



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G"  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**"RELACIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO Y LA  
ADAPTACIÓN SOCIAL EN PACIENTES  
PSIQUIÁTRICOS"**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA  
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**P R E S E N T A**

**DR. HÉCTOR MANUEL PAREDES MÁRQUEZ**

Asesor:

M. en C. Felipe Martín Vázquez Estupiñán



México, D. F.

Febrero 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI  
R-2012-3601-28

TÍTULO:

“RELACIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO Y LA ADAPTACIÓN SOCIAL EN  
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS”

TESIS QUE PRESENTA

DR. HÉCTOR MANUEL PAREDES MÁRQUEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

ASESOR: MARTIN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

---

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2013



DRA. DIANA G. MENEZ DÍAZ  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3601  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO  
XXI, D.F. SUR

FECHA 04/05/2012

**MTRO. MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Relación del Estigma Internalizado y la Adaptación Social en Pacientes Psiquiátricos**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-3601-28

ATENTAMENTE

  
**DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3601

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**Agradecimientos:**

**Gracias a Graciela, el amor de vida. Quien siempre estuvo a mi lado con una sonrisa o un beso sin importar la situación. Junto a ti encontré la plenitud y felicidad que hacen de cada día un grato regalo, ya sea en el mañana a la distancia pensando en ti o en las tardes junto a Campanita. Siempre te llevó en mi corazón**

**Quiero agradecer a mis papás, a quienes quiero mucho. A mi madre quien en la altas y bajas siempre me ha apoyado, a quien le debo lo que soy y siempre guiándome hacia adelante. A mi padre quien ha hecho muchos esfuerzos para brindarme las oportunidades que me han llevado a crecer en lo personal y profesional.**

**Gracias Mamené, siempre estarás en mi corazón y sé que me cuidas como lo has hecho desde que tengo memoria. Todos los días pienso en ti, y cada paso que doy lo hago por ti. Gracias Pili por estar conmigo, brindarme tu apoyo y consentirme. Te quiero mucho. Gracias a mi hermano Didier quien a pesar de todo sé que siempre contaré con tu apoyo.**

**Gracias a mis compañeros Lorena, Jorge y Claudia con quienes he compartido estos cuatro años. En especial a Marta quien me ha brindado su amistad y con quien he compartido muchas horas cargadas de risas.**

**Gracias al Dr Vázquez por el aguante de estos cuatro años, por su paciencia y por mostrar el camino. También a la Dra Castillejos, Dra Morales, Dr Gil, Dr Anaya, Dr Jaramillo, Dr Camarena, Dra Ríos, Dr Gómez, Dra Hinojosa, Dra Cuenca, Dr Calero, Dr Castillo y a todos los médicos que contribuyeron en mi formación les agradezco por su apoyo y espero les vaya bien.**

**Gracias a todos aquellos quienes formaron de mi vida en estos cuatro años.**

**Hasta donde llegaré....**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>HOJA DE DATOS</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	11
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	23
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	24
<b>OBJETIVOS</b>	
OBJETIVO GENERAL .....	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>HIPÓTESIS</b> .....	24
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
TIPO DE ESTUDIO.....	25
POBLACIÓN DE ESTUDIO. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	25
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	26
LOGÍSTICA DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS .....	27
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	27
ANÁLISIS DE DATOS .....	28
<b>IMPLICACIONES ÉTICAS</b> .....	29
<b>ORGANIZACIÓN</b>	
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO.....	30
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	30
<b>RESULTADOS</b> .....	31
<b>DISCUSIÓN</b> .....	38
<b>CONCLUSIONES</b> .....	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	42
<b>ANEXOS</b> .....	45

## **Resumen:**

**Antecedentes:** Actualmente los trastornos psiquiátricos son una de las condiciones más estigmatizantes dentro de la sociedad generando la formulación de etiquetas, prejuicios y conductas discriminatorias. El estigma internalizado se refiere a la manera en la que el individuo siente y vive su condición, siendo importante conocer para disminuir los aspectos negativos que el paciente puede generar sobre su padecimiento. Es crucial estudiar para brindar un abordaje más integral y completo que permite mejorar la relación médico-paciente y favorecer el manejo y la rehabilitación del paciente psiquiátrico. **Objetivo:** Determinar la relación entre el estigma internalizado y la adaptación social en los pacientes psiquiátricos, además de comparar al diagnóstico psiquiátrico y al internamiento psiquiátrico con el estigma internalizado. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en pacientes de la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital de Especialidades CMN SXXI. Se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, además de las escalas auto-aplicables de Adaptación Social y de Estigma Internalizado de King y cols. Se realizó un análisis univariado y bivariado en el paquete estadístico SPSS 20. **Resultados:** Se estudiaron a 80 pacientes psiquiátricos los cuales obtuvieron en la escala de adaptación social una media de 33.45 y en la de estigma internalizado una media de 25.09, al realizar la correlación mediante el coeficiente de Spearman se obtuvo un valor  $-0.375$  ( $p=0.001$ ). Se obtuvo que los grupos de esquizofrenia (33.00), consumo de sustancias (30.62) y trastorno bipolar (29.71) obtuvieron mayores niveles de estigma internalizado que los grupos de trastorno de ansiedad (24.28) y trastorno depresivo unipolar (22.82). Y en el caso de los pacientes con antecedente de internamiento psiquiátrico (28.61) obtuvieron un mayor nivel de estigma internalizado que aquellos que no contaban con el antecedente del internamiento psiquiátrico (24.06). **Discusión:** El estigma internalizado presenta una correlación de tipo negativa con respecto a la adaptación social, por lo que al incrementar el estigma internalizado disminuye la adaptación del individuo. El diagnóstico psiquiátrico y el internamiento psiquiátrico son dos factores que influyen en la formación del estigma internalizado del paciente psiquiátrico. **Conclusiones:** En la actualidad uno de los principales problemas dentro de la rehabilitación del paciente psiquiátrico es el estigma internalizado, el cual ha sido poco estudiado. Por lo que es necesario conocer para la formulación de mejores intervenciones terapéuticas y de rehabilitación con el fin de disminuir los costos y las complicaciones que implica el trastorno psiquiátrico tanto para el paciente, como para quienes le rodean y para el resto de la sociedad.

1. DATOS DEL ALUMNO

Paredes

Márquez

Héctor Manuel

53-94-04-48

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Médico Cirujano

300546981

2. DATOS DEL ASESOR/ ES

Vázquez

Estupiñán

Martín Felipe

3. DATOS DE LA TESIS

Relación del Estigma Internalizado y la Adaptación Social en Pacientes Psiquiátricos

51 pág.

2013

## **Introducción.**

Las enfermedades mentales son uno de los principales problemas de salud mental en la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que nuestro país junto a América Latina se enfrentan a una pandemia de trastornos psiquiátricos (Caldas de Almeida 2005).

En nuestro país la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2003 señala que una de cada cinco personas presenta al menos un trastorno mental en su vida. En el caso de las mujeres los trastornos psiquiátricos mas frecuentes son las fobias específicas (7.1%), trastornos de la conducta (6.1%), dependencia al alcohol (5.9%), fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Mientras que en los hombres los principales diagnósticos fueron la dependencia al alcohol (6.7%), los trastornos de conducta (5.8%) y el abuso de alcohol sin dependencia (4.9%) (Medina-Mora y cols 2003)

Carecer de salud mental, además de representar problemas físicos y emocionales, conlleva costos económicos y en la calidad de vida, incrementa la probabilidad de vivir años con discapacidad, afectando a la productividad e incluso puede ser factor de muerte prematura (Benassini 2001). Entonces los costos directos e indirectos que representan los trastornos psiquiátricos son altos y generalmente se prolongan por largos períodos de tiempo generando un panorama desolador para el paciente y para aquellos que le rodean (Caldas de Almeida 2005).

En la actualidad tanto el estigma social como el internalizado dificultan la adecuada atención y rehabilitación del paciente, favoreciendo la creación de estereotipos, prejuicios y conductas de tipo discriminatorias que incrementan la presencia de efectos negativos en el paciente como son el rechazo y el aislamiento; limitando el acceso, la calidad y la cobertura de una atención adecuada y oportuna (Sartorius 2002). Se ha descrito que entre el 44 y el 77% de las personas con depresión, esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias no recibían atención psiquiátrica (López y cols 2008).

En los últimos años se ha tratado de concientizar a la población acerca de los trastornos mentales por medio de la educación y la abogacía, con el propósito de elevar el respeto hacia los pacientes mentales y reducir el estigma del que son víctimas (Sartorius 2002). En la última década se han realizado intervenciones con el fin de disminuir el estigma que envuelve a los trastornos psiquiátricos, ejemplo de esto son las acciones realizadas por la OMS como la declaración del año 2001 como el Año de la Salud Mental y la creación del Programa Mundial de Acción en Salud Mental en el año 2002 (Caldas de Almeida 2005).

A pesar de las acciones emprendidas, los trastornos psiquiátricos siguen siendo una de las condiciones que generan más estigma e incrementando el sufrimiento de quien la padece (Sartorius 2002). Siendo importante conocer al estigma internalizado debido a que nos brinda una visión mas general e integral sobre el paciente, conocer sus pensamientos, opiniones y miedos sobre su padecimiento para brindar una mejor atención terapéutica y de rehabilitación que influyan de manera positiva en la adaptación social del individuo (Restrepo y cols 2007).

## **Marco Teórico**

La palabra estigma proviene del latín *stigma*, que a su vez deriva del griego *στιγμα* (Flores y cols 2011). En un inicio 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, inusual o ilícita, con la finalidad que la sociedad logrará identificar y separar a estas personas mediante el rechazo o el aislamiento (González 2009).

En la actualidad la palabra estigma posee distintos significados que van a depender del área de estudio. De esta manera en la medicina la empleamos para referirnos a aquella lesión orgánica que indica una enfermedad constitucional o hereditaria, mientras que en la sociología se refiere a la condición, atributo, rasgo o comportamiento que genera una respuesta negativa en los demás y sea visto como inaceptable o inferior (Abdullah, Brown 2011).

### **Definiciones Generales sobre el Estigma.**

En los últimos años diversos autores han brindado definiciones sobre la palabra estigma con la finalidad de otorgar un significado más amplio y abarcar múltiples aspectos (físico, psicológico, conductual, social) dentro de la definición (Gray 2002). Uno de los primeros intentos fue el realizado por Goffman en la década de los sesenta quien elaboró la primera formulación social y conductual sobre el estigma. Definiendo al estigma como una atribución que desacredita a la persona, por lo que la sociedad se aparta de ella (Kurzban, Leary 2001). Menciona que dicha actitud se debe a que le impone características que generan que el individuo sea visto como alguien "infectado" (Gray 2002).

Jones y cols emplean el término "marca" en lugar de la palabra estigma para referirse a los rasgos que resultan indeseables para la sociedad, fomentando que el individuo sea visto como alguien indeseable, contaminado o inútil (Kurzban, Leary 2001). Enfatizan la relación que juegan las "marcas" con las connotaciones negativas que posee la sociedad, dando origen al proceso de estigmatización (Link, Phelan 1999).

