

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 59 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2013

ISSN: 0001 - 6896

## Editorial

### 145. Crisis y refutación del contractualismo psicolingüístico

HUGO R. MANCUSO

## Originales. Trabajos completos

### 147. Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales

JAZMÍN MORA-RIOS , MIRIAM ORTEGA-ORTEGA , GUILLERMINA NATERA , NATALIA BAUTISTA-AGUILAR

### 159. Diferencias individuales en resiliencia y estilos de afrontamiento del estrés

MARÍA BELÉN DEMATTEIS , SILVINA SOLEDAD GRILL , MARÍA DE LA PAZ SÁNCHEZ GALLO , CLAUDIA ELENA CASTAÑEIRAS , MARÍA CRISTINA POSADA

### 167. Aplicación de la combinación de psicoterapia y psicofarmacoterapia por psicólogos y psiquiatras de Buenos Aires

CRISTIAN JAVIER GARAY , MARÍA GUADALUPE ROSALES , JAVIER FABRISSIN , SABRINA AYELEN MARTINI , SABRINA AYELEN MARTINI , FABIÁN MARCELO D'ALESSANDRO , GUIDO PABLO KORMAN , MARTÍN JUAN ETCHEVERS

## Actualización

### 180. La relación entre motivación y satisfacción laboral

PABLO SEBASTIÁN PEREZ VÍLAR , SUSANA AZZOLLINI

## Traducción

### 186. La Psiquiatría más allá del paradigma actual

PAT BRACKEN, PHILIP THOMAS, SAMI TIMIMI, EIA ASEN, GRAHAM BEHR, CARL BEUSTER, SETH BHUNNOO, IVOR BROWNE, NAVJYOAT CHHINA, DUNCAN DOUBLE, SIMON DOWNER, CHRIS EVANS, SUMAN FERNANDO, MALCOLM GARLAND, WILLIAM HOPKINS, RHODRI HUWS, BOB JOHNSON, BRIAN MARTINDALE, HUGH MIDDLETON, DANIEL MOLDAVSKY, JOANNA MONCRIEFF, SIMON MULLINS, JULIA NELKI, MATTEO PIZZO, JAMES RODGER, MARCELLINO SMYTH, DEREK SUMMERFIELD, JEREMY WALLACE, DAVID YEOMANS.

# acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA  
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 59 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2013

ISSN: 0001 - 6896

## Historia

**196. Los alienistas argentinos ante el ilusionista Onofroff (1895)**

MAURO SEBASTIÁN VALLEJO

## Nota

**207. El constructo teórico de desesperanza y el comportamiento suicida en Aarón Beck y Martín Seligman**

MARTHA CÓRDOVA OSNAYA, JOSÉ CARLOS ROSALES PÉREZ

## Informaciones

**214. Comentarios a *Historia personal de la monja Teresa de Jesús de Francisco Alonso Fernández***

SERGIO J. VILLASEÑOR BAYARDO.

# Fundación **acta**

## Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro  
Personería Jurídica Nº 4863/66  
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y  
Acción Social con el Nº 1.777

### CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

**Mario Vidal:** Presidente

**Diana Vidal:** Secretaria

**Rodrigo Vidal:** Vicepresidente 1º

**Luis Meyer:** Tesorero

**Edith Serfaty:** Vicepresidente 2º

**Fernando Lolás Stepke:** Director Técnico

**Sede Social:** Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina  
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Original

## Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales

JAZMÍN MORA-RIOS, MIRIAM ORTEGA-ORTEGA, GUILLERMINA NATERA, NATALIA BAUTISTA-AGUILAR

JAZMÍN MORA-RIOS  
Doctora en Psicología.  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
«Ramón de la Fuente Muñiz»,  
México.

MIRIAM ORTEGA-ORTEGA  
Licenciada en Psicología.  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
«Ramón de la Fuente Muñiz»,  
México.

GUILLERMINA NATERA  
M.A. en Ciencias.  
Dirección de Investigaciones  
Epidemiológicas y Sociales,  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
«Ramón de la Fuente Muñiz»,  
México.

NATALIA BAUTISTA-AGUILAR  
Licenciada en Etnología.  
Universidad Autónoma  
Metropolitana-Unidad Iztapalapa,  
México.

En este trabajo se analizan las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales relacionadas con el auto-estigma en personas con un trastorno mental grave en la ciudad de México. Como variable psicosocial se incluyó la percepción de las consecuencias de la enfermedad en distintas áreas de la vida del sujeto. Se aplicó un cuestionario conformado por lo siguiente: a) Datos sociodemográficos y clínicos, b) Escala de Percepción de Consecuencias del Padecimiento (EPCP) y c) Inventario de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI). A través de un análisis de regresión se encontraron diferencias significativas en las cinco subescalas del ISMI. La percepción de las consecuencias de la enfermedad a nivel laboral explicó la varianza de los modelos de *alienación* (33%), *adhesión al estereotipo* (21%) y *resistencia al estigma* (23%). Las consecuencias de la enfermedad en las relaciones familiares, conjuntamente con el diagnóstico médico y el tiempo en tratamiento explicaron el 49% de la varianza del modelo de *discriminación*. Finalmente, el modelo de *retraimiento social* fue explicado al 38% de la varianza por el impacto del padecimiento en la pareja, en las relaciones sociales y el tiempo en tratamiento. Los resultados se analizan a partir de la importancia de las variables psicosociales para el abordaje integral del proceso de auto-estigmatización en personas con trastorno mental grave.

