en población con enfermedad mental, en este contexto es que se plantea el estudio del autoestigma en pacientes que acuden por primera vez al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Tener una primera descripción del autoestigma que experimentan pacientes mexicanos de primera vez, puede plantear la posibilidad de futuros estudios focalizados y de intervenciones que consideren aspectos que tal vez no se han considerado en otros contextos culturales, donde originalmente se han planteado la mayoría de los modelos desarrollados.

## **Objetivo general y objetivos particulares**

A continuación, se describe el objetivo general y posteriormente los objetivos particulares de la presente investigación:

### Objetivo general:

Conocer el nivel de autoestigma de población con diferentes trastornos mentales que acuden a consulta de primera vez al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

### Objetivos particulares:

Conocer información respecto a variables sociodemográficas de los participantes del estudio: edad, sexo, ingresos económicos.

Conocer algunos datos relacionados con su solicitud de servicio de consulta psiquiátrica: tiempo de sintomatología, diagnóstico previo, tratamientos previos y asistencia voluntaria al servicio de primera vez del Hospital Fray Bernardino.

## **Descripción de Variables**

En este apartado se describen las variables de interés a estudiar, debido a que se trata de un estudio descriptivo, solo se enumeran y describen las variables de interés que se medirán, que para el caso del presente estudio serán: autoestigma percibido, y variables sociodemográficas, ver cuadro de operacionalización de variables.

## Cuadro de operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Clasificación estadística	Instrumento de medición	Unidad de medición
Estigma internalizado	El estigma internalizado es “la devaluación, vergüenza, secrecía y retraimiento consecuencia de aplicar los estereotipos negativos a sí mismo” (Corrigan, 1998).	Cuantitativa	Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI)	Puntaje en inventario
Edad	Número de años vividos por el paciente; desde su nacimiento hasta el día de hoy.	Cuantitativa	Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)	Respuesta en el cuestionario
Ingresos	Cantidad de dinero recibida como forma de pago por alguna actividad desempeñada por el participante.	Cuantitativa	Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)	Respuesta en el cuestionario
Grado de estudio	Nivel de estudios cursados por el participante hasta la fecha de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa	Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)	Respuesta en el cuestionario
Años con sintomatología	Número de años que el paciente ha percibido los síntomas que le hacen acudir a solicitar atención psiquiátrica.	Cuantitativa	Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)	Respuesta en el cuestionario
Tratamiento previo	Atención de cualquier tipo recibida para aminorar o tratar la sintomatología que le hace acudir a solicitar atención.	Cualitativa	Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)	Respuesta en el cuestionario
		Cualitativa		

Tipo de tratamiento	Informe sobre el tipo de tratamiento que ha recibido el paciente para atender su sintomatología.		Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)	Respuesta en el cuestionario
---------------------	--	--	---	------------------------------

## **Muestreo**

La muestra, se obtuvo por muestreo accidental. A partir de un grupo previamente formado (pacientes del servicio de consulta de primera vez)

## **Sujetos**

Un total de 100 Participantes, todos pacientes de primera vez del Hospital Fray Bernardino Álvarez de la Ciudad de México, que sabían leer y escribir.

## **Criterios de selección y exclusión**

Para que los participantes fueron considerados en el estudio tuvieron que cumplir los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

### *Criterios de inclusión:*

- 1) Pacientes que acudieron por primera vez a solicitar servicio de consulta psiquiátrica al hospital Fray Bernardino Álvarez
- 2) Que fueron mayores de edad (18 años en adelante)
- 3) Que hubieron firmado el consentimiento informado de participación

### *Criterios de exclusión:*

1. Que no pudieron entender el cuestionario que se proporcionó.

## **Tipo de estudio**

La presente investigación corresponde a un estudio descriptivo transversal.

## **Alcance del estudio**

Debido a que se trata de un estudio de tipo descriptivo, se buscará obtener información que permita entender el estado de las variables que se pretende medir, lo mismo que describir las características de la población de interés, con el objetivo de plantear futuros estudios, con la información recabada de las características particulares de los sujetos y del fenómeno de estudio.

## **Instrumentos**

Para la recolección de los datos se utilizó el Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI; por su sigla en inglés, ver Anexo 1); un cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI) (ver Anexo 1); y la carta de consentimiento informado (CCI, ver Anexo 1).

### *Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI)*

El ISMI, es un inventario de origen extranjero, del cual se cuenta en México con una versión validada, y adaptada culturalmente a población mexicana a través del método Delphi desarrollada por Mora-Rios, Bautista-Aguilar, Natera, y Pedersen (2013).

El ISMI mide el estigma internalizado, según ha sido definido por Corrigan (1998) “la devaluación, vergüenza, secrecía y retraimiento consecuencia de aplicar los estereotipos negativos a sí mismo”. Sé integra de 29 reactivos que evalúan cinco áreas: a) alienación, b) adhesión al estereotipo, c) experiencia de discriminación, d) retraimiento social y e) resistencia al estigma.

El ISMI se responde con base a una escala Likert de cuatro opciones donde: 0 = totalmente en desacuerdo y 3 = totalmente de acuerdo, su consistencia interna es adecuada,  $\alpha = 0.90$  (Mora-Ríos, Ortega-Ortega, Natera, & Bautista, 2013; Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Natera, & Pedersen, 2013).

### Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)

Se trata de un cuestionario de 10 preguntas, que indagan sobre datos sociodemográficos: edad, género, situación actual, nivel de estudios y tiempo que ha tenido el padecimiento que lo hizo acudir al servicio de consulta de primera vez de psiquiatría.