Crocker y cols abordan la relación entre el estigma y la sociedad, poniendo énfasis en el contexto cultural como elemento importante. Mencionan que las atribuciones negativas en la persona estigmatizada van a variar de una cultura a otra, ya que pueden ser aceptados por unos y rechazados por otros (Kurzban, Leary 2001).

Link y Phelan nos ofrecen una visión más amplia, definiendo al estigma como el resultado de la relación de seis principales componentes (Link, Phelan 2001), siendo estos:

- 1- Etiqueta: Se define como la distinción que realizan las personas sobre ciertas características que le resultan diferentes. Por ejemplo si una persona presenta alucinaciones de tipo auditivo, aquel que lo observe presentando el fenómeno le va a colocar la etiqueta de paciente psiquiátrico.
- 2- Estereotipo: Se define como la conexión entre las etiquetas y las características negativas. Por ejemplo los pacientes psiquiátricos son vistos por la mayor parte de la sociedad como personas peligrosas e impredecibles.
- 3- Separación Cognitiva: Se define como la separación y el rechazo de la sociedad hacia el enfermo psiquiátrico, debido a que es visto como desviado. Por ejemplo las personas que piensan que los pacientes psiquiátricos deberían vivir confinadas en asilos o hospitales psiquiátricos donde sólo puedan convivir entre ellos.
- 4- Reacción Emocional: Se define como la respuesta emocional ante el estigma, tanto de la persona estigmatizada como de quien estigmatiza. Por ejemplo el paciente psiquiátrico puede sentir vergüenza de su padecimiento mientras que la sociedad puede sentir miedo ante el padecimiento psiquiátrico.
- 5- Discriminación: Se define como el menosprecio y la negación de oportunidades al enfermo mental. Por ejemplo cuando una persona que padece un trastorno psiquiátrico solicita un empleo y se le niega la oportunidad debido a su enfermedad.
- 6- Daño: Se define como la respuesta de la sociedad ante el estigma, la cual va ligada a la reacción emocional. Por ejemplo aquellos individuos que desean que todos los pacientes psiquiátricos deberían estar encarcelados debido a que son peligrosos y pueden dañar a otros.

Estas definiciones nos ayudan a entender que el estigma no solo es una marca, atributo o estereotipo sino que incluye cuestiones afectivas, cognitivas y conductuales para el individuo (Link, Phelan 2001). Abordar al estigma de manera general, más allá de ser un problema individual tomando en cuenta los contextos social, económico, cultural y político, motivo por el que algunos autores han tratado de brindar una visión más amplia sobre el estigma creando modelos de tipo dimensional.

## Modelos Dimensionales del Estigma.

En la actualidad contamos con dos principales modelos dimensionales del estigma:

- A) Modelo Dimensional de Goffman: Divide a las características estigmatizantes en tres dimensiones, las cuales son las deformidades físicas, los defectos del carácter y los defectos familiares (Rusch y cols 2005). En base a las cualidades de las características, se evaluará y se determinará la calidad del estigma en dos principales variantes: Desacreditante y Desacreditable. La primera es una condición obvia para los demás, generando al estigma social. La segunda no es una condición obvia para los demás, generando al estigma internalizado.
  
- B) Modelo Multidimensional de Jones: Propone la existencia de seis dimensiones que describen a las características y condiciones del estigma (Gray 2002). Estas dimensiones son:
  - 1- Conceptualización: Se refiere a que tan detectable son las características para otros, esto va a depender de su naturaleza. Por ejemplo un paciente depresivo puede pasar más de manera inadvertida que un paciente psicótico.
  - 2- Curso: Se refiere a que si la característica es reversible o perdura a lo largo del tiempo. Por ejemplo aquellos pacientes con condiciones irreversibles como el Retraso Mental generan actitudes más negativas que los pacientes con condiciones transitorias como la Depresión Mayor.
  - 3- Problemática: Se refiere a que tan dañina u obstructiva resulta la característica para las relaciones interpersonales. Por ejemplo la interacción con un paciente esquizofrénico se dificulta por el miedo que generan en los demás, a diferencia de un paciente ansioso que suele ser mas acogido por la sociedad
  - 4- Estética: Se refiere a las constantes preocupaciones que producen las características, lo que favorece reacciones de disgusto. Por ejemplo los individuos que piensan que al convivir con personas esquizofrénicas favorece que se tornen agresivos, por lo que deciden evitar y alejarse de esta población.
  - 5- Origen: Se refiere a determinar cual fue la causa que originó la aparición de la característica. Por ejemplo una persona va a sentir un mayor sentimiento de culpa y enojo al informarse que la causa del padecimiento mental de su hijo es de origen genético.

- 6- Peligro: Se refiere al sentimiento de miedo que genera una característica en los otros. Por ejemplo el encontrarnos frente a un paciente en abstinencia alcohólica va a generar mayor miedo y sentimientos de vulnerabilidad, que el estar frente a un paciente depresivo.

Estos modelos nos ayudan a determinar que no todas las características estigmatizantes van a generar las mismas respuestas en el individuo y en la sociedad. Esto va a depender de diversos elementos como la naturaleza, la circunstancia particular y el contexto socio-cultural; el tipo de reacciones se pueden observar en base a los elementos que participan dentro del estigma.

### **Elementos del Estigma.**

Dentro del estigma encontramos tres principales elementos que abarcan los aspectos cognitivo, afectivo y conductual (Cuadro 1):

**Cuadro 1: Elementos del Estigma**

Elemento	Aspecto	Definición
Estereotipo	Cognitivo	Representación cognitiva que describe a un individuo por poseer características que resultan inadecuadas o exageradas.
Prejuicio	Afectivo	Reacción emocional negativa hacia la persona estigmatizada.
Discriminación	Conductual	Conducta negativa dirigida hacia la persona estigmatizada.

Para Link y Phelan la co-ocurrencia de estos tres elementos forman al estigma, mencionan que su función primordial es la explotación y la dominación (mantener a las personas en un bajo perfil), la evitación de la enfermedad (aislar a las personas) y el reforzamiento de las normas (mantener sujetas a las personas) (Link, Phelan 2001).

Thornicroft asocia estos elementos de la siguiente manera: los problemas de conocimiento con los estereotipos, los problemas de actitud con los prejuicios y los problemas de conducta con la discriminación (Brohan y cols 2010).

Este modelo lo podemos ejemplificar de la siguiente manera: se trata de una persona que presenta un cuadro afectivo de tipo depresivo, esta situación es detectada por su jefe quien comienza a pensar “este está loco” (etiqueta). Por lo que comienza a tener dudas sobre su capacidad para rendir en el trabajo ya que “quien sufre de los nervios es una persona incompetente, perjudica el rendimiento de la oficina porque no trabaja” (prejuicio), debido a ello decide finalizar el contrato de trabajo para buscar a alguien quien se encuentre en

sus cinco sentidos (discriminación). Como veremos más adelante los elementos del estigma se pueden aplicar en los distintos tipos de estigma.

### **Tipos de Estigma.**

Se han señalado 2 principales tipos de estigma:

- a) **Estigma Social:** En el caso de los trastornos psiquiátricos se refiere a la reacción que posee la sociedad con respecto al paciente psiquiátrico (Fresán y cols 2010). El estigma social suele acompañarse de respuestas negativas, devaluadoras y negativas en contra del paciente. Dificultando su participación en la sociedad, fomentando el aislamiento y la desconfianza que favorecen la presencia de complicaciones del trastorno (Brown 2002).

Este tipo de estigma no sólo afecta al enfermo sino a toda la familia, atacando primordialmente en el estatus social de todos los miembros (Corrigan y cols 2001). En el caso de los padres del paciente pueden ser acusados por el resto de la sociedad de ser los responsables del trastorno de su hijo. La pareja del paciente puede ser señalada por descuidar y no brindar las atenciones de manera oportuna, motivo por el cual se ha favorecido un deterioro progresivo que incapacita su rehabilitación con la sociedad. En el caso de los hijos del paciente pueden ser víctimas de múltiples burlas, y ser señalados por sus compañeros o vecinos por la condición de su padre (Brown 2002).

En el estigma social podemos aplicar los tres elementos del estigma que ya comentamos, estos poseen una relación causal. En el caso de los pacientes psiquiátricos encontramos características (alucinaciones, ánimo triste), pérdida de habilidades sociales (aislamiento, disminución rendimiento laboral) y apariencia física poco usual (desaliño, ropas llamativas) que nos indican que el individuo tiene una enfermedad mental, llevando a las personas que comiencen a formular estereotipos en base a lo que ha aprendido de la sociedad. Esto origina la formulación de prejuicios, los cuales se caracterizan por ser falsos, negativos, descalificadores y despectivos con los pacientes, a partir de esto surgen las conductas de tipo discriminatoria en contra del paciente incrementando de esta manera los aspectos negativos que envuelven al paciente psiquiátrico.

- b) **Estigma Internalizado:** En los trastornos psiquiátricos se emplea para describir la manera en que el individuo vive y se siente en base al estigma social (Dinos y cols 2004). Suele describirse como la internalización de la vergüenza, la desesperanza, la culpa y el miedo a la discriminación generada por los etiquetas, estereotipos, prejuicios que conlleva el trastorno psiquiátrico (Flores y cols 2011).

En el estigma internalizado el individuo puede experimentar reacciones emocionales que exacerbaban su cuadro, influye en la interacción con otros debido a la reducción en la seguridad en si mismo, y se evitan las relaciones con el fin de auto-protegerse (García 2002). Corrigan comenta que el estigma internalizado suele conducir a pensamientos de tipo automático y a reacciones emocionales negativas (vergüenza, miedo, baja autoestima, disminución en la confianza) facilitando respuestas de tipo negativo que complican al padecimiento psiquiátrico (Corrigan, Watson 2002).

La persona suele responder en base a la sociedad a la que corresponde, encontrando en la mayoría de las ocasiones soluciones que le resultan fáciles, como alejarse de los demás con el objetivo de evitar problemas o generar daño hacia su persona y los demás (Livingston, Boyd 2010). Los pacientes suelen guardar en secreto su padecimiento, niegan el acudir a recibir atención especializada o al consumo de medicamentos que favorecen la etiquetación de su persona (López y cols 2008).

En el estigma internalizado podemos relacionar los tres principales elementos del estigma, que poseen una relación causal. Se ha observado que la aplicación es similar al encontrado en el estigma social. En este caso se inicia cuando el individuo se da cuenta de algunas características que para la sociedad son catalogadas como negativas, comenzando a sentir miedo y vergüenza acerca de su condición (auto-estereotipo). Esta reacción emocional se acompaña de reacciones emocionales de tipo negativa, siendo una de las principales la baja autoestima (auto-prejuicio). De esta manera se influye en las respuestas que tenga el individuo, encontrando soluciones como el aislamiento, la evitación o la conclusión de relaciones, limitando de esta manera sus oportunidades y rezagándose de los demás (auto-discriminación).

