

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE A TRAVÉS DE LA ESCALA DE AUTOESTIGMA EN ENFERMEDADES MENTALES (ISMI)

Maestrando: Licenciada en Psicología Natalia Paola OSELLA

Directora de Tesis: Prof. Dra. Ruth FERNANDEZ

CÓRDOBA, NOVIEMBRE 2015

“La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis”

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	8
Salud Mental Comunitaria.....	11
Estigma y Salud Mental.....	19
Objetivo.....	28
Material y Método.....	29
Instrumento.....	30
Análisis de datos.....	34
Consideraciones Éticas.....	35
Factibilidad.....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	59
Conclusiones.....	78
Recomendaciones.....	79
Bibliografía.....	81

RESUMEN

Los pacientes con trastorno mental grave que han sido hospitalizados y han atravesado un proceso de externación se encuentran con múltiples desafíos que se refieren a las tareas de autovalimiento; higiene y cuidado de sí, mantenimiento de la vivienda e inserción en el ámbito laboral. En esta vuelta a la comunidad, es donde la inclusión del paciente se puede ver dificultada u obstaculizada por el estigma social y el estigma internalizado. Es necesario entender el proceso del estigma, los factores que lo producen y sostienen. Objetivo: Identificar las características del estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave que han sido externados y se encuentran en contacto con el sistema de salud mental. Método: El estudio fue observacional, transversal, de carácter inferencial con 92 pacientes con trastorno de salud mental grave, que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, San Luis y Buenos Aires. Para poder llevar a cabo el estudio se utilizó la Escala de Autoestigma para Enfermedades Mentales (ISMI) creada por Boyd Ritsher en 2003. El instrumento consiste en 29 ítems que se dividen en 5 escalas: 1) La alienación: demuestra el menor sentimiento de pertenencia del paciente psiquiátrico que otro sujeto miembro de la sociedad. También puede demostrar una “personalidad caprichosa”; 2) Caracterización del estereotipo: los entrevistados están de acuerdo con los estereotipos comunes más comunes de los pacientes psiquiátricos, es decir sus características y comportamientos; 3) Discriminación percibida: intenta capturar la percepción que los entrevistados tienen en relación a la forma en que tienen a ser tratados por otros; 4) Aceptación Social: está relacionada al grado en que el entrevistador se siente aceptado por los demás y 5) Resistencia al estigma: retrata el grado de resistencia o de afectación por el estigma internalizado. Se realizó un análisis descriptivo y posteriormente se estudió la respuesta en función de los niveles de estigma estratificados en mínimo, bajo y moderado. Resultados: La consistencia interna del instrumento para los 29 ítems de la Escala de Autoestigma en enfermedades mentales (ISMI) tuvo un alpha de Cronbach de 0,913. Se realizó una adaptación semántica. Con respecto a la edad, se categorizaron los pacientes en 3 grupos: joven, adulto y adulto mayor. En relación al sexo de los pacientes que participaron en el estudio, 40 fueron mujeres (43,5%) y 52 hombres (56,5%). En relación a la variable clínica, los diagnósticos obtenidos son presentados en: esquizofrenia,

psicosis, depresión y otros. Los datos indicaron que el estigma internalizado alcanza un nivel bajo en la muestra, considerando los distintos ítems, las escalas y el puntaje total. Las puntuaciones de los ítems son parecidas a las obtenidas por Boyd Ritsher (2003), en el que todos los valores oscilan entre 1,8 y 2,7. Conclusiones: las puntuaciones de estigma obtenidas son en todos los casos medias bajas, e inferiores a las obtenidas por los autores del ISMI. El nivel de estigma internalizado alcanza un nivel medio-bajo. El mayor auto-estigma deriva de las experiencias de discriminación. La asignación de estereotipos es baja, centrándose el auto-estigma en la anticipación del rechazo que trae como consecuencia la devaluación y discriminación de los pacientes. Esa anticipación los lleva al aislamiento y al ocultamiento de su problema. Esto deriva en dificultades para los pacientes a la hora de establecer vínculos. Esto afecta en gran medida a la hora de buscar un trabajo, debido a que solo pueden acceder a la opción de los trabajos protegidos.

Palabras clave: estigma internalizado – medición – ISMI –esquizofrenia – salud mental comunitaria

ABSTRACT

Objective: Identify the characteristics of internalized stigma in patients diagnosed with serious mental disorders that have been released from hospitalization and find themselves in contact with the mental health system. Method: The study was observational, transversal, and inferential with 92 patients with serious mental health disorders who live in the community and are in contact with mental health services in Córdoba, San Luis, and Buenos Aires. The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) created by Boyd Ritsher in 2003 was utilized in order to carry out the study. The instrument consists of 29 items that are divided into 5 scales: (1) Alienation: this demonstrates the lesser sense of belonging held by the psychiatric patient compared to other members of society. It can also demonstrate a “capricious personality”; (2) Characterization of stereotypes: those interviewed agree with the common stereotypes of psychiatric patients with respect to their characteristics and behaviors; (3) Perceived Discrimination: intends to capture the perception held by those interviewed in relation to the way in which they tend to be treated by others; (4) Social acceptance: related to the degree in which the individual interviewed feels accepted by others; (5) Resistencia to stigma: portrays

the degree of resistance or of affectation for the internalized stigma. A descriptive analysis was carried out subsequently which focused upon a more exhaustive analysis dividing patients into 3 groups: “minimum level of internalized stigma”, “low level of internalized stigma” y “moderate level of internalized stigma”. Results: The internal consistency of the instrument for the 29 items of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) had an alpha de Cronbach of 0.913. A semantic adaptation was carried out. With respect to age, the patients were categorized into 3 groups: youth, adult, and elderly adult. In relation to the sex of the patients that participated in the study, 40 were women (43.5%) and 52 were men (56.5%). In relation to the clinical variable, the diagnoses contained were presented as: schizophrenia, psychosis, depression, and others. The data indicated that the internalized stigma reached a low level in the sample, considering the distinct items, scales y and total scores. The score of the items are similar to those obtained by Boyd Ritsher (2003), in that all the values wavered between 1.8 and 2.7. Conclusions: Stigma scores obtained are in all cases averaged low; inferior to those obtained by the authors of the ISMI. The level of internalized stigma reached a medium -low level. Stereotype assignments were based upon internalized stigma in the anticipation of rejection that brings the consequence of devaluing and discrimination in patients. This anticipation causes isolation and hiding of problems. It was also shown that the patients have difficulty in forming relationships. This has a significant effect in terms of seeking employment, given that they can only access protected labor.

Key words: internalized stigma – meditation - ISMI – schizophrenia – community mental health

INTRODUCCIÓN

Según el documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” emitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ en el año 2007, la evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la Atención Primaria de la Salud (APS) tienen mayores beneficios que la atención basada en los hospitales monovalentes. Estos sistemas de salud alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen menores costos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con otros sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa. Un sistema de salud basado en APS no descansa solo en una perspectiva individual o clínica. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales para el tratamiento.

Ana Cecilia Ausburguer² sostiene que la profundización sobre los modos en que se perciben, se categorizan y se diagnostican los problemas de salud mental presenta dos aspectos que se encuentran en estrecha relación. Por un lado, el primer aspecto tiene que ver con la definición de objeto que la epidemiología en salud mental escoge para sí. Adoptar las definiciones de enfermedad mental supone una serie de limitaciones para reconocer e identificar situaciones de padecimiento que no son homologables a las entidades patológicas y por esta razón se analizan críticamente las clasificaciones internacionales que se encuentran en los manuales diagnósticos, tales como el CIE-10 o el DSM IV. La clasificación estadística de enfermedades adopta para los problemas de salud mental la categoría de trastorno mental. Se considera que este concepto de “enfermedad mental” se ubica en una visión a-histórica y con pretensiones de universalidad en función de incrementar la objetividad del conocimiento para permitir la comparabilidad de los resultados encuadrada en una epidemiología de corte positivista.

Esta visión trae como consecuencia entender la enfermedad mental como una entidad natural que responde en su génesis a mecanismos de causalidad mecánica y biológica, consolidando un modelo de pensamiento que no permite problematizar en el campo epidemiológico los complejos procesos sociales e históricos que determinan formas singulares y colectivas diferenciadas de vivir, padecer y enfermar. Así, el enfoque prioritario que adopta la epidemiología psiquiátrica centrada en la estimación de las prevalencias y en clasificación del

tipo de trastorno produce una mirada reducida puesto que evalúa el estado de salud mental de las poblaciones con la presencia o ausencia de enfermedad psiquiátrica, sin incorporar miradas más positivas de la salud ni elementos vinculados a la calidad de vida de esos grupos poblacionales, que es sumamente difícil de expresar en términos de enfermedad.

La crítica a esta mirada es vehiculizada a través de los conceptos de historicidad, heterogeneidad, es decir categorías que dan cuenta de los atributos necesarios para describir, distinguir y diferenciar a los grupos sociales. Por esta razón, la autora citada anteriormente nos insta a incorporar la noción de sufrimiento psíquico y su distinción de la patología mental. Este concepto permite tener en cuenta la dimensión subjetiva del padecimiento y del proceso mismo de enfermar. De esta manera la forma en que se clasifican los eventos tiene una implicación fundamental sobre el modo como se representan y se interviene sobre ellos.

Por lo contrario, la enfermedad psiquiátrica es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerados como anormales con respecto al grupo social de referencia al cual pertenece el sujeto³. La enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia es la esquizofrenia, también llamada “demencia precoz”. Según Emil Kraepelin⁴, consiste en una serie de estados, cuya característica común es una destrucción de las conexiones internas de la personalidad psíquica. Los efectos de este daño predominan en las esferas emocional y volitiva de la vida mental.

Es una enfermedad mental prematura, de comienzo agudo, de evolución crónica por brotes, caracterizada por una disociación cognoscitivo-afectiva y que produce deterioro de la personalidad con la consecuente afectación de la capacidad creadora y relacional del individuo con su medio circundante. A su vez, se caracteriza por un tipo específico de alteración de la percepción y atención. Tiene influencia sobre el curso del pensamiento y la relación con el mundo exterior⁵.

La OMS⁶ define a la salud mental como la capacidad de un sujeto de interactuar de forma tal que se promueva su bienestar físico y subjetivo, el óptimo desarrollo y orientado a conocer la calidad de vida y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales); la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la preservación de equidad fundamental. Define a la esquizofrenia como un disturbio fundamental de

la personalidad, una distorsión del pensamiento, ideas bizarras, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo. Estos síntomas son experimentados en presencia de conciencia clara y capacidad intelectual conservada.

De acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud⁷ a nivel mundial, para la esquizofrenia se calcula una prevalencia de entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existiendo en general poca variación cultural.

El enfoque de la atención en salud desde una perspectiva de la salud mental comunitaria nos enfrenta a una revisión crítica de este concepto de enfermedad mental.

SALUD MENTAL COMUNITARIA

Para poder definir la Salud Mental Comunitaria es necesario realizar un recorrido histórico precisando estos términos. La psiquiatría comunitaria surge en el contexto de la política desinstitucionalizadora de Estados Unidos en la década de los 60 y recorre el mundo llegando a designar el modelo clínico asistencial de la Reforma Psiquiátrica. Pero en este proceso cualquier actividad llevada a cabo fuera de los muros del hospital, no necesariamente puede ser definida dentro de la salud mental comunitaria.

Con el objetivo de definir las condiciones sociales, organizativas y técnicas que son particulares de este modo de entender la salud tomamos la siguiente definición:

Se puede hablar de salud mental comunitaria cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud⁸.

En realidad lo que llamamos salud mental comunitaria es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la comunidad⁹.

Estos autores plantean que el encuentro con la comunidad plantea la necesidad de desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y rehabilitación. Esto significa el reconocimiento de la importancia de la comunidad no sólo como usuaria sino más bien como generadora de recursos que deben aliarse con los trabajadores de la salud, así como el reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios y comunitarios. La salud mental comunitaria se convierte así en el marco sanitario en el que se van a desarrollar los procesos de reforma psiquiátrica.

Se encuentran numerosas investigaciones que siguen en esta línea de pensamiento y que definen de diferentes maneras a la salud mental comunitaria. Una de ellas es la realizada por Marcelino López y Margarita Laviana¹⁰, en la que sostienen que la Salud Mental Comunitaria es un enfoque teórico, organizativo y funcional alternativo a otros modelos basados en la atención de los usuarios de salud mental en los hospitales psiquiátricos. En este sentido, la atención comunitaria va más allá de la mera desaparición de los hospitales psiquiátricos; significa crear redes integradas de servicios basados en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios y con una responsabilidad territorial clara que incluye a otros dispositivos además del hospital. Como consecuencia de lo planteado anteriormente tendría que pensarse en un abordaje terapéutico sostenido fuera de los muros del hospital psiquiátrico, lo que conlleva necesariamente un proceso de desmanicomialización basado en la externación sustentable de los pacientes. Una externación debe tener como eje: vivienda, recursos económicos, continuidad de tratamiento psiquiátrico y psicológico, actividades recreativas y orientación para la inserción laboral.

Los objetivos de los procesos de reforma son: 1) La transformación o el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de redes de asistencia en la comunidad, 2) La integración de la atención de salud mental en la sanidad general, 3) La modificación de la legislación de los países a fin de mejorar los derechos civiles de los pacientes mentales y 4) La lucha contra el estigma promoviendo actitudes más positivas en el imaginario social de las poblaciones hacia la enfermedad mental.

En Europa pueden encontrarse ejemplos de reformas psiquiátricas en Italia de la mano de Franco Basaglia y la creación de la Ley 180, en Inglaterra con Cooper y en España. En América Latina, los procesos de reforma aparecen en la década del 80 y se encuentran en Brasil, Chile y Uruguay, principalmente. Inician el proceso de cambio a través del desarrollo de la rehabilitación psicosocial.

Las características principales de la reforma brasilera son:

- a) La preocupación por garantizar los derechos de los pacientes en las instituciones psiquiátricas (prohibición de celdas de aislamiento, respeto a la intimidad, correspondencia y visitas), estableciendo efectivas medidas de penalización económica, y desacreditación y cierre de los establecimientos, controlados por una Comisión de Evaluación, conformada no solo por los profesionales sino también por usuarios y familiares.
- b) La preocupación por la técnica, por la clínica, por la rehabilitación, la planificación y la evaluación.
- c) Se da en el contexto de una ideología social progresista que ve en la alienación social, en la explotación y en las formas adversas de vida el marco de la alienación individual, sin reducir lo social a la psicopatología ni viceversa.
- d) La inclusión de la sociedad civil en el proceso. El debate de la Ley Federal y de las leyes estatales reflejó el amplio debate que se producía en la sociedad civil. El consenso fue claro: el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de recursos alternativos en la comunidad. Cierre contemplado en leyes de Estado desde 1992 y por una Ley Federal en 1993^{11,12}.

En Chile encontramos una experiencia similar. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace énfasis en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental y se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos; toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo. En términos estratégicos, este plan establece que se deben crear servicios de salud mental y psiquiatría en red, dentro del sector de la salud y junto con otros sectores, en los que participen el usuario y sus familiares y en los que

las organizaciones locales desempeñen un papel destacado en el desarrollo de los servicios¹³.

Sin embargo, como consecuencia de estos procesos de reforma Rubén Alvarado¹⁴ señala la detección de nuevos problemas: en primer lugar, el surgimiento de los llamados nuevos crónicos, cuyas necesidades básicas y psicosociales no estaban suficientemente cubiertas, también el fenómeno conocido como “transinstitucionalización” caracterizado por una transferencia de la dependencia institucional desde los hospitales a los servicios sociales u otras instituciones; la transferencia de parte de los cuidados a las familias o a quienes se hicieran cargo de los pacientes, dando lugar al fenómeno descrito como “carga familiar” o “carga de los cuidadores”; la transferencia de parte de los costos económicos para satisfacer necesidades de los pacientes a la familia o sus cuidadores y por último, los problemas derivados de la estigmatización y discriminación de estas personas que limitan su buen funcionamiento psicosocial y su calidad de vida.

La experiencia uruguaya comenzó a desarrollarse desde 1996 y los Equipos Comunitarios de Salud Mental se difunden y establecen como una forma de organización de la asistencia en los Servicios de Salud Público con el cierre del Hospital Musto y la creación progresiva y la distribución territorial de equipos multidisciplinarios para la atención ambulatoria. En este proceso de cambio, se destaca la presencia de organizaciones de la sociedad civil que asumen un rol importante en la respuesta a problemas de salud¹⁵.

Sandra Romano, Gabriela Novoa, Miriam Gopar, Ana Cocco, Beatriz De León, Cesar Ureta y Gustavo Frontera¹⁶ plantean que en Montevideo los equipos se ubicaron con relación a los centros de salud en los barrios, en algunos hospitales y en los demás departamentos vinculados a centros departamentales y centros auxiliares de salud. Tiene como eje central el trabajo en redes que reúne integrantes de la población de referencia, organizaciones locales e instituciones que trabajen en la zona. Los Equipos Comunitarios de Salud Mental participan en diversidad de redes: por afinación temática, por población que centra sus preocupaciones o por actividades. Trabajo en red con un enfoque sistémico y de proceso, donde un nivel sostiene a otro, cuidando lo actuado hasta el momento, evaluándolo, mejorándolo siempre con el objetivo de dar continuidad y legitimar la

práctica de cada cual. La revisión Cochrane de artículos que comparan el resultado del tratamiento de personas con trastornos mentales graves y trastornos de la personalidad en equipos comunitarios y similar población en ámbitos tradicionales de atención, muestra que la atención en los Equipos Comunitarios de Salud Mental promueve mejor aceptación del tratamiento, reduce la admisión hospitalaria y la muerte por suicidio.

En relación a esto, en nuestro país también se encuentran diversas experiencias en distintas regiones basadas en prácticas comunitarias que vienen siendo sostenidas desde hace varios años, incluso desde antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Tales son los ejemplos de la reforma de Río Negro, siguiendo con la reforma del Hospital Psiquiátrico de crónicos en “Hospital Escuela en Salud Mental” en la provincia de San Luis y la implementación de los Programas de Rehabilitación y Externación Asistida en la provincia de Buenos Aires.

La reforma del sistema de salud mental en Río Negro comienza en la década del 80 con vuelta de la democracia en el país en 1983. La tendencia hasta ese momento consistía en que los pacientes con trastornos mentales graves eran derivados al único establecimiento especializado en la provincia, el Hospital Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen¹⁷.

Los temas planteados en el debate tenían que ver con los aspectos deficitarios de los servicios de la atención psiquiátrica que ponen de manifiesto una excesiva centralización, la superpoblación del hospital antes mencionado, índices altos en la duración de la internación, defectos en la organización de los recursos técnicos y efectos nocivos del modelo de tratamiento psiquiátrico establecido. Se cuestiona el recorte individual aislado del sujeto de la problemática psicosocial, la relación técnica y autoritaria del profesional en relación al paciente, la hegemonía de la terapia farmacológica teniendo como resultado la sobremedicación y los efectos alienantes de los procesos de internación carentes de rehabilitación y recuperación de habilidades sociales. Así, entre 1984 y 1985 empiezan a consolidarse alternativas al modelo vigente. Se destacan como hechos de importancia las conclusiones y vías de organización surgidas de dos encuentros regionales sobre salud mental y la designación del Dr. Hugo Cohen como director del Programa de Salud Mental de la provincia.

Entre los años 1985 y 1989 se toma la decisión de abrir camas para internación en todos los hospitales generales de la provincia, reconociendo a la Salud Mental como la quinta clínica básica (junto a la Clínica General, la Pediatría, la Ginecología y la Cirugía), se revalida el derecho del psicólogo a concursar para la jefatura de los servicios de salud mental y se inicia el trabajo de contención de crisis en el lugar de residencia habitual del paciente. Para 1989 se reduce significativamente el número de derivaciones y pacientes internados en el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen y se presenta ante la legislatura de Río Negro el Anteproyecto de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental.

La Ley fue aprobada en setiembre de 1991 y reglamentada en 1992 y tuvo como antecedente inmediato la Declaración de Caracas, realizada en noviembre de 1990 en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud. En esta declaración se plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad. Se observó que la existencia de esas instituciones desconoce acuerdos internacionales sobre derechos humanos, advirtiéndose también sobre su ineficiencia en términos económicos y su vulnerabilidad ante la corrupción de funcionarios públicos.

La Ley 2440, antecesora de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 sancionada en noviembre del 2010 y reglamentada en mayo de 2013, plantea principios generales en concordancia con la Declaración de Caracas:

Artículo 1: La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental. Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionadas con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deberán cumplimentar el régimen establecido en la presente. Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecúe a los principios individualizados en la presente Ley. La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, proceder con el

objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona, debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible. La internación implica que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deber constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

Artículo 6: La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente Ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia debe garantizar la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental.

Artículo 11: Los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más cercano. La familia, vecinos o amigos, familias sustitutas, como toda otra expresión de organización comunitaria son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental. Su responsabilidad y rol específico se establecerán en la estrategia terapéutica para cada caso.

En la provincia de Buenos Aires, se encuentra el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) del Hospital Esteves de la localidad de Temperley, Buenos Aires. Es un Programa surgido en el año 1999 a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (R.M. N° 001832), que tiene como objetivo promover y sostener la externación de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos de la Provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación. Según los términos del mencionado decreto, el P.R.E.A. fue diseñado originalmente para su instalación

en todos los hospitales monovalentes de la provincia, teniendo como responsable a la Dirección Ejecutiva de cada hospital¹⁸.