**Palabras clave:** Escala de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI) – Variables psicosociales – México.

### Self-stigma in people diagnosed with a severe mental illness and its relationship with sociodemographic, clinical and psychosocial variables

This paper analyzes the sociodemographic, clinical and psychosocial variables related to self-stigma in people with severe mental illness in Mexico City. The perception of the illness's consequences in different areas of the subject's life was included as a psychosocial variable. A questionnaire comprised of a) sociodemographic and clinical data, b) the Scale of the Perception of the Illness's Consequences (EPCP) and, c) Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) inventory, was administered. Significant differences were found in the five ISMI's subscales through regression analysis. The perception of the illness's consequences in the workplace explained the variance of *alienation* (33%), *stereotype endorsement* (21%) and, *stigma resistance* (23%) models. The illness's consequences on family relationships, together with the medical diagnosis and time under treatment explained 49% of the variance of the *discrimination* model. Finally, the *social withdrawal* model was explained by a 38% variance of the illness's impact on partner and social relationships, as well as time under treatment. The results are analyzed according to the importance of psychosocial variables for an integral approach of the self-stigma process in people with severe mental illness.

**Key words:** Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) inventory – Psychosocial variables – Mexico.

CORRESPONDENCIA  
Dra. Jazmín Mora-Rios.  
Calzada México-Xochimilco 101,  
San Lorenzo Huipulco, Tlalpan,  
14370. Ciudad de México,  
México; morarj@imp.edu.mx

## Introducción

El estigma se refiere a la devaluación, humillación y discriminación experimentada por un individuo debido a una condición específica. Desde la clásica definición de Goffman [14:13] de estigma como «un atributo profundamente desacreditador» en el individuo, se ha generado un amplio cuerpo de conocimiento a nivel internacional sobre el proceso de estigmatización. En la investigación en salud mental, se han descrito distintas expresiones del estigma, entre las que destacan, el estigma público y el auto-estigma. El estigma público o social se refiere a los estereotipos, prejuicios y discriminación que existen en la sociedad hacia la enfermedad mental y las personas afectadas por estos padecimientos. Mientras que, el auto-estigma es la manera en que las personas con trastornos mentales internalizan las actitudes negativas sobre la enfermedad y las aplican a sí mismas [7, 8, 9].

Por otro lado, como parte del proceso de estigmatización algunos estudios han descrito dos variables, estigma percibido y experimentado [5]. El estigma percibido se refiere a las percepciones de los individuos acerca de las creencias y estereotipos negativos hacia la enfermedad mental en la población general y a la manera en que ellos creen que la sociedad los identifica como miembros de este grupo estigmatizado. Mientras que el estigma experimentado, son las experiencias concretas en las cuales las personas describen haber sido objeto de rechazo o discriminación debido a su enfermedad. Este artículo se enfoca en el auto-estigma, un tema que ha recibido escasa atención en América Latina [17].

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

misma [37]. Como resultado de ello, los individuos experimentan sentimientos de baja autoestima [9, 16, 18, 19, 26], vergüenza, culpa, incertidumbre, una pobre percepción de su autoeficacia [9, 10], desesperación, limitada interacción social, una baja calidad de vida [18] y síntomas depresivos [16]. La persona adopta la identidad de la enfermedad como dominante [11], haciéndole frente en aislamiento, sin recibir atención especializada por temor a ser identificado como «paciente psiquiátrico» [9], lo cual afecta otras áreas de su vida como el acceso al empleo, a la educación, a una vivienda independiente, por mencionar algunas.

Sin embargo, no todas las personas diagnosticadas con un trastorno mental, aplican los estereotipos a sí mismas. Algunas responden con indiferencia y otras con una especie de enojo ante lo que consideran una injusticia, que las lleva a participar más activamente en la defensa de sus derechos a la atención y el tratamiento [11]. Este fenómeno se conoce como «la paradoja del auto-estigma y la enfermedad mental» [8] y consiste en considerar las diversas formas de respuesta ante el padecimiento, que pueden ir desde implicaciones negativas por la enfermedad, hasta la activación de recursos de fortalecimiento en el individuo. Por otra parte, además de estas diferencias individuales, es importante recuperar el contexto sociocultural en el que se desenvuelve el sujeto para lograr un abordaje más integral del proceso de internalización del estigma.

Uno de los principales instrumentos empleados internacionalmente para evaluar la experiencia subjetiva del auto-estigma [5, 17], es el Inventario de Estigma Internalizado de la Enfermedad Mental (ISMI, Internalized Stigma of Mental Illness) [26], el cual ha sido adaptado en diferentes ciudades como Alemania [30], Turquía [12] y Corea [15], cuyos resultados indican que cuenta con estructura factorial estable [18, 27, 30]. Asimismo, el ISMI fue recientemente aplicado en una investigación transcultural (Project GAMIAN) sobre esquizofrenia y auto-estigma

que se llevó a cabo en 20 ciudades europeas [4], mostrando ser un instrumento con adecuados niveles de confiabilidad ( $\alpha = .90$ ).

En los últimos años, el interés en la investigación se ha orientado al análisis de la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales asociadas con el auto-estigma. Algunos autores han identificado ciertas variables clínicas, como el nivel de discapacidad, síntomas clínicos y depresión en pacientes con esquizofrenia, que se anticipan al estigma [13]. Por otro lado, un estudio basado en un meta-análisis de la literatura internacional reveló una relación significativa entre los niveles de auto-estigma y variables psicosociales como empoderamiento, autoestima, desesperanza, autoeficacia, calidad de vida y apoyo social. La única variable clínica significativamente asociada con el auto-estigma fue la severidad de los síntomas psiquiátricos y la adherencia al tratamiento. No se encontró asociación con las variables sociodemográficas, lo cual significa que las personas con enfermedades psiquiátricas son susceptibles al auto-estigma independientemente de factores como género, edad y educación [17]. Respecto a otras variables clínicas, como historia del tratamiento o número de años desde el primer contacto con servicios de salud mental, no han sido encontradas asociaciones significativas [35]. No obstante, se han aportado evidencias con relación al impacto del tipo de diagnóstico médico, por esta razón, algunos autores [28] sugieren la necesidad de desarrollar análisis comparativos del proceso de estigmatización considerando el tipo de diagnóstico.