### **Consecuencias del Estigma en el Paciente Psiquiátrico.**

Los pacientes psiquiátricos históricamente han sido estigmatizados debido a la presencia de características indeseables (Corrigan y cols 2002). Para la sociedad los trastornos psiquiátricos constituyen una de las condiciones más estigmatizadas junto con la prostitución, la drogadicción y la criminalidad (Acuña, Bolis 2005); debido a la amenaza que representan hacia la integridad de la sociedad lo que le ha atribuido etiquetas y estereotipos de carácter negativo, con el objetivo de contener dicho peligro que representan (Benassini 2001). Esto influye tanto en quien estigmatiza como en el estigmatizado; en el primero este proceso acontece de manera automática e inconsciente debido a que dichos pensamientos y reacciones son las que ha aprendido de la sociedad, mientras que en la persona estigmatizada suele presentar miedo cuando

se percata de la presencia de características que la sociedad considera como amenazantes (Corrigan, Markowitz, Watson 2004).

En base a este precepto Major y O'Brien proponen el modelo de la amenaza de la identidad, donde la evaluación va a basarse de las representaciones colectivas, las señales situacionales y las características de la sociedad. Posterior a dicha evaluación, se determinan las conductas que realizarán tanto el individuo y la sociedad obteniendo ya sea un resultado positivo o negativo (Cormack, Furnham 1998).

Link y cols mencionan que la sociedad internaliza conceptos sobre los trastornos psiquiátricos los cuales poseen dos cualidades principales como son la devaluación y la discriminación, a lo que el individuo responderá de tres maneras principales: escondiéndose, alejándose o tratando de educar al resto sobre el padecimiento, prevaleciendo en la mayoría de las ocasiones las dos primeras opciones (Link y cols 2004). Corrigan menciona que existen dos tipos principales de discriminación estructural hacia los pacientes mentales. La primera siendo la de tipo institucional intencional que ocurre cuando la política de una institución de manera intencionada restringe los derechos de las personas con enfermedad mental acompañado de una disminución en las oportunidades para dicho grupo. El segundo tipo es cuando la política limita los derechos de manera no intencionada (Corrigan y cols 2011).

El estigma no solo impacta de manera negativa al estatus social del individuo, sino también afecta a su condición física y psicológica. El proceso de estigmatización en el paciente psiquiátrico supone un conjunto de pasos sucesivos (Angermeyer, Matschinger 1996):

- a) La distinción, etiquetación e identificación de una determinada diferencia o marca.
- b) La asociación del paciente mental con características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes.
- c) La consideración como un grupo diferente y aparte ("ellos" frente a "nosotros").
- d) La repercusión emocional de la población en general (miedo, ansiedad, enojo, compasión) y en el paciente psiquiátrico (miedo, ansiedad, vergüenza), la cual de manera frecuente se menosprecia pero es de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta.
- e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente al paciente psiquiátrico, lo que da lugar a resultados desfavorables en diversas áreas.

En el caso de los trastornos psiquiátricos es importante valorar de que manera y en que medida se ve afectado el individuo por este proceso, conocer el cómo, cuánto y por qué nuestra sociedad estigmatiza a los

enfermos psiquiátricos (Keusch y cols 2006). Los trastornos psiquiátricos aunque son un fenómeno unitario, presentan cierta diversidad; por ejemplo las actitudes sociales hacia un paciente esquizofrénico no son exactamente las mismas que las observadas en un depresivo, debido a que condiciones más graves generan un mayor número de respuestas negativas. Algunas características van a influenciar en la extensión del rechazo social, en general al paciente psiquiátrico se le ve como constitucionalmente débil, peligroso, impredecible y responsable de su propia situación (King y cols 2007). Una historia de internamiento genera un mayor número de estigmas y rechazos que el de paciente con tratamiento ambulatorio, otros factores que influyen van a ser el tipo de diagnóstico, la duración, el tratamiento y la funcionalidad del individuo. El paciente psiquiátrico suele ser víctima de la devaluación y el rechazo, ya sea a nivel individual como el ser despedido de su empleo, la negación de servicios o el desalojo de sus hogares, o a nivel familiar como la pérdida del estatus social (Mak y cols 2007).

El estigma es una barrera para el tratamiento efectivo del enfermo mental, generando evitación de los servicios médicos y mal apego terapéutico. Kessler y cols encontraron que aproximadamente un 40% de los pacientes mentales en los Estados Unidos no recibían tratamiento alguno (Mak y cols 2007). Alvidrez y cols hallaron que el 32% de los pacientes mentales reconocían que padecían un trastorno, pero que no accedían a la búsqueda de servicios a causa del estigma (López y cols 2007).

### **Papel del Estigma Internalizado en el Enfermo Mental:**

La mayoría parte del estudio acerca del estigma y los trastornos psiquiátricos se ha centrado en las actitudes y valores que la población en general tiene con respecto a la enfermedad psiquiátrica. Para su evaluación se han empleado diferentes métodos tales como encuestas, viñetas o cuestionarios, dejando a un lado la experiencia del individuo sobre su padecimiento (Penn, Martin 1998).

En la actualidad son pocos los estudios que han tratado de investigar las reacciones del individuo hacia su enfermedad. Se ha encontrado que los pacientes muestran actitudes similares a las de la población general asumiendo estereotipos negativos en su contra que se caracterizan por considerarse peligrosos, inestables, incurables e incapaces de manejarse (Risher y cols 2003).

Sirey y cols encontraron que los pacientes que tenían un mayor estigma internalizado presentaban un peor apego terapéutico (Abdullah y cols 2011). Goffman reporta que los pacientes con enfermedad mental se sienten inseguros ante la idea de como los identifican o reciben el resto de la población, generando que algunos se vuelvan más auto-conscientes y calculadores sobre la impresión que dejan (Flores y cols 2011). El

estigma internalizado se acompaña de disminución de la autoestima y sentimientos negativos que favorecen el aislamiento y evitan la solicitud de ayuda, estos constituyen un factor estresor que incrementa el riesgo de recaídas y la presencia de complicaciones (ej. Suicidio) (Brohan y cols 2010).

Como observamos no todos los pacientes psiquiátricos suelen reaccionar interiorizando las actitudes prevalentes, ya que algunos pueden reaccionar presentando indiferencia. Esta reacción va a depender del análisis que la persona realice sobre su situación en función de elementos personales, el contexto social, el apoyo social e institucional con los que cuenta, y la identificación que tenga la persona con la sociedad (Livingston, Boyd 2010). Corrigan y cols en base a estos elementos proponen un modelo que trata de explicar las diferentes reacciones de los pacientes ante la enfermedad mental. Ellos proponen que aquellos pacientes que no se identifican con la sociedad presentan indiferencia ante su situación, mientras aquellos que si pueden tener dos principales respuestas. Aquellos pacientes que no tienen una percepción sobre la legitimidad de su padecimiento van a responder con enojo, mientras quienes si lo perciben presentan baja autoestima (Corrigan y cols 2002). A continuación se ilustra la propuesta de Corrigan y cols.

Dinos y cols. entrevistaron a 46 pacientes con distintos trastornos psiquiátricos, sobre su vivencia y experiencia con la enfermedad. Encontrando que en todos los pacientes su padecimiento significa una seria preocupación presentando distintas maneras de sentir y expresar dependiendo del diagnóstico, tratamiento y situación social; aquellos que presentaban abuso de sustancias reportaron mas sentimientos y actitudes estigmatizantes en su contra que el resto de los pacientes; mientras que los pacientes con cuadros depresivo y trastornos de la personalidad refirieron más actitudes paternalistas y sentimientos de estigma a pesar de no haber sido víctimas de discriminación (Dinos y cols 2004).

### **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. 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 mas eficaz y brinde mejores resultados (Yang y cols 2007).

En la actualidad la mayoría de las escalas para el estigma son diseñadas para medir las actitudes del público en general o valorar experiencias pasadas de estigmatización y discriminación (Risher y cols 2003), contamos con pocas escalas diseñadas para medir la experiencia y sobre todo la presencia de estigma internalizado en el paciente psiquiátrico, algunos ejemplos de estas son la Link's Stigma Withdrawal Scale, la Mental Health

Consumer's Experience of Stigma o la Internalized Stigma of Mental Illness Scale; pero el problema de dichas escalas es que solo han sido realizadas y aplicadas en países anglosajones (King y cols 2007).

La Escala de Estigma Internalizado realizada por King y cols en la Gran Bretaña en el año de 2004 es una encuesta auto-aplicable que consiste en 28 reactivos que se dividen en tres sub-escalas principales: 2 que involucran aspectos de tipo negativo (discriminación y divulgación) y una tercera que abarca los aspectos positivos del enfermo mental hacia su padecimiento (King y cols 2007). Esta escala fue traducida, adaptada y validada en nuestro país en el año del 2011 por el grupo de Reynoso, Medina y Robles, la versión se caracterizó por presentar una adecuada consistencia interna presentando en todas sus sub-escalas una alfa Cronbach mayores a 0.60. En la evaluación unidimensional del constructo resulto altamente confiable con un coeficiente de 0.87 (Flores y cols 2011).

### **Estrategias para combatir al estigma en la enfermedad mental:**

En países como Alemania o los Estados Unidos, en los últimos años se han realizado programas que intentan romper con los estigmas que envuelven a los trastornos psiquiátricos, teniendo como objetivo mejorar el estilo de vida de aquellos que la padecen (Brown 2002). Un ejemplo de estos programas es la Alianza Nacional del Enfermo Mental en los Estados Unidos, el cual es un grupo de pacientes psiquiátricos y sus familiares (denominados caza-estigmas) los cuales han ido educando al resto de la población con el fin de disminuir los estigmas, tratando de cambiar aspectos negativos por positivos, ampliar el conocimiento y la visión de la población en cuestión de los trastornos psiquiátricos (Keusch y cols 2006).

En Alemania existen varias asociaciones anti-estigma, siendo las 2 principales: BASTA y Madly Human (Rusch y cols 2005). La primera es una alianza en pro de los pacientes psiquiátricos, quienes realizan diversas acciones como campañas de protesta mediante vía electrónica, programas de educación en escuelas y academias de policías con la participación activa de médicos y personal de salud involucrado, la educación a través de diversos medios de comunicación (radio, medio impreso) y la exhibición de obras de arte realizadas por enfermos mentales. La segunda es una organización que realiza actividades educativas que combaten al estigma a lo largo del país bávaro, entre las actividades se encuentra el proyecto escolar "Crazy? So what!", que consiste en enseñar a jóvenes de secundaria y preparatoria sobre que son, en que consisten y cuales son los principales trastornos psiquiátricos.