Fue presentado en abril de 1999, cuando la desocupación masiva, el hambre, la desafiliación de grandes sectores y la situación crítica del sistema de salud ya eran una realidad cotidiana, preanunciando las características catastróficas que se sucedieron poco tiempo después. En ese contexto, cobra especial sentido una premisa central de este Programa: utilizar los recursos del propio Sistema de Salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos.

Por lo tanto supone como pilar fundamental una política de “reconversión de recursos” y no una mayor erogación presupuestaria. Nacido en situación crítica, viene a demostrar en los hechos que es posible una transformación en las políticas en salud mental que combine la coherencia entre los objetivos enunciados y las acciones; con eficiencia en la distribución de sus recursos.

A su vez, Carmen Cáceres, Ivana Druetta, Marisel Hartfiel y María Rosa Riva Rovre¹⁹ afirman que las experiencias ya consolidadas tanto aquí como en otros países muestran claramente que los servicios de salud mental de base comunitaria y territorial son la respuesta no sólo científica y éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave: constituyen una decisión política racional para la distribución del gasto público en salud. Su complemento indispensable es el cese de las internaciones prolongadas innecesariamente.

Según Martín De Lellis y Jorge Rossetto²⁰ hay 4 pasos a seguir para poder realizar la externación: 1- trabajar con las comunidades de pertenencia de los pacientes y con el resto de los miembros de la comunidad para diluir los prejuicios y discriminaciones que se ponen en juego frente al paciente psiquiátrico, 2- trabajar con la familia de cada sujeto para que alcance a comprender que implica la enfermedad mental y desarrolle destrezas para poder convivir con el paciente de un modo que sea promotor de sus mejores condiciones de salud mental y de vida, ayudando a su vez al equipo profesional en el tratamiento del paciente, 3- preparar al paciente para reintegrarse a su vida familiar y comunitaria y 4- poner en marcha dispositivos intracomunitarios de orientación, asistencia y contención para los pacientes externados, sus familias, sus vecinos y los entornos laborales a los que se integren los usuarios.

ESTIGMA Y SALUD MENTAL

Considerando el marco político que determina la ley es preciso considerar a las personas con padecimiento mental grave como personas sujetas de derechos. Así, el tratamiento del estigma sufrido por las personas con trastorno mental, como también el estigma social cobra especial importancia en los procesos de reforma psiquiátrica. Existe literatura focalizada en el estudio de las implicancias en la salud de las personas que padecen VIH y el estigma relacionado con esta enfermedad, el estigma relacionado a la orientación sexual y en tercer lugar el estigma relacionado a las personas con trastorno mental grave, que es en el cual está enfocado este estudio²¹.

En relación al estigma relacionado al VIH, se encuentran antecedentes de investigaciones desde fines de la década del 80 que tienen como objetivo medir el estigma y la discriminación, tomando como fundamento que los mismos se consideran obstáculos cruciales para el tratamiento eficaz de este problema. El estigma y la discriminación operan en varios niveles de la sociedad: en los sujetos, las familias, las comunidades, las instituciones y los medios, y en las políticas y prácticas del gobierno. A su vez, obstaculizan la prevención, las pruebas y el asesoramiento, la atención, el apoyo y el tratamiento del VIH. En muchas comunidades y países, el estigma que se asocia con el VIH y la discriminación resultante llegan a ser tan devastadores como la enfermedad misma: el abandono por parte de la pareja o la familia, el aislamiento social, la pérdida del trabajo o los bienes, la negación de servicios médicos y la falta de atención y apoyo. Estas consecuencias o el temor a sufrirlas, significan que es menos probable que las personas recurran a las pruebas del VIH; revelen su estado serológico respecto del VIH a los demás; adopten un comportamiento preventivo con relación al VIH; o accedan a tratamiento, cuidado y apoyo^{22, 23}.

Las investigaciones relacionan el estigma y la discriminación con el aplazamiento o rechazo de la atención, con el desplazamiento fuera de la comunidad para buscar atención por miedo a la difusión de datos confidenciales y con la falta de cumplimiento en la toma de medicamentos. En los últimos años, se pueden encontrar investigaciones que han realizado un importante progreso en la identificación de las causas y las dimensiones del estigma y la discriminación.

Similar a lo descrito anteriormente es lo que sucede con el estigma, el prejuicio y la discriminación asociado a las enfermedades mentales crónicas. Desde hace ya mucho tiempo se basa en concepciones demonológicas que ubicaban a la enfermedad mental en relación a la culpa y el castigo consiguiente. Las personas sufren las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y ponen en juego el padecimiento como algo propio de la identidad^{24, 25}.

Para poder conceptualizar la noción de estigma es necesario retomar la definición que Irving Goffman²⁶ propone en su libro “Internados”, donde lo define como referido a algunas características que poseen algunas personas o grupos que los diferencian de los demás y que son juzgadas por el resto de la sociedad de manera negativa. Este juicio es de orden moral y varía según el tiempo y la cultura. De esta manera, si determinadas características de un individuo o grupo son juzgadas como negativas de manera automática, la persona pasa a ser despreciada²⁷.

La estigmatización puede definirse como un proceso. Las características a las que se fija el estigma pueden ser arbitrarias. Dentro de una cultura, ciertos atributos son tomados y definidos por otros como deshonrosos o indignos. Así, la estigmatización describe un proceso de subvaloración más que un rasgo. El estigma puede ser perjudicial en sí mismo porque puede originar sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento²⁸.

Las definiciones de Bruce Link y Jo Phelan²⁹ posteriores a las de Irving Goffman, describen el estigma haciendo referencia a las relaciones entre un conjunto de conceptos. Así, el estigma solo existe cuando convergen este conjunto de componentes interrelacionados. El primer componente consiste en que las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas. En el segundo, las creencias de la cultura dominante ligan a las personas etiquetadas con características indeseables, es decir estereotipos negativos. En el tercero, las personas son puestas en distintas categorías, logrando una separación entre “nosotros” y “ellos”. En el cuarto, las personas rotuladas experimentan la pérdida de status social y la discriminación que llevan a consecuencias desiguales.

El estigma ha sido explicado como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo ante los ojos de los demás³⁰. Este

proceso supone pasos sucesivos: a) la distinción, etiquetado e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta un grupo de personas; b) la asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes; c) su consideración como un grupo diferente; d) las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza); e) la pérdida de status y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y desfavorables en distintas áreas; f) la existencia de factores o dimensiones estructurales que tienen que ver en último termino con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no se llevaría a cabo.

El concepto de estigma está relacionado con los conceptos de discriminación, estereotipo y prejuicio. La discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer a un grupo particular. Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación.

La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigidas contra las personas estigmatizadas. La discriminación es definida por las Naciones Unidas como cualquier forma de distinción, exclusión, o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto, con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas. La discriminación es, a su vez, el resultado del prejuicio que ha sido instalado³¹.

El estigma y la discriminación están interrelacionados, de modo que se refuerzan y legitiman mutuamente. El estigma constituye la raíz de los actos discriminatorios al inducir a las personas a realizar acciones u omisiones que dañan o niegan servicios o derechos a los demás. La discriminación es una violación de los derechos humanos.

Algunos autores postulan una definición de prejuicio contra las personas que padecen alguna enfermedad mental referida a la evaluación que se hace de ellas o a las actitudes o reacciones emocionales negativas hacia ese grupo de personas³².

La literatura encontrada revela que desde los años cincuenta y sesenta del siglo XX con la emergencia de movimientos alternativos al modelo manicomial, se empieza a considerar que las actitudes sociales hacia las personas con enfermedades mentales constituyen un factor negativo de repercusiones complejas, íntimamente relacionado con los sistemas tradicionales de atención y constituyen una barrera difícil de superar para el acceso de las personas a óptimas condiciones de vida.

Carmen Cáceres, Ivana Druetta, Marisel Hartfiel y María Rosa Riva Rovre sostienen que las prácticas de internación crónica han estado basadas históricamente en la asociación de las ideas de agresividad-violencia-peligrosidad, atribuidas a los sujetos con padecimiento mental. Esto ha servido como una manera de justificar no sólo la reclusión sino un tratamiento discriminatorio en lo social y jurídico destinado a estas personas.

Al determinar una internación, se aducen como razones la “peligrosidad”, el estado patológico del individuo y la necesidad de tratamiento. Se encierra bajo el criterio de prevenir que el enfermo atente contra sí mismo o contra terceros y no necesariamente porque haya cometido actos de naturaleza peligrosa.

El estigma y la discriminación anteriormente explicados están fuertemente asociados a los trastornos de salud mental. Susana Ochoa, Francisco Martínez, María Ribas, Mar García-Franco, Elizabeth López, Raúl Villellas, Otilia Arenas, Irene Álvarez, Christian Cunyat, Sonia Vilamala, Jaume Autonell, Esther Lobo y Josep Haro³³ afirman que las personas que padecen algún trastorno mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia. La enfermedad mental siempre ha estado relacionada a una serie de prejuicios sociales que determinan al enfermo con esquizofrenia como agresivo, raro, impredecible en su conducta, débil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico y culpable de su enfermedad³⁴.

Ana Fresan, Rebeca Robles, Marisol Cota, Carlos Berlanga, Dolores Lozano y Antonio Tena³⁵ concuerdan con lo indicado anteriormente. Un componente crítico del estigma en la esquizofrenia es la percepción acerca de la extrema peligrosidad de los individuos que la padecen. La evaluación de este concepto en población general mediante instrumentos válidos y confiables permitirá el desarrollo de programas dirigidos a su reducción. A su vez, los autores plantean

que un componente crítico del estigma de la esquizofrenia es la percepción acerca de la extrema peligrosidad de los individuos que la padecen. Aun cuando el nivel de peligrosidad percibido por el resto de la comunidad no es el único factor asociado a la estigmatización, los conceptos de agresión y peligrosidad son un aspecto central del estereotipo que se ha formado de los pacientes con enfermedad mental. Incluso, se ha reportado que las personas que visualizan al paciente como agresivo y/o peligroso, manifiestan mayor temor y conductas de evitación hacia éstos.

Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Ana Rodríguez y Almudena Aparicio³⁶ sostienen que se les atribuye a las personas con trastorno mental grave también la dificultad para relacionarse y la incapacidad de manejar su vida, todo ello originado por la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y culpa por lo que les sucede. Este estereotipo del enfermo mental conlleva una percepción de peligrosidad y un miedo en la relación, que, posiblemente, se ha generado como consecuencia del desconocimiento y la falta de información sobre esta enfermedad. Esto tiene como efecto que el trabajo de rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves, cuyo objetivo es alcanzar el estatus de ciudadano de pleno derecho, se ve obstaculizado y en ocasiones impedido³⁷.

Algunas investigaciones coinciden en que las personas con trastorno mental grave son las que se ven más perjudicadas ya que sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de su enfermedad, las consecuencias del estigma que están relacionadas con el desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes la padecen; y que suelen ser permanentes y constantes. Este prejuicio social determina y amplifica la dificultad de integración social y laboral de estas personas³⁸.

Existen investigaciones que han tenido como objetivo comparar la experiencia de estigma en pacientes con esquizofrenia y pacientes que padecen de diabetes, y han llegado a resultados que acuerdan con lo mencionado anteriormente. Los pacientes con esquizofrenia anticipan el rechazo durante la exposición social³⁹. En lo que respecta al trabajo, el 70% de pacientes con esquizofrenia anticipó la posibilidad de no tener un puesto laboral de mayor

jerarquía si su condición mental era descubierta. También se observó un mayor esfuerzo por aceptar su enfermedad⁴⁰.

Según Graham Thornicroft, Elaine Brohan y Eleanor Lewis-Holmes⁴¹, este estigma tiene como consecuencia la exclusión en relación con la familia, en el trabajo, en actividades sociales y en los medios. El estigma tiene como base 3 problemas que están asociados: a) el problema del conocimiento (ignorancia), b) el problema de las actitudes (prejuicios) y c) el problema del comportamiento (discriminación). En relación a la ignorancia se plantea el desconocimiento de la sociedad en relación a las enfermedades mentales. El prejuicio puede entenderse como el miedo, la ansiedad y la evitación como sentimientos de las personas sin enfermedad mental. En relación a la discriminación la evidencia científica indica que para los sujetos que padecen un trastorno mental grave es más difícil casarse, tener trabajo, entre otras cosas.

La sociedad infiere que una persona tiene una enfermedad mental a partir de cuatro tipos de signos y tiende a reaccionar de forma estigmatizadora ante ellos: los síntomas psiquiátricos, el déficit de habilidades sociales, la apariencia física y las etiquetas.

James Livingston y Jennifer Boyd Ritsher⁴² definen el estigma como una pérdida de status y discriminación debido a ciertos estereotipos que circulan en el resto de la población. La consecuencia del estigma es que impide recuperar el estatus social, tiene un impacto sobre la autoestima; lo que deviene en una pérdida del trabajo, aislamiento, demora en la búsqueda de tratamientos psicofarmacológicos y hospitalizaciones prolongadas que muchas veces pueden resultar evitables. Como resultado de esto, los pacientes psiquiátricos muchas veces sienten que no son parte de la sociedad.

Jennifer Boyd Ritsher y Jo Phelan⁴³ articulan 3 niveles de estigma que interactúan entre sí: estigma social, estigma estructural y estigma internalizado. El estigma social también es conocido como estigma público y existe en el nivel de grupo y describe el fenómeno de grupos sociales que crean estereotipos acerca de un grupo estigmatizado. Los efectos del estigma social en las personas con trastorno mental grave tienen dos tipos de consecuencias: los producidos directamente como resultado de la discriminación personal y estructural que les afecta y los derivados del proceso de estigma internalizado⁴⁴. En este último

aspecto interviene la internalización de los estereotipos prevalentes, las reacciones emocionales negativas que produce el proceso y las estrategias de manejo del problema.

El estigma estructural también llamado estigma institucional existe en el nivel de los sistemas y se refiere a las reglas, políticas y procesos de entidades públicas y privadas que restringen los derechos y oportunidades de las personas con enfermedades psiquiátricas. En esta forma de estigma, la ideología cultural está imbuida en las prácticas institucionales y de esta manera la exclusión social es perpetuada. Los sociólogos sostienen que este estigma estructural está formado por fuerzas sociopolíticas que restringen las oportunidades de los grupos estigmatizados⁴⁵.

Por último, el estigma internalizado puede ser entendido como estigma percibido o sentido y existe en el nivel individual en el contexto de la enfermedad mental. Este puede ser descrito como un proceso por el cual los individuos afectados aprueban estereotipos sobre las enfermedades mentales, anticipan el rechazo social, consideran los estereotipos de ser auto-relevante, y creen que son miembros de la sociedad devaluados⁴⁶. En este punto, es necesario diferenciar el estigma percibido del estigma internalizado o auto-estigma.

El estigma percibido describe consecuencias negativas de la conciencia de un individuo acerca de cómo la sociedad lo percibe, y es probable que actúen hacia el grupo que pertenecen (por ejemplo, homosexuales, enfermos mentales). En cambio, el estigma internalizado se refiere al proceso de un individuo que acepta la evaluación negativa de la sociedad y la integra en su propio valor personal y en el sentido del yo.

Habitualmente se ha distinguido entre estigma internalizado y estigma social. El hecho de ser parte de la sociedad que asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a éstos a internalizar esas ideas y a creer que son menos valiosas a causa de su trastorno psiquiátrico. De esta forma el paciente asume y acepta el estereotipo acerca de la enfermedad mental, lo que genera la aparición de emociones y valoraciones tintadas de auto-prejuicios (soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo), las cuales llevan a reacciones emocionales negativas. Todo esto condiciona el comportamiento. El estigma internalizado tiene un efecto nocivo en el sentido de que algunos

pacientes deciden no buscar tratamiento o ayuda profesional para evitar ser identificados con el grupo de estigmatizado. El estigma internalizado tiene varias consecuencias para las personas con trastorno mental grave.

Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Ana Rodríguez y Almudena Aparicio plantean que en este sentido, la autoestigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando el pedido de ayuda por parte de las personas con trastorno mental grave. Además, puede hacer que un paciente anticipe el rechazo incluso cuando este no ha ocurrido. La anticipación del rechazo se denomina *estigma percibido*: creencias acerca de la discriminación-devaluación que se experimentara por el hecho de sufrir una enfermedad mental. Este tipo de estigma se ha diferenciado del *estigma internalizado*.

En la literatura sobre el tema, se encuentra una investigación realizada por Patrick Corrigan en la que se relaciona el estigma internalizado con el Cuestionario de Devaluación y Discriminación Percibida (PDDQ) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

No obstante, vale aclarar que esta no es la única respuesta posible, sino que existe otro tipo de respuesta alternativo basado en la autoafirmación o empoderamiento. Esta respuesta depende del análisis que la persona con trastorno mental grave hace de la situación en función de sus variables personales, del contexto social y del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con los que cuenta.

Patrick Corrigan⁴⁷ sostiene que la recuperación está relacionada con el empoderamiento, es decir las personas con trastorno mental grave deben tener plena autoridad no solo acerca de su tratamiento sino también en sus metas personales. Las investigaciones realizadas afirman que el empoderamiento incluye 5 aspectos: autoeficacia y autoestima, poder, optimismo y control sobre su futuro, actividades grupales y comunitarias.

Existen numerosas investigaciones que tienen como objeto central de estudio el estigma, en relación al resto de la comunidad, los profesionales y los medios de comunicación.

Sin embargo, se encuentran otros estudios que tienen como interés el estudio de la variable: estigma percibido de las personas que padecen esquizofrenia. Se han llevado a cabo fundamentalmente en Estados Unidos y Europa. En este sentido han encontrado elevados porcentajes de pacientes que anticipan el rechazo, creen que serán devaluadas y discriminadas por el hecho de padecer un trastorno mental⁴⁸.

Ariadne Runte Geidel⁴⁹ propone en su tesis doctoral que los pacientes esquizofrénicos luego de ser externados declararon que el hecho de haber estado internado en una institución psiquiátrica los encierra dentro de una etiqueta que supone modelos de comportamiento considerados raros e indeseables y esto determina el modo en el que los demás los miran y se comportan ante ellos.

Como sostiene Rubén Alvarado⁵⁰ el proceso de externación del hospital monovalente al tratamiento en comunidad es un “período crítico” que necesita de un seguimiento y un apoyo para asegurar la continuidad del tratamiento, es decir de los cuidados no solo habitacionales sino también de la higiene personal, para poder lograr la rehabilitación que implica la autonomía y el autovalimiento de los sujetos. En este proceso de cambio, es donde toma especial importancia conocer el nivel de estigma internalizado o autoestigma en pacientes psiquiátricos que sufren de esquizofrenia, ya que el estigma internalizado podría influir en la manera en que se desempeñaran en las distintas áreas de la vida una vez que el proceso ha comenzado y en su plena participación en la sociedad.

En nuestro país, existe ya desde noviembre de 2010 la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 que tiene como objetivo central poner en primer plano la participación activa de las personas con trastorno mental grave en la restitución de sus derechos que fueron avasallados durante los años de internación para poder ser protagonistas en la delineación de las políticas de salud. Sin embargo, muchas veces esta reivindicación de los derechos y la plena inclusión de los sujetos en la comunidad, se ven dificultada y obstaculizada ya que tropiezan con el estigma, la carga de haber sufrido una internación y la discriminación y el prejuicio que esto trae consigo. Por esta razón, es necesario realizar una profunda revisión acerca de qué significa el estigma para cada uno de ellos, de qué manera viven el ser etiquetados como enfermos mentales, los estereotipos, la pérdida del status social y la discriminación y como se origina este proceso. Es necesario

medir el autoestigma para poder trazar objetivos que contribuyan a la lucha contra el estigma y fomentar su inclusión como ciudadanos.

OBJETIVO

Identificar las características del estigma internalizado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que han sido externados y se encuentran en contacto con los servicios de salud mental.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue observacional, transversal, de carácter inferencial con 92 pacientes con trastorno de salud mental grave, que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, San Luis y Buenos Aires.

Los criterios de inclusión fueron:

- Estar diagnosticado de esquizofrenia o trastornos afines (F20 a F29 de la CIE- 10).
- Ser mayor de 18 años.
- Residir en una de las áreas seleccionadas y estar en contacto con los servicios de salud mental durante 2012.

Los criterios de exclusión fueron:

- Ser menor de 18 años.
- Estar diagnosticado con otro trastorno que no sea esquizofrenia.
- Residir en hospitales de largo tratamiento.

Las variables sociodemográficas que se analizaron fueron:

Edad: fue registrada en años y categorizada según OMS y en función de los antecedentes en adulto joven (menor de 24 años), adulto (de 25 a 59 años) y adulto mayor (mayores de 60 años).

Sexo: fue registrado como masculino y femenino.

INSTRUMENTO

La Escala de medición de autoestigma percibido en pacientes psiquiátricos fue creada junto con pacientes con enfermedades mentales y tiene 29 ítems que se dividen en 5 escalas. Fue validado con 127 pacientes, la mayoría hombres que habían padecido trastornos mentales graves por varios años. El criterio de inclusión fue haber sido pacientes externados de algún hospital de salud mental⁵¹.

