



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas
Odontológicas y de la Salud

Facultad de Medicina

Maestría en Ciencias de la Salud

**Estrategias de afrontamiento: su asociación con el estigma
internalizado y el bienestar subjetivo en personas con trastornos
psiquiátricos en la Ciudad de México**

T E S I S

Que para optar por el grado de:
Maestra en Ciencias

P r e s e n t a:

MIRIAM ORTEGA ORTEGA

Tutora: Dra. Elia Jazmín Mora Ríos
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Agosto, 2016

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

La culminación de este proyecto no hubiera sido posible sin el apoyo de todas esas personas que de alguna u otra manera estuvieron involucradas.

Principalmente quiero agradecer a mis padres, Margarita y Ninfo, y a mis hermanas, Lety, Yola, Doris, Mary y Fany, que siempre han estado ahí apoyándome para alcanzar cada uno de mis objetivos profesionales y de vida, sé que continuarán conmigo escuchándome y motivándome para lograr cualquier nuevo reto que me proponga.

A Agus, agradezco enormemente tu apoyo, paciencia y confort durante este periodo. La maestría inicio con una nueva etapa para nosotros como pareja y paradójicamente, finaliza con el comienzo de una nueva experiencia de vida para los dos. Espero seguir contando y compartiendo contigo por mucho tiempo más. Te amo infinitamente.

Al queridísimo trío, Paw, Cris y Tany, que a pesar de los años y la distancia siempre han estado ahí para escucharme y alentarme.

A mis compañeros de la maestría, Memo, Eliana, Zai y Xime, porque ustedes saben mejor que nadie todos los obstáculos que tuvimos que superar para llegar hasta este punto.

A la Dra. Jazmín Mora, por nuevamente confiar en mí para emprender este proyecto y apoyarme a concluirlo.

A mi jurado, Dra. Emily Ito, Dra. Guillermina Natera, Dr. Mario Rojas y Dr. Francisco Morales, por sus valiosos comentarios y sugerencias que me ayudaron a mejorar este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, que me ha brindado la oportunidad de continuar con mi desarrollo profesional y que, en conjunto, con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología me permitieron alcanzar esta meta.

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y a todos los médicos psiquiatras que me brindaron las facilidades y todo su apoyo durante el tiempo en que realicé esta investigación.

A todas las personas que participaron en este estudio compartiendo su valiosa experiencia, ya que sin ustedes simplemente no hubiera podido llevarse a cabo.

Por mi raza hablará el espíritu...

ÍNDICE

Resumen	vii
Introducción.....	ix
CAPÍTULO 1. EL ESTIGMA HACIA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	1
1.1. Panorama actual sobre los trastornos psiquiátricos	1
1.2. El estigma hacia las enfermedades mentales: aproximaciones teóricas	4
1.2.1. Planteamientos teóricos desde la sociología	4
1.2.2. El estigma hacia las enfermedades mentales desde la psicología social: estigma social y estigma internalizado	8
1.2.3. La paradoja del estigma internalizado de la enfermedad mental	12
CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL	15
2.1. Estrategias de afrontamiento.....	15
2.1.1. Teorías del estrés y el afrontamiento.....	15
2.1.2. El estigma de la enfermedad mental desde el marco teórico del afrontamiento.	21
CAPÍTULO 3. BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	27
3.1. El estudio de los padecimientos mentales: hacia una psicología positiva	27
3.2. Definición de bienestar subjetivo	28
3.3. Bienestar subjetivo en personas con padecimientos mentales.....	31
3.4. Estrategias de afrontamiento al estigma de la enfermedad mental: su relación con el estigma internalizado y el bienestar subjetivo	32
3.4.1. Hallazgos de investigación a nivel internacional	32
3.4.2. Hallazgos de investigación a nivel nacional	34
CAPÍTULO 4. MÉTODO	37
4.1. Planteamiento del problema y justificación.....	37
4.2. Objetivos.....	40
4.2.1. General	40

4.2.2. Específicos	40
4.3. Hipótesis	41
4.4. Tipo de estudio.....	41
4.5. Participantes.....	42
4.5.1. Criterios de inclusión	42
4.5.2. Tamaño de muestra	43
4.6. Variables de estudio.....	43
4.6.1. Definición conceptual	44
4.6.2. Definición operacional	46
4.7. Instrumentos de medición.....	46
4.7.1. Estigma internalizado.....	47
4.7.2. Estrategias de afrontamiento	49
4.7.3. Bienestar subjetivo	50
4.7.4. Fiabilidad de los instrumentos.....	51
4.8. Procedimiento	53
4.8.1. Fase piloto	53
4.8.2. Recolección de datos.....	56
4.9. Consideraciones éticas.....	59
4.10. Análisis estadísticos.....	60
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	63
5.1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.....	63
5.2. Evaluación de las variables psicosociales: estigma internalizado, bienestar subjetivo y afrontamiento	66
5.3. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con el nivel de estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo	70
5.4. Relación entre las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo	72
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES.....	85
Referencias	89
Apéndices	103

A. Cuestionario	105
B. Carta de aprobación del Comité de Ética Institucional	115
C. Carta de aprobación de las modificaciones al Consentimiento Informado	119
D. Carta de Consentimiento Informado	123

Resumen

Antecedentes. La interiorización de los estereotipos y prejuicios acerca de las enfermedades mentales por parte de quienes las padecen, representa una de las principales repercusiones del estigma asociado con estos trastornos (Corrigan, Watson & Barr, 2006; Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003). Sin embargo, no todas las personas que se ven afectadas por este tipo de condiciones internalizan el estigma de la enfermedad, algunas utilizan numerosas estrategias que les ayudan a enfrentar de manera adecuada estas experiencias (Miller & Kaiser 2001) y con ello mantienen su bienestar personal. *Objetivo.* El propósito de este trabajo fue analizar la relación entre el estigma internalizado de la enfermedad mental, el bienestar subjetivo y las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico para hacer frente a las situaciones estigmatizantes. *Método.* Se aplicó un cuestionario que incluía tres diferentes escalas para evaluar el estigma internalizado hacia la enfermedad mental, las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo. La muestra quedó conformada por 102 personas que acudían a tratamiento ambulatorio en un centro especializado en atención psiquiátrica. *Resultados.* Se destaca que el uso de estrategias centradas en la emoción, específicamente la autofocalización negativa y la evitación, conjuntamente con un mayor tiempo con el padecimiento y una menor edad se asocian con un mayor nivel de estigma internalizado. Por otra parte, el nivel de bienestar subjetivo se asoció positivamente con el uso de estrategias centradas en el problema (focalizadas en la solución del problema y la búsqueda de apoyo social) y tuvo una relación inversa con la utilización de estrategias centradas en la emoción, particularmente la autofocalización negativa. *Conclusiones.* Estos hallazgos

tienen implicaciones clínicas para la planificación y orientación de intervenciones que, como parte del tratamiento integral de los trastornos psiquiátricos, puedan favorecer el desarrollo de recursos y habilidades por parte de las personas afectadas, a fin de que puedan enfrentar de manera adecuada las creencias y actitudes negativas asociadas con la enfermedad.

Palabras clave: estigma internalizado, trastornos psiquiátricos, estrategias de afrontamiento, bienestar subjetivo, proceso de recuperación.

Introducción

El estigma asociado a las enfermedades mentales suele expresarse a través de distintas actitudes de rechazo, discriminación, hostilidad e indiferencia de la población general hacia quienes padecen estos trastornos y ha sido reconocido como uno de los problemas de índole psicosocial más graves que afectan el bienestar de las personas con dichos padecimientos (Cechnicki, Matthias & Angermeyer, 2011).

Una de las principales repercusiones del estigma tiene que ver con la interiorización de los estereotipos y creencias negativas de la enfermedad mental por parte de las personas afectadas que se expresa en actitudes y prácticas discriminatorias hacia sí mismas. Este fenómeno se conoce como autoestigma o estigma internalizado y ha sido ampliamente documentado en la literatura (Corrigan, Watson & Barr, 2006; Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003; Lysaker, Tsai, Yanos & Roe, 2008).

Por el miedo a la estigmatización, las personas pueden retrasar o suspender su tratamiento (Fung, Tsang & Corrigan, 2008), lo cual constituye una barrera importante para su recuperación. No obstante, autores como Miller y Kaiser (2001), plantean que las personas que se ven afectadas por condiciones estigmatizantes como es el caso de la enfermedad mental, son agentes activos en el manejo de su situación y utilizan numerosas estrategias que les ayudan a mantener un sentido positivo de sí mismos, pese a las experiencias de discriminación y rechazo de las que son objeto.

Las estrategias para el manejo del estigma hacia las enfermedades mentales se han estudiado a partir del marco teórico del afrontamiento, al conceptualizar el estigma como un generador de estrés (Miller & Kaiser 2001). Estudios recientes señalan que las personas

que emplean estrategias de afrontamiento centradas en solucionar la problemática, en este caso el estigma, tienen un mayor bienestar personal. Mientras que, quienes utilizan estrategias centradas en la emoción como la secrecía o la evitación de situaciones sociales, presentan un mayor nivel de estigma internalizado, además de pobres resultados en su recuperación y baja calidad de vida (Lysaker et al., 2008; Ow & Lee, 2012; Ilic et al., 2012; Chronister, Chou & Liao, 2013).

Las personas que se anticipan al rechazo debido a la internalización del estigma y que además emplean estrategias de afrontamiento poco efectivas, pueden experimentar consecuencias negativas en varias esferas de su calidad de vida (Link, Cullen, Struening, Shrout, Dohrenwend, 1989), incluyendo el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida (Rosenfield, 1997), siendo este último aspecto un indicador importante del proceso de recuperación (Markowitz, 2001).

Aunque algunos estudios han reportado la relación negativa entre el bienestar de las personas con trastornos mentales y el estigma internalizado (Mashiach-Eizenberg, Hasson-Ohayon, Yanos, Lysaker & Roe, 2013; Livingston & Boyd, 2010), se sabe muy poco acerca del papel que tienen las estrategias de afrontamiento al estigma en relación con la internalización del estigma y el bienestar subjetivo de los individuos (Ow & Lee, 2012; Chronister et al., 2013) pues, si bien algunas de estas estrategias podrían ayudar reducir de manera más efectiva el impacto del rechazo y la discriminación, otras podrían favorecer la interiorización del estigma de la enfermedad.

Con base en lo anterior, el propósito de este trabajo es identificar en un grupo de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos en tratamiento ambulatorio en la Ciudad de México, la relación que existe entre las diferentes estrategias de afrontamiento al

estigma, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo. Obtener conocimiento acerca de los recursos de afrontamiento que utilizan las personas con dichos padecimientos es fundamental para proponer estrategias que favorezcan el proceso de recuperación y mejoren su bienestar.

Los contenidos de este estudio se desarrollan a lo largo de seis capítulos, en los cuales se describe el proceso de investigación. En el primer capítulo, a manera de antecedente, se brinda un panorama general sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y las consecuencias sociales que tienen para las personas afectadas, entre las que se enfatiza el estigma y la discriminación. Además, se destaca el marco conceptual del estudio del estigma hacia los padecimientos mentales desde dos perspectivas teóricas, la sociológica y la psicosocial que son fundamentales para esta investigación.

En el segundo capítulo, se describen los principales modelos teóricos del afrontamiento hacia el estrés enfatizando aquellas estrategias para hacer frente al estigma desde este marco de referencia. En el capítulo tres, se abordan algunos aspectos conceptuales relacionados con el bienestar subjetivo en personas con padecimientos psiquiátricos y se presentan hallazgos de investigación sobre la relación entre las variables de estudio a partir de la revisión de la literatura nacional e internacional.

En el capítulo cuatro, de carácter más metodológico, se plantean la problemática de estudio, los objetivos, las hipótesis y el procedimiento de esta investigación; así como, los instrumentos de medición, las características de los participantes y los análisis estadísticos. Los resultados y la discusión, se muestran detalladamente en los capítulos quinto y sexto respectivamente, para finalizar con las conclusiones del estudio.

CAPÍTULO 1. EL ESTIGMA HACIA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

1.1. Panorama actual sobre los trastornos psiquiátricos

Los trastornos psiquiátricos se refieren a “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognoscitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (p.5, Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

Las causas de los trastornos psiquiátricos son múltiples, y algunas veces desconocidas. Alteraciones en la química cerebral, la predisposición genética, factores ambientales y culturales, lesiones neurológicas, consumos de sustancias, entre otros, pueden influir en su aparición y curso; sin embargo, aún se desconoce en qué grado pueden impactar cada uno de dichos factores (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-SINAVE, Dirección General de Epidemiología-DGE & Secretaría de Salud-SALUD 2012).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2001), en los últimos años los trastornos psiquiátricos como la depresión, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo y la esquizofrenia, por mencionar algunos, se han incrementado de manera considerable. Tanto en países desarrollados, así como en aquellos en vías de desarrollo, más

del 25% de la población, es decir, 1 de cada 4 personas padecen uno o más trastornos psiquiátrico o del comportamiento a lo largo de su vida.

En una revisión de los estudios epidemiológicos realizados durante los últimos veinte años acerca de los trastornos psiquiátricos en la región de América Latina y el Caribe (Kohn et al., 2005), se estimó la prevalencia media de este tipo de trastornos durante el año anterior, identificándose para el abuso o la dependencia de alcohol una prevalencia de 5.7%, para la depresión mayor de 4.9% y para las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) de 1%.

Según datos de Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2003 en México, el 28.6% de la población adulta (6 de cada 20 mexicanos) presentó algún padecimiento mental alguna vez en su vida, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (14.3%), los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Los hombres presentaron prevalencias globales más altas para cualquier trastorno alguna vez en su vida en comparación con la mujeres (30.4% y 27.1% respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentaron una mayor prevalencia (11.2%) para cualquier trastorno afectivo alguna vez en su vida en comparación con los hombres (Medina-Mora, Borges, Lara-Muñoz, Benjet, Blanco, Fleiz et al., 2003).

Los padecimientos psiquiátricos representan una carga importante para la sociedad, las familias y las personas que los padecen. Según los resultados del estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad de 2010 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013), los trastornos neuropsiquiátricos y de la conducta han causado más de 40 millones de años de discapacidad en personas de 20 a 29 años de edad, en el periodo de 1990 a 2010. Siendo depresión grave, la primera causa de discapacidad a nivel mundial, seguida por los

trastornos generados por el consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar; asimismo, se espera que para 2020 la depresión llegue a ser la segunda causa de morbilidad en el mundo (OMS, 2001).

En lo que respecta a América Latina y el Caribe, los trastornos neuropsiquiátricos tienen un peso del 22% de la carga total de enfermedades por Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs), mayor que a nivel mundial que es del 13%, lo cual indica que la situación en los países de esta región es aún más complicada, por lo que se requiere un mayor esfuerzo en la creación de políticas públicas para hacer frente a esta problemática (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología & Secretaria de Salud, 2012).

Pese a todo lo anterior, los recursos para afrontar la enorme carga que representan los trastornos mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y muchas veces se utilizan de modo ineficaz; lo cual ha ocasionado una brecha al superior al 75% en materia de tratamiento en países con ingresos bajos y medios bajos (SINAVE et al., 2012). Aunado a esto, las creencias negativas y los mitos que se le asocian, es decir, el estigma de la enfermedad mental, así como la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos pueden agravar enormemente la situación de las personas que presentan estos padecimientos.

1.2. El estigma hacia las enfermedades mentales: aproximaciones teóricas

El estigma es un tema interdisciplinario por lo que existen diferentes modelos teóricos para su abordaje desde diversas perspectivas. A continuación se presenta una breve revisión de las aportaciones más relevantes en el campo de la salud mental desde la sociología y la psicología social, que buscan distanciarse de los enfoques médicos que tradicionalmente se han centrado en la patología y el individuo, dejando de lado el contexto sociocultural que incide en este tipo de fenómenos.

1.2.1. Planteamientos teóricos desde la sociología

De acuerdo con el sociólogo Goffman (1963), los griegos crearon el término estigma (*stigmata*) para referirse a “signos corporales” con los cuales se trataba de hacer visible “algo malo o poco habitual en el status moral de quien los presentaba” (p. 13), por lo que se trataba de una “marca” de vergüenza o descrédito. Estos signos consistían en quemaduras o cortes en el cuerpo que indicaban que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor. En varias fuentes griegas sobre locura y enfermedad mental, aparecen los temas de vergüenza, pérdida de prestigio y humillación. Asimismo, la noción de contaminación, que el “loco” está contaminado y puede contaminar o contagiar, se entrelaza con la sensación de vergüenza (Ducey & Simon 1975, en Fink & Tasman eds. 1992).

En ese sentido, Goffman (1963) desde una aproximación teórica de la identidad social, adopta el término *estigma* para referirse a un “atributo profundamente desacreditador” (p. 13) de un grupo determinado de individuos que tienden a ser una minoría frente a un grupo mayoritario, donde claramente existe una relación de poder. De acuerdo con este autor, existen tres tipos de estigma:

a) *Las abominaciones del cuerpo*. Refiriéndose con ello a las distintas deformidades físicas.

b) *Los defectos de carácter*. Percibidos como falta de voluntad de las personas, las pasiones tiránicas o antinaturales, las creencias rígidas y falsas, y la deshonestidad.

En esta categoría se incluyen las enfermedades psiquiátricas, las reclusiones por algún delito, las adicciones a drogas, el alcoholismo, la homosexualidad, el desempleo, los intentos de suicidio y las conductas políticas extremistas.

c) *Los estigmas tribales de la raza, la nación o la religión*. Los cuales son susceptibles de transmitirse por herencia y de “contaminar” o “contagiar” por igual a todos los miembros de la familia.

Aunque Goffman (1963) advirtió la necesidad de utilizar relaciones y no atributos, en la práctica, el estigma es considerado como una marca o atributo propio de la persona en lugar de una designación o etiqueta que otros le colocan. Por ello, en las últimas décadas, autores como Link y Phelan (2001) se interesan en el estudio del estigma tomando en cuenta una variedad de factores y procesos socioculturales interrelacionados que convergen, distinguiendo así cuatro componentes principales que definen el proceso de estigmatización:

- a) la construcción de diferencias y la asignación de etiquetas que la gente hace;
- b) la asociación o vinculación de la persona etiquetada con ciertos prejuicios y estereotipos negativos definidos culturalmente;
- c) la colocación de las personas etiquetadas en categorías diferentes que lleva a la separación entre “nosotros” y “ellos” y al distanciamiento social, y;
- d) la pérdida de estatus y discriminación de las personas etiquetadas que las conducen a condiciones de desigualdad.

Cabe señalar que todo este proceso está contenido en un marco de poder social, político y económico asimétrico, lo cual permite que se mantenga y se siga reproduciendo (Link & Phelan, 2001). Como afirma Pedersen (2009), el estigma está contenido en un lenguaje de relaciones, donde el contexto social juega un papel muy importante en la aceptación o exclusión de las personas que forman parte del mismo. Por lo tanto, se concibe al estigma como un constructo social que se forma a partir por un doble proceso interpersonal, de censura por la asignación de estereotipos y de rechazo por parte de un grupo social más amplio.