Uno de los primeros intentos por combatir el estigma fue el que realizó la Asociación Mundial de Psiquiatría en el año de 1996, creando un programa internacional para luchar contra el estigma y la discriminación del

paciente con esquizofrenia (López y cols 2008). Ellos eligieron esta enfermedad debido a que es una condición grave cuyos síntomas para la mayoría de las personas son considerados sinónimos de enfermedad mental, la cronicidad de la misma y la dificultad para la rehabilitación debido al estigma del que son víctimas. Los propósitos de este programa eran hacer conciencia y brindar un mayor conocimiento acerca de la naturaleza de la esquizofrenia y sus opciones terapéuticas con el fin de mejorar la actitud de la población en general hacia los esquizofrénicos evitando el prejuicio y la discriminación.

En la actualidad las 2 principales herramientas con las que cuentan los programas para combatir al estigma de la enfermedad mental (Restrepo y cols 2007), estas son:

- a) Educación: Se trata de disminuir el estigma proporcionando información a través de diferentes medios como son los libros, los videos o los programas estructurados breves de enseñanza. Los cursos educacionales breves han mostrado buenos resultados ya que disminuyen las actitudes y pensamientos estigmatizantes en diversos tipos de población (oficiales de policía, trabajadores industriales, empleados de gobierno, estudiantes). A pesar de esto no se ha evaluado los cambios que generan dichos programas en la población, debido a que los tamaños de muestra son limitados o los programas tienden a ser más efectivos en aquellas personas que han tenido contacto previamente con enfermos mentales (López y cols 2008).

Es importante tomar en cuenta el contenido de los programas de educación, por ejemplo en la psiquiatría occidental actualmente predomina la postura neurobiológica, haciendo hincapié en las causas biológicas de la enfermedad dentro de los programas educativos con el fin de ver al padecimiento como una entidad bioquímica reduciendo la vergüenza y la burla (Caldas de Almeida 2005). Pero también el realizar un enfoque biológico puede ser contraproducente, debido a que algunas personas pueden ver al enfermo mental como alguien de "otra especie". Un estudio reciente realizado en Alemania y Rusia se entrevistaron a 7000 personas, encontrando que la enseñanza sobre el origen biológico de la esquizofrenia generó un mayor deseo de evitación de dichos pacientes (López y cols 2008). Por lo que es necesario que al abordar los programas educativos se debe tomar en cuenta los aspectos biológicos y sociales de la enfermedad para brindar un mejor resultado, no enfocarse sólo en uno de los elementos.

La educación no solo es para la población no afectada, sino que se puede emplear para los enfermos mentales brindando cursos y pláticas sobre su padecimiento. Porque como observamos anteriormente la mayoría de los pacientes presentan estereotipos aprendidos en la sociedad que

conlleven una connotación de tipo negativa, por lo que el aprender sobre su padecimiento favorece una búsqueda oportuna, un mejor apego terapéutico y una mejor reacción frente a su enfermedad, pero lo más importante es hacer que el individuo acepte su condición (Acuña, Bolis 2005).

- b) Contacto: El contacto con los enfermos mentales puede ayudar a aumentar los efectos de la educación 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 (Keusel y cols 2006). En estudiantes de nivel secundaria que han recibido la intervención integral (educación y contacto) sobre las enfermedades mentales, muestran mejores resultados que sólo recibir educación demostrando que el contacto es la parte más eficaz de la intervención.

Existen algunos factores que crean una ventaja ambiental para el contacto interpersonal y la reducción del estigma, esto incluye la igualdad de condiciones, la interacción cooperativa y el apoyo de las instituciones (Brown 2002). Por ejemplo un programa escolar puede tener más éxito si encuentra apoyo por parte del director y si permite la interacción entre los estudiantes con los pacientes, que si solamente se pone al estudiante a recibir una plática sobre la enfermedad mental en un auditorio.

El contacto parece ser efectivo al cambiar los elementos del estigma, por ejemplo una persona después de convivir con el paciente mental reemplaza los estereotipos negativos (peligroso, incompetente) por pensamientos de tipo positivo, y en consecuencia ya no se observaran los prejuicios y la conducta discriminatoria (Brown 2002). El efecto del cambio también va a depender del paciente mental con el que estemos en contacto. Ya que si estamos en contacto con personas que no encajan con los estereotipos que tenemos sobre determinada enfermedad, puede favorecer la distinción entre “nosotros” y “ellos”.

Como hemos observado la mejor estrategia para combatir al estigma es la combinación de la educación y el contacto con el paciente. Esta debe ser específica para cada grupo al que se trata de intervenir, por ejemplo: aquellas personas que solicitan empleados, puede ser benéfico conocer más acerca de las enfermedades mentales y dejar durante un período de prueba a una persona que padezca un trastorno psiquiátrico, esto con el fin de romper con prejuicios y etiquetas. Teniendo como principal objetivo disminuir los pensamientos negativos y no caer en tecnicismo sobre los trastornos psiquiátricos (Restrepo y cols 2007).

## **Justificación.**

En la actualidad los trastornos psiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vívidos con discapacidad, además de favorecer el incremento de aspectos negativos para la sociedad como son la pobreza, la violencia, y el abuso de sustancias.

El conocimiento del estigma internalizado en los pacientes psiquiátricos nos ayuda a detectar que factores influyen en su aparición, lo que nos permitiría la creación de mejores estrategias terapéuticas que favorezcan una mayor eficacia en la prestación de servicio.

La relevancia social se fundamenta en la necesidad de promover estrategias educativas tanto en los pacientes psiquiátricos como en el resto de la sociedad con el fin de romper con los diversos estereotipos y prejuicios que rodean a los trastornos psiquiátricos, garantizando que se motive a la búsqueda de servicios de manera oportuna.

La investigación contribuirá a incrementar el conocimiento que existe sobre el estigma internalizado debido a que en la actualidad no ha sido estudiada en nuestra institución. La investigación es factible económica y administrativamente, en el primer caso porque será autofinanciada por el tesista y en el segundo porque se cuenta con el apoyo del servicio de consulta externa de psiquiatría de la UMAE CMN SXXI.

El estudio es viable porque se emplearán instrumentos validados dentro de la población mexicana. De manera adicional los resultados que se obtengan servirán de base para futuros trabajos de investigación.

### **Planteamiento del Problema.**

- ¿De qué manera influye el estigma internalizado en la adaptación social de los pacientes psiquiátricos?

### **Objetivos.**

#### **Objetivo General.**

- 1- Se determinó la relación que tiene el estigma internalizado en la adaptación social del paciente psiquiátrico.

#### **Objetivos Específicos.**

- 1- Se determinó en que grado influye el diagnóstico psiquiátrico en el estigma internalizado del paciente psiquiátrico.
- 2- Se determinó en que grado influye el internamiento psiquiátrico en el estigma internalizado del paciente psiquiátrico.

### **Hipótesis.**

Ha: Los pacientes psiquiátricos que cuentan con un mayor estigma internalizado presentan una disminución en su adaptación social.

Ho: Los pacientes psiquiátricos que cuentan con un mayor estigma internalizado no presentan una disminución en su adaptación social.

## **Material y Métodos.**

### **Tipo de Estudio y Tamaño de Muestra.**

Se trata de un estudio transversal descriptivo en pacientes psiquiátricos que acudieron a la consulta externa de psiquiatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional Siglo XXI. El tamaño de la muestra fue de 80 pacientes (60 mujeres y 20 hombres).

### **Población de estudio: selección y tamaño de la muestra.**

El universo del estudio estuvo conformado por los pacientes que asistieron a la consulta externa del servicio de psiquiatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional Siglo XXI, durante el período comprendido del 01 de marzo al 31 de mayo del 2012.

La muestra estuvo conformada por aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y no contaron con alguno de los criterios de exclusión, además de aceptar su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

### **Criterios de Inclusión.**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico psiquiátrico según el CIE-10 realizado por médico psiquiatra.
- Que acepten participar y hayan firmado el consentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que rechacen participar en el estudio.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes que cuenten con deterioro cognitivo.
- Pacientes que cuenten con discapacidad intelectual.

## **Instrumentos de recolección de información.**

### **1. Cuestionario General.**

A los participantes se les aplicó un cuestionario sociodemográfico en el cual abarca información acerca de aspectos generales del paciente como antecedentes clínicos personales y familiares (Ver anexo 1).

### **2. Escala de Adaptación Social (SASS)**

Se trata de un instrumento auto-aplicable desarrollado por Bosc y cols en el año de 1997, fue traducido al español en el año de 1999 por Bobes y cols. Diseñado para evaluar la conducta y el ajuste social de los pacientes psiquiátricos, recogiendo la percepción que tiene el individuo sobre su funcionamiento social. Consta de 21 ítems que se evalúan con una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde 0 (el peor funcionamiento) a 3 (el mejor funcionamiento).

Explora el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de la vida: trabajo, familia, ocio, relaciones sociales, motivación e intereses; tomando como referencia temporal el momento actual. Esta escala proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones de todos los ítems, oscilando del 0 al 60 (2 ítems el 1 y el 2 son mutuamente excluyentes). Los puntos de cortes propuestos por los autores son los siguientes: menor 25: desadaptación social, 25-52: normalidad, mayor 52: superadaptación patológica. (Ver Anexo 2).

### **3. Escala de Estigma Internalizado de King y cols. (ISS).**

Se trata de un instrumento auto-aplicable desarrollo por King y cols en el año de 2004, fue traducido, adaptado y validado en población mexicana en el año de 2011 por Flores Reynoso y cols. obteniendo una alfa-Cronbach mayor a 0.80.

Esta compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de “muy acuerdo” a “muy en desacuerdo” (0 a 4); para integrar tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental).

La sub-escala de discriminación se compone de 13 reactivos e interroga las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La sub-escala de divulgación se compone de 10 reactivos e interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La sub-escala de aspectos positivos se compone de 5 reactivos y determina como la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma.

A mayor puntaje total significa que es más elevado el nivel de estigma internalizado en el paciente, el resultado se obtiene por la suma de las calificaciones en los reactivos de las primeras dos sub-escalas (discriminación y divulgación) y la resta de las calificaciones de los reactivos de la tercera sub-escala (aspectos positivos). (Ver anexo 3).

### **Logística de recolección de datos y aplicación de instrumentos.**

A los pacientes que acudieron a la consulta externa de psiquiatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional Siglo XXI se les invitó a participar en el estudio, comentando la importancia de su participación ya que tiene un impacto para la mejoría de su atención y en las estrategias terapéuticas.

A los pacientes que decidieron participar en el estudio, se les brindó el material auto-aplicable, encontrándose en todo momento en compañía del personal capacitado (psiquiatra) para la aclaración de dudas que surgían, en la recolección de los datos sociodemográficos se empleó la información del expediente clínico y los datos restantes se obtuvieron de una breve entrevista realizada por el médico psiquiatra.