En un primer momento, el instrumento constaba de 55 ítems y demostraba consistencia interna pero fue acotado a 29 ítems con el objetivo de facilitar su uso en futuros trabajos. El instrumento utilizado demostró su validez lógica, es decir que su significado fue relevante para el objetivo planteado en la construcción del instrumento.

La aplicación del instrumento tuvo una duración de 20 minutos por paciente entrevistado.

La escala demuestra una correlación entre el autoestigma percibido y los síntomas depresivos. Indica que mientras el nivel de autoestigma es moderado o alto, el empoderamiento es bajo.

En investigaciones encontradas el ISMI ha formado parte de una batería de evaluación autoaplicada. Los instrumentos eran: ficha de datos, cuestionario de atribución-27, escala de funcionamiento social, escala de evaluación de la recuperación, escala de experiencia directa de discriminación⁵².

El test está conformado por 5 escalas y 29 ítems en total:

1. La alienación: demuestra el menor sentimiento de pertenencia del paciente psiquiátrico que otro sujeto miembro de la sociedad. También puede demostrar una “personalidad caprichosa”.

Los ítems son:

D1.1) Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental.

D1.2) Tener una enfermedad mental ha echado a perder mi vida.

D1.3) Las personas sin enfermedad mental no pueden entenderme.

D1.4) Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental.

D1.5) Estoy decepcionado conmigo por tener una enfermedad mental.

D1.6) Me siento inferior a los demás por tener una enfermedad mental.

2. Caracterización del estereotipo: hace referencia al grado en que los entrevistados están de acuerdo con los estereotipos más comunes de los pacientes psiquiátricos, es decir sus características y comportamientos.

Los ítems son:

D.1.7) Los estereotipos sobre los enfermos mentales se cumplen en mí.

D1.8) La gente puede decir que tengo una enfermedad mental por la manera en que me veo.

D1.9) Personas con enfermedades mentales tienen a ser violentas.

D1.10) Debido a que tengo una enfermedad mental, necesito que otros tomen las decisiones por mí.

D1.11) Las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida buena y gratificante.

D1.12) Personas con enfermedades mentales no deberían casarse.

D1.13) No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental.

3. Discriminación percibida: intenta capturar la percepción que los entrevistados tienen en relación a la forma en que son tratados por otros.

Los ítems son:

D1.14) La gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental.

D1.15) El resto piensa que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental.

D1.16) La gente me ignora o no me toma en serio simplemente porque tengo una enfermedad mental.

D1.17) La gente es a menudo condescendiente conmigo o me trata como a un niño solo porque tengo una enfermedad mental.

D1.18) Nadie estaría interesado en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental.

4. Aceptación Social: está relacionada al grado en que el entrevistador se siente aceptado por los demás.

Los ítems son:

D1.19) Yo no hablo mucho de mí, porque yo no quiero molestar al resto con mi enfermedad mental.

D1.20) No socializo tanto como antes, porque mi enfermedad mental me hace parecer como "raro".

D1.21) Los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales me mantienen aislado del mundo “normal”.

D1.22) Me alejo de situaciones sociales con el fin de proteger a mi familia o amigos de la vergüenza.

D1.23) Estar alrededor de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o incómodo.

D 1.24) Evito relacionarme con gente sin enfermedad mental para evitar el rechazo.

5. Resistencia al estigma: retrata el grado de resistencia o de afectación por el estigma internalizado.

Los ítems son:

D1.25) Me siento cómodo con que me vean en público como una persona con una enfermedad mental.

D1.26) En general, soy capaz de vivir la vida de la forma en que yo quiero.

D1.27) Yo puedo tener una buena vida, una vida plena, a pesar de mi enfermedad mental.

D1.28) Las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad.

D1.29) Vivir con una enfermedad mental me ha hecho un fuerte superviviente.

El modelo de Jennifer Boyd Ritsher fue informado por el Cuestionario de Devaluación y Discriminación Percibido (PDDQ) que tiene como objetivo evaluar si las personas con trastorno mental grave pueden reconocer los estereotipos que se atribuyen a las enfermedades mentales. Una vez acordado esto, los estereotipos se transforman en una verdad.

Para la obtención de puntuaciones en cada una de las escalas se sumaron las puntuaciones de los ítems correspondientes. De este modo, a mayor puntuación mayor es el valor de la escala para la persona. En la evaluación de las escalas, las puntuaciones más bajas son las que generan la asignación de estereotipos,

mientras que las más altas son los correspondientes a la experiencia de discriminación. La escala de resistencia al estigma, es la única que pregunta acerca de aspectos positivos^{53, 54}.

CARACTERÍSTICA DE LA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Previo a la aplicación del instrumento, y tal como se refirió anteriormente, fue comprobada la fiabilidad y la validez del mismo. Las investigaciones previas realizadas en otros grupos de investigación dan cuenta de la viabilidad en la aplicación del instrumento, de la repetibilidad y de la fiabilidad inter-observador.

En la presente investigación se efectuó un análisis de la fiabilidad y de consistencia interna, así como una adaptación transcultural.

CONSISTENCIA INTERNA

La consistencia interna se refiere a si los ítems que miden un mismo atributo presentan homogeneidad entre ellos. Cuando un cuestionario está compuesto por diferentes subescalas, cada una espera medir una dimensión diferente del objeto de estudio y por lo tanto debe evaluarse la consistencia interna de cada una de ellas. Por ello, en la presente investigación se efectuó un análisis del alfa de Cronbach al cuestionario en forma global y luego a cada una de las escalas que lo conforman. Se consideró que los valores esperados estarán comprendidos entre 0 y 1.

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL

El procedimiento de adaptación tuvo como objetivo obtener un instrumento equivalente al que se desarrolló en el país de origen, el proceso de traducción fue realizado por investigadores de la Universidad de Chile y el procedimiento empleado en la presente investigación fue asegurar la equivalencia conceptual y semántica con el instrumento original pero adaptado a la comprensión de los pacientes en Argentina.

Para la equivalencia conceptual y semántica se efectuó una prueba piloto para detectar las dificultades de la comprensión de texto, generando los cambios semánticos necesarios, sin perder la equivalencia con el instrumento original.

ANÁLISIS DE DATOS

Con los registros obtenidos del instrumento se generó una base de datos a fin de estructurar organizativamente las variables involucradas en el estudio. Posterior al análisis descriptivo de los datos, se focalizó en un análisis más

exhaustivo dividiendo los pacientes en tres grupos: “con nivel de estigma internalizado mínimo”, “con nivel de estigma internalizado bajo” y “con nivel de estigma internalizado moderado”, que determinan el nivel de estigma internalizado⁵⁵. El grupo que denominamos nivel de estigma internalizado bajo y moderado, manifiesta la situación de impedimento del paciente para integrarse activamente en la comunidad, el grupo que denominamos nivel de estigma internalizado mínimo muestra la situación del paciente con respecto a su capacidad para integrarse a la comunidad a la que pertenece⁵⁶.

Con el objeto de analizar la respuesta de los pacientes a las 5 etapas del instrumento se procedió de la siguiente forma:

- Análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable incluida en el cuestionario.
- Análisis bivariado de asociación entre las variables utilizando el test de χ^2 ajustado. En las asociaciones se tuvo en cuenta los datos sociodemográficos de edad y sexo.
- Análisis de interdependencia de variables empleando el método factorial de correspondencia múltiple, el cual genera agrupamiento de atributos similares de los sujetos.

En todos los casos se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de realizar la aplicación de los instrumentos, se realizó la firma del consentimiento informado que garantiza la confidencialidad del anonimato

FACTIBILIDAD

Se contó con el acceso a los servicios de salud mental de las respectivas provincias a donde concurren los pacientes diagnosticados con esquizofrenia con el objetivo del seguimiento y continuidad del tratamiento de manera semanal.

RESULTADOS

Como primera etapa en el análisis de los datos se procedió a probar la consistencia interna del instrumento para los 29 ítems de la Escala de Autoestigma en Enfermedades Mentales (ISMI) lo cual presentó un alpha de Cronbach de 0,913.

La adaptación semántica consistió en la modificación de algunos ítems del instrumento: dentro de la Escala II. Asignación de Estereotipos, en el ítem D 1. 7 donde decía *“los estereotipos sobre los enfermos mentales se cumplen en mí”*, se modificó por *“el comportamiento y las características de los enfermos mentales se cumplen en mí”*.

En la Escala III. Experiencia de Discriminación, en el ítem D 1.14 donde decía *“la gente me discrimina porque tengo una enfermedad mental”* se cambió por *“la gente me deja de lado porque tengo una enfermedad mental”*. En el ítem D 1.17 *“la gente a menudo es condescendiente conmigo, o me trata como a un niño, solo porque tengo una enfermedad mental”*, se transformó por *“la gente a menudo es amable conmigo solo porque tengo una enfermedad mental”*.

En la escala IV. Aislamiento Social en el ítem D 1.21 *“los estereotipos negativos sobre las enfermedades mentales me mantienen aislado del mundo normal”* se modificó por *“las características negativas del comportamiento en pacientes con enfermedad mental, me mantienen aislado del mundo normal”*.

Por último, en la Escala V. La resistencia al estigma el ítem D 1. 29 *“vivir con una enfermedad mental me ha hecho un fuerte superviviente”*, fue adecuado de la siguiente manera *“vivir con una enfermedad mental me ha hecho fuerte”*.

En cuanto a las características sociodemográficas se analizó la frecuencia para las siguientes variables: edad, sexo y diagnóstico.

Respecto a la edad, los pacientes presentaron una media de edad 39,81 ±14,40. Tomando en cuenta que el estigma internalizado varía de acuerdo a la edad de los pacientes entrevistados, se decidió categorizar los pacientes en 3 grupos: joven, adulto y adulto mayor.

Tabla 1: Distribución de los pacientes de acuerdo a la agrupación por edad (n=92)

Categoría de Edad	Frecuencia Absoluta	%
Joven	15	16
Adulto	65	69,1
Adulto mayor	13	13,8

En relación al sexo de los pacientes que participaron en el estudio, 40 fueron mujeres (43,5%) y 52 hombres (56,5%).

En relación a la variable clínica, los diagnósticos obtenidos son presentados en 4 categorías tales como esquizofrenia, psicosis, depresión y otros. En este último se incluyeron trastorno bipolar, trastorno de ansiedad grave y trastorno obsesivo-compulsivo con brotes psicóticos (ver figura 1).

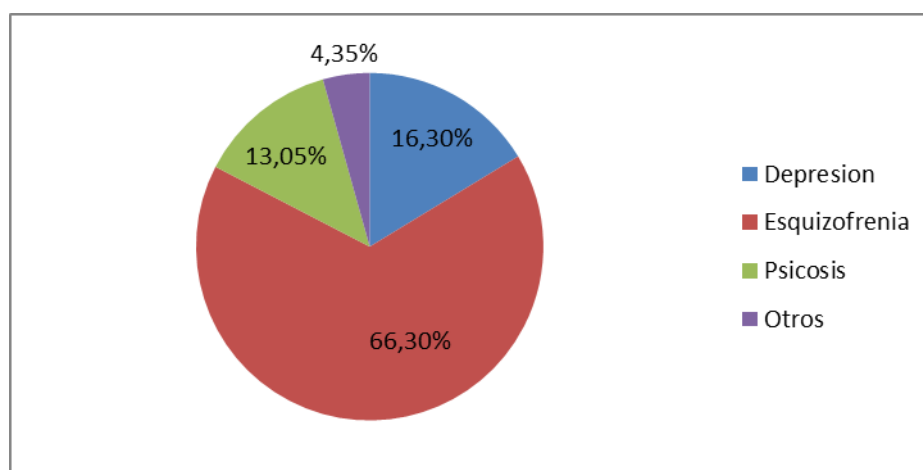


Figura 1: Distribución de los pacientes incorporados al estudio de acuerdo al diagnóstico emitido por el profesional tratante (n=92)

Las puntuaciones de los ítems son similares a las obtenidas por Jennifer Boyd Ritsher y Jo Phelan en el que todos los valores oscilan entre 1,8 y 2,7. En este estudio los principales ítems que demuestran estigma internalizado, es decir que alcanzan puntuaciones superiores a 2,0 son: “no hablar mucho para no cargar a los demás” (ítem D 1.19), “sentirse fuera de lugar en el mundo” (ítem 1.1), “sentir su vida arruinada” (ítem D 1. 2), “la gente me discrimina” (ítem D 1.14), “los demás piensan que no puedo conseguir mucho en la vida” (ítem D 1.15), “no tener tantas relaciones como solía por comportarme de manera

extraña” (ítem D 1. 20). Las puntuaciones más bajas, que indican menos internalización de estigma, y que se encuentran por debajo de 2,0 corresponden a los ítems D 1.12 *“la gente con enfermedad mental no debería casarse”* y D 1.13 *“no puedo contribuir nada a la sociedad”*.

En este estudio los valores oscilan entre 1,87 y 2,33. Así el principal ítem que demuestra un estigma internalizado, es el ítem 2. Mientras que las puntuaciones más bajas, son para el ítem D 1. 4 (*“Estoy avergonzado de tener una enfermedad mental”*), el ítem D 1.12 (*“Personas con enfermedades mentales no deberían casarse”*), el ítem D 1.13 (*“No puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental”*), el ítem D 1.18 (*“Nadie estaría interesado en acercarse a mí porque tengo una enfermedad mental”*), el ítem D 1.23 (*“Estar alrededor de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o incómodo”*) y el ítem D 1.24 (*“Evito relacionarme con gente sin enfermedad mental para evitar el rechazo”*).

Considerando que el instrumento utilizado consiste en 5 escalas, las puntuaciones más bajas se obtuvieron en la escala asignación de estereotipos ($\bar{x} = 2,06$) seguida de la escala experiencia de discriminación ($\bar{x} = 2,10$) y las puntuaciones más altas en la escala de alienación ($\bar{x} = 2,11$).

Tabla 2: Medias de las puntuaciones para cada ítem y para las cuatro escalas del ISMI.

Ítems (Rango 1-4)	Media
ESCALA 1: ALIENACIÓN	2,11
1. Sentirse fuera de lugar en el mundo	2,11
2. Vida arruinada	2,33
3. La gente sin enfermedad mental no podría entenderme	2,26
4. Sentirse avergonzado	1,93
5. Sentirse decepcionado conmigo mismo	2
6. Sentirse inferior	2,03
ESCALA 2: ASIGNACIÓN DE ESTEREOTIPOS	2,06
7. Las características negativas sobre enfermedad mental se refieren a mí	2,01
8. Se puede decir que tengo enfermedad mental por mi aspecto	2,05
9. Violencia	2,22
10. Otros tienen que tomar decisiones por mí	2,29
11. Imposibilidad de vivir una vida buena y satisfactoria	2,04
12. No deberían casarse	1,87
13. No pueden contribuir en nada a la sociedad	1,9
ESCALA 3: EXPERIENCIA DE DISCRIMINACIÓN	2,1
14. La gente me discrimina	2,08
15. Los demás piensan que no puedo conseguir mucho en la vida	2,16
16. La gente me ignora o me toma menos en serio	2,13
17. La gente es amable conmigo o me trata como a un niño	2,14
18. Nadie estaría interesado en conocerme	1,96
ESCALA 4: AISLAMIENTO SOCIAL	2,07
19. No hablo mucho para no cargar a los demás	2,31
20. No tengo tantas relaciones como solía porque podría comportarme de forma extraña	2,21
21. Los estereotipos me mantienen aislado del mundo "normal"	2,06
22. Me mantengo al margen de situaciones sociales para proteger a familia y amigos de la vergüenza	2
23. Estar con gente sin enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o inadecuado	1,89
24. Evito relacionarme con gente sin enfermedad mental para evitar el rechazo	1,96

A continuación se presenta la descripción de frecuencias para las opciones de respuesta de cada ítem que conforma las escalas, para luego llegar a la distribución global.

La escala I “La Alienación” conformada por 6 ítems, cuyas opciones son “*muy en desacuerdo*”, “*en desacuerdo*”, “*de acuerdo*” y “*muy de acuerdo*”; corresponde a la experiencia subjetiva de los pacientes con trastorno mental grave en relación a no ser parte de la sociedad. Las puntuaciones más bajas en las respuestas obtenidas son para los ítems D 1.4 “*estoy avergonzado de tener una enfermedad*

mental” con 70, 2% y para el ítem D 1.5 “estoy decepcionado conmigo por tener una enfermedad mental se observa el 67% en la opción 2 “en desacuerdo” (ver figura 2).

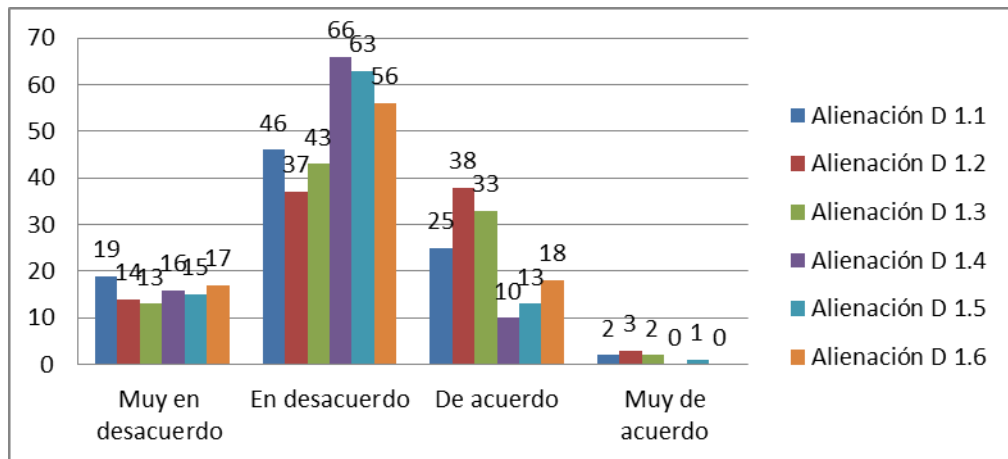


Figura 2. Distribución de las frecuencias de las respuesta de todos los pacientes cada ítem de la Escala I. La Alienación.

La distribución de la frecuencia total de los puntajes obtenidos de la Escala I, respecto a “La Alienación” también refiere que más de la mitad de los casos responden a la opción 2 “en desacuerdo” (ver figura 3).