Link y Phelan (2001) han reconocido los procesos psicosociales que operan a través de la persona estigmatizada y que pueden tener graves repercusiones en su calidad de vida. Los individuos estigmatizados presentan una condición o rasgo “culturalmente inaceptable e inferior” (p. 40), pasando de ser considerados personas comunes a individuos marcados y devaluados, lo que conlleva sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación (Pedersen, 2009).

La Teoría del Etiquetamiento Modificado (*Modified Labeling Theory*) desarrollada por Link et al. (1989), se refiere a los efectos del estigma en las personas con trastornos psiquiátricos planteando que desde muy temprana edad, durante el proceso de socialización, las personas desarrollan concepciones negativas acerca de los padecimientos mentales que pueden llegar a ser muy arraigadas acerca de lo que significa ser un “enfermo mental”. En consecuencia, si esa persona llega a enfermar, dichas concepciones cobran una gran relevancia porque el ser objeto de discriminación y devaluación se convierte en una posibilidad (Link, Struening, Neese-todd, Asmussen & Phelan, 2001). Lo que parecía ser un conjunto de creencias que no eran dañinas acerca de las actitudes de la población en general hacia las personas con enfermedad mental, ahora pueden llegar a ser aplicables a uno mismo y potencialmente nocivas. En otras palabras, la etiqueta con relación a las creencias que tiene la gente acerca de la devaluación y discriminación de las personas con padecimientos psiquiátricos puede transformarse en una “expectativa al rechazo” (Link, 1987). Dicha expectativa y el temor al rechazo pueden hacer que las personas actúen con desconfianza y a la defensiva, o simplemente que eviten el contacto amenazante de los demás (Link & Phelan, 2001).

1.2.2. El estigma hacia las enfermedades mentales desde la psicología social: estigma social y estigma internalizado

Desde el campo de la psicología social, los planteamientos tempranos de Allport en su manuscrito *La Naturaleza del Prejuicio* (1955), dan pie a formulaciones posteriores sobre el proceso de estigmatización. Para este autor, el prejuicio se define como:

“una actitud hostil o prevenida hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente porque pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo” (Allport, 1955, p. 22).

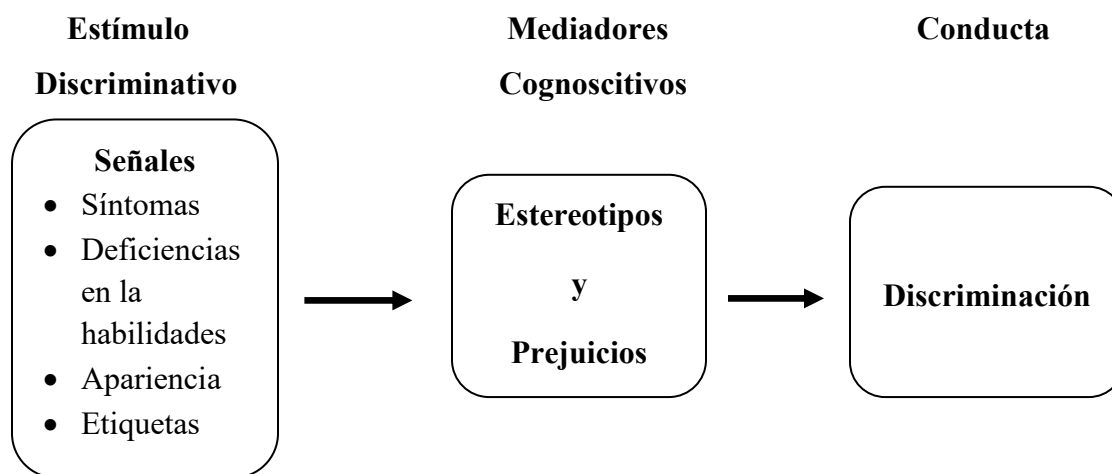
Si dicha actitud permanece aún cuando se conozca a la persona que pertenece a ese grupo entonces puede hablarse de un prejuicio. Ante esto, Allport (1955) afirma que “los prejuicios se hacen prejuicios solamente cuando no son reversibles bajo la acción de conocimientos nuevos” (p. 24), es decir, el prejuicio se resiste a cualquier acción o conocimiento que pretenda refutarlo o perturbarlo.

Los prejuicios se basan en creencias erróneas y excesivamente generalizadas, además tienen un importante componente valorativo, es decir, no solamente la actitud tomada en contra de una persona o grupo determinado puede ser negativa, sino que también puede ser favorable o aparentar que así lo es. Por ejemplo, en el caso de los trastornos mentales es frecuente que se considere a las personas que los padecen como niños e incapaces de tomar decisiones por sí mismas, lo que genera una actitud de sobreprotección o benevolencia, que puede dañar su integridad en lugar de ayudarlas. Sin embargo, en la mayoría de casos, la actitud es desfavorable y cuando se vuelve muy intensa puede

desencadenar una acción enérgicamente hostil. Es así como el prejuicio se lleva a la acción a través de la discriminación (Allport, 1955).

Más recientemente, al abordar el estigma hacia la enfermedad mental, Corrigan et al. (2008), proponen que el proceso de estigmatización ocurre de manera similar al aprendizaje de determinadas conductas de acuerdo con el modelo cognoscitivo-conductual. Ello supone la existencia de un estímulo disparador del proceso cognoscitivo, que a su vez genera la conducta de aceptación o rechazo, tal como se muestra en la figura 1. Debido a esto, como señalan Penn y Martin (1998), en el caso de la enfermedad mental, el estigma se convierte en un constructo multifacético que involucra sentimientos, actitudes y conductas.

Figura 1. Modelo cognoscitivo-conductual del estigma



Tomado de: *Corrigan et al. (2008)*

En esta misma línea, Corrigan y Watson (2002a) distinguen dos elementos que conforman el estigma hacia estos padecimientos, el *estigma público* y el *autoestigma*. El

estigma público se refiere a las creencias y actitudes que la población general tiene hacia las personas con enfermedad mental, mientras que el autoestigma es el prejuicio que la persona afectada asume y torna contra sí misma. Ambos componentes pueden entenderse en términos del estereotipo, el prejuicio y la discriminación. En la tabla 1 se comparan las definiciones del estigma público y el autoestigma.

Tabla 1. Estigma público y autoestigma

	Estigma público	Autoestigma
Estereotipo	Creencia negativa acerca de un grupo (ej. peligrosidad, incompetencia)	Creencia negativa acerca de uno mismo (ej. debilidad de carácter, incompetencia)
Prejuicio	Acuerdo con la creencia y/o reacción emocional negativa (ej. enojo, miedo)	Acuerdo con la creencia, reacción emocional negativa (ej. baja autoestima, baja autoeficacia)
Discriminación	Conducta como respuesta al prejuicio (ej. evitación, negar el empleo, oportunidades de vivienda o ayuda)	Conducta como respuesta al prejuicio (ej. fracasar en la búsqueda de empleo y en oportunidades de conseguir una vivienda)

Tomado de: *Corrigan & Watson (2002a)*

El autoestigma ha sido definido de diversas maneras en la literatura, en su escrito clásico sobre el tema Goffman (1963) ya daba cuenta de este proceso al plantear que las personas estigmatizadas incorporan las pautas sociales que los mantienen alerta frente a otros que consideran sus atributos como un defecto, lo cual los conduce de forma inevitable

a aceptar, al menos en algunos momentos, que están muy lejos de la “normalidad”. De ahí que, la vergüenza, la no aceptación de sí mismo, el odio o la denigración se convierten en una consecuencia de percibir sus atributos como algo “anormal”. Lo que muchas veces los lleva a aislarse o a responder anticipadamente con un “retraimiento defensivo” por la incertidumbre que les genera el no saber si serán aceptados o rechazados por los demás, pues de alguna manera saben que podrían definirlos en función de su estigma.

Más recientemente, Ritscher et al. (2003) con base en los planteamientos originales de Corrigan (1998), adoptan el término *estigma internalizado* para dar cuenta de este fenómeno definiéndolo como “la devaluación, vergüenza, secrecía y retraimiento como consecuencia de aplicar los estereotipos negativos hacia sí mismo” (p. 32).

Por otra parte, Corrigan y Watson (2002b) proponen un modelo teórico del proceso de internalización del estigma, en el cual tres elementos son necesarios para que se lleve a cabo:

- a) *Conciencia del estigma (stigma awareness)*, cuando la persona es consciente de los estereotipos que existen alrededor de un grupo en particular (ej. las personas con enfermedad mental o discapacidades neurológicas).
- b) *Acuerdo con el estereotipo (stereotype agreement)*, ocurre cuando la persona estigmatizada aprueba los estereotipos de los que ya es consciente existen alrededor de grupo estigmatizado (ej. las personas con esquizofrenia son agresivas).
- c) *Aplicación del estereotipo (application o stereotype self-concurrence)*, cuando la persona aplica las creencias culturalmente internalizadas a sí misma (ej. soy agresivo porque tengo esquizofrenia).

Por los términos usados en inglés, este modelo se conoce como el modelo de las *Tres A (Three A's)* del autoestigma: *Awareness, Agreement y Application* (Conciencia, Acuerdo y Aplicación) (Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007; Corrigan, Larson & Rüş, 2009). De ahí se deriva que el autoestigma es un proceso de evaluación interna a través del cual las personas se juzgan a sí mismas, siendo este juicio el resultado de los mensajes recibidos por el individuo a través de las normas sociales (Overtone & Medina, 2008).

El estigma internalizado genera un impacto importante en la vida de las personas con estos padecimientos, debido a que en la mayoría de los casos las puede conducir a experimentar baja autoestima, una pobre percepción de su autoeficacia (Corrigan et al., 2009; Link et al., 2001; Ritsher et al., 2003; Corrigan et al., 2006; Watson et al., 2007; Lysaker, Roe & Yanos, 2007; Lysaker et al., 2008), desesperanza, una pobre calidad de vida (Lysaker et al., 2007), síntomas depresivos (Link et al., 2001; Lysaker et al., 2008), vergüenza e incertidumbre, que se traduce en aislamiento y en la evitación de ciertas situaciones sociales por el temor a ser identificado como “paciente psiquiátrico”, dificultando con ello, su adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico (Corrigan et al., 2006).

1.2.3. La paradoja del estigma internalizado de la enfermedad mental

Corrigan y Watson (2002b) plantean la existencia de una paradoja entre las distintas reacciones que los individuos afectados por una enfermedad mental pueden tener a raíz de las experiencias de estigmatización que viven, una de ellas es la internalización del estigma

de la enfermedad que puede provocar una disminución del autoestima y la autoeficacia, produciendo a su vez un pronóstico de recuperación poco alentador (Link et al., 2001).

Sin embargo, no todas las personas afectadas por estos padecimientos asumen los estereotipos de la enfermedad, algunas pueden reaccionar con relativa indiferencia ante la situación e intentan que no les afecte en la medida de lo posible; otras por su parte, reaccionan con una especie de enojo ante lo que consideran una injusticia, lo que las fortalece en la defensa de sus derechos para tratar de emprender acciones a nivel público y no volver a ser objeto de discriminación. Probablemente quienes actúan de esta forma sean una minoría en comparación con quienes internalizan el estigma de la enfermedad mental que presentan.

En ese sentido, autores como Miller y Kaiser (2001) proponen que aquellas personas que se ven afectadas por condiciones estigmatizantes, como es el caso de la enfermedad mental, son agentes activos en el manejo de su situación y utilizan numerosas estrategias que les ayudan a mantener un sentido positivo sí mismos, pese a las experiencias de discriminación y rechazo de las que son objeto. Dichas estrategias se refieren al afrontamiento que utilizan los individuos ante las situaciones estresantes en su vida, como es el ser estigmatizado por tener un trastorno mental.

En el siguiente capítulo se profundizará sobre el marco teórico del afrontamiento y se hará una breve revisión de la literatura sobre las diversas estrategias que las personas diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico utilizan para hacer frente al estigma derivado de su padecimiento.

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

2.1. Estrategias de afrontamiento

2.1.1. Teorías del estrés y el afrontamiento

De acuerdo con Jex, Beehr y Roberts (1992), el término estrés se ha definido, tradicionalmente en la literatura, de tres distintas formas: a) como un estímulo, b) como una respuesta y c) como las relaciones entre estímulo-respuesta. La primera definición ubica al estrés como un estímulo, donde los estresores pueden ser cualquier evento que requiere algún tipo de respuesta adaptativa.

La segunda definición de estrés se asocia a “tensar”, siendo la respuesta del sujeto a los eventos estresantes del entorno (Omar, 1995). Selye (1976) afirma que este tipo de estrés es la reacción psicológica, sociológica o comportamental del organismo ante el ambiente.

La tercera definición hace referencia a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las repuestas del individuo. En esta definición el término “estresor” se usa para referirse a las condiciones ambientales y organizacionales, mientras que el término “tensar” (*strain*) se utiliza para referirse a las respuestas del individuo a dichas condiciones. Estas respuestas cognoscitivas y comportamentales que los sujetos emplean para manejar y

tolerar el estrés se conocen como estrategias o estilos de afrontamiento (*coping*) (Omar, 1995).

Por lo anterior, la mayoría de las teorías enfocadas a la relación específica entre las demandas externas (estresores) y los procesos corporales (estrés), pueden ser agrupadas en dos categorías: a) aproximaciones al “estrés sistemático” basado en la fisiología y la psicobiología (Seyle, 1976) y b) aproximaciones “psicológicas del estrés” desarrolladas dentro del campo de la psicología cognoscitiva, cuyos máximos representantes son Richard Lazarus y Susan Folkman (1984; 1991). Para fines de este estudio, se empleará esta última aproximación, por lo que a continuación se describirán brevemente dos de las teorías más representativas en este campo.

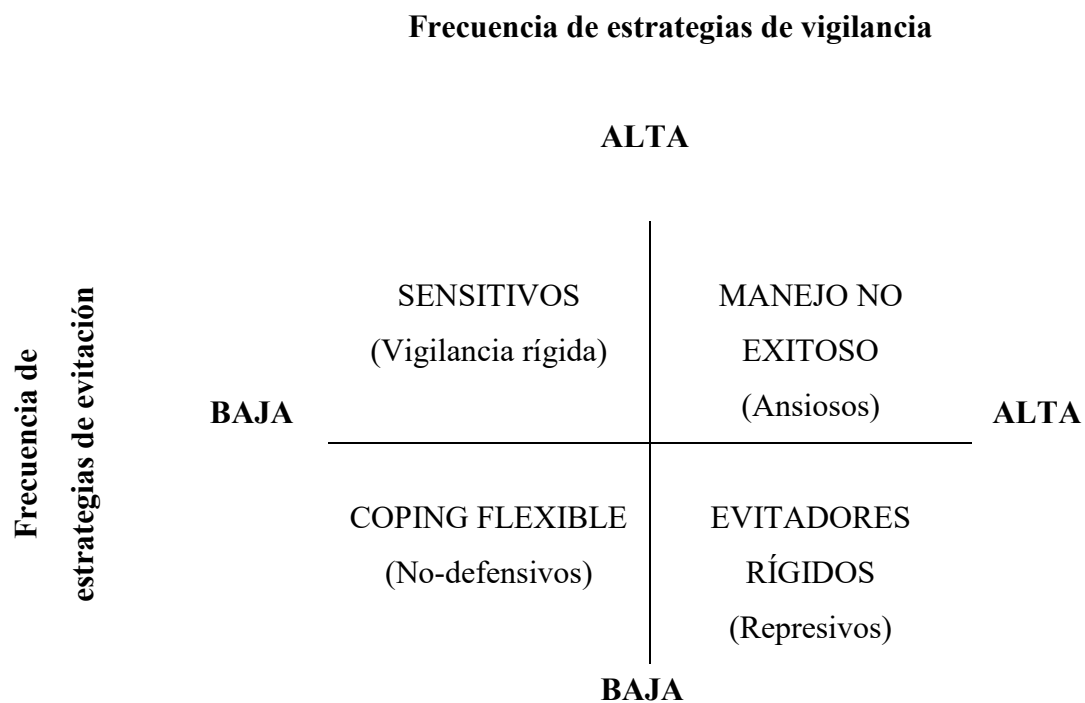
a) Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne

Krohne (1989) distingue dos tipos principales de estrategias de afrontamiento: vigilancia y evitación. La vigilancia se caracteriza por una aproximación y un procesamiento intensificado de los rasgos de información relevante. El propósito general del sujeto es ganar control y protegerse de la amenaza. La evitación o prevención cognoscitiva es vista como una retirada (repliegue) de la situación amenazante. El propósito general es reducir la activación (*arousal*) generado por la confrontación con un evento aversivo.

Estas dos estrategias regularmente no están relacionadas en cuanto a la frecuencia en la que son empleadas. En consecuencia, de acuerdo con la forma habitual de emplear una u otra clase de estrategia en situaciones amenazantes, las personas pueden ser

distinguidas en: sensitivas (vigilancia rígida); represivas (prevención cognoscitiva rígida); ansiosas (*coping* inestable) y defensivas (uso flexible de estrategias). El modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne puede representarse esquemáticamente como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Modelo bidimensional de las estrategias intrapsíquicas de Krohne



Tomado de: Omar (1995)

Según la combinación de frecuencias de una y otra estrategia, los cuatro estilos afrontamiento pueden definirse de la siguiente manera:

- Sensitivo: alta vigilancia, baja prevención cognoscitiva.
- Represivo: alta prevención cognoscitiva, baja vigilancia.
- Ansioso: altos puntajes de ambas dimensiones.
- No-defensivo: bajos puntajes en ambas dimensiones.

No obstante, este es un modelo dicotómico que describe estilos de afrontamiento más que estrategias, es decir, indica formas más o menos estables de actuar y pensar ante diferentes situaciones estresantes, lo que lo vuelve un modelo poco dinámico y que deja de lado el carácter procesual del afrontamiento.

b) Modelo fenomenológico cognoscitivo de Lazarus y Folkman

En 1978, Lazarus y Launier presentan una pionera definición de afrontamiento como el “conjunto de esfuerzos, conductas o pensamientos, tendientes a manejar, tolerar, reducir o minimizar las demandas y conflictos sean internos o externos” (Omar, 1995, p. 19). Más tarde desarrollan un modelo explicativo de la relación entre los estresores, el estrés y sus efectos adaptativos, el cual incluye aspectos cognoscitivos, afectivos y comportamentales del proceso de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1980).

De acuerdo con estos autores, existen dos conceptos centrales en cualquier teoría psicológica del estrés: a) la evaluación o valoración (*appraisal*), que el individuo hace sobre si la situación que le está sucediendo es relevante para su bienestar, y el b)

afrontamiento (*coping*), que se refiere, como ya se mencionó, a los esfuerzos para manejar las demandas específicas de la situación (Lazarus, 1993).

En ese sentido, la teoría de Lazarus (1993) hace un gran énfasis en el papel de la evaluación o valoración cognoscitiva (*appraisal*) para darle forma a la calidad de la respuesta emocional del individuo (Folkman & Tedlie, 2004). Siendo ésta, el proceso mediante el cual una persona valora la importancia del encuentro con el medio ambiente y su bienestar (evaluación primaria) y considera las posibles respuestas de afrontamiento (evaluación secundaria) para orientar las demandas psicológicas y ambientales de tal encuentro (Omar, 1995).