### **Operacionalización de las variables:**

<b>Variable</b>	<b>Definición de variable</b>	<b>Escala de medición y tipo de variable</b>
<b>Edad</b>	Edad del paciente en años cumplidos	Variable Continua Discreta
<b>Género</b>	Captados como hombres y mujeres	Variable Cualitativa Nominal: 1=Mujeres, 2=Hombres.
<b>Estado civil</b>	Estado civil del paciente con 5 opciones	Variable Cualitativa Nominal: 1=Soltero, 2=Casado, 3=Unión Libre, 4=Divorciado, 5 = Viudo.
<b>Escolaridad</b>	Grado de estudio del paciente por nivel escolar, completos o incompletos.	Variable Cualitativa Nominal: 1=Primaria Incompleta, 2=Primaria Completa, 3=Secundaria Incompleta, 4=Secundaria Completa, 5=Carrera

		Técnica o Bachillerato Incompleto, 6=Carrera Técnica o Bachillerato Completo, 7=Licenciatura Incompleta, 8=Licenciatura Completa, 8=Sin Estudios.
<b>Ocupación</b>	Estado laboral actual del paciente	1=Labora, 2=No Labora.
<b>Familiares con Trastorno Psiquiátrico</b>	Se incluyeron a los familiares de 1er y 2do grado que cuenten con diagnóstico de trastorno psiquiátrico realizado por psiquiatra.	1=Ninguno, 2=Uno, 3=Dos, 4=Tres o más
<b>Edad Inicio Padecimiento</b>	Se indicó a que edad le realizaron el diagnóstico psiquiátrico	Variable Continua Discreta
<b>Años Trastorno</b>	Se cuantificó el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del trastorno hasta el momento del estudio	Variable Continua Discreta
<b>Diagnóstico Psiquiátrico</b>	Se incluyó el diagnóstico psiquiátrico principal que se ha realizado al paciente	1=Depresión, 2=Trastorno Bipolar, 3=Esquizofrenia, 4=Ts Ansiedad, 5=Ts Abuso y/o dependencia sustancias, 6=Otros
<b>Internamiento o Psiquiátrico</b>	Se incluyó si ha sido internado y el número de internamientos.	1=No, 2=Uno, 3=Dos, 4=Tres o más
<b>Escala Auto-aplicada de Adaptación Social</b>	Instrumento que consta de 21 preguntas que miden el funcionamiento del individuo en diversas áreas de la vida (trabajo, familia, ocio, relaciones sociales, motivación e intereses)	Variable Continua Discreta. Escala Tipo Likert 0 a 3 para cada una de las preguntas.
<b>Escala Estigma Internalizado King y cols</b>	Instrumento que consta de 28 reactivos divididos en tres subescalas, miden aspectos negativos (discriminación, divulgación) y aspectos positivos sobre la enfermedad mental.	Variable Continua Discreta. Escala Tipo Likert 0 a 4 para cada uno de los reactivos.

### Análisis de Datos:

Se elaboró la máscara de captura en Excel y se llevo a cabo la transferencia al Software estadístico SPSS 20 para su análisis estadístico. Se verificó la calidad de la captura de los datos a través de una revisión aleatoria

de un 10% de las encuestas de los participantes. Revisada la buena calidad de la captura se hizo un análisis exploratorio de los datos para verificar resultados aberrantes. Se realizó una descripción univariada de las variables a través de medias y desviación estándar, mínimo y máximo de las variables cuantitativas y proporciones de las variables categóricas. De acuerdo a nuestras variables se decidió correlacionar ambas escalas mediante el coeficiente de correlación de Spearman, y se estudió la comparación de una variable categórica con una variable cuantitativa a través de la prueba de Bonferroni. Y la comparación entre una variable nominal con una variable cuantitativa a través de la prueba t de Student. Se elaboraron cuadros y figuras con los resultados finales.

### **Aspectos Éticos:**

Por las características del estudio, se consideró como de “riesgo mínimo”, ya que no se realizaron intervenciones ni modificaciones en las variables de las pacientes. No conllevó ningún riesgo físico o psicológico inmediato y/o tardío adicional a los pacientes de la consulta psiquiátrica.

Se les proporcionó a quienes participaron en el estudio la siguiente información: el objetivo, el propósito y en que consistía su participación. Además de proporcionar un consentimiento informado por escrito (ver anexo 1), así como lo marca el artículo 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su sección de investigaciones en seres humanos.

Se protegió 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. La información personal que se obtuvo de las pacientes, se considera como parte de su expediente clínico y se sujetara a sus normas; los hallazgos de la investigación se reportaron y entregaron a los sujetos envueltos en el estudio.

Se respetó a la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de ética: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su (carta de consentimiento).

**Recursos Humanos y Materiales, Financiamiento y Factibilidad:**

**Recursos Humanos:**

- 1- Residente de la Especialidad de Psiquiatría
- 2- Asesor de investigación en psiquiatría

**Recursos Materiales:**

Los recursos materiales fueron proporcionados tanto por el residente como por los servicios de psiquiatría, el estudio no contó con algún tipo de financiamiento externo.

**Cronograma de actividades:**

	2011		2012						
Actividades	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Revisión bibliográfica									
Elaboración de protocolo									
Registro de protocolo en el CLIHE									
Recolección de información									
Captura de la información y generación de base de datos									
Análisis de datos									
Presentación de resultados									
Elaboración tesis									
Elaboración artículo									

## RESULTADOS:

Se obtuvo una muestra de 80 pacientes de la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Las principales características sociodemográficas se recogen en el tabla 1.

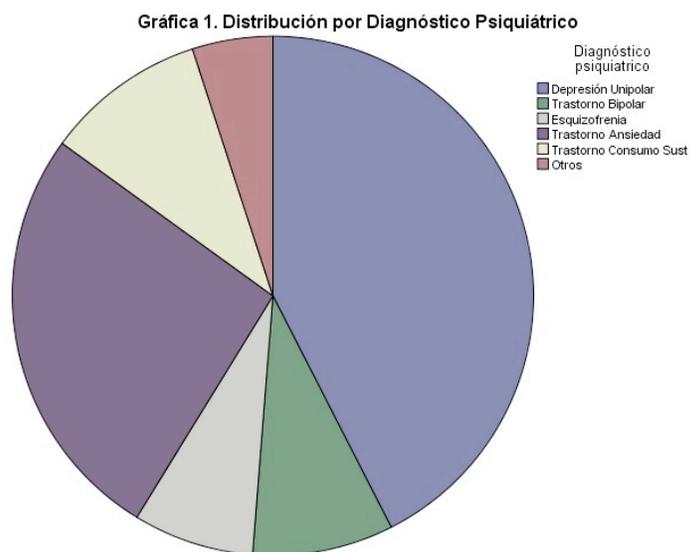
**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

VARIABLE	CATEGORIAS	N( %)
Sexo	Mujer	60 (75)
	Hombre	20 (25)
Edad	Menor 40 años	25 (31.2)
	41-50 años	22 (27.5)
	51-60 años	22 (27.5)
	Mayor 61 años	11 (13.8)
Estado Civil	Soltero	15 (18.7)
	Casado	43 (53.8)
	Unión Libre	8 (10)
	Divorciado	12 (15)
	Viudo	2 (2.5)
Escolaridad	Primaria Incompleta	3 (3.8)
	Primaria Completa	4 (5)
	Secundaria Incompleta	5 (6.2)
	Secundaria Completa	8 (10)
	Bachillerato Incompleto	20 (25)
	Bachillerato Completo	9 (11.2)
	Licenciatura Incompleta	22 (27.5)
Licenciatura Completa	9 (11.2)	
Religión	Católica	63 (78.8)
	Cristiana	9 (11.2)
	Testigo Jehová	2 (2.5)
	Mormón	2 (2.5)
	Otros	4 (5)
Ocupación	Sin Ocupación	33 (41.8)
	Con Ocupación	47 (58.2)
Antecedente Psiquiátrico Heredo-Familiar	Ausente	44 (55)
	Presente	36 (45)
Enfermedad Crónico-Degenerativa	Ausente	30 (37.5)
	Presente	50 (62.5)

Los pacientes fueron divididos en 6 principales grupos dependiendo del principal diagnóstico psiquiátrico por el cual eran vistos en la consulta externa. Dichos grupos son los siguientes: Depresión Unipolar, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos de Ansiedad, Trastorno Consumo de Sustancias y Otros (en este último se incluyeron a los pacientes que cumplieran con criterios de Trastorno Somatomorfo, Trastorno Disociativo, Trastorno Afectivo Orgánico y Trastorno de la Conducta Alimentaria) (Tabla 2, Gráfico 1).

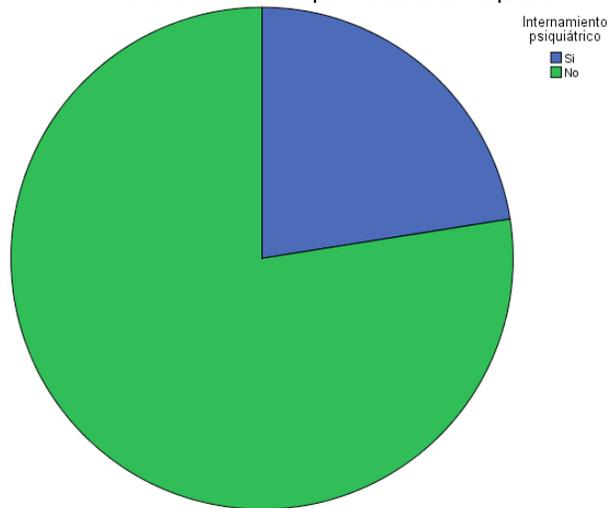
**TABLA 2.DISTRIBUCIÓN POR DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**

<b>Diagnóstico Psiquiátrico</b>	<b>N (%)</b>
Depresión Unipolar	34 (35.5)
Trastorno Bipolar	7 (8.8)
Esquizofrenia	6 (7.5)
Trastorno de Ansiedad	21 (26.2)
Trastorno Consumo de Sustancias	8 (10)
Otros	4 (5)



Se obtuvo que del total de los 80 pacientes (100%) solamente 18 (22.5%) habían requerido internamiento en institución psiquiátrica a lo largo de su vida. De los 18 pacientes (100%) que fueron internados 4 tenían el diagnóstico de depresión unipolar, 4 de trastorno bipolar, 3 de esquizofrenia, 4 de trastorno de ansiedad, 1 de consumo de sustancias y 2 en el grupo de otros (Gráfico 2).

Gráfica 2. Distribución por Internamiento Psiquiátrico



A todos los pacientes que entraron en el estudio se les aplicó las escalas de adaptación social y del estigma internalizado, obteniendo en la primera un puntaje medio de 33.45 con una desviación de 7.38. En la escala de estigma internalizado se obtuvo un puntaje medio de 25.09 con una desviación de 15.60, y en sus subescalas se obtuvo que en la de Discriminación se obtuvo un puntaje medio de 18.96 con una desviación de 9.91, en la de Divulgación de 18.69 con una desviación de 7.58 y en la de Aspectos Positivos un puntaje medio de -12.56 con una desviación de 3.70 (Tabla 3).