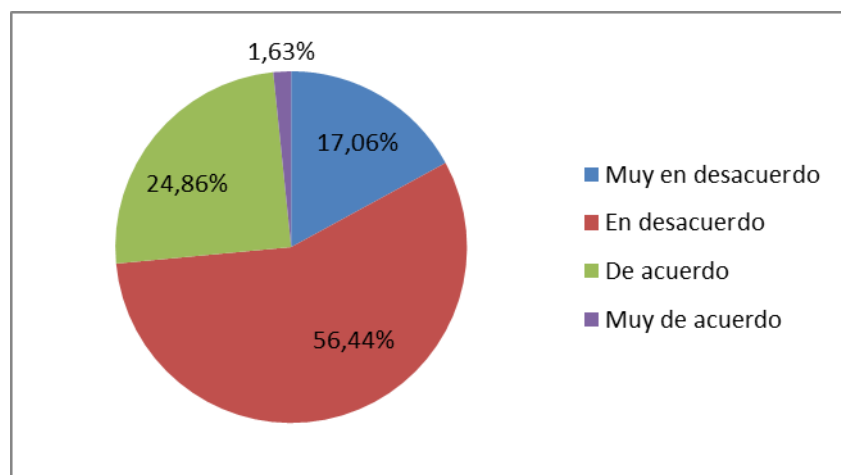


Figura 3. Distribución del porcentaje total de las respuestas para la Escala I. “La Alienación”

En relación al sexo tanto para las mujeres como para los varones, la frecuencia en la mitad de los casos fue para la opción 2 “en desacuerdo”. (Ver figura 4)

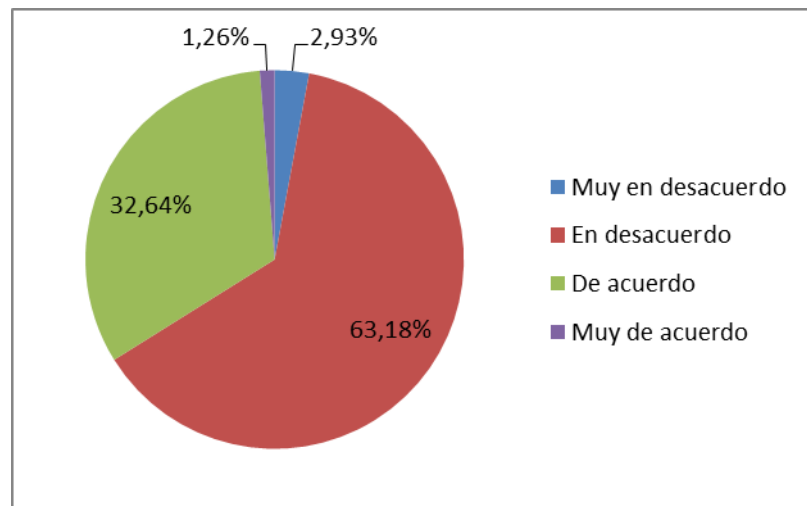


Figura 4. Distribución de la frecuencia para el sexo femenino

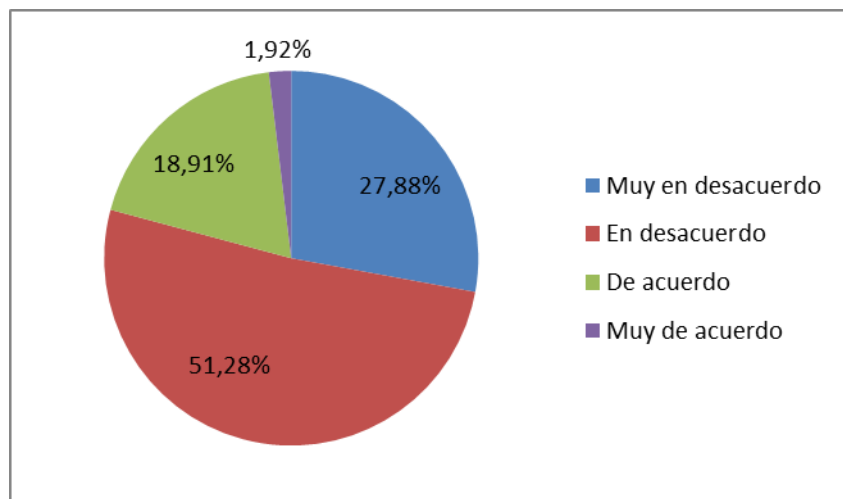


Figura 5. Distribución de la frecuencia para el sexo masculino

En la figura 6 puede observarse el agrupamiento de las variables demográficas tales como el sexo y la categoría edad, en relación a los ítems D 1.1, ítem D 1.2, ítem D 1.3, ítem D 1.4, ítem D 1.5 e ítem D 1.6 de la escala I La Alienación y los niveles de estigma internalizado mínimo, estigma internalizado bajo y estigma internalizado moderado. En el cuadrante inferior derecho, se observa el agrupamiento de la categoría edad joven junto con el sexo masculino y el nivel de estigma internalizado mínimo ($p < 0,05$). Tal como se refiere en el cuadrante inferior izquierdo la categoría de edad adulto se agrupa con la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la escala I La Alienación y con un nivel de estigma internalizado bajo. A diferencia de esto, en el cuadrante superior izquierdo se agrupa con el sexo femenino, la categoría de edad de adulto mayor,

el nivel de estigma internalizado moderado y la opción 3 (*de acuerdo*) para todos los ítems y la opción 4 (*muy de acuerdo*) para los ítems D 1.1, D 1.2 y D 1.5. Tomando en cuenta los resultados, puede observarse que el grupo que tiene un nivel de estigma moderado son las mujeres adultas mayores, ya que se acercan a las opciones 3 y 4 (*de acuerdo* y *muy de acuerdo*). De esta manera, se sienten fuera del mundo e inferior a los demás por tener una enfermedad mental. Están avergozadas y decepcionadas consigo mismas por tener una enfermedad mental. Las implicancias clínicas que tienen estos resultados, es que deben implementarse estrategias dentro del tratamiento que tengan como objetivo trabajar acerca del sentimiento de pertenencia de las mujeres dentro de la comunidad. Un ejemplo serían grupos terapéuticos o talleres comunitarios en los cuales las pacientes puedan plantear su perspectiva acerca de su vida en comunidad. Se busca fomentar nuevos lazos sociales, sentirse parte de un grupo para así poder alcanzar su inserción en la comunidad.

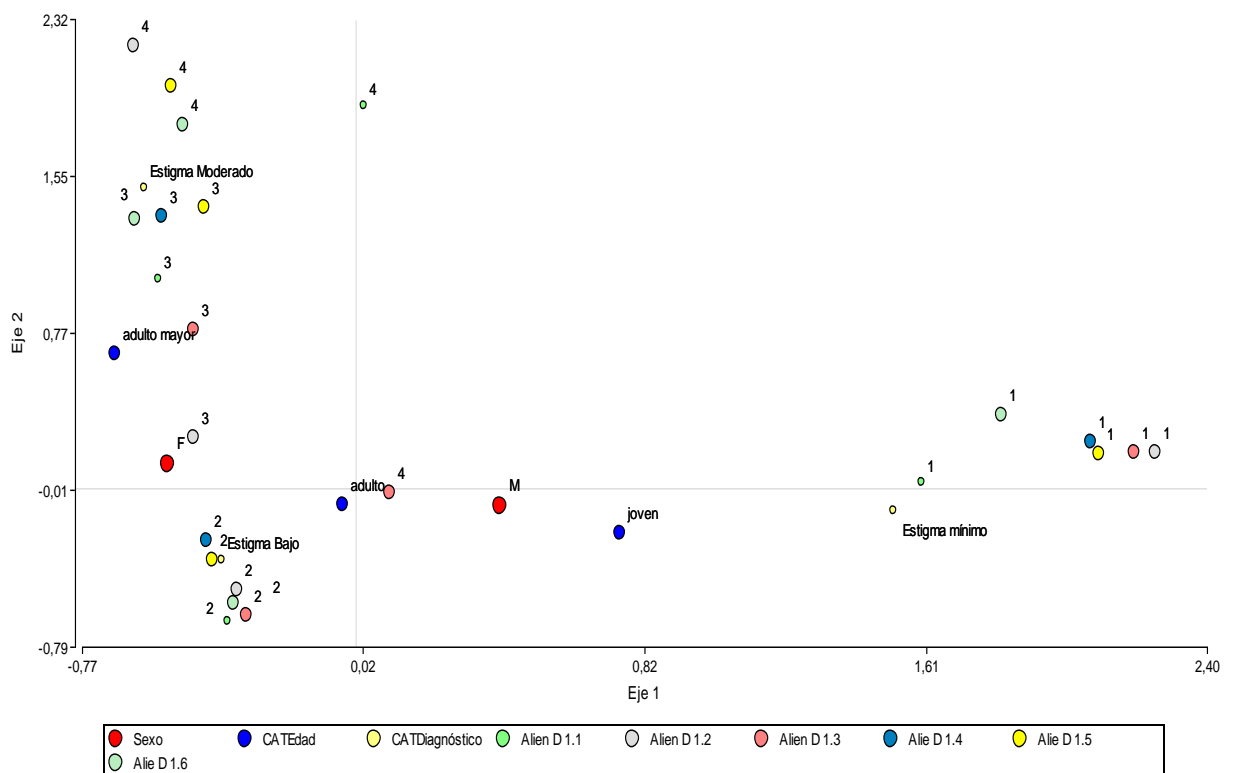


Figura 6.: Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo, grupo de edad, ítems de la Escala I. Alienación con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado.

Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

Dentro de esta escala se observa que el ítem D 1.2 “*tener una enfermedad mental ha echado a perder su vida*” es el que tiene 38 casos que respondieron a la opción 3 (*de acuerdo*). Sin embargo, para el ítem D 1.4 “*estoy avergonzado de tener una enfermedad mental*” se observa un total de 82 respuestas para las opciones 1 (*muy en desacuerdo*) y 2 (*en desacuerdo*) y para el ítem D 1.5 “*estoy decepcionado conmigo por tener una enfermedad mental*” 78 respuestas para las opciones 1 (*muy en desacuerdo*) y 2 (*en desacuerdo*).

La escala II. “Asignación de Estereotipos” consiste en 7 ítems, cuyas opciones son las mismas que las mencionadas para la escala anterior. Esta escala se refiere al grado en que los pacientes con trastorno mental grave asumen como propios los estereotipos acerca de las personas con enfermedad mental. Las puntuaciones más bajas se observan en los ítems D 1.11 “*las personas con enfermedad mental no pueden vivir una vida buena y gratificante*”, D 1.12 “*personas con enfermedades mentales no deberían casarse*” y D 1.13 “*no puedo aportar nada a la sociedad porque tengo una enfermedad mental*”.

A diferencia de lo anterior, el ítem D 1.10 “*necesito que otros tomen decisiones por mi*” tiene un total de 34 casos que respondieron a la opción 3 (*de acuerdo*).

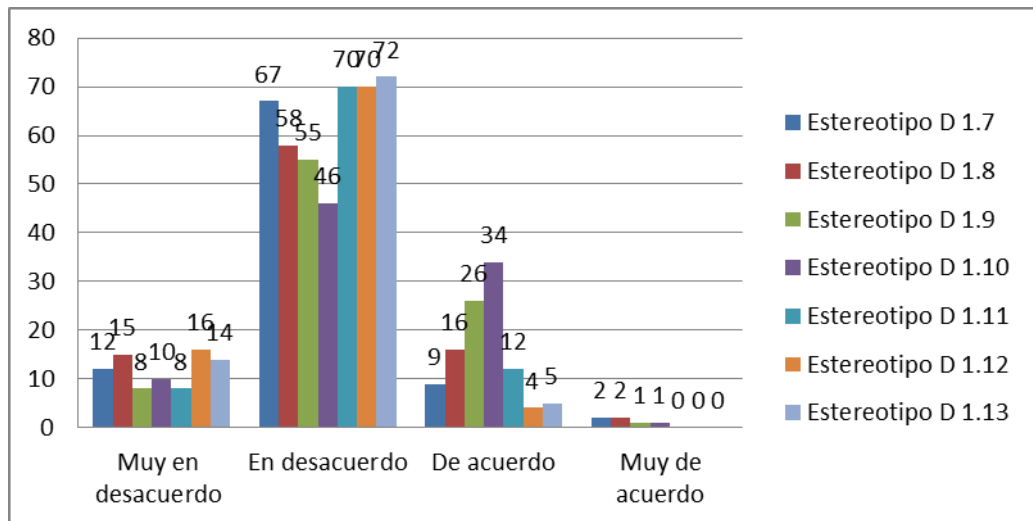


Figura 7. Distribución de la frecuencia del total de las respuestas para cada ítem de la Escala II. Caracterización del Estereotipo

Como se mencionó anteriormente, en la distribución de la frecuencia total de los puntajes obtenidos de la Escala II “Asignación de Estereotipos” puede observarse

que más de la mitad de los casos responden a la opción 2 “*en desacuerdo*” (ver figura 3) ($p < 0,05$).

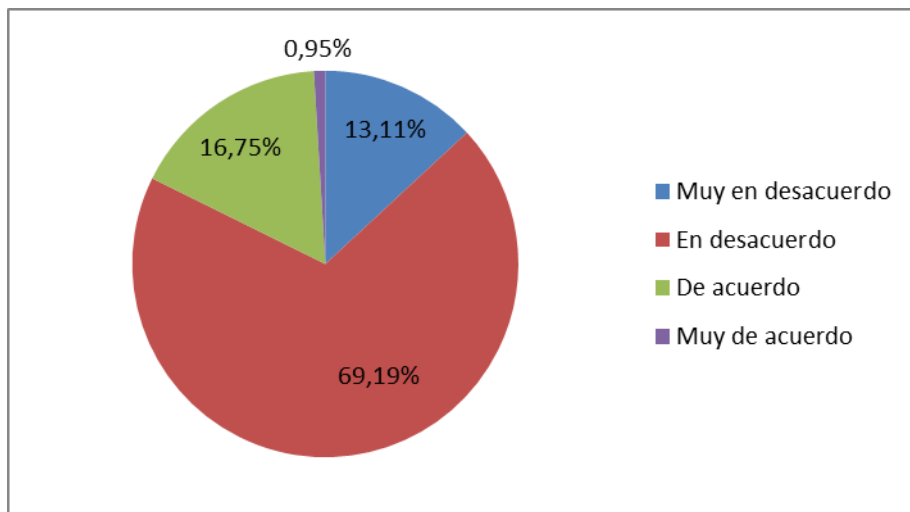


Figura 8. Distribución del porcentaje total de respuestas para la Escala II. Asignación de Estereotipo

En la figura 9 puede observarse el agrupamiento de las variables demográficas tales como el sexo y la categoría edad, en relación a los ítems D1.7, ítem D 1.8, ítem D 1.9, ítem D 1.10, ítem D 1.11, ítem D1.12 e ítem D 1.13 de la Escala II. Asignación de Estereotipos y la categoría de nivel de estigma internalizado mínimo, estigma internalizado bajo y estigma internalizado moderado. En el cuadrante inferior derecho, se observa el agrupamiento de la categoría nivel de estigma internalizado mínimo junto con la opción 1 (*muy en desacuerdo*) para los ítems D 1.8, D 1.9 y D 1.10 y el sexo masculino. Tal como se refiere en el cuadrante superior derecho la categoría de edad joven se agrupa con la opción 1 (*muy en desacuerdo*) para los ítems D 1.7, ítem D 1.11 y D 1. 12. A diferencia de esto, en el cuadrante superior izquierdo se agrupa con el sexo femenino, la categoría de edad de adulto mayor, el nivel de estigma internalizado moderado y las opciones 3 (*de acuerdo*) para los ítems D 1.8, D 1.10, D 1.11 y D 1.14 y 4 (*muy de acuerdo*) para los ítems D 1.7 y D 1.9. En el cuadrante inferior izquierdo, se agrupa la categoría edad adulto, la categoría diagnóstico estigma internalizado bajo y la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala II. Asignación de estereotipos. De esta manera, puede decirse que los jóvenes de sexo masculino presentan un nivel de estigma mínimo al estar en desacuerdo con lo que plantean los ítems D 1.7, D 1.11 y D 1.12. Debido a la edad, podría pensarse que los jóvenes han sufrido menor número de internaciones y cuentan

con una mayor capacidad de adaptación, por lo cual no se ha producido una institucionalización ni se ha desarrollado el proceso de estigma autopercebido.

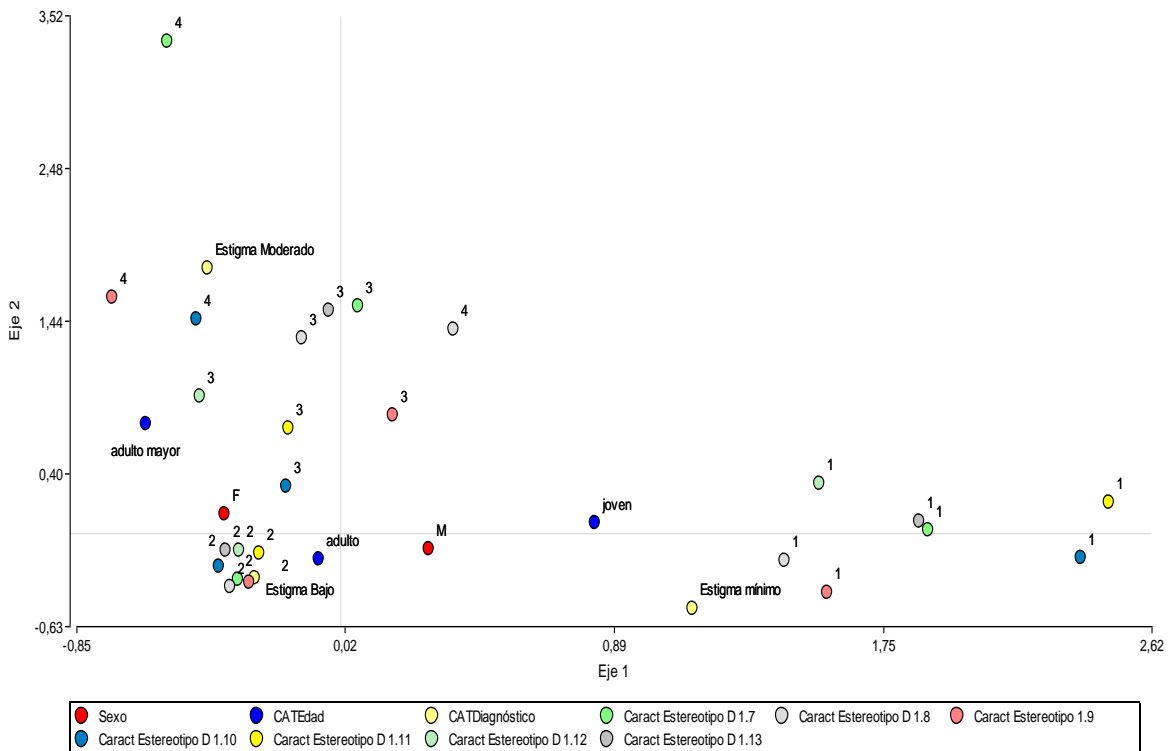


Figura 9: Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala II. Asignación de Estereotipos.

Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

La escala III. Experiencia de Discriminación está compuesta por 5 ítems y hace referencia a la percepción que tienen los pacientes con trastorno mental grave acerca del modo en que son tratados por otros. Los resultados revelan un mayor predominio en las opciones 2 “en desacuerdo” y 1 “muy en desacuerdo”. En el ítem D 1.8 “nadie estaría interesado en acercarse a mí”, se identifica que más de la mitad de los casos respondieron a la opción “en desacuerdo” con un porcentaje de 62, 8%. Mientras tanto, para el ítem D 1.15 “el resto piensa que no puedo lograr mucho en la vida porque tengo una enfermedad mental” tiene un porcentaje de 42,6% para la opción 3 “de acuerdo”. (Ver figura 10).

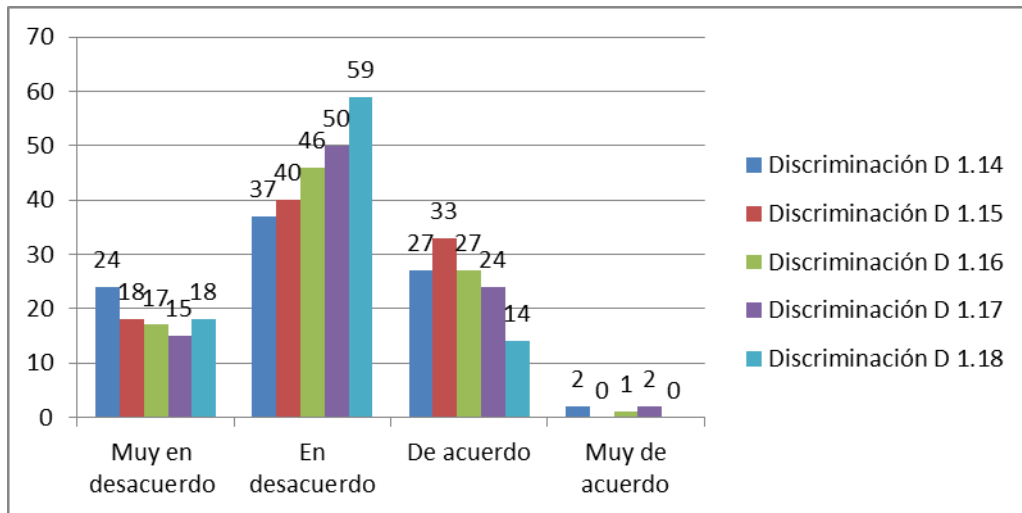


Figura 10. Distribución de la frecuencia para todos los ítems de la escala III. Experiencia de Discriminación

En la frecuencia del total de los ítems de la Escala III. Experiencia de Discriminación más de la mitad de los casos respondieron a las opciones 1 (*muy en desacuerdo*) y 2 (*en desacuerdo*).

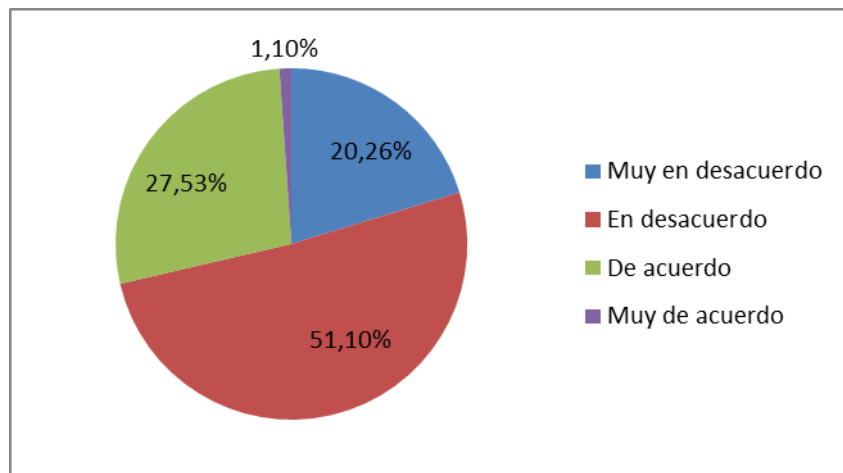


Figura 11. Distribución del porcentaje total para la Escala III. Experiencia de Discriminación.

En la figura 12 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría de nivel de estigma internalizado mínimo con la opción 1 (*muy en desacuerdo*) para todos los ítems de la escala III: Experiencia de discriminación. Tal como se refiere en el cuadrante superior derecho se agrupan la categoría de edad joven y adulto con la variable demográfica de sexo masculino. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto mayor, con la

categoría diagnóstica el nivel de estigma internalizado moderado y las opciones 3 (*de acuerdo*) y 4 (*muy de acuerdo*) para todos los ítems que componen la escala. En el cuadrante superior izquierdo, se agrupa la categoría diagnóstica de nivel estigma internalizado bajo y la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala III. Experiencia de discriminación. De esta manera, se observa que el grupo que demuestra la categoría diagnóstica nivel de estigma moderado son mujeres adultas mayores, que han sufrido varias internaciones a lo largo de su vida, por lo cual están de acuerdo y muy de acuerdo con todos los ítems de la escala. Demuestra la manera en que sienten que son tratados por otros, sienten que no son incluidos dentro de la comunidad. Mientras que los jóvenes y adultos del sexo masculino están en desacuerdo con estos ítems.

