

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2097>

## El autoestigma en personas con trastorno mental grave y duradero del Instituto Jalisciense de Salud Mental en México

Self-stigma in people with Severe and Persistent Mental Illness from Instituto Jalisciense de Salud Mental in Mexico

**Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo**

ricardo.audiffred@academicos.udg.mx  
<https://orcid.org/0000-0002-1090-5327>

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Básica. Centro Integral de Salud Mental de Tonalá, Región Sanitaria XI, OPD Servicios de Salud Jalisco  
Guadalajara – México

**Abril Alexandra Mayoral Rivera**

abril.mayoral@cucs.udg.mx  
<https://orcid.org/0009-0000-2265-0459>

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Básica  
Guadalajara – México

**Ana Karen Hernández Carranza**

ana.hernandez3378@cucs.udg.mx  
<https://orcid.org/0009-0005-5815-0495>

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Básica  
Guadalajara – México

**Jorge Arturo Jesús Ramírez Andrade**

jorge.ramirez0251@cucs.udg.mx  
<https://orcid.org/0009-0005-0242-1698>

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Básica  
Guadalajara – México

**Noemí Elizabeth Orozco Eguía**

noemi.orozco3402@cucs.udg.mx  
<https://orcid.org/0009-0005-3010-194X>

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Básica  
Guadalajara – México

**Omar Alonso Álvarez Vázquez**

omar.alvarez3373@cucs.udg.mx  
<https://orcid.org/0009-0009-6780-5923>

Universidad de Guadalajara, Departamento de Psicología Básica  
Guadalajara – México

Artículo recibido: 06 de mayo de 2024. Aceptado para publicación: 22 de mayo de 2024.  
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen

La presente investigación tuvo como propósito explorar el fenómeno del autoestigma en usuarios con Trastorno Mental Grave y Duradero (TMGD) del Instituto Jalisciense de Salud Mental en México. El presente estudio tuvo un diseño de corte mixto, correlacional, transversal, el cual fue realizado en el Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada (CAISAME E.P.). La muestra de participantes fue seleccionada de forma propositiva, con un muestreo no probabilístico a conveniencia, por el cual se incluyeron un total 64 individuos diagnosticados con TMGD. Resultados: La media de puntos en la escala ISS se situó en 85.84. El 57.8% de los participantes mostraron un autoestigma alto

o muy alto. La experiencia del estigma internalizado fue estadísticamente significativa ( $p \leq .05$ ). Conclusiones: Se deben realizar intervenciones institucionales que atiendan el fenómeno del autoestigma en los usuarios y sus familias, y utilizar nuevos conceptos como el de reestigmatización o estigmatización secundaria para estudiar de una forma más precisa cómo están implicados los profesionales de la salud mental en la cristalización del estigma internalizado

*Palabras clave:* estigma, autoestigma, TMGD, salud mental

## Abstract

The purpose of this research was to explore the phenomenon of self-stigma in patients with Severe and Persistent Mental Illness (SPMI) from the Instituto Jalisciense de Salud Mental in Mexico. The present study had a mixed, correlational, cross-sectional design, which was carried out at the Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada (CAISAME E.P.). This study had a purposeful sampling, with a non-probabilistic convenience sampling, by which a total of 64 individuals diagnosed with SPMI were included. Results: The average number of points on the ISS scale was 85.84. 57.8% of the participants showed high or very high self-stigma. The experience of internalized stigma was statistically significant ( $p \leq .05$ ). Conclusions: Institutional interventions must be carried out to address the phenomenon of self-stigma in patients with SPMI and their families. New concepts such as re-stigmatization or secondary stigmatization should be considered to study more precisely how mental health professionals are involved in crystallization of internalized stigma.