**TABLA 3. ESCALAS AUTOAPLICADAS**

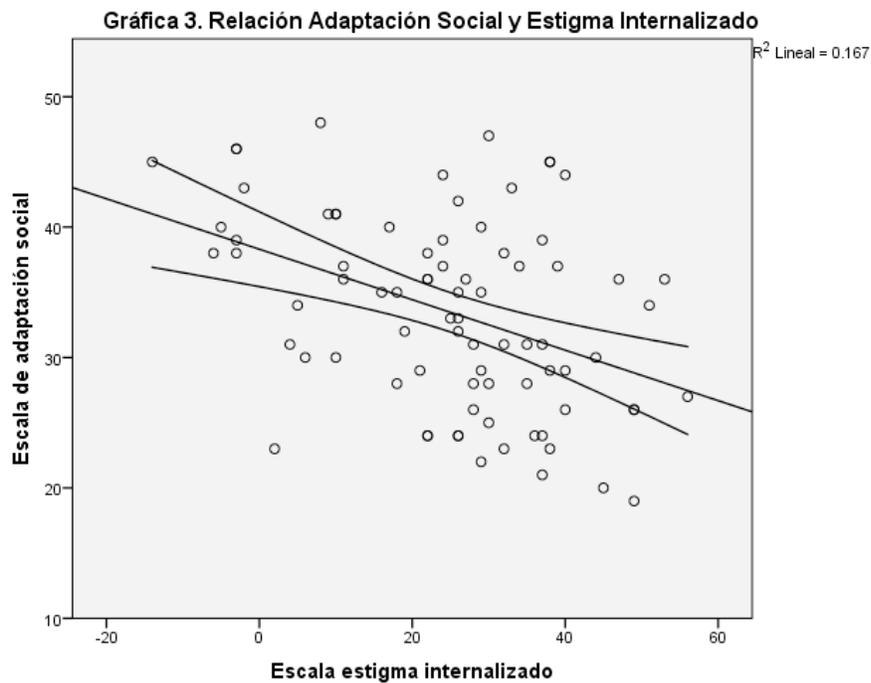
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Escala de Adaptación Social	80	19	48	33.45	7.383
Escala Estigma Internalizado	80	-14	56	25.09	15.605
Subescala Discriminación	80	0	39	18.96	9.910
Subescala Divulgación	80	0	33	18.69	7.582
Subescala Aspectos Positivos	80	-20	-3	-12.56	3.704

Una vez obtenidos los datos se realizó la correlación entre la Escala de Adaptación Social y la Escala de Estigma Internalizado empleando el coeficiente de Spearman, obteniendo un valor de  $-0.375$  ( $p=0.001$ ), mientras que al correlacionar las subescalas de la Escala de Estigma Internalizado con la Escala de Adaptación Social obtenemos que la subescala de Discriminación presenta un valor de  $-0.360$  ( $p=0.001$ ), la

Escala de Divulgación presenta un valor de  $-0.227$  ( $p=0.043$ ) y la subescala de Aspectos Positivos presenta un valor de  $-0.173$  ( $p=0.126$ ) (Tabla 4). En la gráfica 3 se muestra la correlación negativa entre la Escala de Adaptación Social y la Escala de Estigma Internalizado.

**TABLA 4. CORRELACIÓN ENTRE ESCALA AUTOAPLICADAS**

	Escala de Adaptación Social	p
Escala Estigma Internalizado	$-0.375$	0.001
Subescala Discriminación	$-0.360$	0.001
Subescala Divulgación	$-0.227$	0.43
Subescala Aspectos Positivos	$-0.173$	0.126



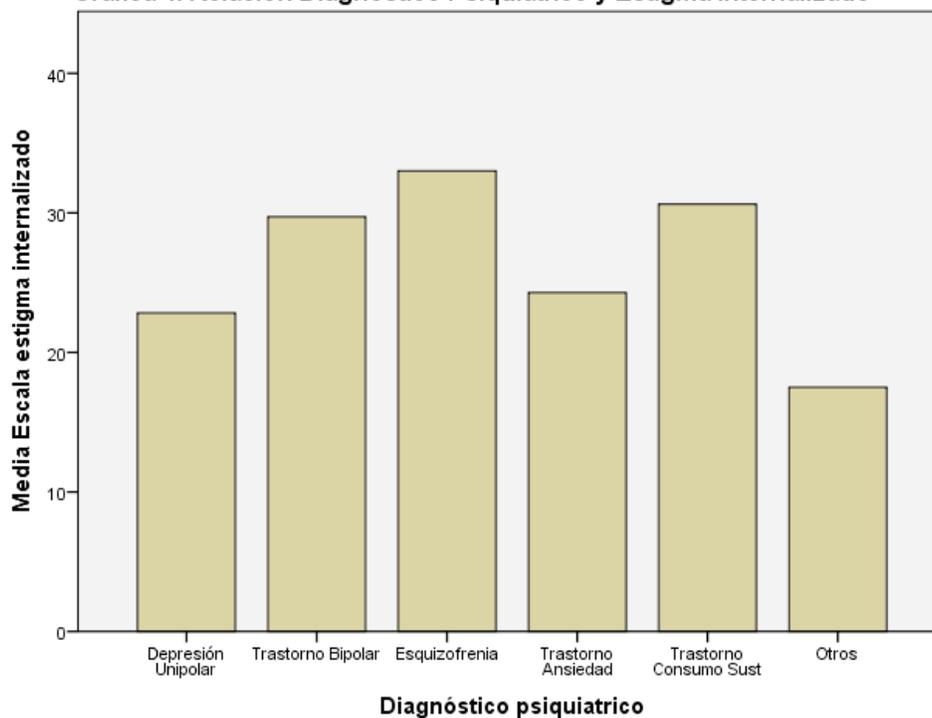
Se estudió la manera en que el diagnóstico llega a influir sobre el nivel de estigma internalizado, encontrando que en el grupo de depresión unipolar la media fue de 22.82 con una desviación de 15.29, en el grupo de trastorno bipolar la media fue de 29.71 con una desviación de 16.68, en el grupo de esquizofrenia la media fue

de 33 con una desviación de 17.66, en el grupo de trastornos de ansiedad la media fue de 24.28 con una desviación de 14.98, en el grupo de trastorno por consumo de sustancias la media fue de 30.62 con una desviación de 6.67, y en el grupo de otros trastornos la media fue de 17.5 con una desviación de 22.06 (Tabla 5, Gráfica 4)

**TABLA 5. PUNTUACIÓN ESCALA ESTIGMA INTERNALIZADO Y DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Depresión Unipolar	34	-5	51	22.82	15.29
Trastorno Bipolar	7	-3	44	29.71	16.68
Esquizofrenia	6	2	56	33.00	17.66
Trastornos de Ansiedad	21	-14	47	24.28	14.98
Trastorno Consumo Sustancias	8	22	40	30.62	6.67
Otros	4	-6	53	17.50	22.06

**Gráfica 4. Relación Diagnóstico Psiquiátrico y Estigma Internalizado**



Una vez contando con los valores de la Escala de Estigma Internalizado se llevó a cabo la comparación entre los subgrupos de diagnósticos psiquiátricos mediante la Prueba de Bonferroni obteniendo una media cuadrática intergrupos de 229.91, una media cuadrática intragrupos de 244.44 y una media total de 243.52 ( $p=0.46$ ) (Tabla 6).

**TABLA 6. COMPARACIÓN ENTRE LOS SUBGRUPOS DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y LA ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO**

	Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	p
INTERGRUPOS	1149.56537	5	229.913074	0.94	0.4600
INTRAGRUPOS	18088.8221	74	244.443542		
TOTAL	19238.3875	79	243.523892		

Se estudió la manera en que el antecedente de internamiento psiquiátrico llega a influir sobre el nivel de estigma internalizado, encontrando que en el grupo de pacientes con antecedente de internamiento psiquiátrico la media fue de 28.61 con una desviación de 16.57 mientras que en el grupo que no contaba con dicho antecedente la media fue de 24.06 con una desviación de 15.29 (Tabla 7).

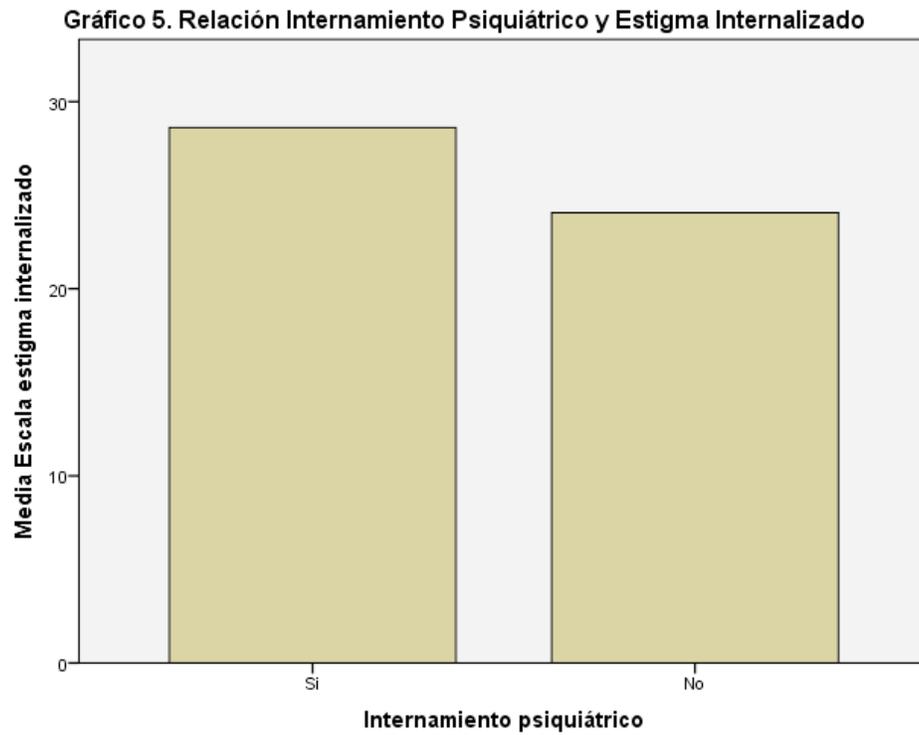
**TABLA 7. PUNTUACIÓN ESCALA ESTIGMA INTERNALIZADO Y ANTECEDENTE DE INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Con Internamiento Psiquiátrico	18	-6	53	28.61	16.57
Sin Internamiento Psiquiátricos	62	-14	56	24.06	15.29

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los datos mediante la Prueba T obteniendo una t de 1.089, una diferencia de medias de 4.547 (p=0.279) (Tabla 8, Gráfica 5)

**TABLA 6. COMPARACIÓN ENTRE EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y EL ESTIGMA INTERNALIZADO.**

	T	Gl	p	Diferencia de medias	Error tip. de la media
Escala Estigma Internalizado	1.089	78	0.279	4.547	4.173



## DISCUSIÓN:

El presente estudio es uno de los pocos que se han realizado en México y América Latina que aborde el tema del estigma internalizado en el paciente psiquiátrico, además de que es el primero que estudia la relación del estigma internalizado y la adaptación social.