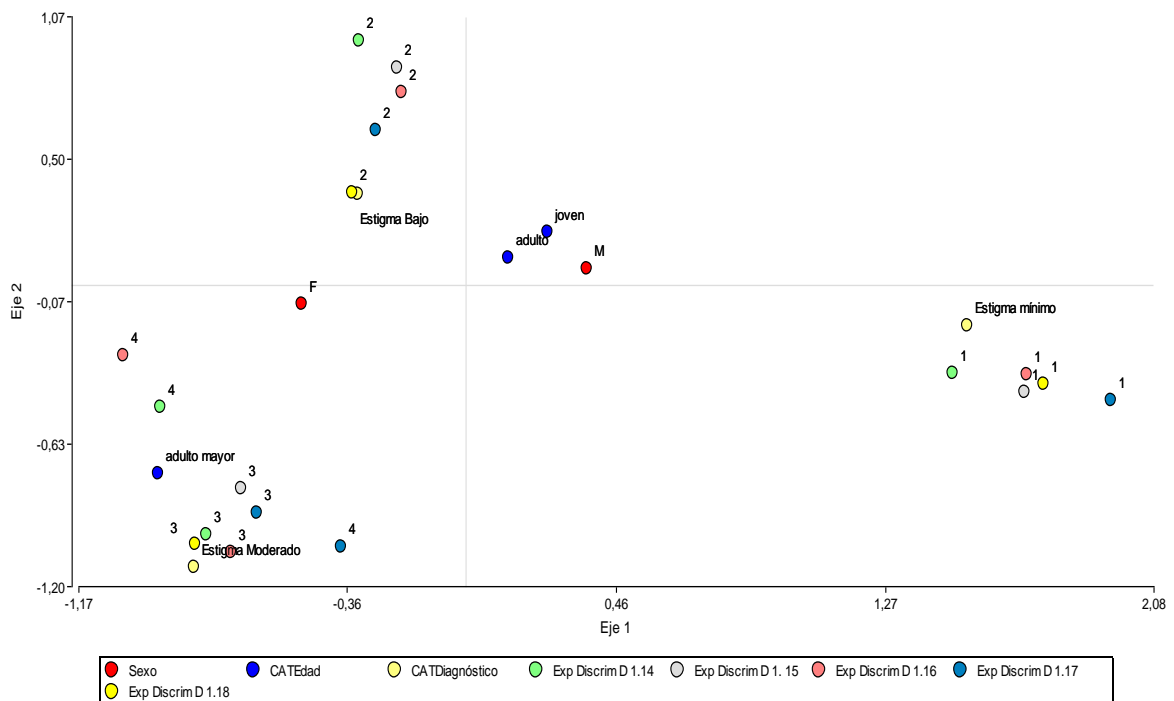


Figura 12: Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala III Experiencias de Discriminación.

Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

La Escala IV. Aislamiento Social consiste en 6 ítems y se define como las estrategias utilizadas por los pacientes con trastorno mental grave para evitar el contacto social. Los resultados demuestran que para los ítem D 1.22 “*me alejo de*

situaciones sociales con el fin de proteger a mi familia o amigos de la vergüenza” (63,8%) y D 1.23 “estar alrededor de personas que no tienen una enfermedad mental me hace sentir fuera de lugar o incómodo” (63,8%), más de la mitad de los casos respondieron a la opción 2 (en desacuerdo). Por otro lado, el ítem D 1.19 “yo no hablo mucho de mí porque no quiero molestar al resto con mi enfermedad mental” dió 47,9% para la opción 3 (de acuerdo). (Ver figura 13).

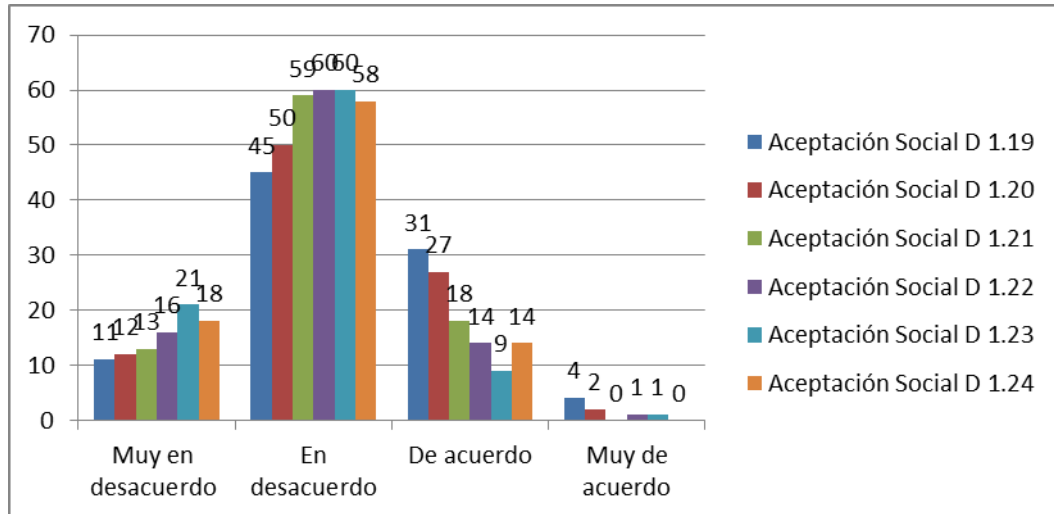


Figura 13. Distribución de las frecuencias de las respuesta de todos los pacientes cada ítem de la Escala VI. Aislamiento Social.

De la totalidad de los ítems de la Escala IV. Aislamiento Social, se repite la predominancia de las respuestas a las opciones 2 y 3.

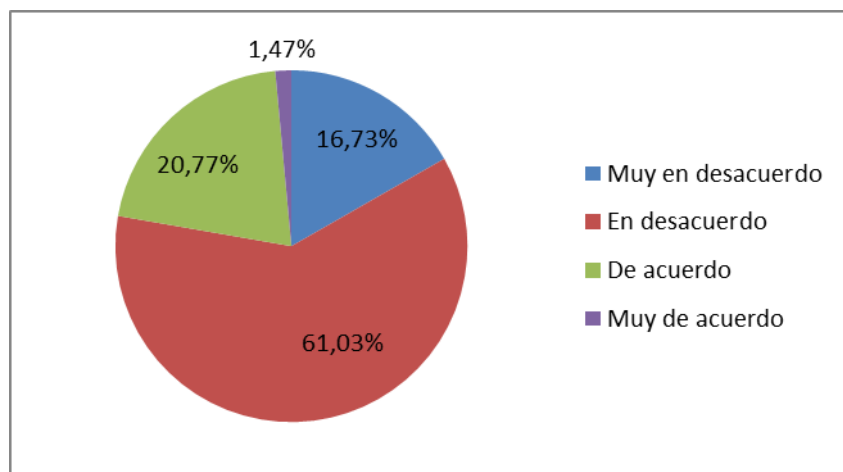


Figura 14. Distribución de la frecuencia total para la puntuacion total de la Escala IV. Aislamiento Social

En la figura 15 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría sexo masculino, con la categoría edad adulto y la categoría edad joven con los ítems de la Escala IV. Aislamiento Social D 1. 20, D 1. 21 y D 1. 22. En el cuadrante superior izquierdo se agrupan la categoría de nivel de estigma internalizado moderado, la categoría edad adulto mayor con la variable demográfica de sexo masculino. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto mayor, con la categoría diagnóstica el nivel de estigma internalizado moderado junto con el sexo femenino las opciones 3 (*de acuerdo*) los ítems que componen la escala. Los jóvenes y adultos del sexo masculino están muy en desacuerdo con los ítems de esta escala, por lo tanto sienten que son aceptados por los demás. Las mujeres adultas presentan un nivel de estigma moderado, por lo cual no se sienten aceptadas socialmente por los otros miembros de la comunidad. De esta forma, puede ocurrir que comiencen a tener dificultades para integrarse en actividades sociales y recreativas lo que influye de manera considerable a la hora de generar nuevos lazos sociales.

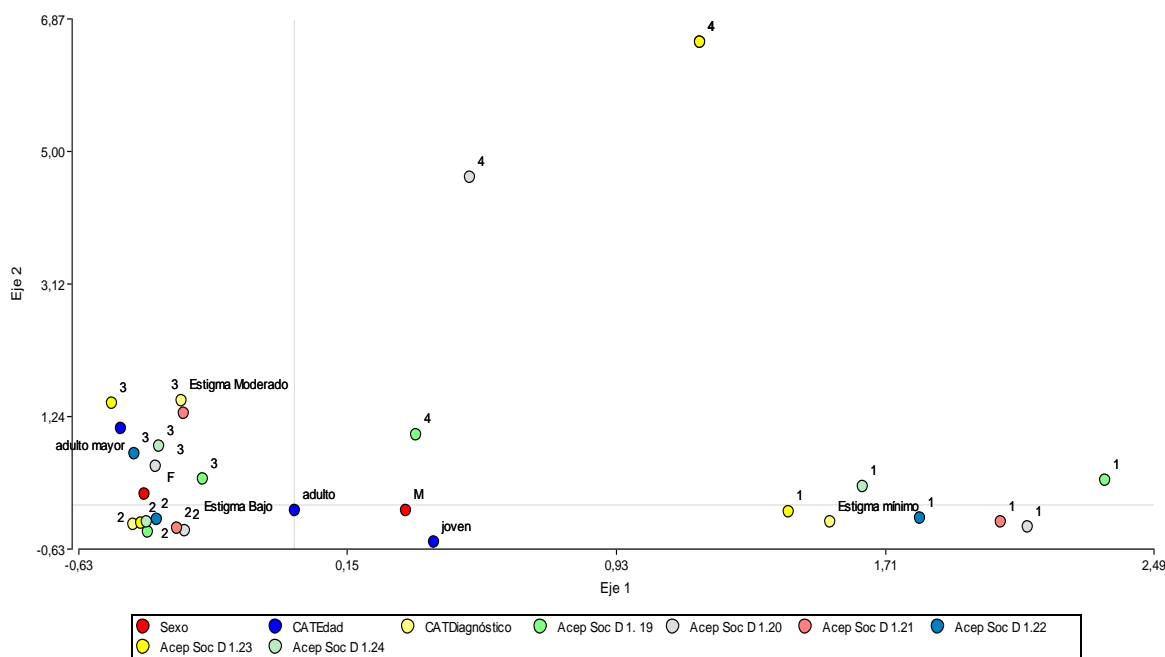


Figura 15: Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala IV. Aislamiento Social.

Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

La Escala V. “Resistencia al Estigma” es la única escala del instrumento que está constituida por 5 ítems positivos que tienen como objetivo la descripción de la experiencia de resistir al estigma internalizado. Las respuestas a los ítems D 1.27 “yo puedo tener una buena vida, una vida plena a pesar de mi enfermedad mental” tienen una frecuencia de 52,1% para la opción 3 (de acuerdo) y el ítem D 1.28 “las personas con enfermedad mental hacen importantes contribuciones a la sociedad” tiene una frecuencia de 43,6% para la misma opción que se mencionó anteriormente. Sin embargo, es necesario mencionar que el ítem D 1.25 “me siento cómodo con que me vean en público como una persona con una enfermedad mental” tuvo una frecuencia de 72,3% para la opción 2 (en desacuerdo).

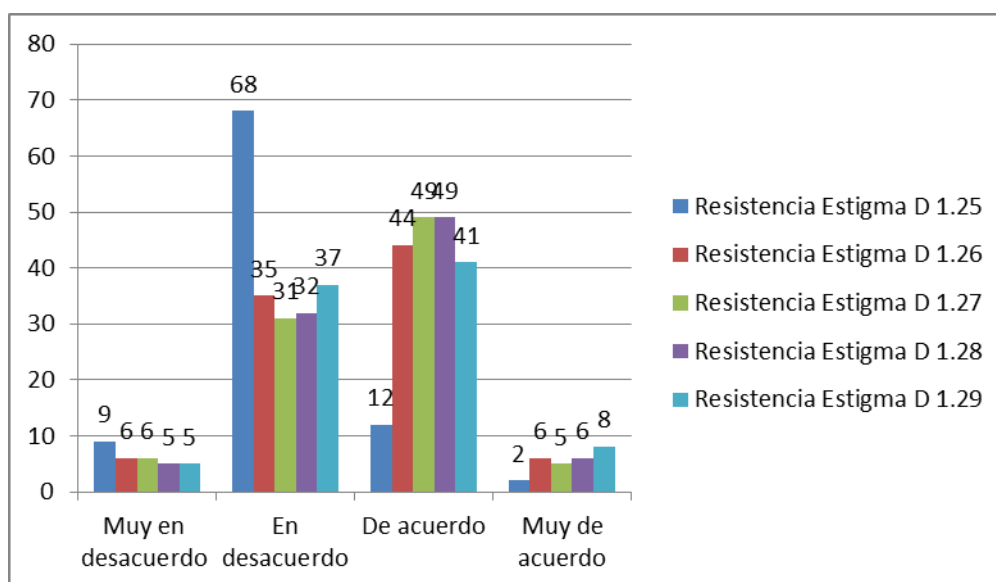


Figura 16. Distribución de las frecuencias de las respuesta de todos los pacientes cada ítem de la Escala V. Resistencia al Estigma.

Para la frecuencia total de la Escala se observa que la mitad de los casos respondieron a las opciones 1 (muy en desacuerdo) y 2 (en desacuerdo).

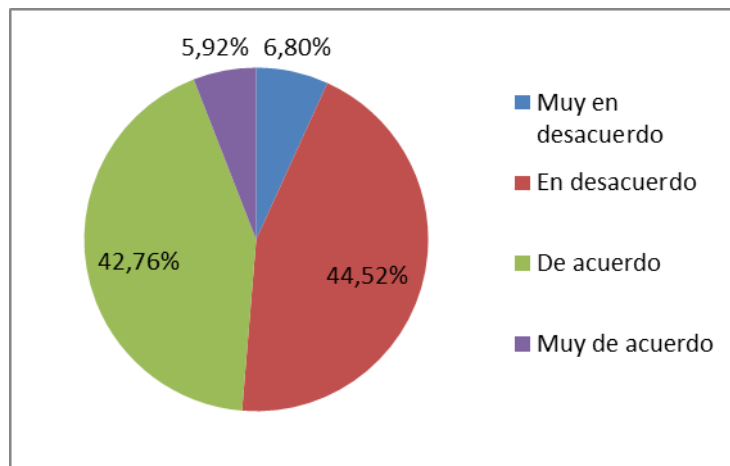


Figura 17. Distribución de la frecuencia para la puntuación total de la Escala V. Resistencia al Estigma

En la figura 18 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría diagnóstica nivel de estigma mínimo junto con la opción 4 (muy de acuerdo) para todos los ítems de la escala V. Resistencia al Estigma. En el cuadrante superior derecho se refiere al agrupamiento sexo masculino, con la categoría edad joven y la opción 1 (*muy en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala V. Resistencia al Estigma. En el cuadrante superior izquierdo se agrupan la categoría diagnóstica de nivel de estigma internalizado bajo, junto con la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala V. Resistencia al Estigma. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto y adulto mayor, con la categoría diagnóstica nivel de estigma internalizado moderado y la opción 3 (*de acuerdo*) para todos los ítems que componen la escala. Así, se entiende que los jóvenes de sexo masculino presentan un mayor grado de resistencia o afectación por el estigma internalizado que las mujeres adultas y adultas mayores que no presentan resistencia al estigma, ya que se sienten cómodas si las ven en público como personas con una enfermedad mental; por lo cual se deben implementar estrategias de lucha contra el estigma.

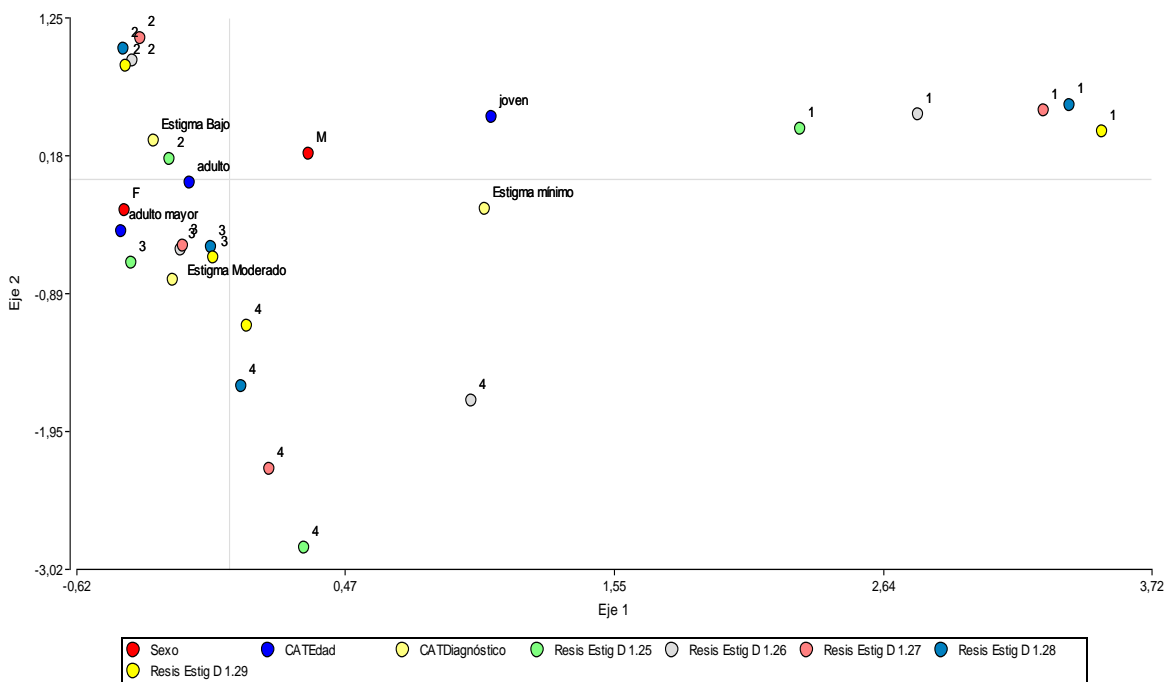


Figura 18: Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala V. Resistencia al Estigma.

Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

Para la descripción global de las respuestas a los 29 ítems del instrumento se observa que más de la mitad de los casos respondieron a las opciones 1 (muy en desacuerdo) 14,66% y 2 (en desacuerdo) 58,04% (ver figura 19).

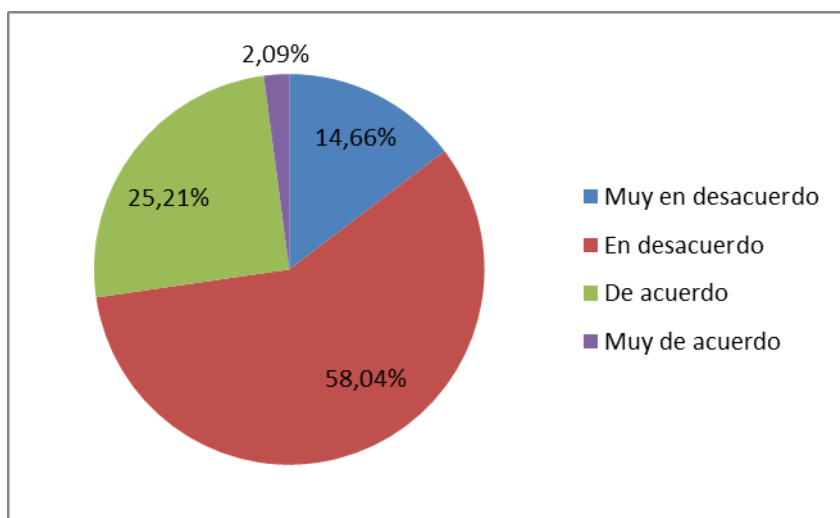


Figura 19. Distribucion de la frecuencia para todos los items del instrumento de acuerdo a la opcion 1 (muy en desacuerdo), opcion 2 (en desacuerdo), opcion 3 (de acuerdo) y opcion 4 (muy de acuerdo)

En relación al sexo, se observa que la frecuencia en más de la mitad de los casos que tanto las mujeres como los hombres respondió a la opción 2 (*en desacuerdo*). (Ver figuras 20 y 21).