### **Procedimiento**

Se siguieron los siguientes pasos para la obtención de la información:

1. Se estableció contacto con las autoridades correspondientes del hospital Fray Bernardino Álvarez para solicitar la autorización del estudio.
2. Se presentó el protocolo de tesis ante el Comité de Investigación y Comité de Ética del Hospital Fray Bernardino Álvarez.
3. Una vez que se obtuvo el permiso correspondiente, se contactó a los pacientes.
4. Los pacientes fueron abordados en la sala de espera mientras guardan ser llamados a consulta de primera vez.
5. Se saludó de manera individual a cada paciente, se pidió su ayuda para colaborar en la investigación, se explicó en qué consistía su participación, la confidencialidad de los datos.
6. Si el paciente aceptaba participar, se le daba el consentimiento informado y el cuestionario de estigma interiorizado. Si decidía no ayudar se le agradecía su atención.

7. Una vez obtenidos los datos, fueron vaciados y capturados para su análisis.

## **Consideraciones éticas**

La presente investigación se instrumentó de acuerdo a lo estipulado por la Declaración de Helsinki, que fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica mundial de Helsinki, Finlandia, en junio 1964 y modificada subsecuentemente en otras asambleas. Las últimas modificaciones a esta declaración fueron las realizadas en la 59ª Asamblea General de Seúl, Corea, en octubre de 2008 y por la 64ª Asamblea General, de Fortaleza, Brasil, en octubre 2013.

La Declaración de Helsinki fue desarrollada por la Asociación Médica Mundial como una recopilación de los principios éticos para guiar a los médicos en estudios de investigación médica en seres humanos. La declaración de Helsinki comprende varios aspectos correspondientes a los lineamientos en investigación médica que han de seguirse, a continuación, se enumeran algunos de estos aspectos que la presente investigación ha seguido, para un adecuado manejo ético:

El investigador responsable del presente estudio adopta lo mandado por la AMM al ser una investigación que se llevó a cabo en seres humanos y ser médico, y se ha apegado a lo formulado por la declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial respecto a: “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y con lo estipulado por el Código Internacional de Ética Médica que afirma: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

Así mismo, durante el desarrollo de la investigación se ha velado por la salud, bienestar y derechos de los participantes en investigación médica, y los conocimientos y la conciencia del médico (investigador) se han subordinado al cumplimiento de ese deber, dado que el progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

La presente investigación médica se ha conducido tomando como principal objetivo comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades (autoestigma) y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

En la presente investigación médica, el investigador (médico) ha protegido la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación.

Por otra parte, el proyecto y el método de todo el estudio se describieron claramente y se justificó en un protocolo de investigación. Dicho protocolo, hace referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso e indicó cómo se han considerado los principios enunciados en las declaraciones pertinentes a investigación con humanos, para este fin, el protocolo incluyó información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.

Respecto a la participación de las personas en la investigación todas eran capaces de dar su consentimiento informado en la investigación y de forma voluntaria y libremente, los participantes recibieron información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados,

riesgos previsible e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante también fue informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Por último, y con respecto a la confidencialidad y participación, se ha pedido por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona.

Adicionalmente, a los lineamientos éticos de investigación antes propuestos por la declaración de Helsinki, la presente investigación también se apega a los lineamientos nacionales con respecto a investigación en salud, en este sentido y de acuerdo con el Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en su Título Segundo, respecto a los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, *la presente investigación se podría clasificar como "Investigación con riesgo mínimo"*, por tratarse de un estudio que emplea procedimientos comunes utilizados en: exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se incluyen pruebas psicológicas a personas o grupos, en los que no se manipula la conducta del sujeto.

#### Libertad de conflicto de interés

La autora del presente estudio manifiesta que no existen conflictos de interés respecto a la autoría y datos que son objeto de la presente investigación.

## 4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis estadísticos obtenidos se agruparon en dos categorías: la primera corresponde al cálculo de frecuencias y porcentajes de la información sociodemográfica y relacionada con aspectos de los motivos de asistencia a servicio de consulta de primera vez de psiquiatría; la segunda categoría corresponde al cálculo del puntaje obtenido por cada uno de los participantes en el cuestionario ISMI, y posteriormente el cálculo de la media grupal de autoestigma.

Por último, se transformaron las puntuaciones brutas de cada uno de los participantes a puntajes “Z” lo que permitió tener puntajes estandarizados que permitió ordenar la magnitud de las puntuaciones, y determinar si el puntaje de autoestigma obtenido por los participantes era normal, o se encontraba en niveles altos (fuera de la norma). Para cada análisis se realizaron gráficas y tablas. El cálculo de puntajes “Z” no es un análisis de inferencia, solo permite observar la distribución de una serie de puntajes bajo el supuesto de normalidad. Tener puntajes estandarizados, permite una mejor interpretación, que el puntaje bruto obtenido de una prueba aplicada, por lo que se trata de un análisis pertinente dada la naturaleza descriptiva del estudio.

La siguiente sección, que corresponde a resultados, muestra lo obtenido para cada una de las categorías de análisis realizados.

## 5. RESULTADOS

La descripción de los resultados se realizó de acuerdo con los objetivos planteados para la investigación, que consistieron en: conocer el nivel de autoestigma de población con diferentes trastornos mentales que acuden a consulta de primera vez al hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; y algunos aspectos sociodemográficos de la población participante.

En un primer momento se describen y muestran los datos sociodemográficos de la muestra encuestada, obtenidos del cuestionario aplicado, que estuvo integrado por 10 preguntas, para cada una de las preguntas se calcularon porcentajes y tablas. Posteriormente se muestra el nivel de autoestigma obtenido por la muestra.

### ***Características sociodemográficas***

Un total de 100 personas que acudieron a solicitar atención psiquiátrica de primera vez al hospital Fray Bernardino Álvarez, y que cumplieron con los criterios de inclusión respondieron el cuestionario ISMI y el cuestionario de datos sociodemográficos, dos cuestionarios fueron descartados por no haber sido completados en su totalidad.