El objetivo de este trabajo consiste en analizar la posible asociación entre el auto-estigma y algunas variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales en un grupo de personas con diagnóstico de trastorno mental grave, —dado que diversos estudios han planteado que lidiar con las consecuencias del padecimiento psiquiátrico tiene mayor impacto en el bienestar emocional de las personas afectadas, que la enfermedad por sí

misma [11, 34]—, además del interés por identificar variables culturalmente pertinentes que den cuenta del proceso de internalización del estigma en población psiquiátrica en México. En este estudio se incluyó la percepción de las consecuencias del padecimiento como variable psicosocial, con el propósito de lograr un abordaje más integral del proceso de internalización, que incluya las diferencias individuales y el contexto social. Esta aproximación podría contribuir a impulsar la investigación en esta línea, la cual sigue siendo muy incipiente en México y América Latina.

### Material y métodos

Este trabajo es parte de un estudio transcultural más amplio en el que participaron equipos de investigación en Canadá y México, cuyo propósito era indagar sobre el proceso de estigmatización hacia la enfermedad mental en distintos sectores de la población (p.ej. usuarios, familiares, personal de salud y población general) a fin de proponer medidas para reducir el estigma hacia la enfermedad mental [25]. En México la investigación fue aprobada por el Comité de Bioética del Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente Muñiz» (EP09 4225.0). En este artículo se reporta únicamente la información relacionada con las personas que fueron diagnosticadas con un trastorno mental grave.

El estudio se llevó a cabo en cinco hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México durante el periodo comprendido entre enero de 2009 a julio de 2010. Una vez que las instituciones dieron su aprobación para llevar a cabo la investigación, se estableció contacto con los médicos tratantes y se les pidió que canalizaran a los usuarios que cumplieran con los siguientes criterios: 1) que presentaran un diagnóstico de trastorno mental grave, a partir de los lineamientos del DSM-IV-TR [2] y CIE-10 [24]; 2) que se encontraran en tratamiento ambulatorio, ya incorporados a sus actividades diarias; y 3) que decidieran participar voluntariamente.

En total 85 personas fueron invitadas a parti-

cipar en la investigación, 24 se rehusaron aduciendo falta de tiempo para realizar otras actividades laborales, familiares o de salud y en otros casos aceptaron participar pero no acudían a la cita. Dos informantes iniciaron la entrevista pero posteriormente declinaron su participación debido a otros compromisos. De esta manera la muestra quedó conformada por 59 personas con diagnóstico de trastorno mental grave cuyas características se describen en la tabla 1.

El equipo de investigación se conformó por cinco entrevistadores con experiencia previa en técnicas de entrevista, principalmente psicólogos, quienes dieron una breve explicación a los participantes acerca del objetivo de la investigación y solicitaron su autorización para el registro en audio de la información, a través de un formato de consentimiento informado.

Como parte de una entrevista en profundidad que tuvo una duración aproximada de dos horas, se aplicó un cuestionario con la siguiente información:

*Información sociodemográfica y clínica.* Se incluyeron variables relacionadas con: a) sexo, b) edad, c) nivel educativo, d) situación laboral, e) estado civil, f) ingresos personales, g) ingresos familiares y h) vive con (solo con otros). Respecto a las variables clínicas se incluyeron las siguientes: 1) el diagnóstico médico, 2) tiempo con el padecimiento (años), 3) duración del tratamiento (años) y 4) tipo de tratamiento recibido.

*Escala de Percepción de Consecuencias del Padecimiento (EPCP).* Consta de nueve reactivos y fue diseñada por el primer autor de este artículo para evaluar la percepción de las personas con diagnóstico de trastorno mental, acerca de los efectos negativos del padecimiento en diferentes áreas: a) bienestar emocional, b) planes y proyectos personales, c) actividades laborales, d) relaciones de pareja, e) salud, f) relaciones sociales, g) relaciones familiares, h) economía e i) actividades de la vida diaria. El formato de res-

puesta varía de 0 (nada), 1 (poco), 2 (más o menos) y 3 (mucho). Dicha escala tiene un coeficiente de confiabilidad adecuado ( $\alpha = .90$ ); a través de un análisis factorial utilizando una rotación oblicua (máxima verosimilitud), se identificó un factor unidimensional que explica el 60% de la varianza.

*Inventario de Estigma Internalizado hacia la Enfermedad Mental (ISMI).* Es un instrumento que consta de 29 reactivos que fue diseñado para evaluar la interiorización del estigma. Los autores de la escala retoman los planteamientos teóricos propuestos por Corrigan [7], para definir el estigma internalizado en términos de: «... la devaluación, vergüenza, secrecía y retraimiento que experimenta el sujeto a consecuencia de aplicar los estereotipos negativos a sí mismo» [26:32]. El inventario mide cinco áreas: a) alienación, b) adhesión al estereotipo, c) discriminación, d) retraimiento social y e) resistencia al estigma. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos (0= totalmente en desacuerdo, 1= en desacuerdo, 2= de acuerdo y 3= totalmente de acuerdo). La consistencia interna global es adecuada ( $\alpha = .90$ ). De manera previa a su aplicación en esta investigación, este instrumento fue sometido a un proceso de adaptación cultural en población mexicana, a través de un proceso *Delphi* [21]. Adicionalmente se incluyeron dos preguntas abiertas para explorar: a) las experiencias concretas de estigma referidas por el informante, alguna vez en la vida, a consecuencia del padecimiento (estigma experimentado), esta variable se manejó como dicotómica (0=ausencia y 1=presencia); y b) principales fuentes de estigma y discriminación, cuyas respuestas fueron analizadas empleando la técnica de análisis de contenido. Ambas variables fueron posteriormente incorporadas al análisis de regresión.