En nuestro estudio se obtuvo una muestra de 80 pacientes, los cuales se dividieron en 6 principales grupos en base a su diagnóstico psiquiátrico siendo éstos: depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, trastorno por consumo de sustancias y otros, en éste último se incluyeron los diagnósticos que tuvieron una menor presencia como son los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos, los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno afectivo orgánico.

A todos los pacientes se les realizaron las encuestas obteniendo un promedio de 25.09 en la escala de estigma internalizado y de 33.45 en la de adaptación social, una vez obtenidos los resultados se llevó a cabo la correlación entre ambas escalas. Aplicando el coeficiente de correlación de Spearman en ambas escalas se obtuvo un valor significativo de  $-.375$  ( $p=0.001$ ). Al emplear la correlación de las subescalas de la escala de estigma internalizado con la adaptación social encontramos que la subescala de discriminación obtuvo una correlación significativa de  $-.360$  ( $p=0.001$ ) mientras que las subescalas de divulgación y aspectos positivos no fue significativa obteniendo valores de  $-.227$  ( $p=0.43$ ) y  $-.173$  ( $p=0.126$ ) respectivamente.

De esta manera se puede demostrar que la correlación entre la escala de estigma internalizado y la de adaptación social son negativas, lo que quiere decir que un aumento en la primera se asocia con una disminución de la segunda y viceversa. Esto demuestra la hipótesis que se tenía al inicio del estudio y lograr el objetivo principal que era descubrir la relación entre el estigma internalizado y la adaptación social del paciente psiquiátrico. Nuestros resultados apoyan lo mencionado por diversos autores como Link y Phelan (2004), Keusch y cols. (2006), King y cols. (2007) al respecto del estigma internalizado del paciente psiquiátrico.

El paciente al darse cuenta de su condición, víctima de los prejuicios y etiquetas impuestas por la sociedad hacia su condición decide esconderse o alejarse al resto disminuyendo su calidad de vida, evitando los servicios de salud y fomentando el mal apego terapéutico. En el presente trabajo se obtuvo que hasta el 41.8% (33) de los pacientes se encuentran sin ocupación, dependiendo de familiares de primer grado. Siendo este uno de los principales problemas que han puesto a los trastornos psiquiátricos en una situación crítica como señalaba Caldas de Almeida (2005) tanto en nuestro país como en toda América Latina.

En nuestro estudio se midió la cantidad de estigma internalizado en cada uno de los principales diagnósticos psiquiátricos encontrando mayores valores en el grupo de Esquizofrenia (Media= 33.00), en el grupo de Trastorno por Consumo de Sustancias (30.62) y en el grupo de Trastorno Bipolar (Media= 29.71) mientras que los grupos de Trastornos de Ansiedad (Media=24.28), el grupo de Depresión Unipolar (Media= 22.82) y el de Otros (Media= 17.50) obtuvieron los menores valores, aunque al realizar la comparación mediante la prueba de Bonferroni no resultó significativa ( $p=0.46$ ). Con esto se cumplió con uno de los objetivos encontrando que el diagnóstico psiquiátrico si influye en el estigma internalizado aunque al realizar la comparación no resulto significativa debido al tamaño de la población y la clasificación del diagnóstico psiquiátrico. Los resultados son similares a los obtenidos por Dinos y cols (2004), King y cols (2007) quienes encontraron que el estigma internalizado es mayor tanto en los pacientes esquizofrénicos como en los pacientes con trastornos por consumo de sustancias mientras que los trastornos de ansiedad obtienen una menor puntuación debido a que son mejor visto por la sociedad, pero a diferencia de dichos trabajos se obtuvo que el trastorno depresivo mayor obtiene menores puntajes en la escala de estigma internalizado.

También se estudió el antecedente de internamiento psiquiátrico en nuestra muestra, obteniendo que el 22.5% (18) de los pacientes tenían el antecedente de haber tenido un internamiento mientras que el 77.5% (62) de los pacientes nunca habían requerido de internamiento. Se comparó ambos grupos con respecto a la medición en la escala de estigma internalizado encontrando que el grupo de pacientes que contaban con el antecedente de internamiento psiquiátrico obtuvieron un valor de 28.61 con una desviación de 16.57 resultando mayor que el grupo de pacientes sin antecedente de internamiento psiquiátrico que obtuvo un valor de 24.06 con una desviación de 15.29, se analizó dicha comparación empleando la prueba t de Student obteniendo t de 1.089 aunque no resultó significativa con una  $p= 0.279$ . Se cumplió con el objetivo al encontrar que el internamiento psiquiátrico incrementa el nivel de estigma internalizado en pacientes psiquiátricos aunque dicha correlación no resultó significativa.

Este resultado es similar al hallazgo obtenido por Mak y cols. (2007) quienes encontraron que uno de los principales factores que incrementan al estigma internalizado es la historia de internamiento psiquiátrico junto con el tipo de diagnóstico psiquiátrico, la duración o el tipo de tratamiento, lo cual favorece hallazgos como el de López y cols. (2007) quienes encontraron que hasta una tercera parte de los pacientes psiquiátricos rechazan el recibir atención psiquiátrica.

El estudio aborda uno de los principales problemas como es el estigma internalizado el cual fomenta el incremento de aspectos negativos para el paciente psiquiátrico. En la actualidad en nuestro país solamente se cuenta con el trabajo de Reynoso y cols (2011) quienes validaron la escala de estigma internalizado en nuestro país.

Por lo que una de las principales fortalezas de nuestro estudio es el abordaje del estigma internalizado y relacionar la manera en que influye sobre la adaptación social del paciente psiquiátrico, además de estudiar algunos factores como el diagnóstico psiquiátrico y el internamiento psiquiátrico y como influyen en el nivel de estigma internalizado. Teniendo como objetivo generar una visión más amplia sobre la opinión del paciente acerca de su padecimiento y de esta manera disminuir los aspectos negativos.

El estudio cuenta con debilidades como la muestra pequeña, además de la agrupación del paciente en diagnósticos generales sin tomar en cuenta uno de los principales diagnósticos psiquiátricos como son los trastornos de la personalidad además de excluir factores de importancia como la comorbilidad psiquiátrica, con quien cohabita o el apego terapéutico.

Es necesario que en el futuro se realicen más estudios que aborden el tema del estigma internalizado, pero con la sugerencia de que estudie a una mayor población y que realice una mejor definición de los grupos de diagnóstico psiquiátrico. Una de las opciones que resultan interesantes es el comparar dos grupos de diagnósticos como puede ser estudiar a pacientes con diagnóstico de depresión unipolar contra pacientes con trastorno bipolar. Otra opción de estudio es la comparación de pacientes que cuenten con antecedentes heredofamiliares psiquiátricos con aquellos que no cuentan con dicho antecedente.

Hay que recordar que en el estudio del estigma internalizado nos puede proveer de herramientas que nos ayuden a la formulación de mejores estrategias terapéuticas y de rehabilitación que mejoren la calidad de vida del paciente, ya que en la actualidad los diagnósticos psiquiátricos se han posicionado como uno de los principales problemas de salud pública debido a los altos costos económicos y sociales que generan.

## **Conclusiones:**

En el presente estudio se trata de abordar uno de los principales problemas que se encuentra en el paciente psiquiátrico y que ha sido olvidado: el estigma internalizado. La enfermedad psiquiátrica ha sido reconocida como una de las condiciones más estigmatizantes en nuestra sociedad junto con la criminalidad y la prostitución, pero el problema es que la mayoría de los estudios se enfocan en el estigma social dejando a un lado la visión, los comentarios y miedos del paciente sobre su padecimiento.

Es nuestro país este es el segundo estudio que aborda el problema del estigma internalizado por lo que es necesario que se realicen más investigaciones que ayuden a la formulación de mejores estrategias educativas que brinden a los pacientes y a la población en general una mejor comprensión y cambiar el punto de vista sobre los padecimientos psiquiátricos con el fin de disminuir la ignorancia y el miedo que favorece el aislamiento, la exclusión, la desatención y el mal apego terapéutico.

Con esto observamos que el paciente psiquiátrico fomenta la aparición de aspectos negativos de los trastornos psiquiátricos, por lo que es necesario que los profesionales de la salud tomen en cuenta las opiniones y comentarios que el paciente tenga acerca de su enfermedad con el fin de disminuir las etiquetas que presentan y fomentar aspectos positivos sobre su enfermedad.

Ya que uno de los principales problemas en el paciente psiquiátrico es la negación y falta de apego terapéutico, lo que dificulta la rehabilitación del paciente generando una disminución en su calidad de vida tanto para ellos como aquellos que le rodean.

Es necesario que en el futuro se ponga un mayor interés en el paciente como persona y no como síntomas, ya que no todo lo va a mejorar el tratamiento farmacológico por lo que es necesario fomentar la realización de cursos educativos que no solo involucren al paciente psiquiátrico sino también a sus familiares y a la población en general con el fin de disminuir la formulación de etiquetas, prejuicios y conductas de tipo discriminatorias que incrementan lo negativo en el trastorno psiquiátrico.