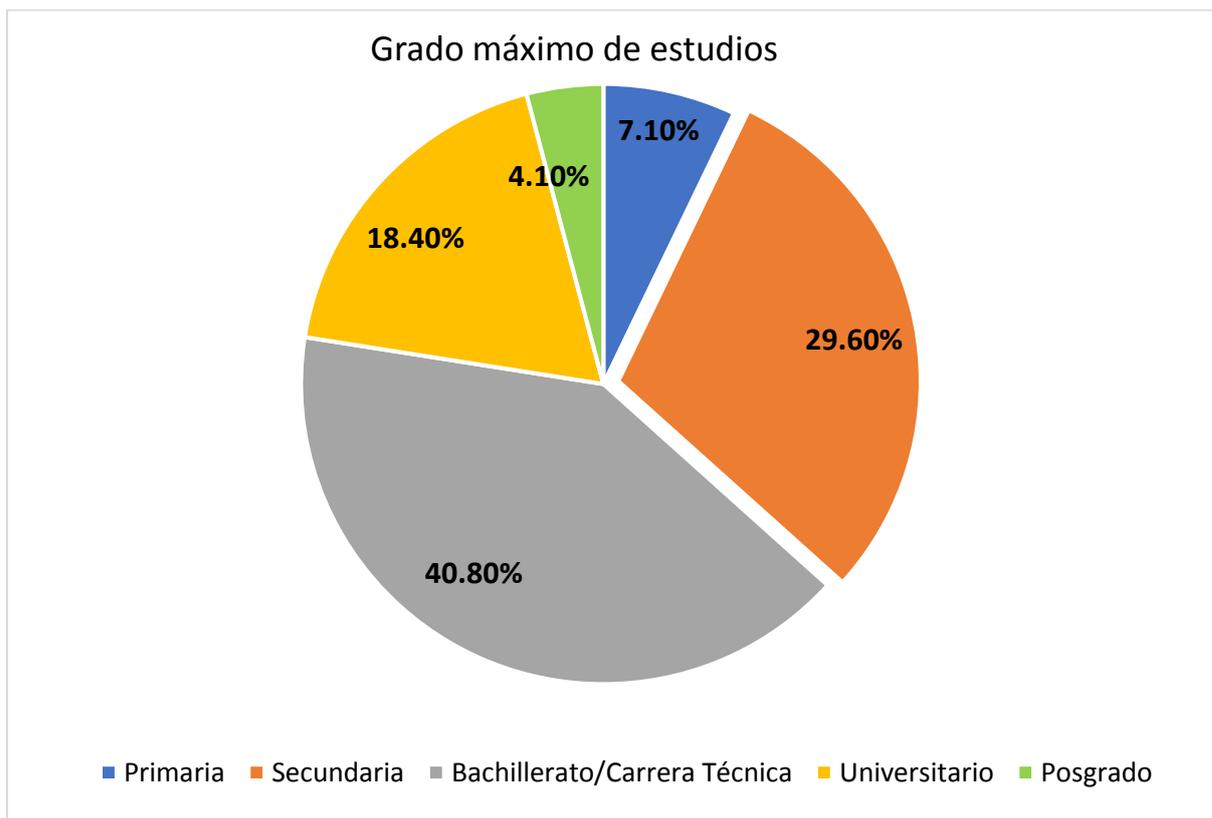
De los 98 participantes que completaron satisfactoriamente los instrumentos aplicados 46, (47%) fueron hombres y 51, (52%) fueron mujeres, con un promedio de edad de 34.7 años (DE = 12.78), ver Tabla 1

**Tabla 1. Edad y género de los participantes (N=98)**

	Hombres	Mujeres	Total
Porcentaje	47%	52%	98
Edad	$\bar{x} = 33.07$ (DE =10.23)	$\bar{x} = 36.27$ (DE= 14.65)	98

Con respecto, a la pregunta sobre su nivel académico, 4.10% de los participantes respondió que su grado máximo de estudios era: primaria, 29.60% secundaria, 40.80% bachillerato o carrera técnica, 18.40% universitario y el 4.10% posgrado, ver figura 1