*Keywords:* stigma, self-stigma, SPMI, mental health

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Audiffred Jaramillo, R. I., Mayoral Rivera, A. A., Hernández Carranza, A. K., Ramírez Andrade, J. A. J., Orozco Eguía, N. E., & Álvarez Vázquez, O. A. (2024). El autoestigma en personas con trastorno mental grave y duradero del Instituto Jalisciense de Salud Mental en México. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (3), 1022 – 1035.  
<https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2097>

## INTRODUCCIÓN

El estigma es un concepto sociológico propuesto por Erving Goffman (2009) a través del cual se estudian los atributos físicos, morales y culturales considerados socialmente inaceptables, los cuales ocasionan que los individuos quienes los portan sean discriminados por el resto de la sociedad (Delgado-Bordas y Carbonell, 2024). Según Gray (2002), esta palabra proviene del latín, la cual era utilizada para designar las marcas físicas infligidas a las personas socialmente no deseadas por haber cometido un acto ilícito.

Varas-Díaz y colaboradores (2012), sostienen que Goffman propuso tres tipos de estigmas: los relacionados con anormalidades físicas, los del tipo de carácter y los concernientes al grupo cultural al cual pertenece un individuo. El hecho de que una persona presente alguna de las características valoradas negativamente por la sociedad, expondrá al sujeto al repudio y por tanto a la segregación (Manesh, Dalvandi, & Zoladl, 2023). El estigma tiene como base una serie de miedos, desinformación, estereotipos y generalizaciones, los cuales no tienen una base racional (Wesselman & Graziano, 2010).

En el contexto de la salud, existen diversos tipos de estigmas asociados a algunos padecimientos como son: el aborto, la obesidad, el COVID-19 o el VIH, (Koerting et al, 2024). Sin embargo, los trastornos mentales graves y duraderos (TMGD) son la categoría de enfermedades que mayores estigmas suscitan debido a los prejuicios y tabúes históricos asociados a las características individuales y comportamientos que identifican a las personas que los padecen. Estos sujetos por lo general son percibidos como peligrosos, impredecibles y totalmente disfuncionales (Fresán et al., 2010; Babić, 2010) lo cual origina evitación y rechazo hacia las vidas de estas personas y sus familias (Saavedra y Murvartian, 2021).

Según Espinosa-López, y Valiente-Ots (2017), los TMGD son aquellos padecimientos que causan en la cotidianeidad de las personas un impedimento en su funcionalidad en al menos tres aspectos básicos de la vida como son: el autocuidado, las relaciones interpersonales, las finanzas, etc. Además de afectar el acceso a oportunidades educativas, de trabajo, y tener periodos de larga evolución de la enfermedad. Los principales diagnósticos asociados al TMGD son: la esquizofrenia y los otros trastornos psicóticos, el Trastorno Bipolar I, y la depresión unipolar psicótica (González-Cases y Rodríguez-González, 2010).

El estigma en este grupo de enfermedades es la principal barrera para el acceso a la atención, al trato digno, y la adherencia a los tratamientos (Glecia & Li, 2023; Bambauer & Prigerson, 2006), así como a las actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia estas personas (Babić, 2010). Los estereotipos sobre los individuos que padecen trastornos mentales provocan que estos internalicen esa mirada cultural que se tiene sobre ellos. A esta introyección se le denomina estigma internalizado o autoestigma (Mascayano et al, 2015).

El autoestigma o estigma internalizado, es un concepto que describe la forma en que los individuos validan las creencias estigmatizantes sobre sus padecimientos (Toño et al., 2018). Esto es, la persona estigmatizada internaliza esta idea negativa sobre sí mismo y réplica de una manera no consciente esas conductas e ideas sobre su propia persona (Latalova, Kamaradova & Prasko, 2024). Esto provoca conductas de auto desprecio, baja autoestima, incremento de síntomas depresivos (Livingston & Boyd, 2010), baja adherencia a los tratamientos e incluso el rechazo a buscar ayuda profesional (Paredes, Jiménez & Vázquez, 2012).