Para Lazarus y Folkman (1984), el afrontamiento es un proceso que sucede en el contexto de una situación o condición que es evaluada como personalmente significativa y como agotadora o excedente de los recursos individuales. Este proceso inicia como respuesta a la evaluación individual de que metas u objetivos importantes fueron dañados, perdidos o amenazados. Dichas evaluaciones se caracterizan por emociones negativas que frecuentemente se intensifican; por lo tanto, la respuesta de afrontamiento inicia en un ambiente emocional y es común que una de las primeras estrategias sea disminuir las emociones negativas que puedan interferir en las formas de afrontamiento instrumental. Si la resolución es poco clara o desfavorable, las emociones negativas predominarán; por el contrario, si la situación se resuelve exitosamente, las emociones positivas aparecerán.

En la actualidad, se ha dado énfasis a las emociones negativas en el proceso de estrés; sin embargo, la investigación acerca del papel de las emociones positivas en este proceso ha conducido a nueva evidencia acerca de que las emociones positivas y negativas co-ocurren a través del proceso de estrés-afrontamiento (Folkman & Tedlie, 2004).

Basados en el modelo de afrontamiento como un proceso, Lazarus y Folkman (1987) desarrollan el Cuestionario de las Formas de Afrontamiento (*Ways of Coping Questionnaire*) para medir el afrontamiento y examinar sus consecuencias para la adaptación. El modelo propuesto por estos autores ha perdurado hasta la época actual y es retomado para el presente estudio, ya que al caracterizar al afrontamiento como un proceso, le otorgan cierto dinamismo a las diferentes maneras en que un individuo puede responder ante las situaciones estresantes.

Lazarus y Folkman (1991) proponen dos grandes dimensiones de afrontamiento al estrés. La primera es el afrontamiento dirigido a la *acción*, que se refiere a todas aquellas actividades orientadas a la resolución del problema (o de aproximación). La segunda dimensión es el afrontamiento enfocado en la *emoción* (o de evitación), que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales que genera la situación estresante. La mayoría de las definiciones de afrontamiento se inclinan por este enfoque (Moses, 2014).

En esta definición de afrontamiento se asume que el individuo utiliza diversas estrategias para manejar el estrés, las cuales pueden ser o no adaptativas (Sandín & Chorot, 2003). Si bien, al hablar del afrontamiento como un proceso, se asume la dependencia del contexto, Lazarus y Folkman (1984) han defendido que las estrategias de afrontamiento pueden ser estables a través de distintas situaciones estresantes, de manera que se convierten en un estilo para afrontar determinadas situaciones.

Con respecto a las mediciones que existen actualmente sobre el afrontamiento, éstas se derivan directa o indirectamente del Cuestionario de las Formas de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1987) y aunque los resultados obtenidos con este instrumento no

siempre han dado lugar a dimensiones consistentes, Folkman y Lazarus (1988) han sugerido como más estables, las siguientes estrategias: a) confrontación, b) distanciamiento, c) autocontrol, d) búsqueda de apoyo social, e) aceptación de la responsabilidad, f) escape-avoidance, g) planificación de la solución del problema y h) reevaluación positiva. Dichas estrategias a su vez, se agrupan en las dos dimensiones de orden superior antes planteadas: las enfocadas en la solución del problema y las enfocadas en la emoción.

2.1.2. El estigma de la enfermedad mental desde el marco teórico del afrontamiento

Con base en los planteamientos teóricos de Miller y Kaiser (2001) y para efectos de esta investigación, el estigma puede definirse dentro del marco teórico del afrontamiento como un estresor, ya que se trata de un evento o situación en la que las demandas del ambiente social pueden exceder los recursos adaptativos del individuo (Lazarus & Folkman, 1984). Comparado con otros tipos de estresores, el estigma puede ser especialmente dañino debido a que puede incrementar la cantidad de estresores que los individuos estigmatizados experimentan (Miller & Major, 2000); por ejemplo, la falta de empleo, la negación del acceso a la educación, el rechazo de la pareja, por mencionar algunos.

El estigma también está asociado a la identidad social del individuo (Crocker, Major & Steele, 1998; Link et al., 2001). Esta característica puede potenciar el estrés porque el simple hecho de pertenecer a un grupo determinado puede detonar el juicio o trato injusto, lo cual tiene implicaciones importantes tanto en la identidad colectiva como en la

individual (Miller & Major, 2000). De esta manera, es fácil suponer que la vida de las personas estigmatizadas puede resultar mucho más estresante que aquellas que no ha sido estigmatizadas, dado que pueden llevar consigo diversas “marcas” de opresión (Allison, 1998) relacionadas con el género, la condición social, el origen étnico, preferencia sexual u otras enfermedades asociadas.

En ese sentido, el paradigma de interseccionalidad propuesto por Crenshaw (1994) desde el campo de estudio de la salud de las mujeres, da cuenta de las múltiples condiciones de vulnerabilidad que pueden vivir los grupos estigmatizados. Algunos estudios han mostrado que, en el caso de las personas con trastornos psiquiátricos, el género, la violencia y la inequidad social, representan algunos de los factores que aunados al padecimiento pueden convertirse en esas “marcas” de opresión que merman el bienestar y la calidad de vida de las personas que los padecen (Loganathan & Murthy, 2011; Mora-Ríos, Ortega-Ortega & Natera, 2015).

Retomando a Lazarus y Folkman (1984), el estrés sólo ocurre cuando las demandas que se le exigen a una persona exceden sus recursos de afrontamiento individuales. Por esta razón, el estrés involucra evaluaciones cognoscitivas sobre la seriedad o la gravedad de la demanda y sobre los recursos con los que cuenta para enfrentarla. Una respuesta al estrés ocurre solo si el individuo percibe una amenaza como importante para él y también cree que no tiene la capacidad para enfrentarla (Miller & Kaiser, 2001).

Las personas que cuentan con los recursos adaptativos para enfrentar una experiencia o situación estigmatizante pueden percibirla como no estresante aún cuando su bienestar este comprometido (Miller & Kaiser, 2001). Estos recursos adaptativos pueden ser psicológicos, sociales, económicos, conductuales o educativos. Por lo tanto, existe una

amplia variedad de cómo y con qué efecto las personas estigmatizadas se enfrentan al estresor (Clark, Anderson, Clark & Williams, 1999).

En resumen, la perspectiva del estrés y del afrontamiento asociado con el estigma propone que las situaciones estigmatizantes serán percibidas como estresantes sólo si representan una amenaza que pueda exceder los recursos de afrontamiento de la persona. Asimismo, el estigma disminuirá el bienestar del individuo sólo si éste no se considera capaz de enfrentarlo exitosamente (Miller & Kaiser, 2001).

En el caso de los padecimientos psiquiátricos, se ha documentado ampliamente en la investigación que el estigma constituye uno de los estresores más comunes que las personas afectadas suelen enfrentar (Link & Phelan, 2001; Rüsçh, Angermeyer, Corrigan, 2005). El estrés relacionado con el estigma de la enfermedad mental, ocurre cuando la persona estigmatizada percibe que el impacto debido al estigma excede sus recursos de afrontamiento y puede dañar su bienestar (Rüsçh et al., 2014). Por ejemplo, cuando la persona es despedida de su empleo o sufre el abandono de su familia debido a su enfermedad.

Sin embargo, aún no es del todo claro por qué algunas personas que viven situaciones estigmatizantes permanecen poco afectadas, mientras que para otras tienen un gran impacto (Corrigan & Watson, 2002b). Conocer e identificar los factores y estrategias que permiten a algunos individuos enfrentar adecuadamente las situaciones estigmatizantes, puede ser de gran utilidad para reducir las consecuencias negativas del estigma en esta población.

Las personas con trastornos psiquiátricos suelen responder al estigma de muy diversas maneras, algunas pueden decidir si compartir o no la información sobre su

padecimiento. Otras pueden dejar de asistir a eventos sociales para evitar ser cuestionadas (retraimiento social), o pueden simplemente tratar de guardar en secreto su diagnóstico (secrecía); hay quienes lo comparten sólo con aquellos a quienes le tienen la suficiente confianza (secrecía selectiva) (Link et al., 1989, Link, Mirotznik & Cullen, 1991; Ilic et al., 2012), o bien, hablan del tema abiertamente (disclosure) (Goffman, 1963).

También están quienes deciden por emprender acciones sociales que les ayuden a reivindicar a este grupo, tratando de informar a la población general sobre los padecimientos psiquiátricos. La mayoría de las veces, las decisiones que tomen los individuos sobre qué estrategias emplear dependerán de la situación o circunstancia. Las personas con estos padecimientos necesitan evaluar los costos y los beneficios de cada estrategia que utilicen (Holmes & River, 1998), ya que pueden ser moderadas o mediadoras de los resultados que tengan.

Thoits (2011) en su análisis sobre el estigma y la enfermedad mental, señala estrategias específicas de resistencia al estigma en personas con trastornos psiquiátricos como la negación o la minimización de la seriedad de su condición, comportarse de manera contraria a los estereotipos y la confrontación directa, en las cuales el individuo adopta una actitud de oposición ante la devaluación y la discriminación. Por su parte, Shih (2004) propone algunos procesos más complejos que el individuo puede poner en marcha para protegerse de sucumbir ante las consecuencias dañinas de la estigmatización: la compensación, las estrategias de interpretación del ambiente social y el focalizarse en múltiples identidades.

Aunque el enfoque de afrontamiento ha recibido críticas por adoptar una perspectiva preventiva, donde los individuos están más motivados a evitar las consecuencias negativas

del estigma, en lugar de crear unas más positivas (Shih, 2004), como hemos visto a lo largo de los párrafos anteriores, las personas también pueden posicionarse en un papel más activo, que rebasa el nivel individual, para emprender acciones que beneficien a todo el grupo estigmatizado, por ejemplo, a través de la educación y la participación comunitaria (Ilic et al., 2012).

Actualmente, los programas intervención (psicoeducativos) y de rehabilitación psicosocial han tratado de incluir un modelo de atención más integral que brinde a las personas con estos padecimientos las herramientas para poder enfrentar de manera efectiva el impacto que la enfermedad puede causar en sus vidas, incluyendo el estigma, con el fin de lograr una mejor recuperación; entendiendo esta última como “un proceso personal, profundo y único, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, objetivos, habilidades y roles. Una forma de vivir con satisfacción, esperanza y productivamente aun con las limitaciones causadas por la enfermedad.” (Anthony, 1993, p. 13).

Debido al interés que se le ha dado al enfoque de los aspectos positivos dentro del proceso de salud-enfermedad, en el siguiente apartado se exponen algunas ideas que dan cuenta de las dimensiones del bienestar en las personas con padecimientos psiquiátricos.

CAPÍTULO 3. BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

3.1. El estudio de los padecimientos mentales: hacia una psicología positiva

Tradicional y paradójicamente, las disciplinas dedicadas al cuidado de la salud mental han hecho un gran énfasis en el estudio de la enfermedad, dejando de lado los aspectos más positivos del complejo proceso de salud-enfermedad-atención. La psicología no es la excepción y aunque en el estudio de los trastornos mentales ha logrado generar un cuerpo de conocimiento sólido, que a su vez le ha permitido desarrollar teorías del funcionamiento mental humano y la creación de tratamientos que ayudan a las personas, se han descuidado los aspectos positivos que por naturaleza tienen los seres humanos tales como el bienestar, la satisfacción, la esperanza, el optimismo y la felicidad, ignorando con ello los beneficios que éstos pueden representar para las personas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y que forman parte de la salud integral.

En este contexto surge la Psicología Positiva, cuyo objetivo es investigar acerca de las fortalezas y recursos humanos, así como los efectos que tienen en la vida de las personas y en sus ambientes sociales (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En ese sentido, Gillham y Seligman (1999) señalan que uno de los principios de la Psicología Positiva es que el ser humano tiene una notable capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, capacidad que ha recibido poca atención en la investigación del comportamiento humano (González,

2004) y que es importante rescatar cuando las personas se enfrentan a procesos tan impactantes como es el caso de una enfermedad mental.

Uno de los principales rasgos personales estudiados desde la Psicología Positiva, es el bienestar subjetivo, cuyo máximo representante es Ed Diener (1984). A continuación, se realizará un breve análisis de la conceptualización de este constructo.

3.2. Definición de bienestar subjetivo

A mediados de 1980, tuvo lugar un intenso debate acerca de la naturaleza y la relación del afecto positivo y negativo. La revisión de la literatura de Diener culminó en 1984 cuando publicó su artículo titulado Bienestar Subjetivo (*Subjective Well-being*) en el *Psychological Bulletin*. Este manuscrito llegó a ser un clásico y desde entonces, ha sido enormemente citado. Al respecto, Diener y Emmons (1985), demostraron que las medidas de las características del afecto positivo (PA) y el afecto negativo (NA) no están correlacionadas, lo que significa que la cantidad de afecto que experimentaba una persona no tenía carga sobre el otro afecto experimentado. Estos hallazgos llevaron a contribuciones independientes acerca de cada uno de los componentes hedónicos del bienestar subjetivo (Eid & Larsen, 2008).

Diener, Larsen, Levine y Emmons (1985) también investigaron otras dimensiones de la experiencia afectiva en relación con el bienestar subjetivo, incluyendo características de la intensidad y frecuencia. Una de las mejores y más breves medidas de este componente afectivo fue desarrollada por Fordyce (1988), la cual consiste en solicitar a las personas

estimar el porcentaje de tiempo que sienten felicidad, el porcentaje que sienten neutralidad y el porcentaje que no sienten felicidad en un periodo determinado (por ejemplo, el año pasado) que sume el 100%.

El bienestar subjetivo tiene otro componente adicional al componente hedónico, el cual incluye un juicio cognoscitivo –como satisfactorio- acerca de la propia vida en su totalidad. Diener et al. (1985) denominan a este componente como satisfacción con la vida y lo conciben como una característica esencial en la estructura total del bienestar subjetivo. Es posible que los juicios de la satisfacción con la vida puedan no concordar con el componente hedónico. Sin embargo, en la mayoría de las poblaciones, la satisfacción con la vida y el componente hedónico del bienestar subjetivo están al menos moderadamente y, algunas veces, altamente correlacionados (Diener, Napa-Scollon, Oishi, Dzokoto & Suh, 2000).

En suma, el bienestar subjetivo ha sido definido a través de dos elementos principales, uno emocional (afectos positivos y negativos) (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed & Valiente, 1999) y uno cognoscitivo denominado satisfacción con la vida (Andrews & Withey, 1976). Siendo este último, un proceso crítico, en el cual el individuo evalúa su calidad de vida con base en sus propios criterios (Shin & Johnson, 1978). Ambos elementos están relacionados y por ello, algunos autores los miden conjuntamente (Chamberlain, 1988). Sin embargo, son diferenciables y pueden proporcionar información complementaria cuando se evalúan por separado (Pavot & Diener, 1993).

Pese a que los aspectos afectivos y cognoscitivos del bienestar subjetivo son igual de importantes, la investigación se ha centrado en los aspectos afectivos como la depresión (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), los síntomas negativos y positivos

(Jerrell & Hrisko, 2013), entre otros. El componente cognoscitivo de la satisfacción con la vida se ha dejado al margen de la investigación en este campo; sin embargo, debido a que constituye un factor que por sí mismo se relaciona con algunas variables predictoras de manera única, es importante evaluarlo por separado (Diener et al., 1985).

Dado que el bienestar subjetivo se refiere a experiencias afectivas y juicios cognoscitivos, la medida de autoreporte de bienestar subjetivo es indispensable. Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) desarrollaron la Escala de Satisfacción con la Vida, la cual llegó a ser un instrumento estándar del bienestar subjetivo en la investigación y ha sido traducida a varios idiomas (Eid & Larsen, 2008).

Para Pavot, Diener, Colvin y Sandvik (1991), la satisfacción con la vida es la evaluación global que el sujeto hace sobre su vida. Dicha evaluación depende de las comparaciones que la persona haga entre su situación de vida actual y el estándar que considera apropiado; es decir, son juicios subjetivos que la persona hace sobre su propia vida y no un criterio impuesto por otros (Diener et al., 1985). De ahí, la importancia de su evaluación, ya que permite obtener un parámetro de lo que la persona estima sobre su propia vida. La investigación de Diener indica que no existe un único determinante del bienestar subjetivo (Eid & Larsen, 2008). Algunas condiciones parecen ser necesarias para tener un alto bienestar (p.e. salud mental, relaciones sociales positivas) pero éstas no son suficientes por sí solas para tener felicidad.

3.3. Bienestar subjetivo en personas con padecimientos mentales

Los padecimientos psiquiátricos suelen ser persistentes y pueden comprometer el bienestar de quienes los padecen. Entre los factores que pueden tener un impacto en el bienestar de las personas con dichos padecimientos están los síntomas de la propia enfermedad (Jerrel & Hrisiko, 2013; Fervaha, Agid, Takeuchi, Foussias, Lee & Remington, 2015), el desempleo que conlleva a la escasez de recursos financieros (Wang, Petrini & Morisky, 2015), la falta de adherencia terapéutica (Fung et al., 2008, Wang et al., 2015), así como el alto nivel de estigma percibido (Livingston & Boyd, 2010; Livingston, 2012; Chronister et al., 2013; Wang et al., 2015).

Como se mencionó con anterioridad, uno de los indicadores más utilizados en la investigación para evaluar el bienestar subjetivo de los individuos es la satisfacción con la vida. Estudios recientes han encontrado que las personas con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos, que reportan estar satisfechas con su vida, presentan menos síntomas que aquellos que no se sienten satisfechos (Fervaha, Agid, Takeuchi, Foussias & Remington, 2013); además de tener mejor desenvolvimiento dentro de su comunidad (Fervaha et al., 2015). Lo anterior parece indicar que un alto grado de bienestar puede estar relacionado con la mejora de estos padecimientos, es decir, la reducción de los síntomas y recaídas.

Además de la satisfacción con la vida, otros indicadores que se han utilizado con frecuencia para identificar el bienestar en estas poblaciones son la calidad de vida y la calidad del bienestar. Al respecto, el estudio de Mittal et al. (2006) muestra que una mayor calidad del bienestar en las personas con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia o el

trastorno esquizoafectivo, está asociada a una mayor edad de inicio del padecimiento; mientras que, una menor calidad se relaciona con la presencia de síntomas depresivos y el deterioro cognoscitivo. Por su parte, otros estudios en población latina y de habla hispana con padecimientos mentales revelaron que el apoyo social se asocia con una mayor calidad de vida (Ribas & Lam, 2010), mientras que el estigma internalizado disminuye el bienestar subjetivo y psicológico (Pérez-Garín, Molero & Bos, 2015).

3.4. Estrategias de afrontamiento al estigma de la enfermedad mental: su relación con el estigma internalizado y el bienestar subjetivo

Con el fin de brindar un panorama más amplio acerca de la relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con padecimientos psiquiátricos para hacer frente al estigma de la enfermedad, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo; a continuación se analizan algunos hallazgos de investigación a nivel nacional e internacional.