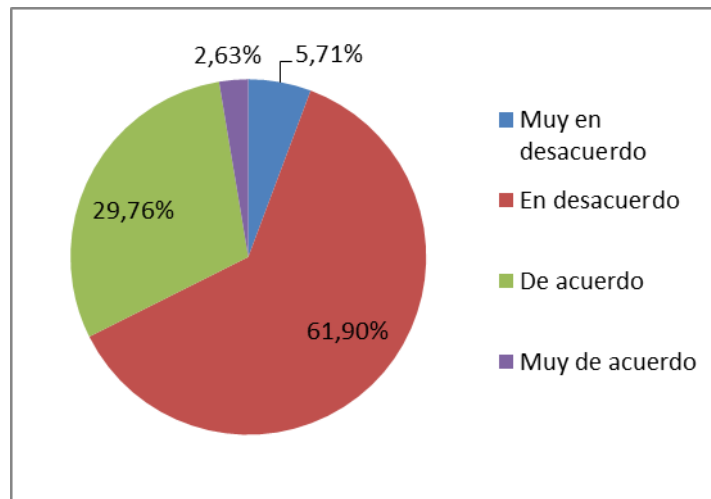


Figura 20. Distribucion de la frecuencia para las opciones de respuesta 1 (muy en desacuerdo), opcion 2 (en desacuerdo), opcion 3 (de acuerdo) y opcion 4 (muy de acuerdo) según sexo femenino

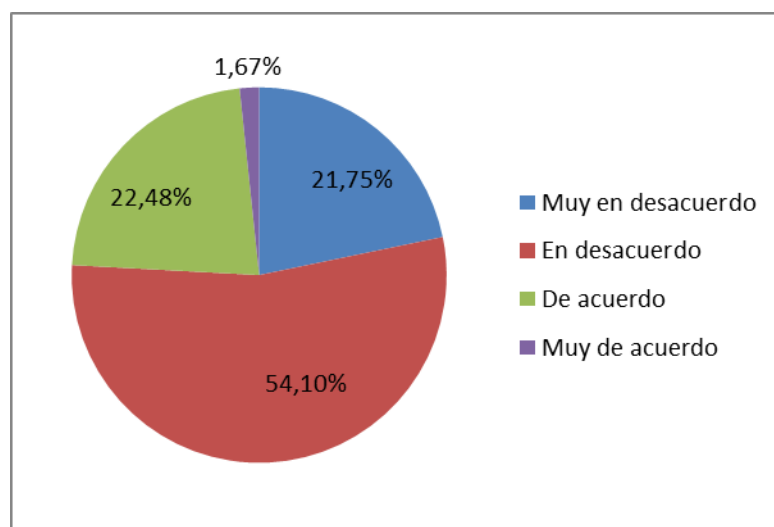


Figura 21. Distribucion de la frecuencia para las opciones de respuesta 1 (muy en desacuerdo), opcion 2 (en desacuerdo), opcion 3 (de acuerdo) y opcion 4 (muy de acuerdo) según sexo masculino

Para el análisis global del instrumento, acorde a la literatura revisada sobre el tema, se decidió utilizar la siguiente categorización: Estigma Mínimo, Estigma Bajo y Estigma Moderado. Los datos obtenidos revelaron que más de las mitad de los casos que participaron de este estudio presentan un Estigma Bajo (ver figura 22).

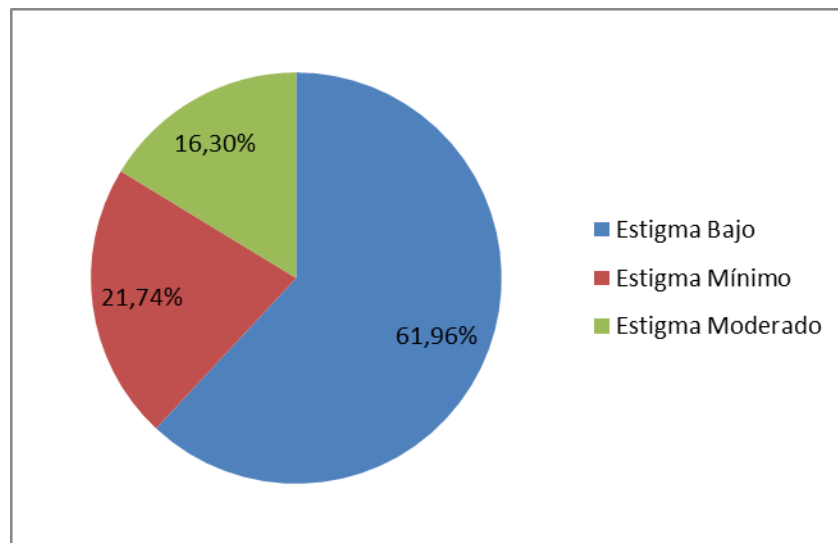


Figura 22. Distribución de la frecuencia del total de los participantes de la muestra según la categoría diagnóstica: Estigma mínimo, Estigma Bajo y Estigma Moderado.

Los datos obtenidos en relación a la categoría “diagnóstico agrupado” también demuestran que de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia 41 pacientes tienen un estigma bajo (67,21%), mientras que 10 tienen un estigma mínimo (16,39%) y 10 un estigma moderado (16,39%). En el caso de los 12 pacientes diagnosticados de psicosis, 6 demuestran un estigma bajo (50%), 5 un estigma mínimo (41,67) y 1 un estigma moderado (8,33%).

En el caso de los pacientes diagnosticados de depresión la frecuencia es: 46,67% presentan un estigma bajo, 33,33% un estigma mínimo y 8,33% un estigma moderado.

En relación al sexo, de los 52 hombres que participaron de la investigación 18 presentan un estigma mínimo (34,62%), 28 presenta un estigma bajo (53,85%) y 6 un estigma moderado (11,54%).

En el caso del sexo femenino de las 40 mujeres que fueron parte del estudio, 2 presentaron un estigma mínimo (5%), 29 mostraron un estigma bajo (72,50%) y 9 un estigma moderado (22,50%).

Con respecto a la edad, los adultos demostraron una prevalencia de estigma bajo (64,04%) en comparación con un 23,44% para los que presentaron estigma mínimo. De esta manera, queda en evidencia que los adultos tienen 5 veces más posibilidad de tener estigma bajo.

En la figura 23 se puede observar el agrupamiento de las variables demográficas tales como sexo y categorías de edad, en torno a las categorías de diagnóstico identificadas en el estudio respecto a los niveles de estigma internalizado. Tal como se refiere en el cuadrante inferior derecho el sexo femenino se agrupa con un nivel de estigma internalizado bajo mientras que el sexo masculino y a la categoría de edad joven (cuadrante superior izquierdo) se agrupa en relación a un nivel de estigma internalizado mínimo. En el cuadrante superior derecho se observa la asociación de la categoría de edad adulto mayor con un nivel de estigma internalizado moderado. Los jóvenes de sexo masculino presentan un nivel de estigma mínimo, mientras que los adultos presentan un nivel de estigma internalizado moderado. Las mujeres adultas mayores presentan un nivel de estigma internalizado moderado por lo cual componen el grupo con el cual deben generarse estrategias de tratamiento para promover el empoderamiento, un mayor nivel de autoestima, manejo de la aparición de síntomas, la capacidad para generar vínculos y así poder lograr una plena inclusión en la comunidad.

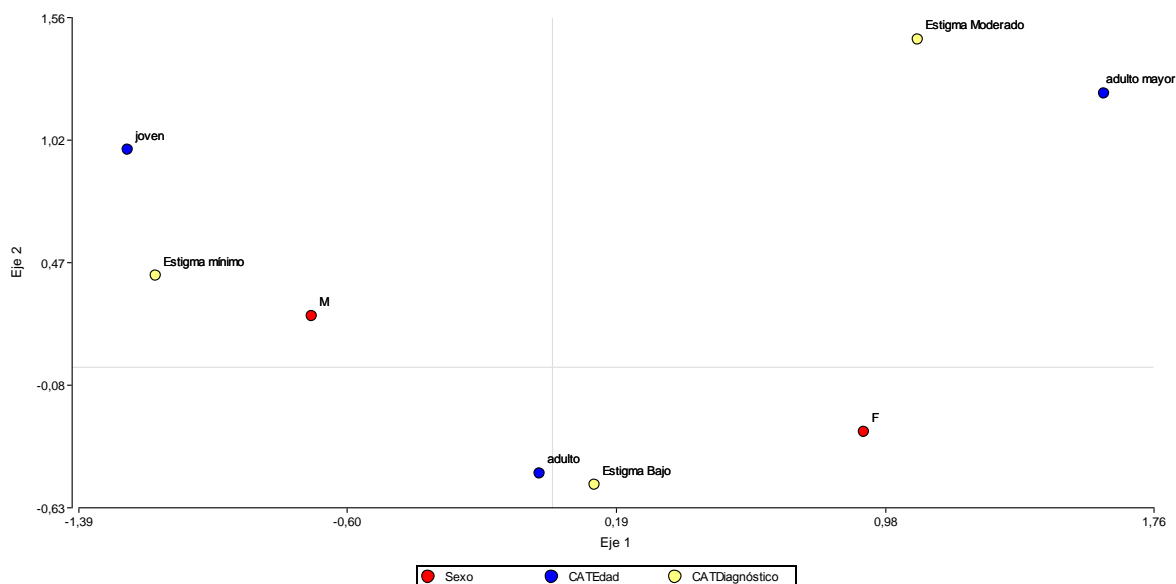


Figura 23: Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado.

Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En síntesis, en relación a la edad de la muestra estuvo compuesta por: 16% jóvenes, 69% adultos, 14% adultos mayores.

Con respecto al nivel de Estigma Internalizado Moderado, los ítems que tuvieron puntuaciones superiores a 2,0 fueron: ítem D 1.1 y D 1.2 correspondientes a la Escala I: La Alienación; ítem D 1.14 e ítem D 1.15 correspondientes a la Escala III: Experiencia de Discriminación y por último ítem D 1.19 e ítem D 1.20 correspondientes a la Escala IV: Aislamiento Social. Los ítems que puntuaron por debajo de 2,0 y por lo tanto demuestran un nivel de Estigma Internalizado Bajo fueron los ítems D 1.12 e ítem D 1.13 correspondientes a la Escala II: Asignación de Estereotipos.

En relación a los resultados obtenidos para la categoría diagnóstica Estigma Internalizado, el 21,74% de la muestra demostró un Estigma Internalizado Mínimo, el 61,96% un Estigma Internalizado Bajo y el 16,30% un Estigma Internalizado Moderado.

DISCUSIÓN

La muestra incluyó 92 participantes y estuvo constituida mayoritariamente por adultos de ambos sexos. Los diagnósticos prevalentes de los sujetos fueron: esquizofrenia y trastornos psicóticos. Cabe destacar que vivían en la comunidad, luego de haber atravesado alguna internación y seguían recibiendo atención en algún servicio de salud mental. Todos los participantes que decidieron responder el instrumento mostraron una actitud positiva acerca de la investigación e incluso mencionaron que fue la oportunidad para hablar abiertamente acerca de la experiencia de vivir con un trastorno mental grave. Muchos de ellos comentaron sus historias personales.

La aplicación del instrumento fue de utilidad para medir el estigma internalizado o también llamado auto-estigma. Los contenidos fueron fácilmente comprendidos por los pacientes, salvo alguna excepción. Se realizó un análisis detallado de cada ítem del instrumento, como así también de cada escala y de la puntuación total obtenida en todo el instrumento. Las 3 escalas del instrumento que midieron el estigma internalizado fueron: alienación, asignación de estereotipos y aislamiento social. Pueden ser consideradas escalas que refieren a dimensiones afectivas, cognitivas y del comportamiento.

Esta investigación contribuye al estudio del estigma internalizado, uno de los temas centrales junto con la exclusión y la violación de los derechos humanos que constituyen el desafío del presente para lograr un cambio radical en la atención a la salud mental.

Puede decirse que las puntuaciones de estigma obtenidas en esta investigación son en todos los casos medias bajas, e inferiores a las obtenidas por los autores del ISMI. El nivel de estigma internalizado siguiendo la categoría establecida en la metodología o auto-estigma es presentado por las personas que participaron de este estudio y alcanza un nivel bajo. El mayor auto-estigma deriva de las experiencias de discriminación. Estos resultados llevan a pensar y debatir acerca de cómo se concreta este nivel de estigma internalizado, en la medida en que la asignación de estereotipos es baja, centrándose el auto-estigma en la anticipación del rechazo que trae como consecuencia que los pacientes con trastorno mental grave crean que los demás miembros de la comunidad los devaluarán y discriminarán por padecer un trastorno mental. Esa anticipación que los pacientes hacen del rechazo los lleva al aislamiento y al ocultamiento de su

problema. Estudios anteriores afirman que como consecuencia de esto, se observa que el aislamiento social se manifiesta claramente en las dificultades que los pacientes tienen para establecer vínculos y lazo social (relaciones de pareja y de amistad), lo que resulta en mayores obstáculos para alcanzar su plena inclusión social y su derecho a la ciudadanía.

En relación al ocultamiento de su problema, deriva en importantes sentimientos de desconfianza y temor hacia los demás, por creer siempre que se puede descubrir su condición. Esto afecta en gran medida a los pacientes a la hora de buscar un trabajo, debido a que solo pueden acceder a la opción de los trabajos protegidos, los cuales no le permiten alcanzar plena autonomía e independencia por su baja remuneración.

En el presente estudio, las personas con trastorno mental grave que participaron de este estudio parecen tener pocas atribuciones de estigma; lo cual no concuerda con los resultados de la investigación de Philip Yanos, Michelle West, Lauren Gonzales, Stephen Smith, David Roe y Paul Lysaker⁵⁷. En ella, se plantea que la evidencia sugiere que un tercio de la población que padece de trastorno mental grave exhibe un estigma internalizado elevado y es relacionado con la desesperanza, autoestima baja y relaciones sociales acotadas. Los autores sostienen que las personas que aceptan que tienen un diagnóstico de trastorno mental grave creen que son incompetentes e incapaces y no responden de igual manera en las intervenciones (trabajo sostenido y programa de estrategias de afrontamiento)⁵⁸.

En el estudio llevado a cabo por Helia Ghanéan, Marzieh Nojomi y Lars Jacobsson los valores oscilan entre 1,65 y 2,59. El ítem D 1.3 (*“la gente sin enfermedad mental no puede entenderme”*) es el principal elemento que demuestra un nivel de estigma internalizado moderado con una puntuación superior a 2,5. Las puntuaciones más bajas y por lo tanto menor indicadoras de estigma (puntuaciones por debajo de 2) fueron el ítem D 1.4 (*“sentirse avergonzado”*), el ítem D 1.8 (*“se puede decir que tengo una enfermedad mental por mi aspecto”*), ítem D 1.9 (*“la gente con enfermedad mental no debería casarse”*), ítem D 1.12 (*“la gente con enfermedad mental no puede contribuir en nada a la sociedad”*), ítem 13 (*“mantenerse al margen de situaciones sociales para proteger a mi familia y*

amigos de la vergüenza”), ítem 22 (“sentirse fuera de lugar en el mundo o inadecuado al estar con gente sin enfermedad mental”), ítem 23 (“evitar relacionarse con gente sin enfermedad mental para evitar el rechazo”) e ítem 24. En esta investigación el 40% de los participantes indicaron un nivel de estigma mínimo, 21% un nivel de estigma moderado y 12% un nivel de estigma severo. Por lo tanto, se concluye que más de la mitad de la muestra alcanzó niveles de estigma mínimo y moderado.

No obstante, los resultados obtenidos en esta investigación consisten en que a pesar de que los pacientes que formaron parte de la muestra sienten que el resto de la sociedad actúa de manera negativa hacia las personas que tienen un diagnóstico de trastorno mental grave, más de la mitad de los casos presenta un nivel de estigma internalizado bajo. De esta manera, estos datos se oponen a la hipótesis de que es común que pacientes con trastorno mental grave padezcan un nivel de estigma internalizado alto.

En este sentido, es posible encontrar investigaciones realizadas por Sorsdahl, KR.; Kakuma, R.; Wilson, Z.; Stein, DJ⁵⁹; y Manuel Muñoz, Eloísa Pérez Santos, María Crespo y Ana Guillén, en las cuales los resultados obtenidos demuestran en los participantes un nivel de estigma internalizado bajo tal como se observó en los resultados de la presente investigación.

La primera investigación tuvo como objetivo describir la experiencia del estigma internalizado de los miembros de un servicio de salud mental en Sudáfrica y las relaciones que se establecen entre el auto-estigma y otros constructos tales como el empoderamiento y la devaluación y discriminación percibidas. Los resultados presentan que los niveles más elevados de estigma son para la escala resistencia al estigma, alienación y experiencias de discriminación. Los niveles más bajos fueron para la asignación de estereotipos y aislamiento social.

Investigaciones realizadas en esta temática demuestran que los pacientes con trastorno mental grave, consideran que existe un gran desconocimiento de la enfermedad mental y un fuerte estigma centrado en los estereotipos de peligrosidad e incompetencia.

Los resultados de esta investigación llevan a cuestionar por qué es necesario dirigir la mirada a los temas del estigma y la discriminación. Se

concuera con Patrick Corrigan, en que los pacientes con trastorno mental grave que padecen un estigma internalizado bajo, tienen prejuicios contra ellos mismos y parecen estar de acuerdo con los estereotipos y características negativas de la enfermedad mental. Estas personas anticipan el rechazo por parte de los demás, lo que los lleva a un ocultamiento de la enfermedad, y por otro al aislamiento respecto de los demás. Esto trae como consecuencia dificultades en el ámbito laboral y en las relaciones sociales, especialmente con sus pares, tal como fue desarrollado anteriormente.

Es de suma importancia considerar un nivel de estigma internalizado o auto-estigma bajo en los pacientes con trastorno mental grave que participaron en este estudio, debido a que tienen mayores posibilidades de manejar sus síntomas de manera efectiva⁶⁰ y posibilitan en su proceso de externación mayores posibilidades de lograr autonomía y autovalimiento para una vida en comunidad, ejes centrales en la rehabilitación tal como fue propuesto por Rubén Alvarado.

Una de las interpretaciones posibles para este resultado podría pensarse en el sentido de que los pacientes que formaron parte de la muestra, están viviendo fuera de un hospital psiquiátrico y se encuentran en contacto con servicios de salud mental, lo que facilita el seguimiento del tratamiento tanto psiquiátrico como psicológico, visitas domiciliarias de parte del equipo tratante, como así también la participación en talleres comunitarios y en actividades recreativas (viajes, paseos por la ciudad, visitas a museos, actividades deportivas, culturales y recreativas).

Retomando los resultados de este estudio que consisten en que más de la mitad de los casos presentaron un estigma internalizado bajo, puede decirse que es de suma importancia, ya que sienta base para llevar adelante programas que tengan como objetivo reducir el nivel de estigma internalizado. Un ejemplo de programas que tienen como objetivo alcanzar esa meta es el NECT, que consiste en 4 segmentos: introducción (1 semana), psicoeducación (3 semanas), reestructuración cognitiva (8 semanas) y narrativa (8 semanas).

Otra manera de trabajar con el estigma internalizado en pacientes con trastorno mental grave, es la que propone Paul Lysaker⁶¹ sosteniendo que futuras intervenciones pueden estar destinadas a ayudar a superar las creencias negativas y encontrar otro modo más adaptativo de manejar de pensar acerca de ellos mismos y de su futuro.

Otro de los ejes importantes en el análisis de los datos corresponde a la variable diagnóstica. En este sentido, se encuentran investigaciones que admiten que el diagnóstico no tiene impacto en la escala de medición de autoestigma. En este estudio no se realizó un análisis para observar si existe una relación entre el diagnóstico de trastorno mental grave (compuesto por esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo) y el estigma internalizado. En contrapartida a esta posición existen investigaciones que sostienen que las reacciones y estereotipos se centran en determinados trastornos mentales. La depresión está asociada a un menor nivel de estigma y de hecho, el estigma relacionado a los trastornos psicóticos es menor que el existente respecto a otras condiciones de salud como las adicciones o el SIDA y más cercano al que se asocia con la discapacidad intelectual.

Contrario a la literatura revisada sobre el tema que sostiene que las variables sociodemográficas no tienen ninguna relación significativa con el autoestigma, los resultados son discordantes. Tanto el análisis bivariado como el multivariado, demuestran una relación entre la variable edad y el autoestigma, ya que se agrupa la categoría de edad adulto con la categoría diagnóstica nivel de estigma internalizado bajo, lo que puede interpretarse como que los adultos son más predispuestos a presentar un nivel de estigma internalizado bajo que los jóvenes y los adultos mayores.

Existe evidencia suficiente para plantear que el impacto de los trastornos mentales no es igual en ambos géneros⁶². En relación al estigma y al sexo se encuentran resultados que difieren unos de otros ya que en algunos trabajos no se encuentra ninguna correlación positiva entre el estigma internalizado y el sexo⁶³. En esta investigación, los resultados presentados en el análisis multivariado arrojan que el sexo femenino se agrupa con el nivel de estigma internalizado bajo; por lo cual se podría inferir que las mujeres son más propensas que los hombres a tener una experiencia subjetiva de estigma internalizado significativa. Mientras tanto, se encuentran estudios en el que se plantea que el estigma internalizado tiene diferentes consecuencias en las mujeres que en los hombres. La razón a la que puede atribuirse ese impacto, es debido a los diferentes roles sociales que cada uno de ellos cumple en la sociedad. Mientras que los hombres cumplen un rol protector y proveedor económico de la familia; las mujeres tienen diferente estatus social, están aisladas socialmente, tienen

empleos mal remunerados; están más vinculadas a tareas relacionadas con el mantenimiento del hogar y el cuidado de los hijos⁶⁴.

El resultado al que llegó este estudio acerca del estigma internalizado bajo en los pacientes con trastorno con mental grave que formaron parte de la muestra, resulta relevante ya que podría relacionarse con el bajo uso de los servicios, mayor malestar emocional, poca adherencia al tratamiento, entre otras cosas.