Los datos fueron analizados a través del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 19 para Windows) [32]. El mínimo nivel de significancia fue del .05. El procedimiento inicial fue la discrimina-

ción de los reactivos del ISMI, a fin de obtener la confiabilidad por subescalas y determinar la consistencia interna global del instrumento. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis multivariados considerando a las subescalas del ISMI como variables dependientes y, las variables clínicas y sociodemográficas como independientes. Finalmente, a través de una regresión múltiple, se analizó si la percepción de las consecuencias del padecimiento en el sujeto, tenía un impacto en las subescalas de auto-estigma del ISMI. Para llevar a cabo este análisis se incluyeron otras variables como sexo, edad, tiempo con el padecimiento (años), duración del tratamiento e ingreso personal mensual del usuario, en tanto que las subescalas del ISMI fueron consideradas como variables dependientes.

## Resultados

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. La mayoría eran residentes de la Ciudad de México (73%), el rango de edad se encontraba entre los 21 y 64 años, siendo el promedio 38 años (DE=11.98). Como se observa, el 47.5% no contaba con ninguna actividad laboral, el resto se desempeñaba en diversas actividades (p.ej. negocio propio, dando clases, limpieza, cartomancia u otro oficio), o bien, como ayudante en algún negocio familiar. De ellos solo el 8% contaba con un empleo estable y con prestaciones sociales. Aunque se reportó el ingreso personal mensual por parte de los usuarios, la mayoría refirió que su principal sostén económico provenía del ingreso mensual familiar, el cual varió en un rango 100 y 70.000 pesos (US\$ 7.69 a US\$ 5384.61), con un promedio aproximado de 5.000 pesos (US\$ 384.61) (DE=14.062,79). De hecho la mayoría vivía con su familia (nuclear o extensa) y amigos. Solo el 3% contaba con pareja al momento de la entrevista.

Respecto a las características clínicas, el 39% tenía diagnóstico de esquizofrenia, seguido por trastorno bipolar, trastorno dual y trastorno obsesivo compulsivo. En una proporción menor se incluyeron otros padeci-

mientos como depresión mayor y trastorno de la personalidad límite.

Con respecto al tiempo con el padecimiento osciló entre menos de un año a cuarenta años, siendo el promedio 13 años (DE=13.8). Solo el 10% de la muestra tenía menos de un año de recibir atención psiquiátrica. El promedio de años en tratamiento fue de 8.5 (DE=7.07). Alrededor de la mitad de los participantes recibía tratamiento exclusivamente farmacológico (49%), el resto recibía adicionalmente otro tipo de apoyo como terapia ocupacional, de grupo y de pareja, grupos de apoyo, cursos psicoeducativos o de orientación.

## Percepción de las consecuencias del padecimiento

Al establecer un análisis comparativo por sexo, respecto a la EPCP, no se encontraron diferencias significativas. El principal impacto se expresó en orden descendente como sigue: a) economía (media±DE) 2.05±1.13, b) bienestar emocional 1.94±1.06, c) actividad laboral 1.87±1.12, d) actividades de la vida diaria 1.80±1.11, e) planes y proyectos personales 1.70±1.16, f) relaciones de pareja 1.65±1.27, g) relaciones familiares 1.54± 1.16, h) salud 1.53±1.07 e, i) relaciones sociales 1.52±1.19. Como se observa el impacto de la enfermedad recae en los usuarios de servicios psiquiátricos principalmente a nivel económico, emocional y laboral, lo cual les genera preocupación además de afectar otras áreas de su vida.

## Experiencias de estigma y principales fuentes de estigmatización

El 90% de los informantes refirió haber sido objeto de rechazo debido a su enfermedad, al menos una vez en la vida. La familia nuclear fue la principal fuente de discriminación, siendo las prácticas más frecuentes la subestimación, la crítica y las actitudes hostiles. El personal de salud fue mencionado en segundo lugar, las prácticas comúnmente referidas fueron: ser tratados con indiferencia, regañados, responsabilizados por el padecimiento, además de ciertas actitudes de benevolencia como ser tratados como niños. La familia extensa, el trabajo y los amigos fueron men-

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes**

Variables	Total (N=59)	100 %	
<b>Sexo</b>	femenino	26	44
	masculino	33	56
<b>Edad</b>	(años)		21-64
	(media)		(38.39)
<b>Nivel educativo</b>	primaria	4	6.8
	secundaria	9	15.3
	bachillerato/carrera	22	37.3
	técnica		
	licenciatura	22	37.3
<b>Situación laboral</b>	posgrado	2	3.3
	empleado	30	52.5
<b>Ingreso personal mensual</b>	desempleado	29	47.5
	(pesos)		100 – 12.000
	(media)		(1.596)
<b>Estado civil</b>	Soltero	57	97
	Con pareja	2	3
<b>Vive con</b>	Solo	5	9
	Con otros	54	91
<b>Tamaño de familia</b>	(nº de miembros)		1-14
	(media)		3.6
<b>Lugar de residencia</b>	Ciudad de México	43	73
	Otros estados	16	27
<b>Diagnóstico</b>	Esquizofrenia	23	39
	Trastorno dual	9	15
	Trastorno bipolar	14	24
	Trastorno obsesivo-compulsivo	8	14
	Otros	5	8
<b>Tiempo con el padecimiento</b>	(años)		< 1-40
	(mediana)		(13)
<b>Tipo de tratamiento</b>	Farmacológico	29	49
	Farmacológico y otros recursos	30	51
<b>Duración del tratamiento</b>	(años)		< 1- 24
	(media)		(8.5)