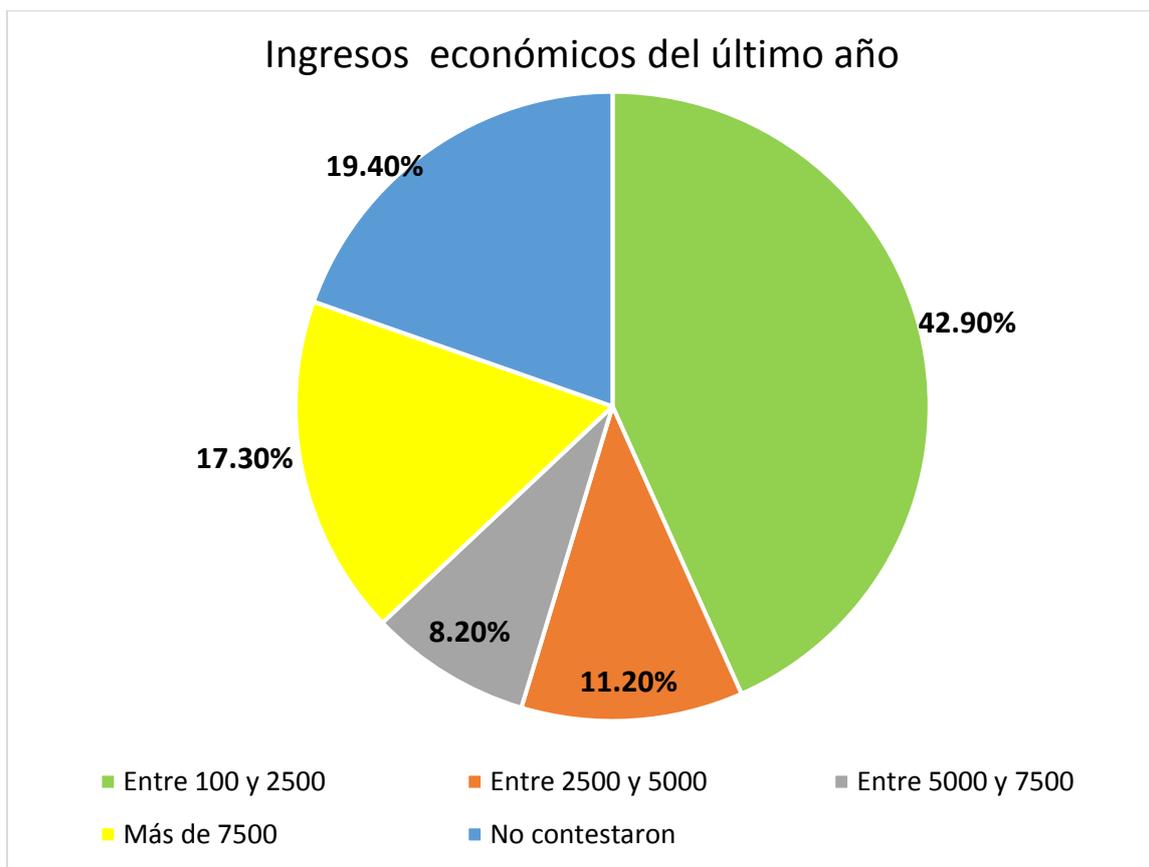
**Figura 1. Grado máximo de estudios de los participantes**



Respecto a su ocupación, 63.30% de los participantes, respondieron: que no se encontraban empleados al momento de preguntar, mientras que un 33.70% de los participantes dijo encontrarse empleado cuando respondieron.

En cuanto, a sus ingresos económicos personales en el último año, 42.90% de los participantes informó haber percibido entre 100 y 2500 pesos; 11.20% entre 2500 y 5000 pesos; 8.20% entre 5000 y 7500 pesos; 17.30% más de 7500 pesos; y el 19.40% no respondió, ver figura 2

**Figura 2. Ingresos económicos actuales de los participantes**



Cuando, se preguntó a los participantes con quien vivían, 11 participantes (11.20%) respondió que solos, 80 participantes (81.6%) con familiares, 3 participantes (3.1%) con amigos, y los 3 restantes (3.1%) con otras personas que son distintos a familiares o amigos.

Con respecto a información relacionada a aspectos psiquiátricos, se preguntó a los participantes de primera vez, dos aspectos generales: si tenía

algún diagnóstico de enfermedad mental y cuántos años tenían con los síntomas que los hacían acudir al servicio de primera vez del hospital Fray Bernardino.

Respecto al diagnóstico de enfermedad mental; 51% de los participantes mencionó que habían recibido algún tipo de diagnóstico, 43.90% reportó no tener un diagnóstico previo, y 4.10% no contestó. De los participantes con algún diagnóstico que fueron: 72, el promedio fue de 7.7 años (DE = 7.8).

Con relación a los aspectos psiquiátricos, se preguntó a los participantes: si ¿Habían recibido algún tipo de tratamiento, de haberlo recibido ¿Cuántos años lo habían recibido? y ¿De qué tipo había sido el tratamiento? Para la primera de las preguntas de este apartado, 49 participantes (50%) respondió que había recibido algún tipo de tratamiento, y 49 de ellos (50%) dijo no haber recibido tratamiento.

De, las personas que recibieron tratamiento, la media de años de haber recibido tratamiento fue de 3.46 años (DE = 4.66), con respecto, al tipo de tratamiento que recibieron, 29% fue de tipo médico, 24.60% psicológico, 43.50% una combinación de tratamiento psicológico más tratamiento médico, y un 2.90% tratamiento de algún otro tipo. Por último, el 88.80% de los participantes acudió de forma voluntaria al servicio de primera vez, y un 10.20% acudió de forma involuntaria.

Con respecto, al nivel de autoestigma reportado por los participantes, este se obtuvo a partir de la suma de los 34 reactivos que conforman la prueba SMI. Obteniéndose una media aritmética ( $\bar{x}$ ) de los participantes evaluados de 73.8 (DE=13.61) puntos. Para determinar, sí el puntaje obtenido por los participantes era elevado, bajo o medio, se transformó el puntaje bruto, a una

métrica estándar, que permitiera hacer una apreciación pertinente de los puntajes.