Teniendo en cuenta los resultados que comprueban el bajo nivel de estigma internalizado, es necesario analizar la escala de resistencia al estigma. El instrumento consta de 4 escalas cuyos resultados demuestran el nivel de estigma internalizado de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, la quinta escala del instrumento, se refiere a la resistencia al estigma y los ítems se refieren a aspectos positivos. Por lo tanto, se propone analizar esta escala en futuros estudios.

Investigaciones llevadas a cabo en este campo refieren que el nivel de resistencia al estigma no se correlaciona con variables sociodemográficas, aunque sí se encuentra relación con la red social con la que cuenta el paciente, la dinámica familiar y si es un paciente que se encuentra externado o asistiendo a hospital de día. Los pacientes que se encuentran en hospital de día, tienen menores puntuaciones en la escala de resistencia al estigma, debido a la hospitalización misma. Asistir a un hospital significa una ruptura con la rutina de la vida diaria, implica una pérdida de autonomía y autodeterminación. De esta manera, personas con mayor nivel de resistencia al estigma son capaces de buscar tratamiento.

Dentro de la muestra también se encuentra un grupo de pacientes que no están identificados con el grupo estigmatizado, son indiferentes a la estigmatización porque no sienten que los prejuicios y la discriminación se refieran a ellos. Podría analizarse si este grupo ha desarrollado estrategias de empoderamiento⁶⁵.

Rubén Ferro⁶⁶ recurre a la propuesta de Ana Drenstein que consiste en el estudio del sujeto como creación del poder. La salud mental, la subjetividad y el poder son un producto histórico, lo que significa que tienen su origen en un proceso propio y están determinados por variables políticas, económicas y

culturales y se transforman de acuerdo al contexto temporal y espacial. Para Mario Testa y Michel Foucault el sujeto es construido por el poder. El poder es un dispositivo que se pliega, despliega y repliega en un movimiento constante según acontecimientos actuales y locales, en el contexto de estructuras y coyunturas ideológicas, económicas y políticas.

La salud mental es gobernar nuestras conductas y aquí es donde el poder se relaciona con el empoderamiento. La OMS define al empoderamiento como el proceso mediante el cual los individuos obtienen el control de sus decisiones y acciones relacionadas con su salud, expresan sus necesidades y se movilizan para obtener mayor acción política, social y cultural, y para responder a sus necesidades, a la vez que se involucran en la toma de decisiones para el mejoramiento de su salud y de la comunidad.

El término empoderamiento contiene la palabra poder, que se refiere al control sobre los bienes materiales, los recursos intelectuales y la ideología. Los bienes materiales pueden ser físicos, humanos o financieros; mientras los intelectuales incluyen los conocimientos, la información y las ideas. El control sobre la ideología significa la habilidad para generar, propagar, sostener e institucionalizar conjuntos específicos de creencias, valores, actitudes y comportamientos. El empoderamiento se refiere a distintas actividades que van desde la autoafirmación individual hasta la resistencia colectiva, la protesta y la movilización para desafiar las relaciones de poder. Se manifiesta como una redistribución del poder y el proceso de empoderamiento identifica áreas de cambio, permite crear estrategias, promueve el cambio, canaliza las acciones y los resultados y permite alcanzar niveles más altos de conciencia y estrategias más acordes a las necesidades y mejor ejecutadas⁶⁷.

Rubén Ferro plantea que el empoderamiento es el proceso de identificación y utilización de capacidades, oportunidades y recursos para lograr los objetivos necesarios y construye a los sujetos por sus propias prácticas.

Ejemplos de este empoderamiento pueden encontrarse en las experiencias de los movimientos sociales de usuarios y familiares que vienen floreciendo en algunos países del mundo, particularmente a partir de la década de los '70 y presentan nuevas ideas importantes en los procesos de reforma psiquiátrica. Los mismos presentan historias y características heterogéneas según los distintos países y

culturas. En los países del norte de Europa el actor social más activo está encarnado por los usuarios, con un perfil autonomista y radical en relación a los programas estatales y a los profesionales. Por el contrario, en los países del sur, el principal actor son los movimientos de profesionales y secundariamente, de familiares. En Brasil, todas las decisiones importantes en política de salud y salud mental en cualquier nivel de gestión pasan por consejos, en los que la mitad de sus miembros deben ser representantes de la sociedad civil. Este dispositivo promueve que la gestión concreta de programas y servicios sea discutida y decidida antes en los consejos en todos los niveles de gestión.

El empoderamiento es definido por Eduardo Vasconcelos⁶⁸ como el aumento del poder y la autonomía personal y colectiva de individuos y grupos sociales en las relaciones interpersonales e institucionales, más que nada de aquellos que son sometidos a relaciones de opresión, dominación y discriminación social. El autor lo presenta como un concepto de carácter polisémico. Algunas estrategias en relación al estigma propuestas por este autor son: el lenguaje que se utiliza cotidianamente (expresiones tales como paciente y enfermedad mental acentúan la pasividad y la segregación y pueden ser sustituidas por “usuario del servicio” y “sufrimiento psíquico”), el desarrollo de proyectos de ocio, arte, cultura, deporte y socialización que estimulen la convivencia de las personas con trastornos mentales con los demás miembros de la comunidad, el desarrollo de proyectos que estimulen la producción de obras de arte y culturales por las personas con trastorno mental, así como su exhibición y divulgación en la sociedad; no solo como forma de valoración social sino también como manera de valoración social, rompiendo con el estigma de incapacidad. La perspectiva del empoderamiento es bastante compleja y consiste en una estrategia global de organización de base de usuarios y familiares en sus distintos estados de organización, con un fuerte impacto en la lucha a favor de la reforma psiquiátrica y de los procesos de desinstitucionalización.

Las estrategias de empoderamiento de los usuarios y de los ciudadanos usuarios de servicios tienen como objetivo colaborar en la confrontación diaria con las negligencias, con la pérdida de calidad y derechos y con los excesos del poder de las instituciones tradicionales. Se suma a esto, la creación y el fortalecimiento de verdaderas herramientas de contra-poder de carácter estratégico para las

sociedades del bienestar. Entre las herramientas de empoderamiento más conocidas se ubican los grupos de ayuda mutua.

La mayoría de las investigaciones realizadas en relación a esta temática, utilizan la Escala de medición de Autoestigma relacionada con la medición de otras variables que contribuyen a la construcción del estigma internalizado, como el empoderamiento, la discriminación percibida y la autoestima. Un ejemplo de esto, puede encontrarse en la investigación que Paul Lysaker, David Roe y Phillip Yanos han llevado adelante. Este consistió en un estudio en el cual se ahonda en las relaciones entre el estigma internalizado, la recuperación y los resultados de las intervenciones, donde estudiaron el estigma internalizado, la conciencia de enfermedad, la sintomatología, la autoestima, la desesperanza y el afrontamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Se relaciona la conciencia de enfermedad tanto con el buen funcionamiento de la persona así como también con una baja esperanza. Una explicación posible a estos descubrimientos están fundamentados en que la conciencia y la aceptación del diagnóstico de esquizofrenia impacta de acuerdo al significado que los pacientes le dan a esta aceptación, particularmente en el impacto que tiene en la experiencia subjetiva del estigma internalizado. A su vez, esto depende del significado que cada paciente le atribuye a la esquizofrenia.

Se llevó a cabo un análisis en el que se correlacionó la conciencia de enfermedad y el nivel de estigma internalizado con los síntomas, el funcionamiento social, la esperanza y la autoestima. Este estudio concluye que al tener mayor presencia de síntomas los pacientes tienen un nivel de estigma internalizado mayor y aumenta la dificultad para abandonar esas creencias. Además, al tener mayor cantidad de síntomas esto impacta en los pacientes en cuanto a la formulación de creencias positivas acerca de ellos. Por lo contrario, si el nivel de estigma internalizado es mínimo, esto permite a los pacientes con trastorno mental grave un mejor manejo de los síntomas, disminuyendo su severidad. Estas conclusiones son de suma importancia para debatir acerca de si el nivel de estigma internalizado en los pacientes que participaron de este estudio está afectado por el grado de aceptación que tienen de su sufrimiento psíquico o no.

Por otra parte, hay investigaciones que correlacionan el ISMI con el SSMI. La importancia de este instrumento es que se convierte en una herramienta crucial para medir la evaluación de la calidad y efectividad de los programas que tienen como objetivo aumentar la esperanza y la eficacia de la recuperación de los pacientes con trastorno mental grave. Por otra su utilidad tiene que ver con la evaluación de programas que promueven la salud mental de la comunidad. La recuperación y el cambio en el estigma internalizado deben ser estudiados en combinación con otros instrumentos.

Estas conclusiones pueden tener grandes implicaciones clínicas. En primer lugar, puede ser de gran utilidad para la consideración de estrategias para disminuir el nivel de estigma internalizado, tal como fue formulado anteriormente. Futuras intervenciones puede estar direccionadas para ayudar personas con trastorno mental grave para superar las creencias negativas acerca de ellos mismos y encontrar nuevas formas para pensarse a ellos y sus futuros. De esta manera, se formula como objetivo lograr que los pacientes con trastorno mental grave se conviertan en protagonistas activos en sus propias vidas y sujetos de derecho, es decir que se “empoderen”.

A partir de los resultados presentados en esta investigación, se propone que las intervenciones en personas que tienen estigma internalizado tiene que tener como objetivo que las personas avancen en sus estadios de cambio y mantengan los tratamientos psiquiátricos y psicosociales adecuados.

Ora Nakash e Itzhak Levav⁶⁹ sostienen que el contexto social próximo de las personas con trastorno mental grave puede ser fruto de procesos de estigmatización significativos. Las personas con trastornos mental grave a menudo sienten una serie de reacciones sociales negativas que son el resultado de las connotaciones asociadas al diagnóstico y de las actitudes que genera en la población general, y mayoritariamente en las personas que de una u otra manera pueden colaborar en la integración de estas personas a la comunidad. El estigma y la discriminación interfieren en las áreas del gobierno, la sociedad, la comunidad, los servicios de salud, los servicios psiquiátricos, en la familia y tiene claramente un efecto sobre los distintos ámbitos de la vida.

Los estereotipos sociales, los prejuicios que se originan a partir de ellos y las actitudes negativas hacia los trastornos mentales graves, dan lugar a

comportamientos que pueden llegar a imposibilitar la plena integración social e interfieren con la aceptación del público para aceptar tanto una legislación progresista como los dispositivos comunitarios. El estigma interfiere con la atención en salud, en el acceso a los servicios psiquiátricos, en la brecha de la atención y en la demora para solicitar atención y en la inclusión social. Muchas veces, las personas con trastorno mental grave son rechazados y apartados por una comunidad que no los comprende y desconoce sus características y se apoyan en estereotipos basados en mitos o ideas erróneas. Esto se centra en considerar a las personas con trastorno mental grave culpables de su problema. Así, se fomenta el auto-estigma que genera sentimientos de culpa y vergüenza. El estigma internalizado afecta el funcionamiento social, ya que aumenta el aislamiento social.

La discriminación pone en peligro los derechos humanos y puede ser potenciada por un estatus socioeconómico bajo, edad avanzada o género. Se refleja en la legislación, en las políticas de salud, en los presupuestos y en el estado de los servicios. Uno de los modos que se plantean para reducirla son las políticas de salud mental, que tengan como eje central la paridad, el desarrollo de servicios de bases comunitarias para trabajar en red y leyes antidiscriminatorias. El proceso de estigmatización no es solo el producto de procesos cognitivos, sino que existe y se perpetúa en un contexto de inequidad⁷⁰.

Patrick Corrigan hipotetiza que el estigma internalizado tiene impacto negativo en los objetivos de los pacientes durante el proceso de recuperación.

La salud mental en la comunidad tiene dos acepciones complementarias. Por un lado, se refiere a la provisión de atención en la comunidad, la localización física del lugar donde se provee atención; es decir fuera de los muros del hospital mental y con características que la distinguen del hospital en un conjunto de variables. La otra acepción tiene sus raíces en los principios y conceptos de la salud mental comunitaria. Se entiende a la salud mental comunitaria como la expresión colectiva de la misma en los niveles individual y de grupos en una comunidad. La salud mental comunitaria está determinada por la interacción de factores personales, familiares, del ambiente socio-económico-cultural y físico, y por los servicios de salud y de salud mental. A esto, se agrega la influencia de la sociedad en general, la política nacional⁷¹ y el impacto de la globalización⁷¹.

Para la población general el trastorno mental grave puede confundirse con la discapacidad intelectual, aplicando los estereotipos correspondientes a ese trastorno. Existe una alta asociación entre la idea de violencia y el diagnóstico de esquizofrenia.

Teniendo en cuenta, el modelo de salud mental comunitaria explicado anteriormente, se puede decir que cuando se produce la identificación de un problema de salud mental sus determinantes deben ser abordados en su conjunto, para intentar modelarlos o eliminarlos con el objetivo de disminuir o eliminar sus efectos adversos en la población.

Los medios de comunicación social tienen gran presencia en los hogares, e influyen sobre el conocimiento y la imagen que se tiene de los trastornos mentales graves. El tratamiento que los medios de comunicación dan a estos trastornos es inadecuado, exagerado debido a que la información suele ser imprecisa y errónea y el tono general negativo. Tratan este tema utilizando expresiones que ayudan a mantener el estigma e incluso pueden llegar a potenciarlo. No solo presentan a las personas con trastornos mentales graves como diferentes y peculiares sino que además, asocian la esquizofrenia a características tales como: violencia, peligrosidad, irresponsabilidad e impredecibilidad.

Siguiendo a Graham Thornicroft, Elaine Brohan, Aliya Kassan y Elanor Lewis-Holmes⁷², al tener en cuenta que el nivel de estigma internalizado o auto-estigma está relacionado con el estigma social, se sugiere llevar adelante campañas para reducir el estigma social⁷³.

Estas campañas de sensibilización deben proporcionar información e indicar la posibilidad de que cualquiera puede padecer algún trastorno mental a lo largo de su vida. La enfermedad mental debería estar presente en los medios de comunicación exaltando aspectos positivos, como ejemplos de integración. De esta forma, se proporciona una oportunidad para reducir la discriminación percibida y experimentada.

Se propone reflexionar acerca de las vías de acción que tengan como propósito alcanzar resultados eficaces en la lucha contra del estigma de los trastorno mentales severo. Investigaciones pasadas señalan que personas con trastorno

mental grave creen que existe un gran desconocimiento de las enfermedades mentales y un estigma vinculado con las ideas de peligrosidad e incompetencia.

Una sugerencia en el planteo de futuras investigaciones pueden estar dirigidas a averiguar si los participantes están de acuerdo o no con su diagnóstico, lo que puede ser entendido como la conciencia de situación acerca del trastorno mental grave. De esta forma, se plantea que podría agregarse al instrumento la pregunta “están de acuerdo con su diagnóstico” y de esta manera excluir a los que no están de acuerdo.

Habiendo analizado estos aspectos, se sugiere la importancia de este estudio como base para futuras investigaciones que correlacionen el nivel de estigma internalizado con otras variables psicosociales, tales como autoestima, empoderamiento, calidad de vida, apoyo social e integración social; que cumplen un papel de suma importancia ya sea a la hora de la externación de los pacientes con enfermedad mental grave como en su inserción dentro de la comunidad donde viven.

El estigma afecta a todos los agentes implicados, desde las personas que sufren la enfermedad, sus familiares, hasta la población general, pasando por los profesionales que las atienden. Muchas veces las familias también se ven afectadas, ya que son consideradas una extensión de la persona con trastorno mental grave. De este modo, los familiares sufren la distancia y el rechazo por estar vinculados con miembros que pertenecen a una categoría devaluada socialmente. Existen estudios que demuestran en Israel que padres de personas con trastorno mental grave plantean que son tratados de diferentes maneras: vergüenza, culpa o miedo. Como consecuencia de esto, algunos padres refieren sentirse solos, aislados y alejados de su entorno social.

Sumado a esto, el estigma es una de las barreras para conseguir trabajo para las personas con trastorno mental grave. Muchos empleadores se comportan de manera negativa hacia ellos y como resultado se niegan a contratarlos. Por esta razón, consiguen trabajos de medio tiempo, poca retribución económica y menor capacitación profesional. El estigma internalizado juega un rol mayor en los cambios negativos de la identidad de las personas con trastorno mental grave.

Es por esta razón, que la lucha contra el estigma se vislumbra como uno de los factores claves de los planes de salud mental de los próximos años. Un principio general para combatirlo es abordar sus causas subyacentes. Una de estas es la falta de sensibilización y conocimiento sobre el estigma y la discriminación y sus efectos nocivos.

La tarea a realizar en este sentido se centra en: a) generar sensibilización acerca de que son el estigma y la discriminación, del daño que causan y de los beneficios que se logran si se los reduce mediante una combinación de educación participativa (actividades que estimulan el diálogo, la interacción y el pensamiento crítico) y campañas en los medios masivos de comunicación; b) fomentar el cambio mediante campañas de promoción y sensibilización dirigidas a los principales líderes de opinión y las personas que viven con la enfermedad⁷⁴.

Mediante el uso de herramientas disponibles con las cuales medir el estigma y la discriminación es posible llegar a un mayor entendimiento de la prevalencia y el impacto de estos. Es necesario tomar ejemplos anteriores realizados no solo en el campo de la salud mental sino de la salud en general. Los países deben buscar oportunidades para entender de qué manera el estigma y la discriminación inciden en las iniciativas de programa del VIH y utilizar esta información para integrar actividades de reducción del estigma y la discriminación en iniciativas de prevención, atención y tratamiento del VIH más amplias.

Los programas de sida puede elaborar y aplicar un enfoque polifacético aprovechando los modelos de programas existentes que han aplicado con éxito enfoques para: a) prevenir y reducir el estigma, b) hacer frente a la discriminación en ámbitos legales e institucionales y c) mejorar los derechos humanos y la capacidad jurídica.

Patrick Corrigan, Karina Powell y Patrick Michaels⁷⁵, hacen referencia en la década pasada a la confección de programas anti estigma que han tenido como objetivo promover la inclusión social. La meta alcanzada consistió en la disminución de los estereotipos y la discriminación que propician el estigma. Sin embargo, la ausencia de estereotipos no promueve la integración social. La inclusión social es definida por el acceso a lo económico, interpersonal, espiritual y los recursos políticos disponibles para que los adultos puedan alcanzar sus metas personales.

La lucha contra el estigma debe ser un objetivo en la formulación de políticas públicas de los servicios de salud mental y los objetivos de una campaña anti-estigma deben ser: aumentar la conciencia, mejorar las actitudes del público, desarrollar acciones y erradicar la discriminación.

Para poder llevar adelante esto, debe considerarse y entenderse el estigma como un proceso que tiene factores que lo produce y sustenta. Por otro lado, el estigma internalizado debe estudiarse en relación con otras variables, ya que puede impedir el derecho a la ciudadanía y el empoderamiento de las personas con trastorno mental grave y sus familias. Tal como afirma Eduardo Vasconcelos este derecho se manifiesta según las formas de participación social, en las relaciones de poder y en las prácticas micro-políticas.

Teniendo en cuenta la información mencionada anteriormente, es preciso delinear estrategias que tengan como objetivo: a) interrumpir los procesos de estigmatización, modificando las actitudes sociales prevalentes y eliminar los factores de refuerzo y b) disminuir el impacto que el estigma tiene sobre las personas con trastorno mental grave y ayudarlas a desarrollar estrategias más adecuadas para el manejo del problema.

Para esto es necesario articular, en procesos sostenidos y a largo plazo, intervenciones diferentes que deben planificarse y desarrollarse de manera conjunta e interrelacionada. Algunos ejemplos planteados por Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana Rodríguez y Almudena Aparicio son:

- A. Disminución de las asimetrías de poder.
- B. Uso razonable de los diagnósticos.
- C. Atención integrada en sistemas generales.
- D. Atención sanitaria efectiva.
- E. Sistemas de apoyo social y tratamiento asertivo.
- F. Desaparición de los Hospitales Psiquiátricos: un aspecto clave es eliminar los factores de refuerzo, especialmente el relativo a los sistemas tradicionales de atención. Por esto, la desaparición planificada y controlada de las instituciones psiquiátricas, su sustitución por redes de servicios comunitarios, integrados en los sistemas sanitarios y sociales públicos, aparece como un paso imprescindible en la lucha

contra el estigma. Es necesaria una calidad técnica y humana, promotora de poder e igualdad en usuarios y usuarias.

- G. Educación de distintos sectores de la población.
- H. Contacto e interacción social: es necesario favorecer la integración en la vida cotidiana de personas con trastorno mental grave. Se trata de ofrecer una visión de las personas ejerciendo roles que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones, mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo.
- I. Trabajo con los medios de comunicación: no se trata de impedir que se dé información sobre acontecimientos negativos, sino que estos se den sin añadir ideas falsas o exageradas y por otro lado, que se difundan también acontecimientos positivos.
- J. Medidas legales.
- K. Apoyo personal y familiar: existen investigaciones que ponen en relieve la importancia de los familiares en los cuidados y en el tratamiento de los pacientes con trastorno mental grave. Los pacientes que cuentan con el apoyo familiar durante las internaciones en crisis demuestran tener menos recaídas y menor número de reinternaciones. Los familiares son una pieza fundamental en los programas de rehabilitación en la comunidad.