cionados en tercer, cuarto y quinto lugar, respectivamente. Otras experiencias provenían del medio social que rodea al usuario, principalmente del ámbito escolar, a nivel de pareja, con los vecinos, amigos, desconocidos en la calle e incluso hubo experiencias de maltrato y discriminación referidas en instituciones de procuración de justicia y otros servicios de atención. Solo en un caso se mencio-

nó a los propios usuarios y a los grupos de autoayuda como fuentes de discriminación.

De manera previa a los análisis multivariados, para llevar a cabo la asociación entre las variables propuestas y el inventario de estigma internalizado ISMI, se llevó a cabo un análisis factorial, a fin de analizar las propiedades psicométricas del instrumento, toman-



do como base las cinco dimensiones propuestas por sus autores. El instrumento obtuvo un adecuado nivel de consistencia interna global (*alpha* de Cronbach= .81), siendo menor con respecto a la versión original. Las confiabilidades por subescalas se ubicaron en un rango de .65 para la de resistencia al estigma y de .79 para la de alienación. Respecto a los puntajes obtenidos en las

medias de respuesta por subescala, la resistencia al estigma obtuvo el puntaje más elevado  $2.92 \pm .57$  y el menor fue para la subescala de adhesión al estereotipo  $2.01 \pm 0.67$  (tabla 2). La media global de respuesta correspondió a  $2.31 \pm .67$ . En la tabla 3 se muestra la correlación por subescalas, como se observa la resistencia al estigma se relacionó negativamente con las cuatro restantes.

**Tabla 2. Medias y desviaciones estándar (ISMI)**

<b>Reactivo</b>	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
<b>Alienación (<i>alpha</i> = .79)</b>	<b>2.20</b>	<b>.80</b>
Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental	2.25	.96
Me apena o me avergüenza tener una enfermedad mental	1.98	.90
Me siento menos que la gente que no tienen enfermedades mentales	2.05	.88
Me siento decepcionado conmigo mismo por tener una enfermedad mental	2.15	.87
El tener una enfermedad mental ha arruinado mi vida	2.27	.87
La gente que no tiene una enfermedad mental simplemente no me entiende	2.51	.86
<b>Adhesión al estereotipo (<i>alpha</i> =.67)</b>	<b>2.01</b>	<b>.67</b>
La gente con enfermedades mentales tiende a ser violenta	2.37	.69
La gente con enfermedades mentales no pueden vivir una vida gratificante y plena	2.06	.76
Por mi aspecto la gente puede darse cuenta de que tengo una enfermedad mental	2.06	.93
Por mi enfermedad mental, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí	1.94	.75
No puedo aportarle nada a la sociedad por tener una enfermedad mental	1.63	.83
Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los enfermos mentales se pueden aplicar a mí	2.00	.89
<b>Experiencia de discriminación (<i>alpha</i> =.72)</b>	<b>2.18</b>	<b>.68</b>
La gente me hace menos porque tengo una enfermedad mental	2.31	.79
Con frecuencia la gente me sobreprotege o me tratan como un (a) niño (a), sólo por el hecho de tener una enfermedad mental	2.34	.88
La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque tengo una enfermedad mental	2.17	.81
Nadie se interesaría en convivir conmigo porque tengo una enfermedad mental	1.84	.69
Los demás (p.e. familia, amigos, maestros, otras personas cercanas) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental	2.24	.90
<b>Retraimiento social (<i>alpha</i> =.72)</b>	<b>2.08</b>	<b>.70</b>
Trato de no acercarme a la gente que no tiene una enfermedad mental para evitar ser rechazado	1.96	.84
No tengo tanta vida social como antes, porque mi enfermedad mental puede hacerme ver mal o que me comporte de manera «extraña»	2.19	.85
No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi enfermedad mental	2.31	.90
Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen aislado del mundo «normal»	2.12	.80
Estar con personas que no padecen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	2.03	.82
Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos	1.85	.78
<b>Resistencia al estigma (<i>alpha</i> = .65)</b>	<b>2.92</b>	<b>.57</b>
La gente con enfermedad mental hace aportaciones importantes a la sociedad	3.14	.77
Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente tiene una enfermedad mental	2.73	.79
Vivir con una enfermedad mental me ha fortalecido	3.00	.71
Por lo general, soy capaz de vivir mi vida en la forma en que quiero	2.76	.71
Puedo tener una vida plena a pesar de mi enfermedad mental	3.00	.78
<b>Total</b>	<b>2.31</b>	<b>.67</b>