3.4.1. Hallazgos de investigación a nivel internacional

En las últimas décadas ha habido un incremento en la investigación sobre el afrontamiento hacia el estigma de la enfermedad mental a nivel internacional, sin embargo, aún es insuficiente. La mayoría de esta investigación se basa en estudios trasversales, llevados a

cabo en países desarrollados y principalmente, con población adulta con trastornos psiquiátricos.

Rüsch et al. (2009), al analizar si estrés producido por el estigma predice el nivel de afrontamiento emocional y cognoscitivo, en un grupo de 85 personas con esquizofrenia y trastornos afectivos en tratamiento ambulatorio en diversos centros de atención a la salud mental en los Estados Unidos; encontró que el estrés relacionado con el estigma incrementa las respuestas de afrontamiento emocionales como la ansiedad social y la vergüenza, pero no aumenta el afrontamiento cognoscitivo. A su vez, las respuestas emocionales predijeron una baja autoestima y mayor desesperanza entre los participantes.

Otro estudio, también llevado a cabo en los Estados Unidos, en el que se examinaron las propiedades mediadoras del afrontamiento al estigma y el apoyo social sobre la relación del estigma y la calidad de vida de 101 personas con enfermedad mental grave (Chronister et al., 2013); mostró que el afrontamiento confrontativo y promover la educación respecto al tema fueron las estrategias más utilizadas y se asociaron positivamente con la recuperación. Además, los participantes reportaron escaso apoyo social, el cual fue asociado con altos niveles de estigma social e internalizado, y bajos niveles de calidad de vida.

Los países europeos también están presentes en la investigación sobre el afrontamiento al estigma de la enfermedad mental. Un estudio en Alemania, donde se evaluó a 355 personas con enfermedad mental a través de un cuestionario estandarizado (Identity Management Strategies scale), con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento adaptativas para hacer frente al estigma (Ilic et al., 2012); entre los principales hallazgos destaca que el involucramiento comunitario, el humor y el manejo de

estereotipos positivos sobre la enfermedad mental se relacionaron con una mayor autoestima. Mientras que, otras estrategias como normalización de la enfermedad, la búsqueda de información y el retraimiento selectivo no tuvieron dicha asociación.

Los estudios longitudinales han sido escasos en estos temas, sin embargo, Moses (2014) al examinar si el afrontamiento anticipado al estigma social que tienen un grupo de adolescentes egresados de la hospitalización psiquiátrica predice los niveles de autoestigma 6 meses después; encontró que los participantes reportaron altos niveles de estigma internalizado en el seguimiento, utilizando un retraimiento anticipado, esforzándose para no confirmar los estereotipos y evitando el contacto con otras personas.

En términos generales, los resultados de estos estudios indican que las personas que utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema como el involucramiento comunitario, el uso de estereotipos positivos, la confrontación y la educación tienen una disminución de las recaídas, mejor calidad de vida y menor estigma internalizado. Mientras que, quienes utilizan estrategias centradas en la emoción o evitativas reportan mayor estigma internalizado y bajos niveles de autoestima.

3.4.2. Hallazgos de investigación a nivel nacional

La investigación sobre el estigma y la enfermedad mental en México ha ido creciendo de manera paulatina en la última década. Algunos estudios se han centrado en explorar e identificar las creencias y actitudes asociadas con este tipo de padecimientos que existen en la sociedad, lo que se conoce como estigma público o social, encontrando el predominio de

la visión negativa y estereotipada de la enfermedad, ligada a la peligrosidad, el contagio y la distancia social (Mora-Ríos, Natera, Bautista-Aguilar & Ortega-Ortega, 2013a). Otros trabajos se han enfocado en el análisis psicométrico, adaptación y validación de instrumentos de medición para evaluar los diferentes tipos de estigma, social e internalizado (Fresán, Robles-García, de Benito, Saracco & Escamilla, 2010; Flores-Reynoso, Medina-Dávalos & Robles-García, 2011; Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Natera & Pedersen, 2013b).

Específicamente con relación al estigma internalizado, los estudios realizados en México para conocer la prevalencia de esta variable, principalmente en personas con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar, han mostrado que entre el 47.1% y el 70% de las personas presentan este tipo de estigma (Ávila-Navarrete, 2012; Guizar-Sánchez, 2014).

En otro trabajo reciente, en el que se analizó la correlación del autoestigma y diversas variables sociodemográficas y clínicas en personas con trastornos mentales graves (Mora-Ríos, Ortega-Ortega, Natera & Bautista-Aguilar, 2013c), se encontraron diferencias en la alienación y discriminación por tipo de diagnóstico psiquiátrico, siendo mayor en las personas diagnosticadas con esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo, respectivamente en comparación con quienes padecían trastorno bipolar o trastorno dual.

Un estudio previo de carácter cualitativo que exploró las experiencias de estigma en personas diagnosticadas con esquizofrenia (Ortega-Ortega, 2012), encontró que la interiorización de las creencias, prejuicios y estereotipos asociados con la enfermedad es una de las experiencias más comunes entre los participantes, la cual se presentó aun cuando

no hubieran vivido una práctica concreta de discriminación o rechazo en el contacto directo con otros.

Recientemente, el estudio de Mora-Ríos et al. (2015) exploró cualitativamente los recursos que las personas con esquizofrenia utilizan para hacer frente a la enfermedad y el estigma que se le asocia, encontrando que los aspectos socioculturales como la religión y las interpretaciones alternativas de la enfermedad, así como la resignificación de la experiencia con el padecimiento, cobran especial relevancia para enfrentar este tipo de problemáticas.

Como se puede apreciar, los estudios en México han sido principalmente de carácter cuantitativo, por lo que se han enfocado en la adaptación de instrumentos de medición del estigma, así como en la evaluación de su prevalencia y su correlación con variables sociodemográficas y clínicas. Sólo uno de los estudios citados se centró en explorar los recursos de afrontamiento al estigma con los que cuentan las personas con estos padecimientos pero a través de una aproximación cualitativa. Por lo que, aún falta mayor conocimiento sobre cómo se asocia el afrontamiento con el estigma internalizado y otras variables psicosociales, sociodemográficas y clínicas.

Debido al interés de conocer la relación que existe entre las variables antes mencionadas, el propósito de esta investigación se orientó en el estudio de estas áreas. En el siguiente capítulo se describen detalladamente los aspectos metodológicos que se siguieron para llevarla a cabo.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1. Planteamiento del problema y justificación

El estigma asociado con los padecimientos psiquiátricos suele expresarse a través de distintas actitudes de rechazo, discriminación, hostilidad e indiferencia de la población general hacia quienes padecen estos trastornos y ha sido citado como uno de los problemas de índole psicosocial más graves que afectan el bienestar de las personas con dichos padecimientos (Chechnicki, Matthias & Angermeyer, 2011). Una de las principales repercusiones del estigma tiene que ver con la interiorización de los estereotipos y creencias negativas de la enfermedad mental por parte de la persona afectada, lo que la conduce a tener actitudes discriminatorias hacia sí misma. En la literatura referente a este fenómeno, se le denomina estigma internalizado, estigma sentido o autoestigma (Corrigan et al., 2006; Ritsher et al., 2003; Lysaker et al., 2008) y se expresa a través de la vergüenza e incertidumbre en las personas afectadas, lo que se traduce en aislamiento y en la evitación de situaciones sociales por el temor a ser identificado como “paciente psiquiátrico” (Corrigan et al., 2006).

En la investigación internacional se ha documentado ampliamente que el estigma internalizado se asocia con bajos niveles de autoestima y una pobre percepción de la autoeficacia (Corrigan et al., 2009). Por el miedo a la estigmatización, las personas pueden retrasar o suspender su tratamiento (Fung, Tsang & Corrigan, 2008), lo cual constituye una barrera importante para su recuperación. No obstante, autores como Miller y Kaiser (2001),

plantean que aún cuando estas personas han sido objeto de estigma y discriminación por su condición, también son agentes activos en el manejo de su situación y utilizan numerosas estrategias que les ayudan a mantener un sentido positivo de sí mismos pese a las experiencias de discriminación y rechazo de las que son objeto. Por ejemplo, manteniendo en secreto el diagnóstico o compartiéndolo solo con aquellas personas de mayor confianza; evitando interacciones sociales en donde creen que los rechazarán, o bien, buscando apoyo social y reevaluando la situación de manera positiva, por mencionar algunas cuantas (Ilic et al., 2012; Link et al., 1989; Link, Struening, Neese-todd, Asmussen, Phelan, 2002).

Desde la contribución teórica de Lazarus y Folkman (1984) sobre el afrontamiento al estrés, se ha generado un amplio cuerpo de investigación sobre diferentes problemáticas que pueden ser generadoras de estrés, incluyendo el estigma hacia los padecimientos psiquiátricos (Miller & Kaiser 2001), de ahí que las acciones que las personas llevan a cabo para hacer frente al estigma se estudien desde este marco teórico y se definan como estrategias u orientaciones de afrontamiento (Link et al., 1989; Link et al., 1991; Link et al., 2002; Ilic et al., 2012). Estudios recientes señalan que cuando las personas utilizan estrategias focalizadas en solucionar la problemática que les aqueja, es este caso el estigma de la enfermedad, logran tener mayor bienestar, por lo que este tipo de estrategias pueden consideradas como adaptativas. Por otro lado, las personas que utilizan estrategias más emocionales o evitativas, suelen presentar un mayor nivel de estigma internalizado, pobres resultados en su recuperación y baja calidad de vida (Lysaker et al., 2008; Ow & Lee, 2012; Ilic et al., 2012; Chronister et al., 2013), por lo que se les considera estrategias menos adaptativas.

En esa misma línea, quienes se anticipan al rechazo debido a la internalización del estigma pueden experimentar consecuencias negativas en diversas esferas de su calidad de vida (Link et al., 1989), incluyendo el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida (Rosenfield, 1997; Markowitz, 2001); esta última identificada como un indicador importante del proceso de recuperación (Markowitz, 2001).

Como se ha documentado ampliamente en la literatura, el estigma internalizado mantiene una relación inversamente proporcional con el bienestar de las personas con trastornos psiquiátricos (Mashiach-Eizenberg, Hasson-Ohayon, Yanos, Lysaker & Roe, 2013; Livingston & Boyd, 2010). Sin embargo, las estrategias de afrontamiento y su relación con el estigma internalizado constituyen un tema menos abordado (Ow & Lee, 2012; Chronister et al., 2013) aún cuando dichas estrategias son cruciales para conocer los recursos de estas personas, ya sea para resistir el estigma o para internalizar las creencias negativas hacia la enfermedad y aplicarlas a sí mismas.

Con base en lo anterior, el propósito de este estudio es identificar la relación que existe entre las diferentes estrategias de afrontamiento al estigma, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo de un grupo de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos en la Ciudad de México (Figura 3). Obtener este conocimiento podría ser de utilidad para orientar programas específicos dirigidos a esta población que consideren sus recursos de afrontamiento para proponer estrategias que favorezcan el proceso de recuperación.

Figura 3. Modelo conceptual

Fuente: Elaboración propia.

4.2. Objetivos

4.2.1. General

Analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo de un grupo de personas diagnosticadas con trastornos psiquiátricos en la Ciudad de México.

4.2.2. Específicos

- Identificar las estrategias que utilizan las personas diagnosticadas con un trastorno mental para hacer frente al estigma asociado con la enfermedad.
- Describir los niveles de estigma internalizado de las personas diagnosticadas con un trastorno mental.

- Describir el bienestar subjetivo de las personas diagnosticadas con un trastorno mental.
- Identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, ajustándola por variables sociodemográficas y clínicas.

4.3. Hipótesis

- Las personas que utilicen estrategias de afrontamiento centradas en el problema tendrán menores niveles de estigma internalizado y mayor bienestar subjetivo.
- Las personas que utilicen estrategias de afrontamiento centradas en la emoción presentarán mayores niveles de estigma internalizado y menor bienestar subjetivo.

4.4. Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal descriptivo, ya que se realizó una sola evaluación y no se llevó a cabo ningún tipo de intervención.

4.5. Participantes

Los participantes fueron personas con diagnóstico de trastorno mental que se encontraban en tratamiento ambulatorio en una institución pública especializada en atención psiquiátrica. La muestra se seleccionó de manera no probabilística intencional, siguiendo los criterios de inclusión que se describen a continuación.

4.5.1. Criterios de inclusión

Los usuarios debían reunir los siguientes criterios de inclusión para poder participar en el estudio:

- Tener un diagnóstico de trastorno mental (diagnosticado por un médico especialista en psiquiatría con base en los criterios del DSM-IV-TR).
- Ser mayores de 18 años de edad.
- Estar en tratamiento ambulatorio en los servicios de atención psiquiátrica.
- Estar clínicamente estables de acuerdo con el criterio del médico tratante.
- Que aceptaran participar voluntariamente en el estudio (consentimiento informado)

4.5.2. Tamaño de muestra

El tamaño de muestra se estableció con base en los criterios estadísticos de nivel de significancia ($p \leq 0.05$); número de variables predictoras (10); poder estadístico (0.8); tipo de análisis (regresión lineal múltiple); y tamaño anticipado del efecto (0.21) (Cohen, Cohen, West & Aiken, 2003; Soper, 2014), este último se calculó como se muestra a continuación:

Tamaño del efecto f^2 de Cohen

$$f^2 = \frac{R^2}{1 - R^2} \qquad f^2 = \frac{0.18}{1 - 0.18} = 0.21$$

Con base en lo anterior, la n calculada para este estudio fue de 87 sujetos.

4.6. Variables de estudio

a) Variables dependientes:

- Estigma internalizado
- Bienestar subjetivo

b) Variables independientes:

- *Estrategias de afrontamiento*: centradas en el problema (búsqueda de apoyo social, focalizado en la solución del problema, religión, reevaluación positiva) y centradas en la emoción (expresión emocional abierta, evitación, autofocalización negativa).

c) Variables control:

- *Variables sociodemográficas*: edad, sexo, estado civil y nivel de escolaridad.
- *Variables clínicas*: Diagnóstico psiquiátrico, duración del padecimiento y tiempo en tratamiento.

4.6.1. Definición conceptual

- *Estigma internalizado*. Se refiere a la “la devaluación, vergüenza, secrecía y retraimiento como consecuencia de aplicar los estereotipos negativos a sí mismo” (Ritsher et al., 2003, p. 32).
- *Estrategias de afrontamiento*. Se definen como “los esfuerzos conductuales y cognoscitivos que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés” (Sandín, 1995; Sandín & Chorot, 2003, p.39).

-
- *Bienestar subjetivo*. Definido en términos de la satisfacción con la vida, que se refiere a un “juicio cognoscitivo consciente de la vida propia, en el que los criterios de ese juicio están en la propia persona” (Pavot & Diener, 1993, p. 164).

 - *Variables sociodemográficas:*
 - *Edad*. Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la aplicación del cuestionario.
 - *Sexo*. Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.
 - *Estado civil*. Condición de unión o matrimonio en el momento de la aplicación del cuestionario.
 - *Nivel de escolaridad*. Grado de estudio de las personas de acuerdo con la división los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional (INEGI, 2010).

 - *Variables clínicas:*
 - *Diagnóstico psiquiátrico*. Asignación de un determinado trastorno mental por parte de un médico especialista en psiquiatría, con base en los criterios del DSM-IV-TR (López-Ibor, Valdés & Flores, 2002).
 - *Duración del padecimiento*. Tiempo de inicio del padecimiento desde los primeros síntomas detectados por el usuario hasta la aplicación del cuestionario.
 - *Tiempo en tratamiento*. Tiempo desde que la persona inicio su tratamiento, ya sea psicológico, médico o psiquiátrico con el fin de controlar la enfermedad.

4.6.2. Definición operacional

- *Estigma internalizado.* Se evaluó a través del Inventario de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI) (Ritsher et al., 2003) en su versión adaptada para la población mexicana (Mora-Ríos et al., 2013b).
- *Estrategias de afrontamiento al estigma.* Se evaluó mediante el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003) en su versión abreviada y adaptada para la población mexicana (González & Landero, 2007).
- *Bienestar subjetivo.* Se evaluó a través de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Diener et al., 1985) en su versión adaptada para la población mexicana (Luna, Laca & Mejía, 2011).

4.7. Instrumentos de medición

Se aplicó un cuestionario conformado por cuatro secciones (Ver apéndice A), la primera recopila las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, y las tres restantes son los instrumentos de medición que evalúan el nivel de estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo. Adicionalmente, se incluyen algunos indicadores cualitativos (preguntas abiertas y la técnica de asociación libre) con la finalidad de obtener información más específica sobre estos temas. Sin embargo, para efectos de este trabajo sólo se analiza la información de carácter cuantitativo.

Los instrumentos de medición sobre estigma internalizado, afrontamiento y bienestar subjetivo se describen en los siguientes párrafos.

4.7.1. Estigma internalizado

El Inventario de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI) es una de las mediciones con más amplia tradición para evaluar la interiorización del estigma hacia los padecimientos psiquiátricos. Originalmente fue diseñado en Estados Unidos por Ritscher et al. (2003) pero debido a su utilidad, ya ha sido traducida a diferentes idiomas (Boyd, Adler, Otilingam & Peters, 2014). Este cuestionario consta de 29 reactivos que conforman cinco dimensiones:

- a) *Alienación*: esta subescala, compuesta por 6 reactivos, busca medir la experiencia subjetiva de sentirse menos que cualquier otro miembro de la sociedad o tener una “identidad deteriorada” (Goffman, 1963) a causa de la enfermedad mental.
- b) *Adhesión al estereotipo*: se compone de 7 reactivos y mide el grado de acuerdo de los participantes con los estereotipos asociados con la enfermedad mental.
- c) *Experiencia de discriminación*: está conformada por 5 reactivos e intenta capturar la percepción de los participantes acerca de la manera en que son tratados por otras personas.

- d) *Retraimiento social*: esta subescala contiene 6 reactivos y mide el grado de evitación de situaciones o aislamiento de los participantes por temor a ser rechazado a causa de su enfermedad.
- e) *Resistencia al estigma*: integrada por 5 reactivos, esta dimensión evalúa el grado de resistencia de los participantes por no ser estigmatizado, o bien, el no sentirse afectados por el estigma.

El formato de respuesta se basa en una escala Likert de 4 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= de acuerdo y 4= totalmente de acuerdo), por lo que el punto medio de este rango es 2.5 (Ritsher et al., 2003). Su consistencia interna global es elevada (Alpha de Cronbach 0.90), en tanto que, por subescalas se distribuyen como sigue: 0.79 para alienación; 0.72, adhesión al estereotipo; 0.75, experiencia de discriminación; retraimiento social, 0.80 y 0.58 para resistencia al estigma. La calificación del ISMI se obtiene de sumar los puntajes totales y por subescala.

El ISMI fue adaptado culturalmente para su aplicación en población mexicana por Mora-Ríos et al. (2013b) y posteriormente sometido a un procedimiento de análisis factorial para conocer sus propiedades psicométricas (Mora-Ríos et al., 2013c), obteniendo un adecuado nivel de consistencia interna ($\alpha= 0.81$). En esta versión adaptada en población psiquiátrica, los coeficientes Alpha de Cronbach, por subescala fueron: para alienación de 0.79, adhesión al estereotipo, 0.67; discriminación, 0.72; retraimiento social, 0.72; y para resistencia al estigma, de 0.65.