Ante este escenario, la presente investigación tuvo como propósito explorar el fenómeno del autoestigma en usuarios con TGMD del Instituto Jalisciense de Salud Mental. El estudio se consideró pertinente ya que, al no contar con una evaluación acerca del impacto del estigma en la vida de estas personas y cómo ellos internalizan estos prejuicios, se acrecienta el riesgo del impacto negativo que

tienen estos estereotipos y sus consecuencias. Llevar a cabo una investigación de este tipo permitirá a los equipos de salud dimensionar adecuadamente la probable magnitud de este problema y realizar intervenciones que impacten positivamente en el autoconcepto de las personas. Además, la generación de conocimiento sobre este tema permite describir y compartir científicamente la situación actual de la expresión de estas variables en personas con TMGD, ya que no se cuentan con datos actualizados en el estado de Jalisco sobre este tema.

## **METODOLOGÍA**

La presente investigación tuvo un diseño mixto, de corte correlacional, transversal, en el cual se utilizaron métodos estadísticos paramétricos y no paramétricos para el análisis de los datos. El tipo de muestreo fue no probabilístico, a conveniencia, en el cual se seleccionaron propositivamente a 64 usuarios del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada (CAISAME E.P.) con diagnóstico de TMGD.

Se localizaron a los usuarios del CAISAME E. P., diagnosticados con TMGD (esquizofrenia, esquizoafectivo, bipolar tipo I, depresión psicótica y otros trastornos psicóticos secundarios a la dependencia a sustancias) con el apoyo del personal de Enfermería de la unidad y la revisión de expedientes clínicos. De forma individual e independiente y en un lugar privado dentro de cada una de las áreas donde los usuarios se encontraban hospitalizados, los investigadores del estudio explicaron a cada participante todo lo relacionado con la investigación, se firmó una carta de consentimiento informado, se recabaron los datos sociodemográficos de cada participante y se aplicó el instrumento The Internalized Stigma Scale de King (ISS).

El inventario ISS está compuesto por 28 reactivos tipo Likert, con cinco puntos de corte que van desde «totalmente de acuerdo» a «totalmente en desacuerdo» (0 a 4). La escala integra tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La ISS en inglés tiene una consistencia interna con puntajes alpha de Cronbach de 0.87 para el total de la escala, de  $\alpha=0.87$  para la subescala de discriminación,  $\alpha=0.85$  en la de divulgación y  $\alpha=0.64$  en la de aspectos positivos. La versión en español que fue utilizada en este estudio, retraducida y validada por Flores, Medina y Robles (2011), tiene una adecuada consistencia interna, con un alpha superior a .60 en todas las subescalas y una confiabilidad positiva, con un coeficiente de 0.87.

Los datos obtenidos fueron procesados con el programa SPSS 26 (IBM, 2019). Las variables cualitativas se trabajaron con métodos descriptivos a través de frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas se analizaron con el estadístico de Coeficiente de Correlación de Pearson para estimar la relación entre las escalas de la ISS. El análisis de las variables con distribución no normal de la escala de King se realizó a través de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney-Wilcoxon la cual estadísticamente tiene un poder estadístico similar a la t de student (de Winter, & Dodou, 2010). Para identificar a los sujetos con autoestigma se utilizó un punto de corte de 85 puntos.

El estudio fue aprobado por los comités de Ética e Investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental y éste se realizó con base a los principios éticos para la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki (2008), a las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (2016), a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos (2014), y a los estándares del código ético del psicólogo para las investigaciones con personas (SMP, 2010). Este estudio fue considerado como una investigación con riesgo mínimo para los participantes. Por tanto, se solicitó la firma de una carta de consentimiento informado a los individuos que aceptaron colaborar.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación estuvo conformada por un total de 64 usuarios del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada con diagnóstico de trastorno mental grave y duradero (TMGD). El 25% de los participantes se identificaron como hombres y el 75% restante fueron mujeres. El 14.1% de los evaluados no tuvo ningún tipo de educación formal. El resto de los datos sociodemográficos se presentan a continuación en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos*