Confiabilidad global=.81

**Tabla 3. Correlación de las subescalas del ISMI**

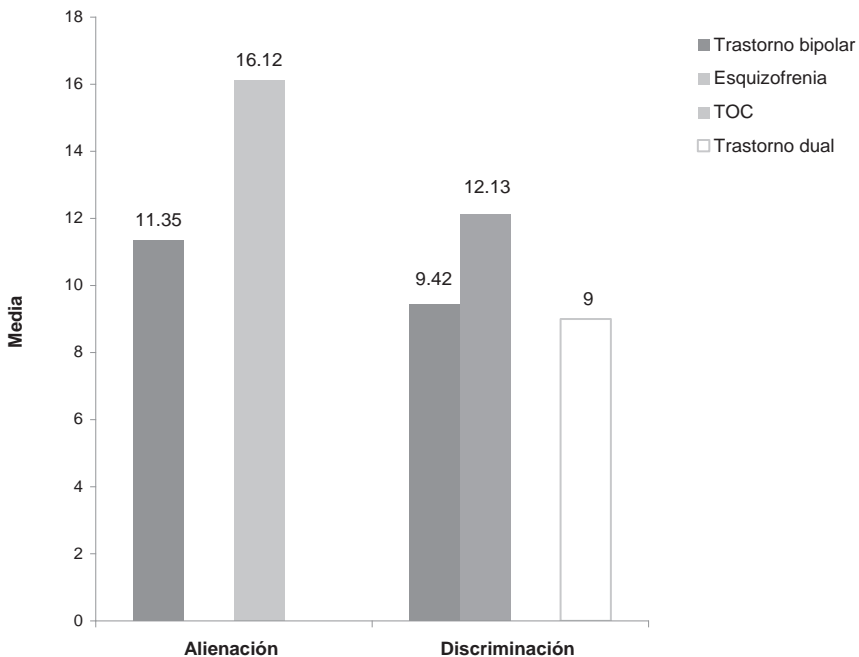
	Alienación	Adhesión al estereotipo	Experiencia de discriminación	Retraimiento social	Resistencia al estigma
Alienación	13.24	.60	.47	.67	-.32
Adhesión al estereotipo		12.10	.40	.58	-.47
Experiencia de discriminación			10.91	.58	-.12
Retraimiento social				12.49	-.28
Resistencia al estigma					14.64
Desviación estándar	3.78	3.01	2.85	3.24	2.46

Las medias se localizan en la diagonal principal. La tasa de respuesta iba del rango de 0 a 3.

**Relación de las subescalas del ISMI con las variables sociodemográficas y diagnóstico médico**

Se llevó a cabo un análisis de varianza considerando a las cinco subescalas del ISMI como variables dependientes y como independientes se incluyeron las siguientes: a) sexo (femenino-masculino), b) situación laboral (empleado-desempleado), c) ingresos propios (con-sin), d) si tiene pareja (si-no) y e) vive con (solo-con otros), no se encontraron diferencias significativas en ninguna de estas variables. Al hacer el análisis comparativo

entre las subescalas del ISMI y las variables clínicas, únicamente se encontraron diferencias significativas por diagnóstico médico, las cuales se ilustran en la figura 1. Las medias obtenidas en alienación fueron mayores en las personas que tenían un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo que en quienes presentaban trastorno bipolar ( $F=3.26$ ,  $df=4,53$ ,  $p<.05$ ); mientras que las personas con esquizofrenia obtuvieron un puntaje mayor en la subescala de discriminación en comparación con quienes tenían trastorno bipolar o trastorno dual ( $F=4.30$ ,  $df=4,53$ ,  $p<.005$ ).



**Figura 1. Subescalas ISMI por tipo de trastorno (n=59)**

**Alienación.**  $F=3.26$ ;  $g=4.53$ ;  $p=.018$ ; Trastorno bipolar < TOC,  $p=.034$

**Discriminación.**  $F=4.30$ ;  $g=4.53$ ;  $p=.004$ ; Trastorno dual<Esquizofrenia,  $p=.033$ ; Trastorno bipolar< Esquizofrenia,  $p=.033$

**Percepción de las consecuencias del padecimiento con relación al auto-estigma**

Se evaluaron cinco modelos de regresión múltiple considerando a las subescalas del ISMI como variables dependientes y como variables independientes fueron incluidas: a) La EPCP, b) sexo, c) edad, d) estado civil, e) situación laboral, f) vive con, g) ingreso mensual personal, h) diagnóstico médico, i) tiempo con el padecimiento (años), j) tiempo en tratamiento, k) experiencia de estigma al menos una vez en la vida, l) número de fuentes de estigma. Para efectos de este análisis, se excluyeron los casos que tenían menos de un año de tratamiento (10%). Como se muestra en la tabla 4, los modelos fueron estadísticamente significativos. La percepción de las consecuencias de la enfermedad en el empleo y el tiempo en tratamiento tuvieron impacto en la subescala de alienación del ISMI, este modelo explicó el 33% de la varianza. De igual manera, las consecuencias en el empleo impactaron de manera significativa en la subescala de adhesión al

estereotipo, el modelo fue significativo explicando el 21% de la varianza, lo cual sugiere que las personas asumen los estereotipos negativos a medida que perciben que la enfermedad les ha traído mayores consecuencias a nivel laboral. Lo mismo ocurrió con la subescala de resistencia al estigma, la percepción del impacto en el trabajo explicó el 23% de la varianza de este modelo, aunque esta relación fue inversa, lo que significa que a mayor impacto a nivel laboral, existe una menor resistencia a los mitos y creencias negativas hacia la enfermedad.

El modelo más sólido se basó en tres variables, las consecuencias del padecimiento a nivel familiar, el diagnóstico médico y la duración del tratamiento (años), conjuntamente explicaron el 49% de la varianza del modelo de discriminación. Finalmente, el modelo de retraimiento social, quedó explicado al 38% de la varianza por las consecuencias de la enfermedad en la pareja, en las relaciones sociales y el tiempo en tratamiento.