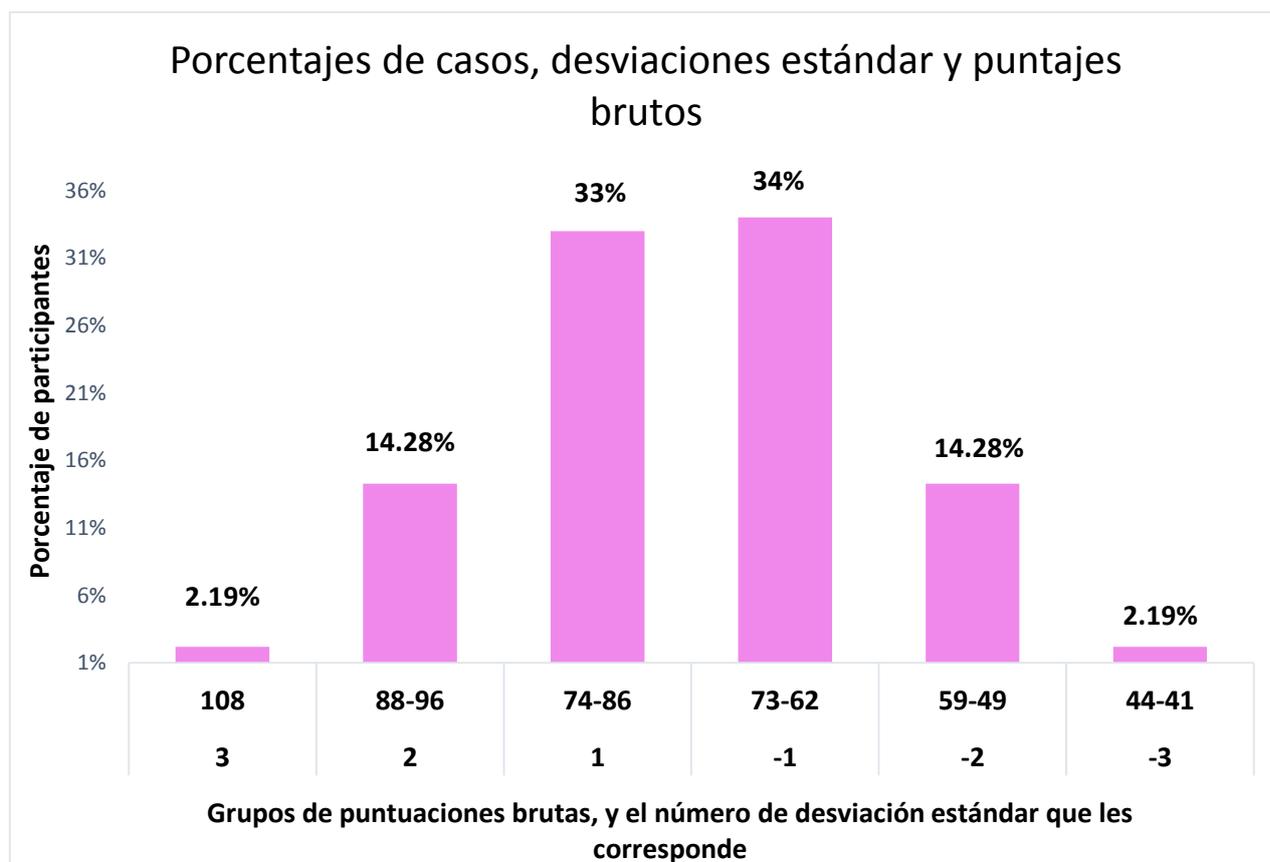
Para tener una métrica estándar, los puntajes brutos se convirtieron a puntajes Z. Los puntajes Z toman como referencia una distribución normal, con una media en cero y con una desviaciones estándar de 1 (-3,-2,-1,0,1,2,3) cada una de ellas representa una proporción de la población bajo la curva normal, siendo la proporción entre la media y 1 desviación estándar del 34.1%, lo mismo entre la media y -1, lo que representa el 64.2% de la población, lo que equivaldría a los sujetos promedio, por lo tanto, si un puntaje se aleja a dos desviaciones estándar, sería un caso sobre lo normal o por debajo de la norma, la proporción que se encuentra entre 1 y 2 desviaciones estándar es de 13.6%, entre 2 y 3 es de 2.1%, las mismas proporciones se encuentran entre -1 y -2 desviaciones estándar, y entre -2 y -3 desviaciones estándar.

En la tabla 2 y gráfica 3, se pueden observar: los grupos de puntuaciones brutas, el puntaje Z correspondiente a esas puntuaciones, la desviación estándar que corresponde a los puntajes Z, la proporción de participantes correspondiente y el número de casos totales. Las puntuaciones brutas fueron agrupadas tomando en consideración los puntajes estándar y las desviaciones estándar calculados para esta población en particular.

**Tabla 2. Promedio de años con sintomatología**

INTERVALO DE PUNTAJES BRUTOS	PUNTAJE Z CORRESPONDIENTE	DESVIACIONES ESTÁNDAR ALEJADAS DE LA MEDIA	PROPORCIÓN DE CASOS	Nº CASOS
<b>108</b>	2.51	3	2.19%	2
<b>88-96</b>	1.04 - 1.62	2	14.28%	13
<b>74-86</b>	.014 - .89	1	33%	30
<b>73-62</b>	(-.05) - (-.86)	-1	34%	31
<b>59-49</b>	(-1.08) - (-1.82)	-2	14.28%	13
<b>44-41</b>	(-2.18) - (-2.40)	-3	2.19%	2

**Grafica 9. Puntajes Z, puntuaciones brutas y proporciones**



De esta forma, el número de casos que se ubicó como la norma o casos típicos (61 casos, 67% de los participantes), es el comprendido entre los puntajes brutos de 62 a 86, que abarcan de -1 y 1 desviaciones estándar, los puntajes Z correspondientes a los puntajes 62 y 86 fueron: .89 y -.86

Los puntajes que se ubicaron a 2 desviaciones estándar, respecto a la media, fueron los ubicados entre 88 y 96, a los que correspondieron los puntajes Z de 1.04 y 1.62, siendo el 14.8% de participantes (13 casos). Los participantes, que estuvieron a 3 desviaciones estándar correspondieron a la puntuación bruta de 108, con un puntaje Z correspondiente a 2.51, lo que representó el 2.19% de los participantes (2 casos).

Por otra parte, los sujetos que se encontraron a -2 desviaciones estándar con respecto a la media, representan a aquellos sujetos con puntajes menores al promedio, los puntajes que correspondieron a participantes a -2 desviaciones estándar fueron los que se encuentran entre 59 y 49 con puntajes Z de -1.08 y -1.82 el 14.28% (13 sujetos), aquellos participantes a -3 desviaciones estándar obtuvieron puntajes entre 41 y 44 con puntajes Z de -2.18 y -2.40, un 2.19% (2 casos).