4.7.2. Estrategias de afrontamiento

El Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) fue diseñado en España por Sandín y Chorot (2003). En su versión original se compone de 42 reactivos y evalúa 7 formas de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión. Dichas formas de afrontamiento a su vez, se agrupan en 2 factores de orden superior, el primero corresponde a la dimensión relacionada con el problema o la situación estresante y con componentes racionales, mientras que el segundo factor corresponde al componente emocional del afrontamiento. Estas dos dimensiones identificadas son las planteadas por Lazarus y Folkman (1991) y se definen de la siguiente manera:

- a) *Afrontamiento racional o centrado en el problema:* se refiere a los esfuerzos dirigidos fundamentalmente a la fuente de origen del estrés para modificarla o eliminarla y buscar una solución satisfactoria para el sujeto. Las formas de afrontamiento que lo componen son: búsqueda de apoyo social, focalizado en la solución del problema y reevaluación positiva.
- b) *Afrontamiento emocional:* se refiere a los esfuerzos encaminados a regular los estados emocionales que están en relación con, o son una consecuencia de las situaciones estresantes (Lazarus & Folkman, 1991); en este caso, el sujeto no modifica la situación, por lo que en algunas ocasiones el manejo no es funcional (Casado, 2002). De esta manera, los tipos de afrontamiento que lo integran son: expresión emocional abierta, evitación, autofocalización negativa y religión.

El formato de respuesta del CAE es una escala tipo Likert de 5 puntos (0=Nunca, 1=Pocas veces, 2=A veces, 3=Frecuentemente, 4=Casi siempre). En su versión validada para su aplicación en población mexicana, se valoró una reducción de la escala original disminuyendo a 3 reactivos para cada forma de afrontamiento, obteniendo un total de 21 reactivos. Esta versión abreviada obtuvo valores adecuados de consistencia interna: Alpha de Cronbach de 0.64 a 0.87 para las 7 formas de afrontamiento, y para los factores de segundo orden de 0.78 para el primero y 0.71 para el segundo (González & Landero, 2007). Cabe mencionar que el tipo de afrontamiento religioso en la versión adaptada en México formó parte del primer factor (afrontamiento racional o centrado en el problema), a diferencia de la versión española. Sin embargo, debido a que conceptualmente la religión forma parte del afrontamiento emocional, se tomó la decisión de dejarla en esta categoría.

La calificación del CAE se obtiene sumando los puntajes de cada uno de los tipos de afrontamiento y de los factores de segundo orden. Para este estudio, se utilizó la versión abreviada y adaptada para la población mexicana del CAE, después de solicitar la autorización de su autora.

4.7.3. Bienestar subjetivo

La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) diseñada en Estados Unidos por Diener et al. (1985), es de gran tradición en la investigación y mide la valoración cognoscitiva de la satisfacción global con la vida desde el punto de vista del sujeto, con base en 5 reactivos que utilizan una escala Likert de 7 puntos, que van desde totalmente de acuerdo=7 hasta

totalmente en desacuerdo=1. Los puntajes de esta escala pueden ser interpretados en términos de una absoluta o relativa satisfacción con la vida. Los puntos de corte se agrupan como sigue: 5 a 9 “extremadamente insatisfecho”, 10 a 14 “insatisfecho”, 15 a 19 “ligeramente insatisfecho”, 20 “neutral”, 21 a 25 “ligeramente satisfecho”, 26 a 30 “satisfecho”, y 31 a 35 “extremadamente satisfecho”.

En su versión original, la SWLS mostró una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.87$) y estabilidad temporal ($\alpha=0.82$). En versiones validadas para poblaciones de habla hispana, la SWLS ha obtenido coeficientes de consistencia interna adecuados, de 0.79 (Luna et al., 2011) y de 0.82 (Cabañero, Martínez, Cabrero, Orts, Reig & Tosal, 2004). La escala original, así como las traducciones a los diferentes idiomas, están situadas en el dominio público por el autor, lo que significa que tienen libre acceso y uso.

4.7.4. Fiabilidad de los instrumentos

En la tabla 2, se muestra la fiabilidad de los instrumentos que se obtuvieron específicamente para este estudio. De acuerdo con Nunnally (1967; 1978), los coeficientes de confiabilidad mayores a 0.70 son adecuados y aceptables, mientras que, los coeficientes entre 0.50 y 0.60 son suficientes, sobre todo en el caso de investigaciones exploratorias.

El nivel de confiabilidad global del Inventario de Estigma Internalizado (ISMI) fue adecuado siendo similar al obtenido en la versión original. Los coeficientes por subescala también fueron adecuados y mayores que los de la escala adaptada en la población mexicana. En cuanto al Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), los coeficientes

de consistencia interna para cada uno de los factores de segundo orden, fueron apropiados y mayores en comparación con la escala original, en tanto que para las subescalas fueron similares a los previamente obtenidos en México. Respecto a la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), el coeficiente obtenido fue igual al de la escala original.

Tabla 2. Fiabilidad de los instrumentos del estudio

Escala	α	Subescalas	α	
Inventario de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI)	0.90	Alienación	0.86	
		Adhesión al estereotipo	0.75	
		Experiencia de discriminación	0.74	
		Retraimiento social	0.85	
		Resistencia al estigma	0.61	
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	Factor 1. <i>Centrado en el problema</i> , 0.80	Apoyo social	0.80	
		Focalizado en la solución del problema	0.81	
		Reevaluación positiva	0.63	
		Factor 2. <i>Centrado en la emoción</i> , 0.72	Religión	0.88
			Expresión emocional abierta	0.81
Evitación	0.55			
		Autofocalización negativa	0.67	
Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	0.87			

4.8. Procedimiento

Una vez que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de una institución de atención especializada en psiquiatría (Ver apéndice B), se solicitó la colaboración de los médicos adscritos a las diferentes clínicas especializadas (Esquizofrenia, Trastornos Adictivos, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del Espectro) para llevar a cabo el estudio, quienes determinaron los mecanismos más adecuados para la aplicación de los cuestionarios a fin de que esta actividad no se interfiriera con el proceso de atención de los participantes y manteniendo como prioridad el cuidado de su integridad.

Previo a la recolección de datos, se llevó a cabo una fase piloto para evaluar la pertinencia de la estrategia metodológica, así como de la adecuada comprensión de los contenidos de los instrumentos que se administraron, dicha fase se describe a continuación.

4.8.1. Fase piloto

Se realizó la aplicación de los instrumentos de medición a una muestra de 7 personas con diagnóstico de trastorno mental, quienes se encontraban en tratamiento ambulatorio en una institución especializada y aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Los objetivos de esta fase de piloteo fueron:

- Evaluar la comprensión del consentimiento informado, así como de los contenidos de los instrumentos de medición en la población estudiada.
- Estimar los tiempos de aplicación para cada una de las modalidades empleadas: autoaplicable y administrado en entrevista cara a cara.
- Evaluar el formato de los instrumentos de medición (p.e. tamaño de letra, distribución de los contenidos).

El procedimiento que se siguió para acceder a los participantes fue presentar el resumen del proyecto de investigación a los médicos adscritos de una de las clínicas especializadas de la institución participante (Clínica de TOC y los Trastornos del Espectro), con el fin de solicitarles su apoyo para la referencia de los pacientes que cubrieran los criterios de inclusión. Se acordaron dos formas de contactar a la población, la primera a través de la consulta externa y la segunda, a través de los grupos terapéuticos y psicoeducativos que se realizan en dicha clínica.

Sólo uno de los participantes fue referido a través de la consulta externa y eligió modalidad de aplicación de entrevista cara a cara. Mientras que, gracias al apoyo del médico que dirige uno de los grupos terapéuticos para esta población, se logró acudir a una de las sesiones para plantear el proyecto a los usuarios e invitarlos a participar. En este grupo, todos los integrantes eligieron la modalidad autoaplicable. En ambas formas de contactar a la población, se realizó el siguiente procedimiento para cumplir con cada uno de los objetivos antes planteados.

Para evaluar la comprensión del consentimiento informado, la investigadora leía en voz alta junto con los participantes la información contenida en el formato y al final le

hacia las siguientes preguntas: ¿Les pareció clara la información que acabamos de leer? ¿Han comprendido en qué consiste su participación? ¿Les quedan claros los beneficios de este estudio? ¿Tienen alguna duda respecto a lo que acabamos de leer?. Una vez que eran aclaradas las inquietudes de los usuarios y brindaban su autorización para participar, se firmaba el formato de consentimiento informado. Las modificaciones hechas al consentimiento informado, con relación a la presentación de la investigadora y los beneficios del estudio, se sometieron nuevamente a evaluación por parte del Comité de Ética de la institución participante y fueron aprobadas poco tiempo después (Ver apéndice C).

Para iniciar con la aplicación de los instrumentos de medición, la investigadora preguntaba a los participantes si preferían responder el cuestionario de manera autoaplicable o con el apoyo del investigador. A quienes eligieron la primera modalidad, se les pidió que leyeran cuidadosamente el contenido del cuestionario y que al mismo tiempo fueran marcando aquellas preguntas e instrucciones en las que tuvieran dudas. Al final, la investigadora revisaba el cuestionario a fin de identificar si los participantes habían tenido dificultades al responderlo.

Por otra parte, para quien eligió la modalidad de aplicación en entrevista cara a cara, las dudas con relación a los contenidos del cuestionario, se clarificaron al momento de la entrevista y la investigadora identificó aquellas preguntas que había que corregir para ser incorporadas en la versión final de los instrumentos de medición.

Para estimar los tiempos de aplicación, la investigadora llevaba consigo un cronómetro que activaba desde la lectura del consentimiento informado hasta el término de la aplicación de los cuestionarios para cada una de las modalidades. De esta forma, la

duración de la modalidad autoaplicable fue de 25 a 40 minutos, mientras que la administración en entrevista cara a cara fue de 30 minutos.

Del total de las 7 personas encuestadas, 5 eran hombres y 2 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 19 y 52 años. El principal diagnóstico reportado fue el trastorno obsesivo compulsivo que, en la mayoría de los casos, presentaba comorbilidad con la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y los trastornos de alimentación.

A partir de las sugerencias de los participantes, los principales cambios que se realizaron al cuestionario fueron: a) la precisión de ciertos términos, por ejemplo, rechazo social y psicoeducación, y b) la definición de la situación estresante en el CAE como estigma. Cabe mencionar que los usuarios mostraron gran interés por los tópicos abordados, en especial, por el tema sobre lo que ellos hacen para tener un mejor manejo del padecimiento y enfrentar el estigma derivado del padecimiento. Al término de la fase piloto, se continuó con la aplicación del cuestionario en su versión final (Ver apéndice A).

4.8.2. Recolección de datos

Una vez concluida la fase piloto, se continuó con la presentación del proyecto de investigación a los médicos titulares de las clínicas restantes dentro de la institución, así como a los encargados de llevar a cabo los cursos psicoeducativos y las terapias grupales que se imparten de manera periódica. Todos ellos se mostraron muy accesibles y brindaron su apoyo a la investigadora en todo momento.

Los médicos y psicólogos encargados de llevar a cabo los cursos y terapias grupales, le asignaron un horario a la investigadora para que hiciera personalmente la invitación a los asistentes para participar en el estudio. Los usuarios interesados en participar que podían quedarse después de la sesión terapéutica o psicoeducativa respondieron el cuestionario el mismo día, mientras que, quienes no podían quedarse programaban su aplicación hasta la siguiente sesión. O bien, proporcionaban sus nombres y teléfonos a la investigadora para acordar el día que podían acudir a la institución para llevar a cabo la aplicación. Esta forma de contactar a los participantes fue la más efectiva (85%) en cuanto al tiempo empleado y respuesta favorable.

En el contacto de los participantes a través de los servicios de consulta externa, los médicos determinaron que el mejor momento para la aplicación del cuestionario era después de la revisión, ya que ellos podrían verificar la estabilidad clínica del paciente durante la misma y así constatar que era un candidato idóneo para el estudio. Asimismo, sugirieron a la investigadora que se presentara en las clínicas durante los horarios de atención para que le pudieran referir a los usuarios. Sólo el 9% de los participantes fueron contactados a través de esta forma, mientras que, el 6% restante se contactó mediante de la técnica de bola de nieve.

En cuanto a las modalidades de aplicación, el 91% de los participantes eligieron la contestar el cuestionario de manera autoaplicable y sólo un 9% en entrevista cara a cara. Quienes eligieron la segunda modalidad, argumentaron que no podían leer o escribir bien porque no llevaban sus lentes consigo o padecían de vista cansada, sólo en un caso la informante solicitó ayuda porque llevaba una férula en el brazo derecho que le impedía escribir.

Dado que no había un espacio específico para llevar a cabo las aplicaciones, éstas fueron realizadas en las salas de espera de las clínicas para los usuarios que acudían a consulta externa. Se eligieron sitios alejados del ruido en los que hubiera mayor privacidad para que los informantes pudieran responder el cuestionario. Para los usuarios que asistían a los grupos, el lugar de aplicación regularmente era el aula donde recibían la sesión terapéutica o psicoeducativa.

Al final del proceso de aplicación, se les proporcionó un tríptico a todos los participantes, sobre algunos mitos y realidades acerca de los padecimientos psiquiátricos. Además, se les facilitaba información sobre algunos lugares para recibir atención complementaria, sobre todo de tipo psicológica, en el caso de quienes así lo solicitaran.

En total 168 personas fueron invitadas a participar en el estudio en un periodo de cinco meses (enero a mayo de 2015), a través de ambas formas de reclutamiento. Sin embargo, 10 de ellas no cubrían los criterios de inclusión, por ser menores de edad o debido a que se encontraban inestables al momento de la entrevista desde el punto de vista del médico tratante. Cincuenta y seis más, se rehusaron a participar aduciendo falta de tiempo para realizar otras actividades laborales, familiares o de salud, en otros casos simplemente manifestaron que no tenían interés en participar. De esta manera, la muestra quedó conformada por 102 personas con diagnóstico de trastorno mental que acudían a tratamiento ambulatorio en un hospital de atención psiquiátrica, lo cual se traduce en un porcentaje de aceptación del 60.71%.

4.9. Consideraciones éticas

El presente estudio se adhirió a los lineamientos éticos en investigación psicosocial, recomendados por las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, [CIOMS], 2003), específicamente: la Pauta 2, la cual señala que las propuestas de investigación en seres humanos deben ser presentadas en uno o más comités de evaluación científica y ética, con el fin de examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. De esta manera, la investigación se sometió a un proceso de evaluación y fue aprobada por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución donde se llevó a cabo el estudio [CEI/C/64/2014] (Ver apéndice B).

Asimismo, se retomaron las Pautas 4, 5 y 15 (CIOMS, 2003), que hacen referencia al consentimiento informado. La investigadora solicitó la colaboración voluntaria de los posibles candidatos, enfatizando que se trataba de una actividad independiente de su proceso de atención y explicándoles de forma detallada los objetivos del estudio, en qué consistiría la participación y la importancia de sus respuestas en la contribución al conocimiento. También hacía hincapié en los posibles riesgos y beneficios de la participación y del derecho a retirarse o suspender la participación en el momento que lo desearan. Después de disipar cualquier duda que los participantes tuvieran, se les proporcionaba una copia del consentimiento informado (Ver apéndice D).

Por otra parte, el estudio se sustenta en los Principios de Justicia, Beneficencia y Respeto por las Personas que se derivan del Informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979). Con

relación al Principio de Justicia, todas las personas usuarias de los servicios atención psiquiátrica de la institución participante, que reunían los criterios de inclusión, fueron invitadas a participar en el estudio sin hacer ningún tipo de discriminación. El Principio de Beneficencia fue retomado en el sentido de buscar los beneficios de los sujetos, que en este caso fueron la obtención de información relacionada con el estudio, así como, de un folleto sobre algunos mitos y realidades acerca de los padecimientos psiquiátricos.

Por último, el Principio de Respeto por las Personas, se siguió en el sentido de respetar la decisión de los sujetos de participar o no en la investigación, así como de proteger su anonimato y la confidencialidad de la información proporcionada. Por consiguiente, en los cuestionarios que se aplicaron no se solicitaron datos personales, como nombre o domicilio, que pudieran permitir la identificación de los participantes. La información obtenida quedó bajo resguardo de la investigadora, al igual que los formatos de consentimiento informado. Asimismo, una vez que se publiquen los resultados del estudio, sólo se presentarán datos obtenidos de la muestra total de la población estudiada y no de manera individual.

4.10. Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales [Statistical Package for the Social Sciences, SPSS], versión 21 (IBM Corporation, 2012). Se llevaron a cabo análisis descriptivos para identificar las características sociodemográficas y clínicas de los participantes, así como para conocer los niveles de

estigma internalizado, bienestar subjetivo y el uso de estrategias de afrontamiento en la población de estudio.

Se efectuaron análisis bivariados utilizando la prueba *t* de Student y el análisis de varianza (ANOVA) para identificar las diferencias en los niveles de estigma internalizado, el bienestar subjetivo y las estrategias de afrontamiento considerando el sexo, el estado civil, la escolaridad y el diagnóstico psiquiátrico.

A fin de conocer, la asociación entre el nivel de estigma internalizado y el bienestar subjetivo se realizó un análisis de correlación de Pearson. Por otra parte, se probó un análisis de interacción y se realizaron dos modelos de regresión lineal múltiple para identificar la asociación entre las estrategias de afrontamiento, el nivel de estigma internalizado y el bienestar subjetivo. Dichos modelos fueron ajustados por la edad, la duración del padecimiento y el tiempo en tratamiento.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

5.1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Las características sociodemográficas y clínicas de los participantes se describen en la tabla 3. Los usuarios fueron principalmente mujeres (69.6%) y tenían una edad promedio de 40 años. La mayoría residía en el Distrito Federal (81.4%) y el Estado de México (16.7%), el resto provenía de algún estado de Republica (2%). Un poco más de la mitad de los participantes no tenían una pareja sentimental (54.9%) al momento de la aplicación del cuestionario. En cuanto a la escolaridad, predominó el nivel de licenciatura y posgrado (53.9%).

Casi la mitad de los participantes carecían de un trabajo remunerado (49%), por lo que sus principales apoyos económicos eran los padres (30.6%), la pareja (18.4%), la expareja (3.1%), los hermanos (3.1%) y los hijos (2%). El 42.8% restante refirió no recibir apoyo económico de alguna persona cercana. En promedio tenían un ingreso mensual de \$2,445.35 (D.E. 4,316.01) pesos.

El principal diagnóstico psiquiátrico de los participantes fue depresión y ansiedad (35.3%), sólo las mujeres presentaron dichos padecimientos. El trastorno obsesivo compulsivo (19.6%) fue el segundo trastorno en orden de aparición, seguido de la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (18.6%). Otros trastornos que se presentaron con menor frecuencia fueron el trastorno bipolar, el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el síndrome de Asperger (5.9%).

Tanto el tiempo de inicio del padecimiento (<1-51 años), como la duración del tratamiento (<1-31 años) tuvieron periodos considerablemente amplios. Sin embargo, la mayoría de los participantes reportó un periodo de tratamiento menor al inicio de su padecimiento. En cuanto al tratamiento que recibían al momento de la aplicación, la mayoría de los entrevistados contaba con prescripción farmacológica y acudía a psicoterapia (52.9%).