**Tabla 4. Regresión Múltiple<sup>(b)</sup> - Subescalas ISMI basadas en el impacto del padecimiento y las variables clínicas y sociodemográficas**

Variables independientes	Subescalas ISMI <sup>(a)</sup> Variables dependientes	Beta	p<	R <sup>2</sup>	F	p<																																				
Impacto laboral	Alienación	.495	.001	.338	10.99	.001																																				
Tiempo en tratamiento		-.255	.05				Impacto laboral	Adhesión al estereotipo	.465	.001	.217	12.44	.001	Impacto laboral	Resistencia	-.488	.001	.238	13.14	.001	Impacto en la familia	Discriminación	.579	.001	.491	15.11	.001	Diagnóstico médico	-.360	.05	Tiempo en tratamiento	-.324	.05	Impacto en las relaciones sociales	Retraimiento social	.438	.001	.387	8.84	.001	Impacto en las relaciones de pareja	.283
Impacto laboral	Adhesión al estereotipo	.465	.001	.217	12.44	.001																																				
Impacto laboral	Resistencia	-.488	.001	.238	13.14	.001																																				
Impacto en la familia	Discriminación	.579	.001	.491	15.11	.001																																				
Diagnóstico médico		-.360	.05																																							
Tiempo en tratamiento		-.324	.05																																							
Impacto en las relaciones sociales	Retraimiento social	.438	.001	.387	8.84	.001																																				
Impacto en las relaciones de pareja		.283	.05																																							
Tiempo en tratamiento		-.250	.05																																							

Ref.: (a). Categorías de respuesta 0 y 3 («nada»/«mucho») de 4 puntos; (b). Regresión múltiple con control de género, edad, nivel educativo, estado civil, situación laboral, ingreso personal, años de inicio del padecimiento, experiencias de estigma, número de fuentes de discriminación y aceptación del diagnóstico

**Discusión**

En este trabajo se encontró evidencia del impacto de las variables clínicas (diagnóstico

psiquiátrico) y psicosociales (percepción de las consecuencias del padecimiento) sobre los niveles de auto-estigma en una pequeña

muestra de personas con diagnóstico de trastorno mental grave en la Ciudad de México. Con relación a las variables clínicas estos hallazgos coinciden con otros estudios que han documentado que el estigma internalizado difiere dependiendo del diagnóstico médico [20], particularmente en lo que se refiere al trastorno obsesivo compulsivo [33], la depresión y la esquizofrenia [3, 18, 27, 39]. No hubo asociación con las variables socio-demográficas como se ha reportado en investigaciones previas [17].

Una de las principales contribuciones de este trabajo es que da cuenta de que el impacto del padecimiento a nivel laboral, es una variable psicosocial clave que explica el proceso de internalización del estigma, en términos de que genera mayores sentimientos de alienación, adhesión al estereotipo y una menor resistencia al estigma. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en estudios internacionales, en los cuales se ha identificado al empleo como una de las áreas de mayor afectación, ya que el sujeto se anticipa a la experiencia de rechazo o discriminación, lo que constituye una barrera en la búsqueda de oportunidades laborales [1, 3, 35].

Adicionalmente, el impacto de la enfermedad en las relaciones familiares, el diagnóstico médico y la duración del tratamiento explicaron conjuntamente la experiencia de discriminación. En México, como en otras ciudades [6, 36], las familias son de particular importancia debido a que constituyen una de las principales redes de apoyo para las personas con padecimientos mentales. En este estudio, solo el 9% de los participantes vivían solos, el resto vivía con su familia o amigos. Paradójicamente, la familia también fue la principal fuente de discriminación [35]. En ese sentido, el apoyo que proveen las familias es de carácter más indiferenciado, ya que podrían constituir un apoyo a la vez que un obstáculo para los usuarios de servicios psiquiátricos durante el proceso de enfermedad [23, 29].

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por Müller *et al.* [22], quienes destacan que la familia y el empleo son cruciales para mejorar la calidad de vida de las personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico, por lo que constituyen elementos clave para ser incorporados dentro de los servicios de tercer nivel de atención por ejemplo, en los cursos psicoeducativos dirigidos a usuarios y a familiares, en programas de capacitación para el empleo, o bien, a través de programas cognitivo-conductuales orientados a fortalecer habilidades.

Si bien estos resultados deben ser tomados con reserva, por el tamaño reducido de la muestra, constituyen una aproximación inicial en el abordaje del tema en población psiquiátrica de la Ciudad de México, además de que aportan evidencia acerca del alcance que tiene el incorporar las variables psicosociales en el proceso de internalización del estigma, pues como señalan autores como Livingston y Boyd [17] éstas contribuyen a entender el impacto de los factores macrosociales y culturales alrededor de la experiencia subjetiva del estigma y sus formas de expresión en contextos locales, sin embargo gran parte de la producción a nivel de investigación internacional sobre el tema, se ha producido principalmente en países desarrollados [31].

Respecto a las implicaciones de este trabajo se destaca la importancia de considerar una muestra más amplia de la población de estudio estableciendo un control de las variables clínicas como tipo de diagnóstico, duración del padecimiento, tipo de tratamiento y presencia de sintomatología psiquiátrica. Con relación al inventario de estigma internalizado (ISMI), si bien, se ha mostrado que es un instrumento culturalmente válido para la población en México [21], se requiere que estudios a futuro aporten mayores evidencias de sus propiedades psicométricas. Otros desafíos pueden ser, incluir variables psicosociales adicionales que han sido identificadas como predictores del auto-estigma, como nivel de autoestima [16], autoeficacia,