Si se considera, que el promedio y los puntajes a -1 y 1 desviación estándar son la norma, se puede concluir que los puntajes en este intervalo son lo esperado en cuanto a puntaje de estigma, por lo tanto, un total de 61 personas: el 67% de las personas tiene estigma significativo; un 14.28% estigma alto; y un 2.19% estigma muy alto. Por lo que 84% de los participantes (76 casos) presenta estigma que tiene implicaciones importantes, y solo un 16% (15 sujetos) presentan niveles de estigma que no parecieran tener implicaciones significativas.

## 6.- DISCUSIÓN

La discusión, del presente trabajo se hace con base a los objetivos planteados: conocer el nivel de autoestigma percibido por pacientes de primera vez del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y por otra parte sobre algunas de sus características sociodemográficas y variables relacionadas a su solicitud de primera vez del servicio de consulta psiquiátrica.

Es de llamar la atención, que el 84% de personas que acuden al servicio de atención psiquiátrica de primera vez del hospital Fray Bernardino Álvarez reporten niveles de altos a muy altos de autoestigma, lo que corrobora lo ya reportado por otros autores (6,8-9,10, 13-14) respecto al nivel de autoestigma en personas con padecimientos psiquiátricos, aunque esta afirmación debe de ser tomada con cautela, pues varios de los estudios reportados en la literatura hacen referencia a personas con un diagnóstico formal de enfermedad psiquiátrica, como en el caso de la población reportada por Mora-Ríos y colaboradores (14).

Por otra parte, el alto autoestigma percibido con respecto a la enfermedad mental también se encuentra relacionado con importantes consecuencias para las personas, si bien el presente estudio es de carácter descriptivo, dado que no se realiza ninguna inferencia de la muestra en cuestión a la población, no se comparan grupos a través de alguna prueba estadística y no establecemos correlaciones formales manteniéndonos congruentes con los objetivos planteados estadística, los resultados de esta nos sirven de primer acercamiento al fenómeno en nuestra institución y pueden apreciarse e hipotetizarse algunas

de las consecuencias relacionadas al autoestigma en las respuestas dadas a las preguntas planteadas a los participantes.

Se ha observado que niveles altos de autoestigma se relacionan con diferentes consecuencias, entre ellas: situación laboral desfavorable, acudir a tratamiento de forma tardía, lo que complica su situación al desarrollar otras enfermedades y agregar sufrimiento, menor calidad de vida, aislamiento, lo que impide la pedir ayuda, dificultades para recuperarse, falta de adherencia al tratamiento, poca interacción social, conflictos familiares, pérdida de productividad laboral y suicidio (6, 8-10, 13-14).

De las consecuencias antes reportadas por la literatura, en la muestra del presente estudio, se puede observar que: el 63.30% de los participantes reportó no tener un empleo, y de aquellos participantes que reportaron un ingreso durante el año pasado el 42.90% tuvo un ingreso entre 100 y 2500 pesos y el 11.20% reportó un ingreso de entre 2500 y 5000 pesos anuales, además de que el 81.60% de ellos vive con su familia.

Respecto a la búsqueda de ayuda, solo el 51% (49 participantes) informó que había tenido algún tipo de tratamiento formal, el 43.90% reportó no haber tenido un diagnóstico, y en promedio los participantes reportaron haber tenido 7.8 años con sintomatología.

De aquellos participantes, con algún diagnóstico solo el 50% recibe tratamiento y tiene en promedio 3.5 años de tratamiento. Respecto al tipo de tratamiento el 43.50% fue de tipo médico más psicológico, el 24.60% psicológico y el 29% médico, el número de años que han recibido tratamiento que es en promedio de 3.5, si se considera que la media en años de experimentar

sintomatología es de 7.8 años existe una disparidad entre años con sintomatología y búsqueda de tratamiento. Un nivel alto de autoestigma se ha encontrado relacionado a menor búsqueda de ayuda, lo cual abre la posibilidad de realizar estudios futuros derivados de esta tesis descriptiva que corroboren esta asociación en nuestra población,

Es interesante, que aquellos participantes que han recibido tratamiento: médico, psicológico, o combinación de ambos u otros, acuden de nueva cuenta a servicio de psiquiatría,

Si se consideran los datos obtenidos y los reportados por la literatura, se pueden observar similitudes respecto, al elevado autoestigma percibido por personas con sintomatología psiquiátrica que acuden a servicio de preconsulta y las consecuencias asociados a él. Es importante destacar que el presente estudio se ha realizado con pacientes que acuden por primera vez a solicitar atención psiquiátrica, pues aporta datos respecto a la importancia de atender de forma inmediata el autoestigma percibido por los solicitantes, pues es un momento crítico para la adecuada adherencia al tratamiento psiquiátrico, lo que elevaría sus probabilidades de recuperación, menos tasa de recaída y una mejor calidad de vida, que no solo podría repercutir en sus vidas si no en las de las personas que les rodean, en específico de sus familias.

Respecto a la información de otras variables sociodemográficas se encontró que: el 47% fueron hombres y el 52% fueron mujeres, el 41% tiene un nivel de estudio medio (bachillerato), el 29.60% de nivel secundaria y el 7.10% de educación primaria. Por último, el 88.80 % reportó haber acudido al servicio de psiquiatría de primera vez de forma voluntaria y el 10.20% de forma no voluntaria, en su mayoría acudieron de manera voluntaria, lo que tiene

implicaciones con respecto a la calidad de respuestas expresadas al cuestionario y la interpretación de estas.