Tabla 3. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes (n=102)

Variables	Total (n=102)	%
Sexo		
Mujer	71	69.6
Hombre	31	30.4
Edad (años)		
(Media/D.E.)	18 – 70 (40/12.29)	
Estado civil		
Soltero sin pareja	56	54.9
Soltero con pareja	18	17.6
Vive en pareja	28	27.5
Escolaridad		
Básica (Primaria/Secundaria)	17	16.7
Media superior (Bachillerato)	30	29.4
Licenciatura y posgrado	55	53.9
Ocupación		
Sin trabajo remunerado	50	49
Comerciante o empleado sin prestaciones	34	33.3
Empleado con prestaciones	15	14.7
Pensionado	3	2.9
Diagnóstico actual		
Depresión y ansiedad	36	35.3
Trastorno obsesivo compulsivo	20	19.6
Esquizofrenia/trastorno esquizoafectivo	19	18.6
Trastorno dual	16	15.7
Trastornos de la conducta alimentaria	5	4.9
Otros	6	5.9
Tiempo con el padecimiento (años)		
(Mediana)	<1 – 51 (8.5)	
Tiempo en tratamiento (años)		
(Mediana)	<1 – 31 (2)	
Tipo de tratamiento actual		
Farmacológico	6	5.9
Farmacológico y psicoterapéutico	54	52.9
Farmacológico, psicoterapéutico y educación	42	41.2

5.2. Evaluación de las variables psicosociales: estigma internalizado, bienestar subjetivo y afrontamiento

Con la finalidad de identificar los niveles de estigma internalizado, el bienestar subjetivo, así como el uso de las estrategias de afrontamiento de los participantes, se obtuvieron las medias de cada una de estas variables. En la tabla 4, se describen las puntuaciones obtenidas en este estudio, comparándolas con las medias teóricas de las escalas originales.

Tabla 4. Medias y desviaciones estándar de las variables psicosociales (n=102)

Variable psicosocial	Escalas originales	Escalas del estudio
	Media (D.E.)	Media (D.E.)
Estigma internalizado	72 (24.48)	61.24 (14.89)
Bienestar subjetivo	20 (6.80)	20.30 (7.99)
Afrontamiento centrado en el problema	22 (7.48)	19.14 (7.20)
Afrontamiento centrado en la emoción	30 (10.2)	20.23 (7.43)

a) Niveles de estigma internalizado

Con relación al estigma internalizado medido a través del ISMI, la media ($\bar{x} \pm D.E.$) (61.24 \pm 14.89) encontrada, en la población de estudio, indica un nivel bajo de estigma internalizado con respecto a la media teórica (72 \pm 24.48) calculada. Utilizando este mismo parámetro se estableció que el 22% de los participantes presentaron un alto nivel de estigma internalizado.

Los puntajes obtenidos en las medias de respuesta por subescala también fueron bajos con relación al punto medio (2.5), en adhesión al estereotipo (1.76 ± 0.57), retraimiento social (1.94 ± 0.73), experiencias de discriminación (2.02 ± 0.67) y alienación (2.15 ± 0.79), en tanto que, para resistencia al estigma se encontró una media más alta (2.82 ± 0.61).

Al analizar los puntajes por reactivo, sólo uno de los pertenecientes a la subescala de alienación, *“La gente que no tiene una enfermedad mental simplemente no me entiende”*, tuvo un puntaje por arriba del punto medio (2.55 ± 1.02). Mientras que, cuatro de los reactivos que conforman la subescala de resistencia al estigma también tuvieron puntajes mayores al punto medio: *“Vivir con una enfermedad mental me ha fortalecido”* (2.77 ± 1.04); *“Por lo general, soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero”* (2.88 ± 1.02); *“La gente con enfermedades mentales hace aportaciones importantes a la sociedad”* (3.07 ± 0.87); *“Puedo tener una vida plena a pesar de mi enfermedad mental”* (3.08 ± 0.99).

b) Niveles de bienestar subjetivo

De acuerdo con los puntos de corte de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), que se utilizó como indicador del bienestar subjetivo, la media encontrada (20.30 ± 7.99) en la población estudiada indica cierta neutralidad, es decir, que no existe insatisfacción pero tampoco satisfacción con la vida. Sin embargo, al hacer el análisis por categorías de esta escala, se encontró que un poco más de la mitad de la muestra (52%) refirió sentirse desde ligeramente satisfecho hasta muy satisfecho con su vida, lo que indica un alto grado de

bienestar subjetivo, mientras que el 42% refirió sentirse insatisfecho y el 6% restante no se sentía ni satisfecho ni insatisfecho.

Al hacer un análisis de los reactivos que conforman esta escala, se encontró que tres de ellos tenían un puntaje ligeramente mayor al punto medio (4): “*En la mayoría de los aspectos mi vida se acerca a mi ideal*” (4.23±1.91); “*Estoy satisfecho con mi vida*” (4.32±2.04); “*Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida*” (4.13±1.91).

c) Utilización de las estrategias de afrontamiento

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes para hacer frente al estigma de la enfermedad, la media encontrada para el afrontamiento centrado en el problema (19.14±7.20) indica una frecuencia ligeramente baja de la utilización de estas estrategias con relación a la media teórica calculada (22±7.48) para este factor. Mientras que, la media para el afrontamiento centrado en la emoción (20.23±7.43) indica escaso uso de dichas estrategias respecto a la media calculada (30±10.2).

Por subescalas, las medias de las estrategias centradas en el problema se distribuyeron de la siguiente manera: a) búsqueda de apoyo social, 5.68±3.49; b) reevaluación positiva, 6.64±2.85 y; c) focalizado en la solución del problema, 6.81±3.18. Mientras que, la distribución de las medias por subescalas de las estrategias centradas en la emoción fue: d) expresión emocional abierta, 4.12±2.87; e) religión, 4.40±3.88; f) autofocalización negativa, 5.08±2.92 y; g) evitación, 6.61±2.52.

Como se observa de las estrategias centradas en el problema, sólo la reevaluación positiva y el afrontamiento focalizado en la solución tienen un puntaje superior a la media, en tanto que, de las estrategias centradas en la emoción sólo la evitación se encuentra por encima de la media. Esto quiere decir, que los participantes suelen utilizar con mayor frecuencia el afrontamiento focalizado en la solución del problema, la reevaluación positiva y la evitación para enfrentar el estigma asociado con la enfermedad.

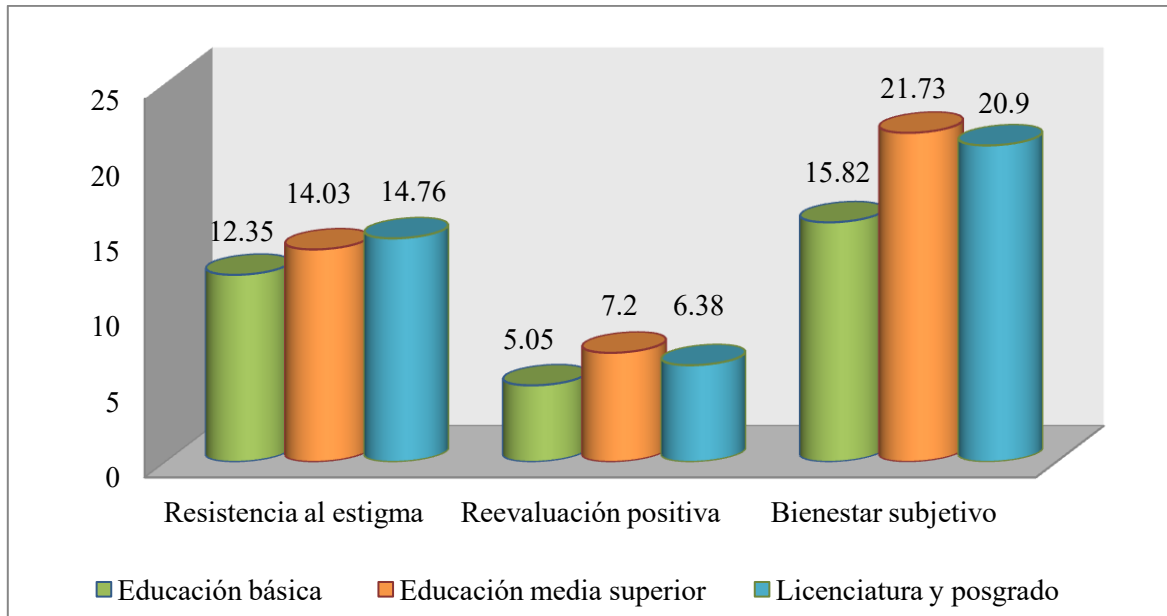
En cuanto a los reactivos que resultaron con las medias más altas en la población de estudio, tres conformaban la subescala de afrontamiento focalizado en la solución del problema: “*Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo*” (2.16±1.28), “*Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas*” (2.34±1.21), “*Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema*” (2.31±1.23); dos pertenecían a la subescala de reevaluación positiva: “*Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema*” (2.34±1.16), “*Intenté sacar algo positivo del problema*” (2.35±1.24); dos más a la subescala de evitación: “*Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas*” (2.13±1.06), “*Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema*” (2.50±1.22); y uno pertenecía a la subescala de búsqueda de apoyo social “*Procuré que algún amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos*” (2.36±1.36).

5.3. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con el nivel de estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo

Al realizar los análisis comparativos (*t* de Student y ANOVA) para conocer la relación de las variables sociodemográficas y clínicas (sexo, estado civil, escolaridad y diagnóstico psiquiátrico) con los niveles de estigma internalizado, bienestar subjetivo y el uso de las estrategias de afrontamiento, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable de escolaridad y diagnóstico psiquiátrico.

Como se observa en la figura 4, los puntajes de la subescala de resistencia al estigma fueron mayores en quienes contaban con licenciatura y posgrado (14.76 ± 2.74) en comparación con los participantes con educación básica (12.35 ± 3.72). La reevaluación positiva fue la estrategia más utilizada en el grupo con educación media superior (7.20 ± 2.74) en comparación con el grupo con educación básica (5.05 ± 3.23). Asimismo, el nivel de bienestar subjetivo fue mayor en quienes tenían educación media superior (21.73 ± 8.05) que entre quienes contaban con educación básica (15.82 ± 5.77).

Figura 4. Subescalas de estigma internalizado^a, estrategias de afrontamiento^b y bienestar subjetivo^c por escolaridad



^a $F=4.25$; $gl=2, 99$; $p=0.02$; Licenciatura y posgrado > educación básica, $p=0.01$

^b $F=3.47$; $gl=2, 99$; $p=0.03$; Educación media > educación básica, $p=0.04$

^c $F=3.47$; $gl=2, 99$; $p=0.03$; Educación media > educación básica, $p=0.04$

En cuanto a las diferencias por diagnóstico psiquiátrico, solo se presentaron diferencias significativas en el uso de la estrategia de expresión emocional abierta fue mayor ($p=0.03$) entre quienes tenían algún trastorno de la conducta (7.60 ± 4.03) en comparación con quienes presentaban trastorno dual (3.18 ± 1.79) ($F=3.012$; $gl=5, 96$; $p=0.02$).

5.4. Relación entre las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo

Al llevar a cabo un análisis de correlación de Pearson entre el estigma internalizado y el bienestar subjetivo de los participantes, se encontró una asociación lineal significativa, moderada e inversamente proporcional entre los puntajes de ambas variables, es decir, a medida que aumenta el nivel de estigma internalizado de los participantes, su bienestar subjetivo disminuye y viceversa ($r_p = -0.27, p < 0.05$).

Posteriormente, se evaluó un modelo de regresión lineal múltiple, utilizando el método de pasos sucesivos (*stepwise*), para identificar cómo se relacionan las estrategias de afrontamiento con el nivel de estigma internalizado en la población estudiada. Dicho modelo se ajustó por las variables de edad, duración del padecimiento, tiempo en tratamiento y bienestar subjetivo. Además, cumplió con los supuestos de normalidad, linealidad, homocedasticidad, no autocorrelación (Durbin-Watson=2.02) y no multicolinealidad (FIV de 1.01 a 1.12).

El resultado de este análisis mostró que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, específicamente la autofocalización negativa y la evitación, de manera conjunta con la edad de los participantes y la duración de su padecimiento, explican el 41.5% de la varianza del estigma internalizado ($F= 18.92; p<0.001$). Como se observa en la tabla 5, los altos niveles de estigma internalizado están asociados con el uso frecuente de la autofocalización negativa ($\beta=2.55, p<0.001$) y la evitación ($\beta=0.95, p<0.05$), aunado a una mayor duración del padecimiento ($\beta=0.25, p<0.05$) y una menor edad ($\beta= -0.42, p<0.001$).

Tabla 5. Regresión lineal múltiple. Asociación entre las estrategias de afrontamiento y el estigma internalizado

Variables Independientes	Error			I.C. 95%			
	β	Est.	β eta	t	ρ	L. Inf.	L. Sup.
Autofocalización negativa	2.55	0.40	0.50	6.40	0.00	1.76	3.35
Evitación	0.95	0.45	0.16	2.09	0.04	0.05	1.85
Edad	-0.42	0.10	-0.34	-4.30	0.00	-0.61	-0.22
Duración del padecimiento	0.25	0.11	0.18	2.30	0.02	0.03	0.46

Nota. Variable dependiente: Estigma internalizado

Con el fin de identificar la asociación entre de las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo en la población estudiada, se probó un segundo modelo de regresión lineal múltiple, con el método de pasos sucesivos, que cumplió con los supuestos de normalidad, linealidad, homocedasticidad, no autocorrelación (Durbin-Watson=1.92) y no multicolinealidad (FIV de 1.02 a 1.31).

En la tabla 6, se presentan los resultados de dicho modelo, el cual fue ajustado por las variables de edad, duración del padecimiento y tiempo en tratamiento. Las estrategias de afrontamiento conjuntamente con la duración del padecimiento, explican el 27.4% de la varianza del bienestar subjetivo de los participantes ($F= 10.52, p<0.001$). En otras palabras, el bienestar subjetivo de las personas con diagnóstico de trastorno mental aumenta mientras más utilicen las estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución del problema ($\beta=0.58, p<0.05$) y la búsqueda de apoyo social ($\beta=0.55, p<0.01$); y disminuye a medida

que utilicen la autofocalización negativa ($\beta = -0.59, p < 0.05$) y tengan mayor tiempo con el padecimiento ($\beta = -0.18, p < 0.01$).

Tabla 6. Regresión lineal múltiple. Asociación entre las estrategias de afrontamiento y el bienestar subjetivo

Variables independientes	Error		I.C. 95%				
	β	Est.	beta	t	ρ	L. Inf.	L. Sup.
Focalizado en la solución del problema	0.58	0.24	0.23	2.40	0.02	0.10	1.06
Búsqueda de apoyo social	0.55	0.20	0.24	2.75	0.00	0.15	0.95
Autofocalización negativa	-0.59	0.26	-0.22	-2.24	0.03	-1.11	-0.06
Duración del padecimiento	-0.18	0.06	-0.24	-2.83	0.00	-0.30	-0.05

Nota. Variable dependiente: Bienestar subjetivo

Finalmente, se realizaron dos análisis de interacción entre el estigma internalizado y las estrategias de afrontamiento (centrado en el problema y en la emoción), sobre los puntajes de bienestar subjetivo sin encontrarse resultados significativos en ninguno de los dos casos ($\beta = 0.003, p = 0.65$; $\beta = -0.005, p = 0.38$). Esto quiere decir que, el efecto multiplicativo de las estrategias de afrontamiento y el estigma internalizado no incide en el nivel de bienestar subjetivo de los participantes.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

El interés de esta investigación fue identificar la asociación entre las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo en un grupo de personas diagnosticadas con padecimientos psiquiátricos. Los hallazgos aportan evidencia de los efectos positivos de la utilización de estrategias centradas en el problema sobre el bienestar de las personas, en contraste con el uso de las estrategias centradas en la emoción. También se señalan los efectos dañinos de las estrategias emocionales en la internalización de los estereotipos y creencias negativas relacionadas con la enfermedad. En ese sentido, los participantes de este estudio que emplearon estrategias como la autofocalización negativa o la evitación, tuvieron un mayor nivel de estigma internalizado y un decremento en su bienestar.

Por otro lado, los hallazgos muestran que los niveles de estigma internalizado en la población de estudio son menores a los reportados en investigaciones previas (Link et al., 1989, 1991; Ritsher & Phelan, 2004; Chronister et al., 2013; Brohan et al., 2010; Mashiach-Eizenberg et al., 2013). Sin embargo, el porcentaje de participantes que reportaron un alto nivel de estigma internalizado es similar a lo encontrado en otros estudios a nivel internacional (Ritsher & Phelan, 2004; Boyd et al., 2014) y menor a lo reportado previamente en México por Ávila-Navarrete (2012) y Guizar-Sánchez (2014), quienes evaluaron esta variable pero sólo en personas con esquizofrenia y trastorno bipolar, lo cual podría explicar esta diferencia pues en la presente investigación la muestra incluyó diversos diagnósticos psiquiátricos como la depresión, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno dual.

Los resultados en las subescalas de alineación, adhesión a los estereotipos, discriminación y retraimiento del ISMI, fueron consistentes con el bajo nivel de internalización del estigma. Sin embargo, hubo un puntaje más alto en la subescala de resistencia al estigma, lo cual coincide con investigaciones previas a nivel nacional (Mora-Ríos et al., 2013c) e internacional que también han encontrado altos niveles de resistencia al estigma en este tipo de poblaciones (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek, & Amering, 2011; Campellone, Caponigro & Kring, 2014). En ese sentido, un área de oportunidad podría ser ayudar a las personas a adquirir habilidades para resistir al estigma abiertamente, por ejemplo, confrontando de manera directa las situaciones de rechazo, proporcionando información adecuada sobre los mitos y estereotipos relacionados con la enfermedad (Thoits, 2011).

Los puntajes de la Escala de Satisfacción con la Vida, indicaron que un poco más de la mitad de los participantes tenían un alto grado de bienestar subjetivo. Esto podría explicarse por el tipo de usuarios entrevistados, recordemos que se trató de un muestreo por conveniencia en una población urbana adulta que se encontraba bajo tratamiento ambulatorio en una institución especializada. Donde la mayoría de ellos recibía una atención integral basada en la prescripción de fármacos y la asistencia a cursos psicoeducativos y/o terapias grupales. Por tal motivo, esta población en específico podría contar con diversos recursos les ha ayudado contrarrestar las consecuencias negativas del estigma de manera más efectiva.

Con relación a la asociación entre el estigma internalizado y el bienestar subjetivo, los hallazgos indican que entre mayor sea la interiorización de los estereotipos y prejuicios vinculados con la enfermedad mental, los niveles de malestar en las personas se

incrementan, lo cual coincide con lo reportado por Pérez-Garín et al. (2015) en su estudio con población psiquiátrica de habla hispana, en el que encontró que el nivel de estigma internalizado tiene efectos adversos en el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida de estas personas. Otras investigaciones sobre calidad de vida en población similar, también han mostrado evidencia de esta relación (Tang & Wu, 2012; Ow & Lee, 2012). No obstante, un estudio longitudinal llevado a cabo en Canadá, sugiere que a lo largo del tiempo existen otras variables mediadoras, como el apoyo social, que podrían modificar esta posible asociación (Livingstone, 2012), dichas variables deberán considerarse en investigaciones futuras.