calidad de vida y redes de apoyo social [1]. Como lo han destacado algunos autores [34], el proceso de estigmatización es más complejo de lo que parece, se requiere clarificar conceptualmente los factores que intervienen en dicho proceso. En el caso particular de México, encontramos evidencia de que el impacto a nivel laboral y las situaciones familiares son factores cruciales en la experiencia y curso de vida de las personas afectadas por un trastorno psiquiátrico. A la luz de esta observación, es necesario incorporar otros indicadores asociados con el auto-estigma, construidos localmente, por ejemplo, el papel que juega la religión u otros aspectos espirituales que cobran sentido para la población, además de los recursos de los usuarios para hacer frente al estigma, es decir, factores que son culturalmente relevantes no solo en México sino en América Latina, lo cual podría

contribuir a ampliar el conocimiento de los procesos subjetivos del estigma en distintos contextos, sin dejar al margen elementos estructurales, que pueden constituir barreras para la reinserción social de las personas afectadas por estos trastornos [38], para poder impulsar políticas públicas que incidan en la reducción del estigma hacia la enfermedad mental.

### Agradecimientos

Expresamos nuestra gratitud al Dr. Duncan Pedersen, del Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas, Montreal, Québec, por impulsar la investigación sobre «Estigma y Enfermedad Mental» entre Canadá y México, sin la cual no habría sido posible la colaboración internacional. Nuestro reconocimiento es también para las personas e instituciones que contribuyeron con su valiosa participación en el estudio, incluyendo al equipo de entrevistadores en México.

### Referencias

1. Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*. 2011; 57(4):418-27.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
3. Angermeyer M, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: Patients' anticipations and experiences. *Int J Soc Psychiatry*. 2004; 50(2):153-62.
4. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. GAMIAN-Europe Study Group. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr Res*. 2010; 122(1-3):232-38.
5. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10(80):1-11.
6. Carpenter-Song E, Chu E, Drake R, Ritsema M, Smith B, Alverson H. Ethno-cultural variations in the experience and meaning of mental illness and treatment: Implications for access and utilization. *Transcult Psychiatry*. 2010; 47(2):224-51.
7. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998; 5(2): 201-22.
8. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002; 9(1):35-53.
9. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol*. 2006; 25(8):875-84.
10. Corrigan PW, Larson JE, Rüsç N. Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009; 8(2):75-81.
11. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsç N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Res*. 2011;189(3): 339-43.
12. Ersoy MA, Varan A. Reliability and validity of the Turkish version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turk Psikiyatri Derg*. 2007; 18(2):163-71.
13. Ertugrul A, Uluğ B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(1): 73-7.
14. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1963.
15. Hwang TY, Lee WK, Han ES, Kwon EJ. A study on the reliability and validity of the Korean version of Internalized Stigma of Mental Illness Scale (K-ISMI). *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2006; 45(5):418-26.

16. Link BG, Struening EL, Neese-Todd MA, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(12):1621-6.
17. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010; 71(12):2150-61.
18. Lysaker PH, Roe D, Yanos P. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2007; 33(1):192-9.
19. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008; 98(1-3):194-200.
20. Mak W, Poon C., Pun, L., Cheung S. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc. Sci Med* 2007;65 (2):245-61.
21. Mora-Rios J, Bautista-Aguilar N, Natera G, Pedersen D. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental.* 2013; 36(1): 9-18.
22. Müller NS, Sapin M, Gauthier J, Orita A, Widmer ED. Pluralized life courses? An exploration of the life trajectories of individuals with psychiatric disorders. *Int J Soc Psychiatry.* 2012; 58(3): 266-77.
23. Orford J, Natera G, Copello A, Atkinson C, Mora-Rios J, Velleman R, Crundall I, Tiburcio M, Templeton L, Walley G. *Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures.* London: Brunner-Routledge; 2005.
24. Organización Mundial de la Salud. *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision.* Ginebra: OMS; 2010.
25. Pedersen D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: Apuntes para el análisis y diseños de intervenciones. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2009; 55(1): 39-50.
26. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003; 121(1):31-49.
27. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 2004; 129(3):257-65.
28. Rüscher N, Lieb K, Bohus M, Corrigan PW. Self-stigma, empowerment and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv.* 2006; 57(3):399-402.
29. Schön UK, Denhov A, Topor A. Social relationship as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *Int J Soc Psychiatry.* 2009; 55(4): 336-47.
30. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011; 37(2): 316-23.
31. Sorsdahl KR, Kakuma R, Wilson Z, Stein D. The internalized stigma experienced by members of a mental health advocacy group in South Africa. *Int J Soc Psychiatry.* 2012; 58(1): 55-61.
32. *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, v. 19 para Windows).* Chicago: SPSS Inc; 2010.
33. Stengler-Wenzke K, Beck M, Holzinger A, Angermeyer MC. Stigma experience of patients with obsessive compulsive disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2004; 72(1) 7-13.
34. Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. *Paradigms Lost: Fighting stigma and the lessons learned.* United States of America: Oxford University Press; 2012.
35. Üçok A, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, Yoon CK, Plooy A, Ertekin, BA, Thornicroft G, INDIGO Study Group. Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125(1):77-83.
36. Vidojević IM, Jočić DĐ, Tošković O. Comparative study of experienced and anticipated stigma in Serbia and the world. *Int J Soc Psychiatry.* 2012; 58(4):355-61.
37. Watson A, Corrigan PW, Larson J, Sells M. Self-Stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull.* 2007; 33(6): 1312-8.
38. Yang LH, Kleinman A, Link BG, Phelan JC, Lee S, Good B. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med.* 2007; 64(7):1527-35.
39. Yen CF, Chen CC, Lee Y, Tang TC, Ko CH, Yen JY. Insight and correlates among outpatients with depressive disorders. *Compr Psychiatry.* 2005; 46(5):384-9.