Variables	f	%	Total
<b>Sexo</b>			
Hombre	16	25	
Mujer	48	75	
Edad			
<b>Escolaridad</b>			
Nula	9	14.1	
Primaria	24	37.5	
Secundaria	18	28.1	
Bachillerato	10	15.6	
Profesional	3	4.7	
<b>Estado civil</b>			
Casado	38	59.4	
Soltero	9	14.1	
Unión libre	10	15.6	
Separados	1	1.6	
Divorciados	4	6.3	
Viudez	2	3.1	
			64

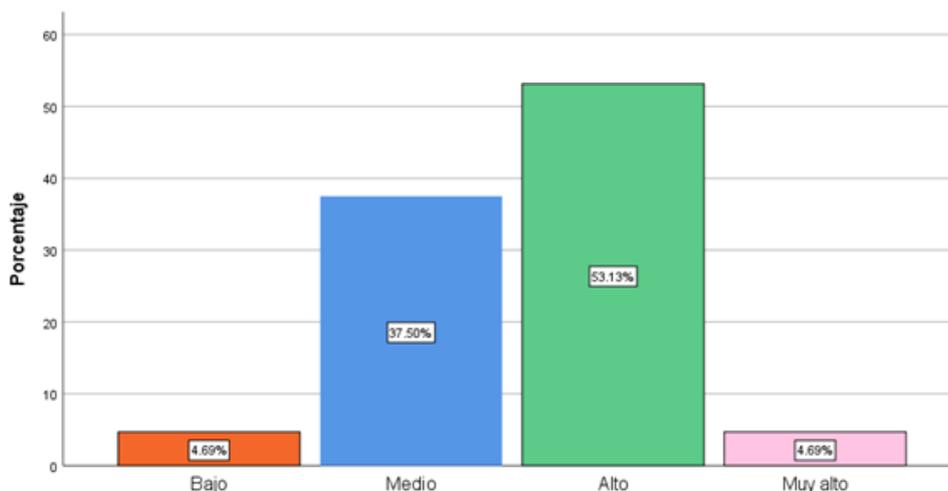
**Fuente:** elaboración propia.

El 48.4% de los participantes estaba diagnosticado con esquizofrenia, el 26.6% con Bipolaridad tipo I, el 15.6% con Psicosis secundarias al consumo de sustancias, el 6.3% con Depresión psicótica, y el 3.1% con Trastorno esquizoafectivo. Los tratamientos farmacológicos basados en el uso de antipsicóticos en las prescripciones totales fueron: Olanzapina con un 39.1%, Haloperidol con un 14.1%, Quetiapina 12.5%, Aripiprazol 9.4%, Decanoato de Haloperidol 6.3%, Risperidona 4.7%, Clozapina 3.1%, entre otros. El 39% de los usuarios tuvieron prescrito más de un antipsicótico.

Para la evaluación de la escala de Estigma Internalizado de King (ISS) se establecieron los siguientes rangos de agrupamiento tomando como límite superior los 140 puntos de valor total de la escala y como límite inferior los 28 puntos: 0-28 muy bajo o nulo, 29-56 bajo, 57-84 medio, 85-112 alto y 113-140 muy alto. La media de puntos obtenidos tras la evaluación de los participantes en la escala ISS se situó en 85.84, con una desviación estándar de 15.71. El 4.7% de los participantes obtuvo puntajes que los situó entre los grupos con autoestigma muy baja o baja; el 37.5% tuvieron un autoestigma moderado, y el 57.8% restantes mostraron un autoestigma alto o muy alto (Gráfico 1).