Tanto el uso de estrategias de afrontamiento al estigma centradas en el problema, así como las centradas en la emoción, mostraron un nivel relativamente bajo en comparación con lo encontrado por Chronister et al. (2013). Sin embargo, al diferenciarlas por subescala las estrategias más utilizadas por los participantes fueron la focalizada en la solución del problema, la reevaluación positiva y la evitación, esto aunado a los mecanismos de resistencia al estigma, podría estar contribuyendo a que los participantes tengan una menor interiorización del estigma. En ese sentido, como plantean Campellone et al. (2014), las intervenciones dirigidas a reducir el estigma internalizado de la enfermedad deben enfocarse en los mecanismos de resistencia utilizados por las personas con estos padecimientos, así como, en estrategias afrontamiento enfocadas en la solución del problema y la reevaluación positiva de la situación estigmatizante como se encontró en este estudio.

Respecto a la asociación entre las estrategias de afrontamiento, el estigma internalizado y el bienestar subjetivo, se encontró evidencia de las hipótesis planteadas al

inicio del estudio. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, particularmente la evitación y la autofocalización negativa, se relacionó con un mayor nivel de internalización del estigma y un decremento en el bienestar de la población estudiada. Esto es consistente con lo reportado por Rüschi et al. (2009) y Chronister et al. (2013), quienes encontraron que estrategias no cognitivas y evitativas, como secrecía y el retraimiento, predicen los altos niveles de estigma internalizado. Por otro lado, el uso frecuente de estrategias centradas en el problema, específicamente la búsqueda de apoyo social y la focalización en la solución del problema, incrementan los niveles de bienestar subjetivo de las personas. Lo cual coincide con lo planteado por Ow y Lee (2012), quienes señalan que estrategias de afrontamiento más activas como brindar información de manera educativa, aumentan los niveles de calidad de vida.

Si bien, con base en la literatura y para fines prácticos, el afrontamiento en este estudio se abordó como centrado en el problema y centrado en la emoción, no se debe olvidar que se trata de un proceso dinámico que sucede con base en el contexto del individuo, aunque el uso constante de una determinada estrategia llegue a ser relativamente estable frente a situaciones específicas. El abordaje de esta perspectiva teórica de afrontamiento propuesta inicialmente por Lazarus y Folkman (1984) y replanteada, para el caso del estigma, por Miller y Kaiser (2001) fue de utilidad para entender las distintas respuestas que los sujetos dan ante diversas las situaciones estigmatizantes que llegan a vivir.

Por otra parte, los resultados de este trabajo evidencian la relación inversa entre la edad y el nivel de estigma internalizado de la población estudiada, confirmando lo que Werner, Aviv y Barak (2008) encontraron en su estudio en con personas con esquizofrenia,

en el que a mayor edad, las personas reportaban menor nivel de estigma internalizado. Esto puede ser consecuencia de un proceso de adaptación a la problemática y al uso de estrategias de afrontamiento más eficientes en las personas mayores (Solano & Whitbourne, 2001). Sin embargo, este hallazgo es puede ser controversial, ya que el estudio realizado por Kim et al. (2015) en Corea del Sur, reportó una relación positiva entre el nivel de autoestigma y la edad. Estos resultados contradictorios requieren mayor investigación que permita entender la naturaleza de dicha relación.

Con excepción de la edad, no hubo otras asociaciones significativas entre el estigma internalizado y otras variables sociodemográficas, lo cual coincide con lo reportado en estudios anteriores (Mora Ríos et al., 2013b; Livingston & Boyd, 2010; Muñoz, Sanz, Pérez-Santos & Quiroga, 2010). Aunque no es consistente con lo que encuentran Kim et al. (2015) en su estudio acerca del estigma internalizado y sus correlatos psicosociales, ya que variables como el género (ser mujer) y el estatus ocupacional (el desempleo) estuvieron relacionados positivamente con el nivel de interiorización del estigma.

Lo anterior puede explicarse por el contexto sociocultural de los países asiáticos donde el estigma, de acuerdo la revisión realizada por Lauber y Rössler (2007), suele ser más severo en comparación con las culturas occidentales debido a que su naturaleza está centrada en el grupo (Abdullah & Brown, 2011), haciendo que la presión social sea mayor para los individuos que llegan a presentar algún tipo de discapacidad como en el caso de una enfermedad mental. De ahí que sea de gran importancia tomar en cuenta los aspectos socioculturales al evaluar este tipo de fenómenos.

La escolaridad fue la variable sociodemográfica que presentó más asociaciones significativas con diferentes variables psicosociales. Mostrando que, los grupos de mayor

nivel escolar presentan mejores niveles de bienestar subjetivo, así como mayor resistencia al estigma y un uso frecuente de la estrategia de la reevaluación positiva, en comparación con el grupo de educación básica. Parece ser que los grupos con mayor escolaridad logran resignificar de manera más positiva su experiencia de enfermedad, lo que les ayuda tener mejores estrategias de resistencia al estigma y mejores resultados su bienestar. Es por eso que el tener mayor grado de estudios podría ser un factor protector ante la internalización del estigma de la enfermedad mental, confirmando lo que Brohan et al. (2010) encontraron en su estudio con personas diagnosticadas con esquizofrenia de 32 ciudades europeas, donde el nivel de escolaridad estaba asociado negativamente con el autoestigma.

Cabe mencionar que aunque, la población femenina fue mayor, el género no representó una variable significativa con relación al nivel de estigma internalizado. Este alto porcentaje de participación femenina coincide con lo encontrado en otros estudios (Moses, 2014) y puede explicarse debido a que las mujeres son grupo muy activo dentro de los programas de atención en salud, además de que en este trabajo representaban a la población con el diagnóstico de ansiedad y depresión que también fue la de mayor prevalencia.

Como se ha encontrado en otras investigaciones en México (Ávila-Navarrete, 2012; Guizar-Sánchez, 2014), la mayoría de los participantes no contaban con un empleo formal al momento del estudio, esto los coloca en una situación de desventaja social y representa una barrera adicional para su recuperación. En ese sentido, el paradigma de interseccionalidad, aplicado al estigma de la enfermedad mental, es de utilidad para entender el interjuego de las diferentes condiciones de vulnerabilidad que enfrentan las personas con estos padecimientos (Loganathan & Murthy, 2011; Mora-Ríos et al., 2015),

por ejemplo, la violencia, la pobreza y la falta de acceso a oportunidades académicas y de empleo.

Respecto a las variables clínicas, los datos indican que entre mayor tiempo con el padecimiento tengan las personas, mayor será su nivel de internalización del estigma y menor su bienestar subjetivo, esto difiere con lo encontrado en un estudio previo con población similar, donde no se encontró una asociación inversa entre la duración de la enfermedad y el autoestigma (Mora Ríos et al., 2013b) pero es consistente con lo reportado por Kim et al. (2015), quienes encuentran que la población que tenía mayor tiempo con el padecimiento, también tenía un alto nivel de estigma internalizado. Es importante que estudios a futuro corroboren estas posibles relaciones.

Al igual que lo reportado por Muñoz et al. (2010), no hubo asociación entre otras variables clínicas con el nivel de estigma internalizado y el bienestar subjetivo. El tipo de diagnóstico psiquiátrico, sólo se asoció con el uso frecuente la expresión emocional abierta siendo mayor entre quienes tenían algún trastorno de la conducta alimentaria que en aquellos con trastorno dual. Estas diferencias pueden deberse a que las personas con trastorno dual a lo largo de su trayectoria de atención regularmente acuden a distintos grupos de apoyo donde las orientan y ayudan a mejorar sus habilidades para tener un mejor control de su enfermedad, a diferencia de lo que ocurrió con las participantes con trastornos de alimentación de esta investigación, quienes fueron principalmente mujeres jóvenes. Este hallazgo debe tomarse con precaución debido al reducido tamaño de muestra que se obtuvo considerando cada tipo de diagnóstico. Futuras investigaciones deberán explorar, a mayor profundidad, esta posible relación incluyendo un mayor número de participantes.

Limitaciones del estudio e implicaciones a futuro

Aunque el diseño transversal de esta investigación brindó un panorama general del afrontamiento hacia el estigma de los padecimientos psiquiátricos y su relación con el bienestar de las personas, un siguiente paso en el estudio este tipo de fenómenos psicosociales sería la adopción de diseños longitudinales que permitan conocer las variaciones de dichas relaciones a largo del tiempo, así como, la incidencia de otras variables que pudieran tener una función mediadora, por ejemplo, el apoyo social que ha sido identificado como un recurso importante para la recuperación en este tipo de padecimientos (Livingstone, 2012).

Debido a que los participantes de esta investigación fueron reclutados en un ambiente de atención clínica especializada, donde la mitad de ellos contaban con una escolaridad elevada, la muestra podría estar presentando un alto grado de selección que no permitiría generalizar estos resultados, por lo que deberán ser tomados con precaución. El reto, en ese sentido, sería explorar la experiencia de las personas con padecimientos psiquiátricos en otros espacios y sistemas de atención, así como en otros contextos socioculturales que permitan dar cuenta del estigma que viven. Sin embargo, el llevar a cabo investigaciones con poblaciones psiquiátricas, abordando este tipo de temas, es un desafío y se debe hacer énfasis en el cuidado de los aspectos bioéticos, por ello varios estudios a nivel internacional y nacional deciden utilizar escenarios clínicos que permitan un mejor manejo y atención de los participantes (Flores-Reynoso et al., 2011; Boyd et al., 2014; Kim et al., 2015; Pérez-Garín et al., 2015).

Es interesante hacer notar que aunque hubo cierto control de la muestra por tipo de diagnóstico psiquiátrico también se presentó una alta comorbilidad entre ellos, especialmente de trastornos afectivos. Para efectos de este estudio, la clasificación se basó en el trastorno principal para lograr un mayor control de esta variable. No obstante, esta situación de comorbilidad aunado al insuficiente tamaño de muestra por tipo de diagnóstico, dificultó establecer comparaciones más precisas entre las diferentes variables psicosociales evaluadas. En esa misma línea, aunque la muestra fue adecuada para detectar tamaños del efecto medianos usando el análisis de regresión lineal múltiple, fue insuficiente para detectar efectos pequeños.

Otra limitación importante de este estudio, es que se enfoca sólo en ciertas estrategias de afrontamiento en un sector específico de la población con diagnóstico psiquiátrico, de manera que no se pretenden generalizar estas respuestas de afrontamiento a toda la población, es posible que exista un repertorio más amplio de estrategias que no se pudieron explorar en esta investigación. Sin embargo, es un primer esfuerzo por tratar de recuperar la experiencia de las personas con estos padecimientos, a fin de identificar de qué manera han hecho frente al estigma de la enfermedad y si esto ha tenido implicaciones en su bienestar, empleando un abordaje de carácter más psicosocial.

Asimismo, aunque el cuestionario de afrontamiento especifica que los participantes deben responder acerca de las estrategias que utilizan para hacer frente a las creencias y actitudes negativas asociadas con sus padecimientos, puede ser difícil separarlas de las acciones que llevan a cabo para enfrentar el propio padecimiento. Investigaciones a futuro tendrán el desafío de clarificar el abordaje de estas áreas, así como de diseñar y desarrollar instrumentos más precisos que permitan explorar y evaluar una gama más amplia de

estrategias de afrontamiento al estigma empleadas por las personas con padecimientos psiquiátricos.

Más allá de dichas limitaciones, este estudio genera nuevas interrogantes que podrían inspirar y llevar a la reflexión de otras investigaciones que permitan profundizar en la relación entre el afrontamiento y el estigma de la enfermedad mental, así como de otras variables sociodemográficas y clínicas que pudieran estar inmiscuidas. La información presentada a lo largo de este manuscrito podría ayudar a generar intervenciones, basadas en los principios de la terapia cognoscitivo-conductual y la psicoeducación, para ayudar a las personas a desarrollar las habilidades que necesitan con el objetivo de manejar y reducir la internalización del estigma (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008).

CONCLUSIONES

- ς Los hallazgos de este estudio contribuyen al conocimiento acerca de la relación entre el estigma internalizado, las estrategias de afrontamiento y su implicación en el bienestar de las personas con padecimientos psiquiátricos; mostrando la importancia de abordar la experiencia de estas personas para entender el grado en que el estigma puede ser internalizado e identificar los recursos psicosociales para hacerle frente.
- ς Las hipótesis planteadas al inicio del estudio fueron confirmadas, aportando evidencia de los efectos positivos de la utilización de estrategias centradas en el problema en el bienestar de las personas, en comparación con el uso de las estrategias centradas en la emoción. Así como, los efectos dañinos de las estrategias emocionales sobre el nivel estigma internalizado.
- ς El uso de estrategias focalizadas en la solución del problema como la reevaluación positiva, en conjunto con los mecanismos de resistencia, podrían estar contribuyendo a una menor interiorización del estigma y a la mejora en el bienestar de las personas con trastornos psiquiátricos. Con lo que se demuestra que quienes presentan este tipo padecimientos no son receptores pasivos de las consecuencias negativas del estigma sino que utilizan diversas estrategias para enfrentarlo, recuperando con ello su bienestar.

- ς El nivel de estigma internalizado en la población de estudio fue menor a lo reportado en otros países, lo cual podría explicarse por las características de los participantes, quienes contaban con distintos recursos para hacer frente al padecimiento (p.e. apego al tratamiento, altos grado de escolaridad, participación en cursos psicoeducativos), y se expresa en altos puntajes de la subescala de resistencia al estigma.
- ς Específicamente, el nivel de escolaridad parece tener un efecto protector ante la interiorización del estigma de la enfermedad en este tipo de poblaciones. Por lo que, sería importante profundizar en su estudio, así como en el otros recursos que pudieran tener un impacto en la forma en que las personas con padecimientos psiquiátricos enfrentan la enfermedad y el estigma que se le asocia.
- ς El afrontamiento no es estático, se trata de un proceso dinámico que depende del contexto del sujeto y de la situación que enfrente, en ese sentido, el abordaje de la perspectiva teórica propuesta por Lazarus y Folkman (1984) fue de utilidad para dar cuenta de este fenómeno psicosocial. No obstante, es importante que estudios a futuro incorporen otras formas de afrontamiento, además de otros recursos que puedan ser incluidos en los programas de intervención dirigidos a esta población.
- ς Es fundamental que los programas de atención hacia padecimientos psiquiátricos incluyan una perspectiva más psicosocial, que tome en cuenta los aspectos socioculturales al momento de generar estrategias de intervención para combatir el estigma que se les asocia.

ς Los hallazgos mostrados en esta investigación pueden ser de utilidad para la planificación de intervenciones que apoyen a las personas con trastornos psiquiátricos en el fortalecimiento de los mecanismos de resistencia y en el desarrollo de habilidades para manejar de manera adecuada las creencias y actitudes negativas vinculadas con el padecimiento, reduciendo así la internalización del estigma.

Referencias

- Abdullah, T. & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: an integrative review. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 934–948.
- Allison, K. W. (1998). Stress and oppressed category membership. En J.K. Swim & C. Stangor (Eds.). *Prejudice: The target's perspective* (pp. 145-170). San Diego, C.A: Academic.
- Allport, G. (1955). *La naturaleza del prejuicio*. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Andrews, F.M. & Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*, 11–13.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Ávila-Navarrete, L. (2012). *Frecuencia de estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos*. (Tesis de Especialidad). UNAM: México.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Bryant, F. B. (1989). A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring. *Journal of Personality, 57*(4), 126-135.

- Boyd, J., Adler, E., Otilingam, P. & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221-231. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.06.005.
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N. & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232–238.
- Cabañero, M.J., Martínez, M., Cabrero, J., Orts, M.I., Reig, A. & Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Casado, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20, 403-414.
- Cechnicki, A., Matthias, C. & Angermeyer, A. B. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 46, 643–650.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R. & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American Psychologist*, 54, 805-816.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (3rd edition). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS]. (2003). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

- Corrigan, P.W. (1998) The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P.W. & Watson, A. (2002a). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.
- Corrigan, P.W. & Watson, A. (2002b). The Paradox of Self-stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53.
- Corrigan, P., Watson, A. & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E. & Solomon, P. (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. New York: The Guilford Press. pp. 32-49, 401-421.
- Corrigan, P., Larson, J. & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Chamberlain, K. (1988). On the structures of well-being. *Social Indicators Research*, 20, 581-604.
- Chronister, Chou & Liao. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 41(5), 582-600.
- Crenshaw, K. W. (1994). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. In: M. A. Fineman, and R. Mykitiuk (Eds.). *The Public Nature of Private Violence* (pp. 93-118). New York: Routledge.
- Crocker, J., Major, B. & Steele, C. (1998). Social stigma. En D. Gilbert., S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.). *Handbook of social psychology* (4th ed., pp. 504-553). Boston: McGraw Hill.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(5), 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S. & Emmons, R. A. (1985). Frequency and intensity: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1253-1265.
- Diener, E., Napa-Scollon, C. K., Oishi, S., Dzokoto, V. & Suh, E. M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgment: global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 159-176.
- Eid, M. & Larsen R. J. (2008). *The science of Subjective Well-being*. New York: The Guilford Pres.
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G. & Remington, G. (2013). Life satisfaction among individuals with schizophrenia in the clinical antipsychotic trial of intervention effectiveness (CATIE) study. *The American Journal of Psychiatry*. 170(9), 1061–1062.
- Fervaha, G. Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G., Lee, J. & Remington, G. (2015). Clinical and functional outcomes in people with schizophrenia with a high sense of well-being. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(3), 187-193.
- Fink, P. J. & Tasman, A. (Eds.) (1992). *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

- Flores-Reynoso, S., Medina-Dávalos, R. & Robles-García, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental, 34*(4), 333-339.
- Folkman, S. & Tedlie, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine, 26*(3), 309-317.
- Fordyce, M. W. (1988). A review of results on the happiness measure: a 60-second index of happiness and mental health. *Social Indicators Research, 20*, 355-381.
- Fresán, A., Robles-García, R., de Benito, L., Saracco, R. & Escamilla, R. (2010). Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría, 36*(6), 340-344.
- Fung, K., Tsang, H. & Corrigan, P.W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(2), 95-104.
- Gillham, J. E. & Seligman, M. E. P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. *Behaviour Research & Therapy, 37*, 163-173.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. 192p.
- González, C. (2004). La Psicología Positiva: un cambio en nuestro enfoque patológico clásico. *Liberabit, 10*, 82-88.

- González, M. & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198.
- Guizar-Sánchez, D. P. (2014). *Relación del estigma internalizado con los rasgos de la personalidad y características clínicas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia*. (Tesis de Maestría). UNAM: México.
- Holmes, E. P. & River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(2), 231-239.
- IBM Corporation. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ilic, M., Reinecke, J., Bohner, G., Röttgers, H., Beblo, T., Driessen, M.,... Corrigan, P. (2012). Protecting self-esteem from stigma: A test of different strategies for coping with stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 246-257.
- Institute for Health Metrics and Evaluation., Human Development Network & The World Bank. (2013). *La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas- Edición regional para América Latina y el Caribe*. Seattle, WA: IHME.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Glosario. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/glosarios/default.aspx>
- Jerrell, J. M. & Hrisko, S. (2013). Utility of two PANSS 5-factor models for assessing psychosocial outcomes in clinical programs for persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research & Treatment*, doi:10.1155/2013/705631.
- Jex, S. M., Beehr, T. A. & Roberts, C. K. (1992). The meaning of occupational stress items to survey respondents. *Journal of Applied Psychology*, 77(5), 623-628.