## Bibliografía

- 1- 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: 1-15
- 2- Abdullah T, Brown T. Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms. An integrative review. *Clinical Psychology Review*. 2011; 31: 934-948
- 3- Angermeyer M, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude toward individuals suffering from mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1996; 31: 321-326
- 4- Benassini O. La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*. 2001; 24: 62-73.
- 5- Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010; 18: 75-86
- 6- Brown K. Reducing the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*. 2002; 24: 81-87
- 7- Caldas de Almeida J. Estrategias de cooperación técnica de la OPS en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18: 314-326
- 8- Cormack S, Furnham A. Psychiatric labelling sex role stereotypes and beliefs about the mentally ill. *Int J Soc Psychiatry*. 1998; 44: 235-247
- 9- Corrigan P, Back E, Green A, Lickey S et al. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*. 2001; 27: 219-225
- 10- Corrigan P, Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1: 16-20
- 11- Corrigan P, River P, Lundin R. Strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2002; 28: 293-310
- 12- Corrigan P, Markowitz F, Watson A. Structural levels of mental illness and discrimination. *Schizophr Bull*. 2004; 30: 481-491
- 13- Corrigan P, Rafacz J, Rusch N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact in people with serious mental illness. *Psychiatry Research*. 2011; 18: 339-343
- 14- 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

- 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*. 2011; 34: 333-339
- 16- Fresán A, Robles R, De Benito L, Saracco R et al. Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38: 340-344
- 17- García S. Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental. *Salud Pública Mex*. 2002; 44: 289-296
- 18- González A. Enfermedad mental, estigma y legislación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2009; 29: 471-478
- 19- Gray A. Stigma in psychiatry. *J R Soc Med*. 2002; 95: 72-76
- 20- Keusch G, Wilentz J, Kleinman A. Stigma and global health. Developing a research agenda. *The Lancet*. 2006; 367: 525-539
- 21- King M, Dinos S, Shaw I, Watson R et al. The stigma scale: development of a standardized measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*. 2007; 190: 248-254
- 22- Kurzban R, Leary M. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bull*. 2001; 127: 187-208
- 23- Link B, Phelan J. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health*. 1999; 89: 1328-1333
- 24- Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annual Reviews of Sociology*. 2001; 27: 363-385
- 25- Link B, Phelan J, Yang L, Collins P. Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*. 2004; 30: 511-535
- 26- Livingston J, Boyd J. 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
- 27- López M, Laviana M, Fernández L, López A et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008; 23: 43-83
- 28- Mak W, Poon C, Pun L, Cheung S. Meta-analysis of stigma and mental illness. *Social Science & Medicine*. 2007; 65: 245-261
- 29- Medina-Mora, Borges G, Lara C, Benjet C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003; 26: 1-16

- 30- Penn D, Martin J. The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatry Q.* 1998; 69: 235-247
- 31- Restrepo M, Mora O, Cortés A. Voces del estigma, percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica.* 2007; 48: 38-52
- 32- Risher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003; 121: 31-49
- 33- Rusch N, Angermeyer M, Corrigan P. Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry.* 2005; 20: 529-539
- 34- Rusch N, Corrigan P, Wassel A, Michaels P et al. A stress-coping model of mental illness stigma. *Schizophrenia Research.* 2009; 110: 59-64
- 35- Sartorius N. Fighting stigma: theory and practice. *World Psychiatry.* 2002; 1: 26-27
- 36- Yang L, Kleirman A, Link B, Phelan J et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007; 64: 1524-1535

**ANEXOS:**

**ANEXO 1. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D. F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “Relación del Estigma Internalizado y la Adaptación Social en Pacientes Psiquiátricos” registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número  R-2012-3601-28

El objetivo del estudio es evaluar la relación que posee el estigma internalizado dentro de la adaptación social en el paciente psiquiátrico.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas y cuestionarios sobre lo que pienso de mi enfermedad y sobre mi rendimiento laboral, social y familiar actual.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Dr. Felipe Vázquez Estupiñán

Testigos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 2. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

2. Cuestionario Sociodemográfico	
Folio _____	
1.- Nombre _____	
2.- Numero de seguridad social _____	
3.- Domicilio	
Calle: _____ No. Ext/No. Int. _____	
Colonia: _____ C.P. _____	
Entre que calles: _____	
Ciudad: _____ Delegación o Municipio: _____	
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____	
4.- Edad (años cumplidos) _____	
5.- Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	
6.- Lugar de origen (Donde nació) _____	
7.- Lugar de residencia (Donde vive actualmente) _____	
8.- Estado civil	
<input type="checkbox"/> 1 Soltero <input type="checkbox"/> 2 Casado <input type="checkbox"/> 3 Unión libre <input type="checkbox"/> 4 Divorciado <input type="checkbox"/> 5 Viudo	
9.- Escolaridad	
Primaria <input type="checkbox"/> 1 Incompleta <input type="checkbox"/> 2 Completa Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Incompleta <input type="checkbox"/> 4 Completa Bachillerato o Carrera Técnica <input type="checkbox"/> 5 Incompleta <input type="checkbox"/> 6 Completa Universidad <input type="checkbox"/> 7 Completa <input type="checkbox"/> 8 Incompleta Sin Estudios <input type="checkbox"/> 9	
10.- Religión	
<input type="checkbox"/> 1 Católica <input type="checkbox"/> 4 Mormón <input type="checkbox"/> 2 Cristiana <input type="checkbox"/> 5 Otros <input type="checkbox"/> 3 Testigo de Jehová	
11A. Cuenta con el antecedente de:	
<input type="checkbox"/> 1 Hipertensión <input type="checkbox"/> 4 Enfermedad renal <input type="checkbox"/> 2 Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> 5 Enfermedad cardiaca <input type="checkbox"/> 3 Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> 6 Otras _____	
11B. Tiempo de evolución de la enfermedad _____	
11C. Medicamentos que actualmente toma _____	

12.- ¿Usted labora actualmente? (no importa si es trabajo formal o informal)

1 No  2 Sí

13.- ¿A qué se dedica actualmente?

1 Estudiante  4 Empleado de oficina  7 Otro  
 2 Ama de casa  5 Empleado de fábrica  
 3 Comerciante  6 Profesor

14.- ¿Cuenta con familiares que padezcan trastornos psiquiátricos?

1 Ninguno  2 Uno  3 Dos  4 Tres o más

15.- ¿En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, que familiares se encuentran afectados?

1 Padres  2 Hermanos  3 Hijos  4 Abuelos mats  5 Abuelos pats.  
 6 Tíos mats.  7 Tíos pats.  8 Primos mats  9 Primo pats

16.-¿Con qué diagnóstico principal cuenta?

1 Depresión  2 Ts Bipolar  3 Esquizofrenia  4 Ts Esquizoafectivo  
 5 Ts Ansiedad  6 Ts Somatom.  7 Ts Disociativo  8 Ts Alimentación  
 9 Ts Afectivo Orgánico  10 Abuso y/o dependencia sustancias

17.- ¿Alguna vez ha fumando o actualmente fuma?

1 Sí  2 No

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \_\_\_\_\_

18.- ¿Actualmente consume bebidas alcoholicas?

1 No  2 Sí

¿Cada cuando consume bebidas alcohólicas?

1 Diario  3 Menos de 3 veces al mes  5 Una vez al año  
 2 Fines de semana  4 Cada 6 meses  6 Otro: \_\_\_\_\_

19.- ¿A qué edad inicio su padecimiento psiquiátrico?

20.-¿Cuántos años lleva con su trastorno?

21.-¿Cuenta con algún otro diagnóstico psiquiátrico?

1 Depresión  2 Ts Bipolar  3 Esquizofrenia  4 Ts Esquizoafectivo  
 5 Ts Ansiedad  6 Ts Somatom.  7 Ts Disociativo  8 Ts Alimentación  
 9 Ts Afectivo Orgánico  10 Abuso y/o dependencia sustancias  
 0 Ninguno

22.- ¿En alguna ocasión ha requerido internamiento psiquiátrico debido a su padecimiento?

1 Si  2 No

23.- ¿En caso de haber sido internado, cuantas ocasiones ha estado en el hospital psiquiátrico?

1 Ninguna  2 Uno  3 Dos  4 Tres o más

24.- ¿Actualmente consume medicamentos para su padecimiento psiquiátrico?

1 Sí  2 No Especificar cuál? \_\_\_\_\_

### ANEXO 3. ESCALA AUTO-APLICADA DE ADAPTACIÓN SOCIAL (VERSIÓN EN ESPAÑOL).

Instrucciones. Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y responda con una X, teniendo en cuenta su opinión en este momento.

¿Tiene usted un trabajo u ocupación remunerada? Sí \_\_\_ NO \_\_\_

Si la respuesta es «sí»: 1. ¿En qué medida le interesa su trabajo?

\_\_\_ Mucho      \_\_\_ Moderadamente      \_\_\_ Un poco      \_\_\_ Nada en absoluto

Si la respuesta es «no»: 2. ¿En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?

\_\_\_ Mucho      \_\_\_ Moderadamente      \_\_\_ Un poco      \_\_\_ Nada en absoluto

3. Cuando participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):

\_\_\_ Disfruta mucho      \_\_\_ Disfruta bastante      \_\_\_ Disfruta tan sólo un poco      \_\_\_ No disfruta en absoluto

4. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?

\_\_\_ Mucho      \_\_\_ Moderadamente      \_\_\_ Un poco      \_\_\_ Nada en absoluto

5. La calidad de su tiempo libre es:

\_\_\_ Muy Buena      \_\_\_ Buena      \_\_\_ Aceptable      \_\_\_ Insatisfactoria

6. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia (cónyuge, hijos, padre, etc.)?

\_\_\_ Siempre      \_\_\_ Frecuentemente      \_\_\_ Rara Vez      \_\_\_ Nunca

7. En su familia, las relaciones son:

\_\_\_ Muy Buena      \_\_\_ Buena      \_\_\_ Aceptable      \_\_\_ Insatisfactoria

8. Aparte de su familia, se relaciona usted con:

\_\_\_ Muchas Personas      \_\_\_ Algunas Personas      \_\_\_ Tan sólo unas pocas Personas      \_\_\_ Nadie

9. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros?

\_\_\_ Muy Activamente      \_\_\_ Activamente      \_\_\_ Moderadamente Activa      \_\_\_ De ninguna forma

10. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?

\_\_\_ Muy Buenas      \_\_\_ Buenas      \_\_\_ Aceptables      \_\_\_ Insatisfactorias

11. ¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?

\_\_\_ Gran valor      \_\_\_ Bastante valor      \_\_\_ Poco valor      \_\_\_ Ningún valor

12. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?

\_\_\_ Muy a menudo      \_\_\_ A menudo      \_\_\_ Rara vez      \_\_\_ Nunca

13. ¿Respeto usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?

\_\_\_ Siempre      \_\_\_ La mayor parte del tiempo      \_\_\_ Rara vez      \_\_\_ Nunca

CONTINUA EN EL REVERSO.....

**14. ¿En qué medida está usted involucrado en la vida de la comunidad (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?**

Plenamente       Moderadamente       Ligeramente       Nada en absoluto

**15. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?**

Mucho       Moderadamente       No Mucho       Nada en absoluto

**16. ¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?**

Mucho       Moderadamente       Sólo ligeramente       Nada en absoluto

**17. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?**

Siempre       A menudo       A veces       Nunca

**18. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?**

Siempre       A menudo       A veces       Nunca

**19. ¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?**

Muy Importante       Moderadamente importante       No muy importante       Nada en absoluto

**20. ¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?**

Siempre       A menudo       A veces       Nunca

**21. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?**

En gran medida       Moderadamente       No mucho       Nada en absoluto

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

**ANEXO 4. ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO DE KING Y COLS. (VERSION EN ESPAÑOL)**

Instrucciones. Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija marcando con una X, en que 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 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-Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva					
4-No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental					
5-Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico					
6-Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas					
7-La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental					
8-He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental					
9-He sido discriminado por mis patrones en el trabajo debido a mis problemas de salud mental					
10-Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás					
11-Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental					
12-Me asusta como reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental					
13-Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental					
14-No me preocupa que mis vecinos sepan que he tenido problemas de salud mental					

CONTINUA EN EL REVERSO.....

**CONTINUACIÓN ESCALA ESTIGMA INTERNALIZADO KING Y COLS**

<b>ENUNCIADO</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>
15- Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando trabajo					
16-Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos para mis problemas de salud mental					
17-Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para sí 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					

**PUNTUACIÓN TOTAL \_\_\_\_\_**