Otra manera de combatir el estigma, es a través de la relación de las personas con el grupo estigmatizado. Jennifer Boyd, Emerald Katz, Bruce Link y Jo Phelan⁷⁶ mencionan que Allport propone que la interacción cooperativa con miembros que conforman un grupo evaluado negativamente tiene como resultado el incremento de actitudes positivas hacia el grupo en general. De esta manera, los miembros del grupo estigmatizado tienden a tener menos actitudes negativas que la comunidad. En la investigación mencionada, los resultados presentados hacen referencia a que un mayor contacto es asociado a una menor culpa por el trastorno mental, menos ira en relación al carácter. Las personas con contacto tienen una visión amplia del problema: lo consideran serio pero tienen un mayor respeto y una mejor actitud hacia otras personas que tienen trastorno mental grave. En síntesis el contacto se relaciona con las 3 áreas: área cognitiva, área emocional y área comportamental. La conclusión de esta investigación afirma que

las personas que padecen trastorno mental grave, así como sus familiares y amigos representan una fuerza natural “anti-estigma” dentro de la comunidad. Así, varios estudios han confirmado que el contacto previo es asociado con mayores respuestas positivas hacia las personas con trastorno mental grave, incluyen respuestas emocionales positivas, reducen los estereotipos y la distancia social.

Es de suma importancia desarrollar investigaciones coordinadas y multidisciplinarias con el objetivo de ampliar el conocimiento de las complejidades de los procesos de estigmatización y sus consecuencias individuales y colectivas y poder medir la efectividad de las intervenciones que se efectúen en esta dirección⁷⁷.

Algunas acciones para reducir el estigma ya se están llevando adelante o existen planes que fomentan esta línea de acción. Los planes que sean diseñados deben consistir en acciones masivas y de alto alcance. Deben utilizarse los canales y mensajes informativos para todas las personas involucradas en el tema, en lo que se refiere a las posibilidades de autonomía y autovalimiento y las opciones de tratamiento disponibles en la comunidad. Es de suma importancia apuntar a la población general por medio de campañas que tengan como eje la realidad actual de la enfermedad mental y las posibilidades de recuperación, tratamiento e integración.

Es posible reducir el estigma y la discriminación relacionados con los trastornos mentales a través de una labor de abogacía. El programa “Open the doors” de la Asociación Mundial de Psiquiatría ha llevado a cabo con éxito campañas de lucha contra el estigma de la esquizofrenia en China, Egipto, Grecia, India y otros países. Para lograr la máxima repercusión es preciso combinar la educación de los grupos claves de la población, la modificación de leyes y reglamentos gubernamentales y la protección y promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales. Es necesario crear un marco jurídico para que las leyes materialicen los objetivos de las acciones de abogacía. Además de la legislación, los gobiernos cuentan con otros recursos para reducir el estigma y la discriminación: hacer respetar los derechos humanos y cerciorarse de que se respeten mediante comités de inspección que efectúen controles periódicos de los establecimientos asistenciales, o mediante órganos que funcionen como observatorio nacional de derechos humanos y por medio de la participación de las

organizaciones de usuarios o de familiares en las actividades del ministerio de salud⁷⁸.

Otro ejemplo de estas campañas, es el Plan Nacional “Like Minds, Like Mine” que se viene llevando a cabo en Nueva Zelanda desde el año 1997 con el objetivo de disminuir el estigma y la discriminación asociados a la enfermedad mental. El slogan está basado en la frase “todos somos de una sola mente” e indica que la enfermedad mental puede ocurrirle a cualquiera. Existen investigaciones que demuestran que las actitudes públicas continúan mejorando y las personas con trastorno mental grave manifiestan que muchos aspectos de su vida han mejorado. La campaña tuvo efecto en la televisión neozelandesa que fue desafiada a hablar del tema de la enfermedad mental, entender y valorar a las personas con trastorno mental grave para avanzar como sociedad. La participación de personas con trastorno de salud mental en la campaña fue esencial. La educación de la comunidad y otras actividades también contribuyeron para que el plan tuviera éxito. Así, tuvo resultados a nivel individual: personas con trastorno mental grave tienen las mismas oportunidades que cualquier otra persona para participar en la sociedad y la vida diaria de sus comunidades; a nivel organizacional: todas las organizaciones cuentan con políticas y prácticas que aseguran que las personas con trastorno mental grave no vuelvan a ser discriminados y a nivel social: una nación que valora e incluye personas con trastorno mental grave⁷⁹.

En Canadá, la Comisión de Salud Mental se embarcó en una iniciativa anti-estigma denominada Opening Minds (OM) con el objetivo de modificar las actitudes y comportamientos de la población canadiense hacia las personas con trastorno mental grave. OM es el mayor esfuerzo sistematizado llevado a cabo en la historia del país para reducir el estigma y la discriminación asociado a los trastornos de salud mental. El foco está puesto en los trabajadores de salud mental, seguido de los medios de comunicación. La filosofía es construir programas que se lleven adelante en todo el país y evaluar sus efectos. Un componente principal de este programa es el contacto que se produce en sesiones educativas donde el público escucha historias personales e interactúa con personas con trastorno mental grave que se han recuperado o han aprendido a manejar sus síntomas. El mayor objetivo de OM es replicar los programas a lo

largo del territorio canadiense, desarrollando nuevas intervenciones con distintos grupos poblacionales⁸⁰.

Actualmente, en nuestro país la sanción de la ley 26.657 da apertura a un número ilimitado de oportunidades para pensar y reconsiderar como llevar adelante los procesos de reforma en el modelo de atención. Se encuentra inspirada en un enfoque de derechos y así nos interpela acerca de las barreras que se han levantado en el alcance de los objetivos propuestos en las leyes y programas que tenían como objetivo mejorar la calidad de vida los pacientes con trastorno mental grave. Así, las posibilidades de revertir y luchar contra el estigma se hallan principalmente en el logro de resultados que demuestren la viabilidad de la transformación propuesta y en la posibilidad de tener influencia en aquellos actores cuyo acuerdo y adhesión resultan claves para sostener las modificaciones llevadas adelante.

Un ejemplo de esto lo encontramos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde se lanzó en el año 2013 la campaña “Menos Estigma Suma”, que tiene como propósito principal desmitificar los discursos vinculados a las personas con trastornos mentales graves para fomentar una comunidad que tenga como prioridad su integración. Tiene como base que una de cada cuatro personas tiene una enfermedad mental en su vida. Si bien la aceptación social puede generar grandes cambios en la vida de las personas que padecen de trastorno mental grave, los cambios individuales que cada uno debe hacer son pequeños y pueden consistir en compartir una charla con alguien considerado “diferente”, brindar ayuda a quien lo necesita para conseguir tratamiento, romper con el prejuicio de la peligrosidad, etc. Estos cambios pueden ser de ayuda no solo para las personas con trastorno mental grave sino también para toda la comunidad.

CONCLUSIONES

- ❖ Los resultados de esta investigación demostraron que existen diferencias en el nivel de estigma internalizado de acuerdo a la edad de los pacientes que participaron del estudio. Los adultos mayores presentaron un nivel de estigma internalizado moderado, mientras que los jóvenes alcanzaron un nivel de estigma internalizado mínimo.
- ❖ El nivel de estigma internalizado fue similar en ambos sexos.

- ❖ Los pacientes con diferentes categorías diagnósticas tales como psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar u otros presentaron resultados similares en relación al nivel de estigma internalizado.
- ❖ Con respecto al análisis de las escalas que componen el instrumento utilizado, los resultados demostraron que la Escala I La Alienación y la Escala II Asignación de estereotipos, demostraron puntuaciones más altas y por lo tanto un nivel de estigma internalizado moderado; mientras que la Escala III Experiencia de discriminación y la Escala IV Aislamiento Social fueron las que demostraron un nivel de estigma internalizado bajo.
- ❖ En relación al análisis de la categoría nivel de estigma internalizado menos de la mitad de la muestra demostraron un nivel de estigma internalizado mínimo y un nivel de estigma internalizado moderado; mientras que más de la mitad alcanzó un nivel de estigma internalizado bajo.

RECOMENDACIONES

Como se ha dicho en el marco teórico, es necesaria una epidemiología psiquiátrica, es decir estudios que se lleven a cabo dentro de la comunidad; con el objetivo de delinear acciones que contribuyan a alcanzar la salud mental y la plena restitución de los derechos de las personas con trastornos de salud mental. Los resultados presentados anteriormente tienen importancia en la medida en que guían a los trabajadores de la salud en el camino de las intervenciones que deberán llevarse a cabo para disminuir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales graves. El desafío de los profesionales es reflexionar acerca de la aparición, mantenimiento y efectos del estigma internalizado que posibiliten aciertos en la lucha contra el estigma.

También deberán proponerse el desarrollo estrategias en el manejo de los síntomas psiquiátricos de modo tal que los pacientes puedan identificarlos a tiempo y pedir ayuda, como así también garantizar el seguimiento y la continuidad del tratamiento en la comunidad.

Por otra parte, en relación al grupo que presento el nivel de estigma internalizado bajo, es decir las mujeres adultas, se deberán realizar programas con el objetivo de promover el empoderamiento y una mayor autoestima para alcanzar la plena autonomía personal. Se propone la creación de grupos de

pares, con el objetivo de fomentar la interacción entre las personas con un nivel de estigma internalizado bajo junto con aquellas que presentaron un nivel de estigma internalizado mínimo y por ende resistencia al estigma, con la mirada puesta en que se potencien sus capacidades para posibilitar y fomentar su integración social.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS/OPS. La renovación de la Atención primaria de la salud en las Américas: Documento de posición; 2007.
2. Ausburguer AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología y sociedad*. 2004. 16 (2): 71-80. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf> el 18/10/2013 el 18-10-2013.; 2004.
3. Association AP. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 154 (4 Suppl): 1-63. ; 2004.
4. Krapelin E. La demencia precoz. Cap. I: Demencia precoz y Cap. II: Síntomas Psíquicos: Editorial Polemos.; 1996.
5. Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias.: *Revista Chilena de Neurosiquiatría*.; 1966.
6. OMS. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Genova.
7. OMS/OPS.. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud. Madrid, España: Edición Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios de Salud (INSERSO); 2001.
8. Lopez Alvarez M. Los programa de apoyo social en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves. Una visión desde Andalucía.; S/a.
9. Marcos del Cano AM y Topa Cantisano G. *Salud Mental Comunitaria*. Madrid, España. Ciencias Sociales y jurídicas. UNED. 2012.
10. Lopez M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuesta desde Andalucía: Disponible en <http://www.feafes.org/publicaciones/RehabilitacionapoyosocialatencioncomunitariaAndalucia.pdf>; 2007.
11. Toledo Piza Peluso E y Blay SL. Public stigma and schizophrenia in São

Paulo city. Rev. Bras.Psiq. 2011 Junio; 33 (2).

12. Teixeira M. Estigma e esquizofrenia: repercussões do estudo sobre discriminação experimentada e antecipada. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental. Vol. 12. Núm. 2, pp. 356-365. 12, Núm 2(356-365).

13. Minolett A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.

14. Alvarado R. Satisfacción de necesidades y calidad de vida en personas con esquizofrenia y trastornos afines, en Chile: Recuperado el día 12 de septiembre de 2013 de <http://hera.ugr.es/tesisugr/16871224.pdf>; 2007.

15. Caldas de Almeida J. Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina.: Rev Psiquiatr Urug;71(2):111-116; 2007.

16. Romano S, Novoa G, Gopar M, Cocco AM, De León B, Ureta C, Frontera, G. El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Rev Psiquiatr Urug. 2007; 71, Núm 2(135-152).

17. S/A. El movimiento de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro, Argentina. [Online].; S/A [cited 2013 Octubre 19. Available from: HYPERLINK "http://www.arteyasalud.itgo.com/index_3.html"
http://www.arteyasalud.itgo.com/index_3.html.

18. Pelatelli A, Romero C, Uño Carreño M. El rol de terapeuta ocupacional en el Equipo Interdisciplinario del Programa de Rehabiliatción y Externación Asistida. Rev Arg de Psiquiat. 2012; 23(101).

19. Cáceres C, Druetta I, Hartfiel M y Riva Rouvre MR. El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. Rev. Arg. de Psiquiat. Vertex. Vol. XX: 299 - 307; 2009.

20. De Lellis M y Rosseto J. Psicología y Políticas Públicas de Salud. Cáp. 6: Hacia la reformulación de la políticas públicas en Salud Mental y discapacidad intelectual. Buenos Aires: Paidós, Tramas Sociales.; 2006.

21. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Am J Public Health*. 2013 Mayo; 103, Núm 5(813-21).
22. ONUSIDA. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. [Online].; 2002-2003 [cited 2013 Diciembre 15. Available from: HYPERLINK "http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/marcoestigdiscrisida.pdf"
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/marcoestigdiscrisida.pdf .
23. ONUSIDA. Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. [Online]. 2009 [cited 2013 Diciembre 15. Available from: HYPERLINK "http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf"
http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1521_stigmatisation_es.pdf .
24. Brohan E, Slade, M; Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010 Marzo; 10(80).
25. Yanos PT, Roe D, Lysaker PH. The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *Am Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2010 Abril; 13, Núm 2(73-93).
26. Goffman I. Estigma. La identidad deteriorada Argentina: Amorrortu Editores; 1964.
27. Corrigan PW. On the Stigma of Mental Illness: Implications for Research and Social Change. Washington DC: American Psychological Association; 2005.
28. Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia*

Research. 1999; 38, Núm 1(77.84).

29. Link BG, Phelan JC. On stigma and its public health implications. [Online].; 2001 [cited 2013 Noviembre 20. Available from: HYPERLINK "file:///D:\\-%20NATY%20-\\www.stigmaconference.nih.gov\\FinalLinkPaper.html"

www.stigmaconference.nih.gov/FinalLinkPaper.html.

30. Lucas J PJ. Stigma and status: the interrelation of two theoretical perspectives. Soc Psychol Q. 2012 Noviembre; 75(310-333).

31. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsç N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. Psychiatry Research. 2011 Octubre; 189, Núm 3(339-343).

32. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European Psychiatry. 2005; 20(529-539).

33. Ochoa S, Martínez, F, Ribas M, García-Franco M, López E, Villellas R, Arenas O, Alvarez, I; Cunyat, C, Vilamala, S; Autonell, J; Lobo, E; Haro, JM. Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. [Online].; 2011 [cited 2012 Octubre 30. Available from: HYPERLINK "%20http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original4.pdf%20" <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original4.pdf>.

34. Paredes Marquez HM, Jiménez Trejo G, Vázquez Estupiñan MF. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación en pacientes psiquiátricos. Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2012; 15(2).

35. Fresán A, Robles RCM, Berlanga C, Lozano D, Tena A. Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. Revista Salud Mental. 2012; 35(3).

36. López, M; Laviana, M; Fernández, L; Rodríguez, A y Aparicio, A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Rev. Asoc. Esp.

Neuropsiq. 2008. XXVIII (101).

37. Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorder. *Psychiatry Research*. 2010 Junio; 178, Núm 1(211–213).

38. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M y Guillen AI. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. [Online].; 2009 [cited 2012 Octubre 30. Available from: HYPERLINK "<http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>"
<http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>.

39. Drapalski AL, Lucksted A, Perrin PB, Aakre JM, Brown CH, DeForge BR, et al. A Model of Internalized Stigma and Its Effects on People With Mental Illness. *Psychiatric Services*. 2013 Marzo.

40. Lee S, Lee M, Chiu MYL; Kleinman, A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *BJP*. 2005; 186(153-157).

41. Thornicroft G, Brohan E, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*. 2008 Abril; 2.

42. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. ; 2010.

43. Boyd Ritsher J, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*. 2004; 129.

44. Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Watson AC, Rusch N. Self-stigma of mental illness scale—short form: Reliability and validity. *Psychiatry Research*.. 2012; 199.

45. Corrigan PW, Watson AC, Heyrman ML, Warpinski A, Gracia G, Slopen N, et al. Structural Stigma in State Legislation. *Psychiatric Services*. 2005.

46. Lysaker P, Roe D, Yanos PT. 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*. 2007 Enero; 33(1).

47. Corrigan PW. Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*. 2006; 57, Núm 10(1493-1496).

48. Evans-Lacko S; Brohan, E; Mojtabai, R; Thornicroft, G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries: Recuperado el 19-12-2012 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085422>; 2012.

49. Runte Geidel A. Estigma y esquizofrenia: que piensan las personas afectadas y sus cuidadores. 2005. Recuperado de <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/15750784.pdf>.

50. Alvarado R. CTI-TS: una propuesta para mejorar los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Córdoba, Argentina: Congreso Latinoamericano de Salud Pública. Disponible en www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/; 2012.

51. Boyd Ritsher J, Otilingama PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure.; 1111.

52. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E. Estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. 2011; 07(41-50).

53. West ML, Yanos PT, Smith SM, Roe D; Lysaker PH. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness.. *Stigma Research and Action*. 2011; 1(1).

54. Link BG, Yang H, Phelan JC, Collins P. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 2004; 30(3).

55. Ghanean H, Nojomi M, Jacobsson L. Internalized Stigma of Mental Illness

in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action*. 2011; 1(1).

56. Segalovich J, Doron A, Behrbalk P, Kurs R, Romem P. Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2013 Octubre; 27, Núm 5(231-234).

57. Yanos PT, West ML, Gonzales L, Smith SM, Roe D, Lysaker PH. Change in internalized stigma and social functioning among persons diagnosed with severe mental illness. *Psychiatry Research*. 2012 Diciembre; 200, Núm 2,3.(1032-4).

58. Margetić BA, Jakovljević M, Ivanec D. "Relaciones del estigma internalizado con el temperamento y carácter en los pacientes con esquizofrenia. 2010.

59. Sorsdahl K; Karuma, R; Wilson, Z; Stein DJ. The internalized stigma experienced by members of a mental health advocacy group in South Africa. *Int. J Social Psychiatry*. 2012 Enero;(58).

60. Lysaker PH, Buck KD, Taylor AC, Roe D. Associations of metacognition and internalized stigma with quantitative assessments of self-experience in narratives of schizophrenia. *Psychiatry Research*. 2008; 157.

61. Lysaker PH. La relación entre el estigma y los síntomas positivos y de malestar emocional en la esquizofrenia". [Online].; 2010 [cited 2012 Noviembre 11. Available from: HYPERLINK "%20http://siic.info/dato/experto.php/113071" <http://siic.info/dato/experto.php/113071> .

62. Levav, I. Salud Mental: una prioridad de la salud pública. *Rev de la Maestría en Salud Pública*. Diciembre 2003. Año 1, núm. 2.

63. Mora-Ríos J, Ortega-Ortega M, Natera G, Bautista-Aguilar N. Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales.. *Acta Psiquiátr Psicol Am*. 2013; 59(3).

64. Yang LH; Valencia, E; Alvarado, R; Link, B; Huyhn, N; Nguyen,K; Morita, K;

- Saavedra, M; Wong, C; Galea, S; Susser, E. A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile. *Cad. saude colt.* 2013 Marzo. Vol 21, num 1 .
65. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2011; 37(2).
66. Ferro, RO. Salud Mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública.* XIV (2): 47-62. Diciembre 2010.
67. Batuwala, S. Poder y empoderamiento de las mujeres. T/M Editores, Santa Fe de Bogotá, 1997, pp. 187-211
68. Vasconcelos EM. Derechos y empoderamiento (empowerment) de usuarios y familiares en el terreno de salud mental y su difusión de origen latino. *Atopos. Salud mental, comunidad y cultura.* 2011 junio;(11).
69. Nakash, O; Levav. I. Mental health stigma in a multicultural society: the case of Israel. *Psychology, Society, & Education* 2012, Vol.4, Nº 2, pp 195-209.
70. Gofin, J; Levav, I; Rodríguez, JJ en Desviat, M y Moreno Pérez, A (Eds). Del examen preliminar al diagnóstico comunitario. *Acciones de Salud Mental en la comunidad.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, España. 2012.
71. Thornicroft, G; Brohan, A; Kassan, A; Lewis-Holmes, E. Reducing stigma and discrimination. *Int J Ment Health Syst.* 2008 Abril. vol 2.
72. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. "Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. 2010 Septiembre; 122(1-3).
73. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry.* 2009 Junio; 8, Núm 2(75–81).
74. ONUSIDA. Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: Estudios de caso de intervenciones exitosas. [Online].; 2005 [cited 2013 Diciembre 15. Available from: [HYPERLINK](#)

"http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf"
http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc999-humrightsviol_es.pdf .

75. Corrigan PW, Powell KJ, Michaels PJ. Brief battery for measurement of stigmatizing versus affirming attitudes about mental illness. *Psychiatry Research*. 2013 Septiembre; 06.

76. Boyd JE, Katz EP, Link BG, Phelan JC. The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010; 45.

77. Susser E, Collins P, Schanzer B, Varma V, Gittelman M. Topics for Our Times: Can We Learn from the Care of Persons with Mental Illness in Developing Countries? *American Journal of Public Health*. 1996; 86(7).

78. OMS. Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP. 2002. Ginebra, Suiza. Recuperado el 10 de febrero de http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf.

79. Vaughan G, Hansen C. "Like Minds, Like Mine": a new Zealand project to encounter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australas Psychiatry*. Jun 2004; 12 (2): 113-7.

80. Koller, M. Opening Minds at University: Results of a contact-based Anti-Stigma Intervention King's College. 2011. Mental Health Commission of Canada.