- Kim, W. J., Song, Y. J., Ryu, H-S., Ryu, V., Kim, J. M., Ha, R. Y., ... Cho, H-S. (2015). Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 225(3), 433-439. doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.071.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J. ... Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229–240.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advance in Behavioral Research Therapy*, 11, 235-248.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1, 141-169
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognoscitivos*. Barcelona: Martínez Roca. 408p.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.). *Perspectives in Interactional Psychology*, (pp. 287–327). New York: Plenum.
- Lauber, C. & Rössler, W. (2007). Stigma towards people with mental illness in developing countries in Asia. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 157–178.
- Link, B. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 92-112.

- Link, B., Cullen, F., Struening, E., Shrout, P. & Dohrenwend, B. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423.
- Link, B.G., Mirotznik, J. & Cullen, F.T. (1991). The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequences of mental illness labeling be avoided?. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 302–320.
- Link, B.G. & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-todd, S., Asmussen, S. & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a Barrier to Recovery. The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People with Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 52(12), 1621-1626.
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-todd, S., Asmussen, S., Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(2), 201-231.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010) Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 71, 2150-2161.
- Livingston, J. (2012). Self-stigma and quality of life among people with mental illness who receive compulsory community treatment services. *Journal of Community Psychology*, 40(6), 699-714.
- Loganathan, S., & Murthy, S. (2011). Living with schizophrenia in India. *Transcultural Psychiatry*, 48(5), 569-584.

- Lopez-Ibor, J.J., Valdés, M. (Eds.) & Flores, T. (Tr.). (2002). *Breviario DSM-IV-TR: criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson. 347p.
- Luna, A., Laca, F. & Mejía, J.C. (2011). Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes mexicanos de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 17-26.
- Lysaker, P.H., Roe, D. & Yanos, P. (2007) Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 192-199.
- Lysaker, P., Tsai, J., Yanos, P. & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194-200.
- Markowitz, F.E. (2001). Modeling processes in recovery from mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction, and self-concept. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 64-79.
- Mashiach-Eizenberg, M., Hasson-Ohayon, I., Yanos, P., Lysaker & Roe, D. (2013). Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: the mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Research*, 208, 15-20.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara-Muñoz, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz C.,...Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26,(4), 1-16.
- Miller, C. T. & Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. En T.F. Heatherton., R. E. Kleck., M. R. Hebl & J. G. Hull (Eds.). *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). New York: Guilford.

- Miller, C.T. & Kaiser, C.R. (2001). A Theoretical Perspective on Coping with Stigma. *Journal of Social Issues*, 51(1), 73–92.
- Mittal, D., Davis, E., Depp, C., Pyne, J. M., Golshan, S., Patterson, T. & Jeste, D. V. (2006). Correlates of health-related Quality of Well-being in older patient with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 335-340.
- Mora-Ríos, J., Natera G., Bautista-Aguilar, N. & Ortega-Ortega, M. (2013a). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. En F. Flores-Palacios (Coord.). *Representaciones sociales y contexto de investigación con perspectiva de género*. (pp. 45-80). México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM.
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G. & Pedersen, D. (2013b). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36(1), 9-18.
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., Natera, G. & Bautista-Aguilar, N. (2013c). Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 59(3), 147-158.
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M. & Natera, G. (2015). Subjective experience and resources for coping with stigma in people with a diagnosis of schizophrenia: an intersectional approach. *Qualitative Health Research*. doi: 10.1177/1049732315570118.
- Moses, T. (2014). Coping strategies and self-stigma among adolescents discharged from psychiatric hospitalization: A 6-month follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, doi: 10.1177/0020764014540146.

- Muñoz, M., Sanz, M., Pérez-Santos, E. & Quiroga. (2010). Proposal of a socio–cognitive–behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Research*, 186(2–3), 402-408. doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.019.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd. ed.). New York: McGraw Hill.
- Omar, A. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud mental en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- Ortega-Ortega, M. (2012). *Experiencias de estigma en personas con diagnóstico de esquizofrenia y epilepsia*. (Tesis de Licenciatura). UNAM: México.
- Overtone, S. L. & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 143-151.
- Ow & Lee. (2012). Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem & quality of life in patients with schizophrenia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, doi: 10.1177/1010539512469246.

- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pavot, W. G., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pedersen, D. (2009) Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y diseños de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55, 39-50.
- Penn, D. L. & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235–247.
- Pérez-Garín, D., Molero, F. & Bos, A. E. (2015). Internalized mental illness stigma and subjective well-being: the mediating role of psychological well-being. *Psychiatry Research*, 228(3), 325-331. doi: 10.1016/j.psychres.2015.06.029.
- Ribas, A. C. & Lam, C. S. (2010). Social support and quality of life among Latinos with mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 137-143.
- Ritsher (Boyd), J. & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129, 257–265.
- Ritsher (Boyd), J., Otilingam, P. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, 62, 660–672.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. & Corrigan P. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539.

- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, *110*(1-3), 65-71. doi: 10.1016/j.schres.2009.01.005.
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S.,... Rössler, W. (2014). Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric Services*, *65*(4), 483-489.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología*, Vol. 2 (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. & Valiente R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51.
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *8*(1), 39-54.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: a theoretical and empirical Overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, *8*, 99-127.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, *55*(1), 5-14.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Shih, M. (2004). Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *591*(1), 175-185. doi: 10.1177/0002716203260099.

- Shin, D.C. & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-792.
- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. & Amering, M., (2011). Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316–323. doi: 10.1093/schbul/sbp048.
- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica., Dirección General de Epidemiología & Secretaria de Salud. (2012). Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México. México: SINAVE/DGE/SALUD.
- Solano, N. H. & Whitbourne, S. K. (2001). Coping with schizophrenia: patterns in later adulthood. *International Journal of Aging and Human Development*, 53, 1–10.
- Soper, D.S. (2014). A-priori Sample Size Calculator for Hierarchical Multiple Regression [Software]. Recuperado de: <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Tang, I. C. & Wu, H. C. (2012). Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 83(4), 497-507.
- Thoits, P. A. (2011). Resisting the stigma of mental illness, *Social Psychology Quarterly*, 74, 6–28.
- Wang, X. Q., Petrini, M. & Morisky, D. E. (2015). Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with schizophrenia: a follow-up study, *Archives of Psychiatric Nursing*, doi: 10.1016/j.apnu.2015.10.006.
- Watson, A., Corrigan, P.W., Larson, J. & Sells, M. (2007) Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.
- Werner, P. Aviv, A. & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187. doi:10.1017/S1041610207005340.

Apéndices

A. Cuestionario

Folio _____

Lugar y modo de aplicación: _____ Fecha: _____

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, ESTIGMA INTERNALIZADO Y BIENESTAR SUBJETIVO EN USUARIOS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Se está llevado a cabo un estudio cuyo objetivo es conocer la experiencia y los recursos que las personas que acuden a los servicios de atención psiquiátrica emplean para hacer frente a las actitudes negativas asociadas con su padecimiento. El propósito es identificar aquellas estrategias que les han sido de utilidad y que podrían ser incorporadas en programas de intervención dirigidos a esta población. El cuestionario se divide en cuatro secciones y responderlo le tomará alrededor de 30 minutos. El interés es conocer su opinión, por lo que no existen respuestas correctas o incorrectas, por favor trate de responder a cada una de las preguntas que se le planteen. Cualquier inquietud que usted tenga respecto al contenido de este documento no dude en preguntar a la investigadora a cargo. ¡Muchas gracias por su participación!

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICA

Instrucciones:

Las siguientes preguntas se refieren a aspectos sociodemográficos y clínicos que se relacionan con su padecimiento. Por favor, marque con una **X** o **circule** la opción que corresponda y escriba en las líneas las respuestas que apliquen en su caso particular.

1. Sexo: (0) Hombre (1) Mujer	6. <i>¿En qué parte de la República vive usted?</i> _____
2. <i>¿Cuántos años cumplidos tiene usted?</i> _____	7. <i>¿Cuál es el diagnóstico que el médico le dio en esta institución?</i> _____
3. <i>¿Cuál es su estado civil?</i> (0) Soltero sin pareja (1) Soltero con pareja (2) Vive en pareja	8. <i>¿Cuánto tiempo tiene que inició su padecimiento?</i> _____ años _____ meses
4. <i>¿Cuál fue el último grado escolar que cursó?</i> _____	9. <i>¿Cuánto tiempo tiene en tratamiento?</i> _____ años _____ meses
5. <i>¿A qué se dedica actualmente?</i> _____ <i>¿Percibe algún ingreso mensual por dicha actividad?</i> (1) Sí (0) No <i>Si contesto Sí ¿A cuánto ascienden dichos ingresos?</i> _____ <i>Si contesto No ¿quiénes lo apoyan en su manutención?</i> _____	10. <i>¿Qué tipo de tratamiento tiene actualmente?</i> (1) Farmacológico (2) Terapéutico (3) Farmacológico y terapéutico (4) Farmacológico y orientación sobre el padecimiento (5) Farmacológico, terapéutico y orientación sobre el padecimiento (6) Otros, especifique: _____

SECCIÓN 2. EXPERIENCIAS DE ESTIGMA

En este apartado nos interesa conocer su opinión con relación a los padecimientos mentales, por favor responda las siguientes preguntas.

10. En su opinión ¿cuáles son las creencias u opiniones que la población general tiene acerca de los padecimientos mentales?

11. ¿Considera que las personas con padecimientos mentales son discriminadas debido a su enfermedad?	
(1) Sí	(0) No
Explique sus razones:	Explique sus razones:

12. Con relación a su padecimiento ¿alguna vez ha sido discriminado(a) o ha experimentado algún trato que usted consideró injusto?

(1) Sí (0) No
Si respondió Sí ¿Podría describirnos alguna de estas vivencias?
¿Con qué frecuencia ha experimentado este tipo de situaciones?
(1) Pocas veces (3) Casi siempre (2) A veces (4) Siempre
¿De qué manera ha respondido o reaccionado ante las experiencias de rechazo que ha vivido? ¿Esto le ayudó de alguna forma?

Inventario del Estigma Interiorizado de la Enfermedad Mental (ISMI)

(Ritsher et al., 2003; Mora-Ríos et al., 2013b)

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

Estoy totalmente en desacuerdo (1)

No estoy de acuerdo (2)

Si estoy de acuerdo (3)

Estoy totalmente de acuerdo (4)

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

	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	De acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
2. La gente que padece enfermedades mentales tiende a ser violenta.	1	2	3	4
3. La gente me hace menos porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
4. Trato de no acercarme a la gente que no tiene una enfermedad mental para evitar ser rechazado.	1	2	3	4
5. Me apena o me avergüenza tener una enfermedad mental.	1	2	3	4
6. La gente con enfermedades mentales no debería casarse.	1	2	3	4
7. La gente con enfermedades mentales hace aportaciones importantes a la sociedad.	1	2	3	4
8. Me siento menos que la gente que no tiene enfermedades mentales.	1	2	3	4
9. No tengo tanta vida social como antes, porque mi enfermedad mental puede hacerme ver mal o que me comporte de manera “extraña”.	1	2	3	4
10. La gente con enfermedades mentales no puede vivir una vida gratificante y plena.	1	2	3	4
11. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi enfermedad mental.	1	2	3	4
12. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen aislado del mundo “normal”.	1	2	3	4
13. Estar con personas que no padecen de alguna enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	1	2	3	4

	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	De acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
14. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente tiene una enfermedad mental.	1	2	3	4
15. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me tratan como un(a) niño(a), sólo por el hecho de tener una enfermedad mental.	1	2	3	4
16. Me siento decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental.	1	2	3	4
17. El tener una enfermedad mental ha arruinado mi vida.	1	2	3	4
18. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
19. Por mi enfermedad mental la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí.	1	2	3	4
20. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos.	1	2	3	4
21. La gente que no tiene una enfermedad mental simplemente no me entiende.	1	2	3	4
22. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
23. No puedo aportarle nada a la sociedad por tener una enfermedad mental.	1	2	3	4
24. Vivir con una enfermedad mental me ha fortalecido.	1	2	3	4
25. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
26. Por lo general, soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero.	1	2	3	4
27. Puedo tener una vida plena a pesar de mi enfermedad mental.	1	2	3	4
28. Los demás (p.e. familia, amigos, maestros, otras personas cercanas) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental.	1	2	3	4
29. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los enfermos psiquiátricos se pueden aplicar a mí.	1	2	3	4

SECCIÓN 3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Ahora, me interesaría conocer situaciones más específicas con relación a la manera en cómo usted ha hecho frente al trato injusto o al rechazo que ha vivido debido a su padecimiento. Por favor siga las siguientes instrucciones para contestar lo que se le solicita. Gracias...

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (Sandín & Chorot, 2003; González & Landero, 2007)

Marque la opción que mejor represente en qué medida ha utilizado la forma de pensar y comportarse para hacer frente a las creencias negativas y a las situaciones de rechazo que ha vivido debido a su padecimiento.

	Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuente	Casi siempre
1. Me convencí de que hiciera lo que hiciera las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
2. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
3. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
4. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
5. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
6. Me concentré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
7. Establecí un plan de acción y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
8. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
9. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
10. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
11. Me sentí indefenso(a) e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
12. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
13. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
14. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
15. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
16. Experimenté personalmente eso de que “no hay mal que por bien no venga”	0	1	2	3	4
17. Me irrité con algunas personas	0	1	2	3	4
18. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
19. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
20. Procuré que algún familiar o amigo me escuchara cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia a poner velas o rezar	0	1	2	3	4

13. ¿Ha habido otras maneras en las cuales usted ha respondido o reaccionado frente al trato injusto o al rechazo debido a su padecimiento? Por favor describa cómo ha respondido:

SECCIÓN 4. BIENESTAR SUBJETIVO

En esta última sección nos gustaría conocer su opinión con relación a los diferentes recursos, que con base en su experiencia, ayudan a las personas con padecimientos mentales a sentirse mejor y lograr un manejo más adecuado de su enfermedad. Por favor, responda las siguientes preguntas:

14. ¿Cuáles son las primeras 5 palabras que se le vienen a la mente al escuchar la frase “estar bien”?

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

15. En el siguiente cuadro enliste, lo que en su opinión, ayuda y no ayuda a las personas con padecimientos psiquiátricos a tener un manejo más adecuado de la enfermedad:

Lo que Sí ayuda	Lo que No ayuda

16. ¿Tiene alguna sugerencia adicional para mejorar la atención hacia este tipo de padecimientos y reducir las actitudes negativas que se le asocian?

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

(Diener et al., 1985)

Instrucciones:

A continuación se presentan cinco enunciados con los cuales podrá estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala del 1 al 7 que aparece junto a cada oración, indique su grado de acuerdo marcando el número que considere. Por favor, responda lo más sinceramente posible.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de las formas, mi vida se acerca a mi ideal.	1	2	3	4	5	6	7
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	1	2	3	4	5	6	7

¡¡¡Muchas gracias por su participación!!!

B. Carta de aprobación del Comité de Ética Institucional

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

Comité de Ética en Investigación
"2014; Año de Octavio Paz"

Ref: CEI/C/64/2014.

Octubre 6, 2014

Psic. Miriam Ortega Ortega
Investigador Principal
P r e s e n t e

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
APROBADO

Estimada psicóloga Ortega:

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado: "Estrategias de afrontamiento: su asociación con el auto-estigma y el bienestar subjetivo en usuarios de servicios de atención psiquiátrica en la Ciudad de México" ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos establecidos.

Atentamente,

Lic. María Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.- Presente.
Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas y Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

C. Carta de aprobación de las modificaciones al Consentimiento Informado



MEMORANDUM

"2014, Año de Octavio Paz"

Ref: CEI/-M-087-2014

Para: Psic. Miriam Ortega Ortega
Investigador Principal

Fecha: Diciembre 10, 2014.

De: Lic. Ma. Teresa López Jiménez
Presidente del Comité de Ética

Por este medio, me permito hacerle de su conocimiento que este Comité de Ética se encuentra enterado y de acuerdo con los cambios realizados a partir de la fase piloto del proyecto: "Estrategias de afrontamiento: su asociación con el auto-estigma y el bienestar subjetivo en usuarios de servicios de atención psiquiátrica en la Ciudad de México".

Sin otro particular, le hago llegar un atento saludo.

Atentamente,

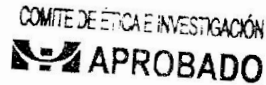
C.c.p. Mtra. en Psic. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.-Presente.

D. Carta de Consentimiento Informado



Carta de consentimiento informado para el proyecto de investigación:
Estrategias de afrontamiento: su asociación con el autoestigma y el bienestar subjetivo en usuarios de servicios de atención psiquiátrica en la Ciudad de México

- Hola, mi nombre es Miriam Ortega, pertenezco al Programa de Maestría en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estoy realizando un estudio cuyo objetivo es identificar las estrategias que las personas que acuden a los servicios de atención psiquiátrica utilizan para hacer frente a las creencias y actitudes negativas asociadas con este tipo de padecimientos; por lo cual, quisiera invitarlo(a) a participar.
- En caso de que acepte, su participación consistirá en contestar una serie de preguntas sobre las estrategias que utiliza para hacer frente a las creencias y actitudes negativas que suelen existir en la sociedad sobre este tipo de padecimientos. Responder el cuestionario le tomará de 30 a 40 minutos, sus respuestas serán de utilidad para diseñar estrategias que en un futuro puedan formar parte de los programas de atención a estos padecimientos.
- La participación es VOLUNTARIA, si el contenido de las preguntas lo hace sentir incómodo(a), puede hacérmelo saber para que le brinde la orientación adecuada. Asimismo, podrá suspender su participación en el momento que así lo decida, sin que esto afecte su tratamiento en esta institución.
- La participación es ANÓNIMA, esto significa que su nombre no aparecerá en el cuestionario y esta carta de consentimiento se guardará por separado. Asimismo, no se publicarán resultados individuales generados de la investigación.
- En agradecimiento a su participación, se le obsequiará un folleto sobre algunos mitos y realidades acerca de los padecimientos mentales. Además, si tiene interés sobre información relacionada con el estudio, ésta le será proporcionada por la investigadora principal, a quien puede contactar a través del correo electrónico miriam@imp.edu.mx



- Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Toda pregunta con los derechos de los participantes, podrá ser dirigida a dicha institución, contactando a la Dra. Elia Jazmín Mora Ríos a través del número telefónico 4160-5158.
- Yo _____ he leído y entendido la información que se me ha provisto en este documento. Mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. Se me ha proporcionado una copia de esta carta de consentimiento. Al firmar este documento, doy mi aprobación para participar en este estudio.

Firma del participante

Fecha

Nombre y firma de la investigadora principal

Testigo 1

Testigo 2