Si bien, el presente estudio muestra una imagen del nivel de autoestigma de pacientes de primera vez en el servicio de atención psiquiátrica, se deben de considerar las limitaciones del presente estudio, con miras a plantear estudios futuros que amplíen el tipo de información que se obtenga, y sobre todo permita desarrollar intervenciones más efectivas e integrales para pacientes psiquiátricos.

Entre las limitaciones que pueden ser abordadas en futuras investigaciones, se encuentran; el tamaño de la muestra, contar con la participación de otras clínicas psiquiátricas nacionales que permitan generalizar los resultados, que los pacientes tengan un diagnóstico formal de enfermedad psiquiátrica, aplicar instrumentos de medición que permitan capturar otros aspectos relacionados al autoestigma como: calidad de vida, autoestima, sintomatología ansiosa o depresiva, ampliar el cuestionario relacionado a variables sociodemográficas para que incluya otras variables específicas no consideradas: por ejemplo; apoyo social y familiar, el carácter descriptiva de la misma que no permitió plantear modelos multivariados con hipótesis previas (modelos de regresión lineal, con varios predictores o modelos de ecuaciones estructurales), que permitan una mayor comprensión del fenómeno, y por último plantear intervenciones para tratar el autoestigma y la valoración de su efectividad.

## 7.- CONCLUSIONES

A manera de conclusión de la presente investigación se puede afirmar que se consiguieron los objetivos planteados: conocer el nivel de autoestigma percibido por pacientes de primera vez del hospital Fray Bernardino Álvarez, y datos sociodemográficos de los mismos, así como algunos datos relacionados a su motivo de consulta como: años de sintomatología, si habían recibido tratamiento, y de haberlo recibido por cuánto tiempo.

De los datos obtenidos y su contraste con la literatura nacional e internacional, se puede concluir lo siguiente:

1. Los usuarios de primera vez que solicitan servicio de consulta psiquiátrica sufren en su mayoría un nivel de autoestigma elevado.
2. La mitad de los participantes ha recibido tratamiento al momento de su primera valoración psiquiátrica, casi la totalidad de ellos viven con sus familiares y dos terceras partes no cuentan con un empleo, por lo que sus ingresos son bajos, siendo mayormente dependientes económicos.
3. Aunque la mitad de ellos ha recibido algún tratamiento, han regresado al servicio de consulta de primera vez de psiquiatría, lo que amerita una investigación más detallada respecto a los motivos de esta nueva búsqueda de ayuda.
4. La atención especializada desde el primer momento a pacientes de consulta psiquiátrica respecto al autoestigma es de suma importancia por el nivel detectado del mismo y por las consecuencias asociadas a él como el deterioro progresivo de su calidad de vida que sugiere la literatura.

5. Se deben de desarrollar investigaciones futuras en el tema que consideren las limitaciones ya antes mencionadas y con miras a una mejor atención de los solicitantes de servicio psiquiátrico.

## 8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedersen D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. 2009
2. Uribe MR, Mora OL, Córtes, RA. Voces del estigma Percepción del Estigma en pacientes y familiares con enfermedad mental. Universitas Médica. 2007; 48(3), 207-220.
3. Mascayano FT, Lips WC, Mena C, Manchego CS. Estigma hacia los trastornos mentales; características e intervenciones. Salud Mental. 2015; 38(1): 53-58.
4. Organización Mundial de la Salud. Programa mundial de acción en salud Mental. 2002
5. Organización Mundial de la Salud. Programa mundial de acción en salud Mental. 2004
6. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2008; 28: 43-83
7. Gofman E. Estigma. La identidad deteriorada, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
8. Mora-Rios J, Ortega-Ortega M, Natera G, Bautista – Aguilar N. Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. Acta Psiquiátr Psicol Am Lat. 2013; 59(3): 147-158

9. Martín NA. Trabajo final de Master – Univesitat Jaume. 2017
10. Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. 2006; 26: 49-59
11. Garay MA, Pousa VR, Pérez LC. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2014; 34 (123): 459-475
12. Corrigan PW, Watson A. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. Clinical Psychology: Science and Practice. 2002; 9(1):35-53
13. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine. 2010; 71: 2150-2161
14. Mora-Ríos J, Bautista-Aguilar N, Natera G, Pedersen D. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la ciudad de México. Salud Mental. 2013; 36: 9-18
15. Bruce GL, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annual Review of sociology. 2013; 27: 363-385
16. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsçh N. Examining a Progressive Model of Self-Stigma and its Impact on People with Serious Mental Illness. Psychiatry Res. 2011; 30: 339- 343
17. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. Anuario de psicología clínica y de la salud. 2011; 7: 41-50
18. Mora-Ríos J, Natera G, Bautista-Aguilar N, Ortega-Ortega M. Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las

representaciones sociales. En: Flores F (Coord.). Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género. México: CRIM-UNAM; 2013

19. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. 2007, 58: 875- 884.

20. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker P.H. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric Services 2008, 59: 1437-1442.

# 9.- ANEXOS

## Anexo 1

### a) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Estigma internalizado en pacientes de primera consulta en servicio de psiquiatría**

**Investigador principal:**

Siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki y de La ley General de Salud, en su Título Segundo con respecto a los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos y su CAPITULO I de “Disposiciones Comunes: Artículo 13 y 14” que indica: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21”:

- Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me ha invitado a participar en el proyecto de investigación, con el fin de estudiar mi percepción, en los cuestionarios de evaluación psicológica que se contestare.
1. Se me ha dicho, que la participación en la investigación no generara ningún tipo de costo económico o de otro tipo.
  2. Se me ha informado, que se me aplicaran 2 cuestionarios breves.
  3. Se me explicó, que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

4. Se me comunico, que el beneficio de mi participación en el estudio será conocer el nivel de estigma personalizado que tengo, y lo que este significa.
5. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a entender la percepción de las personas que acuden a consulta por primera vez.
6. Se me ha dicho que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
7. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida.
8. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.
9. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio.

---

Nombre y firma del paciente

---

Nombre y firma del  
Investigador responsable

---

Nombre y firma del Testigo 1

---

Nombre y firma del Testigo 2

## b) Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI)

J. Ritsher, Universidad de California, San Francisco. [ritsher@itsa.ucsf.edu](mailto:ritsher@itsa.ucsf.edu)

**Instrucciones:** la siguiente sección aborda ideas y creencias más específicas sobre las enfermedades mentales, de aquí en adelante, vamos a emplear el término de “enfermedad mental” pero, por favor, entiéndalo según sus propias palabras, es decir a partir de la definición que a usted le parezca más adecuada. A continuación, voy a leer una serie de frases, por favor indique cuál de las siguientes respuestas se acerca más a su propia opinión:

Estoy totalmente en desacuerdo (1), no estoy de acuerdo (2), si estoy de acuerdo (3), estoy totalmente de acuerdo (4).

No buscamos respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa saber su opinión. Es muy importante que conteste cada una de las preguntas. La información que usted nos proporcione es estrictamente confidencial.

	<b>Estoy totalmente en desacuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Estoy totalmente de acuerdo</b>
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental.				
2. La gente que padece enfermedades mentales tiende a ser violenta.				
3. La gente me hace menos porque tengo una enfermedad mental.				
4. Trato de no acercarme a la gente que no tiene una enfermedad mental para evitar ser rechazado.				
5. Me apena o me avergüenza tener una enfermedad mental				
6. La gente con enfermedades mentales no debería casarse.				
7. La gente con enfermedades mentales hace aportaciones importantes a la sociedad.				

	<b>Estoy totalmente en desacuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Estoy totalmente de acuerdo</b>
8. Me siento menos que la gente que no tiene enfermedades mentales.				
9. No tengo tanta vida social como antes, porque mi enfermedad mental puede hacerme ver mal o que me comporte de manera "extraña".				
10. La gente con enfermedades mentales no puede vivir una vida gratificante y plena				
11. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi enfermedad mental				
12. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen aislado del mundo "normal".				
13. Estar con personas que no padecen de alguna enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado				
14. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente tiene una enfermedad mental.				
15. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me tratan como un (a) niño (a), sólo por el hecho de tener una enfermedad mental.				
16. Me siento decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental.				
17. El tener una enfermedad mental ha arruinado mi vida.				

	<b>Estoy totalmente en desacuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Estoy totalmente de acuerdo</b>
18. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que tengo una enfermedad mental.				
19. Por mi enfermedad mental la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí.				
20. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos.				
21. La gente que no tiene una enfermedad mental simplemente no me entiende.				
22. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque tengo una enfermedad mental.				
23. No puedo aportarle nada a la sociedad por tener una enfermedad mental.				
24. Vivir con una enfermedad mental me ha fortalecido				
25. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque tengo una enfermedad mental.				
26. Por lo general, soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero				
27. Puedo tener una vida plena a pesar de mi enfermedad mental.				
28. Los demás (p.e. familia, amigos, maestros, otras personas cercanas) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental.				

	<b>Estoy totalmente en desacuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Estoy totalmente de acuerdo</b>
29. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los enfermos mentales se pueden aplicar a mí.				
30.-Merezco una mayor consideración de los demás por tener una enfermedad mental				
31.A partir de mi enfermedad mental, me siento más unido a mi familia				
32.-El tener una enfermedad mental no es un obstáculo para que tenga una relación de pareja				
33.-La mayor parte de mis problemas se resolverían si no tuviera una enfermedad mental				
34. Al tener una enfermedad mental hace que vea el futuro con mucha incertidumbre				

## **Cuestionario de datos sociodemográficos y de información general (CDSI)**

Agradecemos la ayuda que nos proporciona al contestar el siguiente cuestionario. A continuación, encontrará una sección de información general y posteriormente un breve cuestionario, ambos son de fácil y rápido llenado. Su información es confidencial y es solo para fines de investigación. Una vez más agradecemos su colaboración.

**Edad:** \_\_\_\_\_, **encierre, en un círculo si usted es:** hombre o mujer

**1.- Indique: ¿Cuál es su grado máximo de estudios?:**

- a) primaria    b) secundaria    c) bachillerato/carrera técnica    d) universitario  
e) posgrado

**2.- ¿Cuál es su situación laboral actual?**

- a) desempleado    b) empleado

**3.- ¿A cuánto ascendieron sus ingresos económicos personales el último año?**

- a) entre 100 y 2500    b) entre 2500 y 5000    c) entre 5000 y 7500    d) más de 7500

**4.- ¿Con quién vive?**

- a) solo    b) con familiares    c) con amigos    d) con otros

**5.- ¿Tiene algún diagnóstico de su enfermedad?**

- a) si, ¿Cuál es? \_\_\_\_\_    b) no

**6.- Escriba ¿Cuántos años tiene con los síntomas de su enfermedad?**

---

**7.- ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento?**

- a) Si    b) no

**8.- De haber recibido anteriormente un tratamiento, ¿por cuánto tiempo lo ha tomado?**

Escribe el número de años que lo has tomado: \_\_\_\_\_

**9.- ¿Qué tipo de tratamiento ha recibido, si es que ha recibido alguno?**

a) Medicamento    b) Psicológico    c) Medicamento y psicológico    d) Otro

**10.- ¿Ha venido al servicio de primera vez por su voluntad?**

a) si

b) no