**Gráfico 1**

*Distribución de los puntajes de la escala global de estigma internalizado ISS*



**Fuente:** elaboración propia.

Los datos de los distintos agrupamientos con sus respectivos puntos de corte, frecuencias y porcentajes se presentan a continuación en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Agrupamiento de la intensidad del autoestigma*

Autoestigma	Puntos de corte	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	0-28	0	0%
Bajo	29-56	3	4.7%
Moderado	57-84	24	37.5%
Alto	85-112	34	53.1%
Muy alto	113-140	3	4.7%
Total		64	100%

**Fuente:** elaboración propia.

En cuanto a las subescalas: discriminación (ítems 1, 2, 8, 9, 11, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 26), divulgación (ítems 4, 5, 12, 14, 15, 16, 24, 25, 27 y 28), y aspectos positivos (ítems 3, 6, 7, 10 y 23), se encontraron los datos que se expresan a continuación en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Estadísticos de las subescalas de la ISS*

Subescala / estadístico	Discriminación (13 ítems)	Divulgación (10 ítems)	Aspectos positivos (5 ítems)
Rango	13-65	10-50	5-25
x	38.78	29.42	17.64
S	9.73	7.50	4.53
v	94.7	56.28	20.55

**Fuente:** elaboración propia.

La correlación positiva entre la escala general y las subescalas de discriminación ( $p = .000$ ), divulgación ( $p = .000$ ) y aspectos positivos ( $p = .000$ ) mostró significancia estadística (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Puntajes de correlación de Pearson para la escala general y subescalas*

Subescala	Escala ISS	Discriminación	Divulgación	Aspectos positivos
Discriminación	.8601		.3562	.2502
Divulgación	.7051	.3562		.0263
Aspectos positivos	.4531	.2502	.0263	

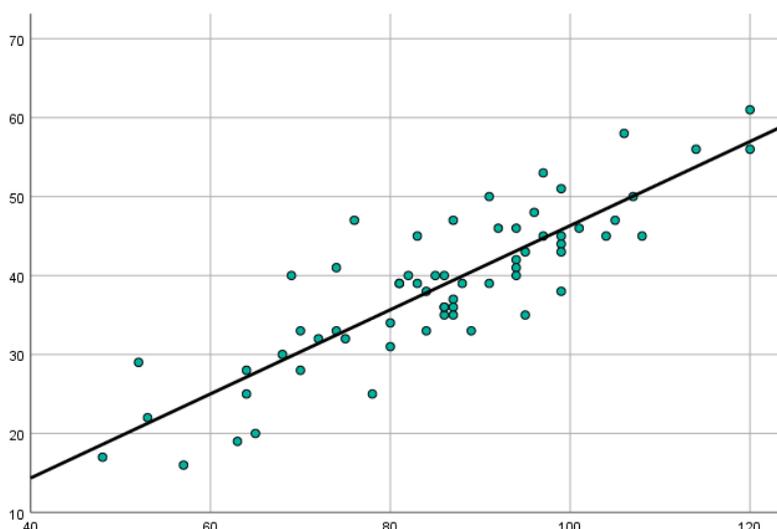
**Nota:** 1. Correlación de Pearson significativa  $p < .001$ . 2. Correlación de Pearson significativa  $p < .005$ . 3. No hubo correlación significativa.

**Fuente:** elaboración propia.

Esto indica que mientras más alta es la puntuación en la escala del estigma internalizado, más aumentan y crecen las puntuaciones de las tres subescalas por igual. Esta correlación evidenció un modelo lineal ascendente. Incluso entre las tres subescalas hubo una correlación positiva significativa (Gráfico 2). De acuerdo con los datos resultantes, la escala ISS en esta evaluación se caracterizó por mostrar una adecuada consistencia interna, con un  $\alpha$  .76 en todas las subescalas.

**Gráfico 2**

*Correlación entre los puntajes totales de la ISS y las subescalas*



**Fuente:** elaboración propia.

Se estableció un punto de corte para agrupar dos conjuntos de sujetos, quienes padecen autoestigma y quienes no la padecen. El punto de corte propuesto fue 85, es decir, el número del límite inferior del agrupamiento de autoestigma alta. Por lo cual resultaron dos grupos con medias de puntaje: con autoestigma (100.07) y sin autoestigma (70.48). Debido a que los resultados no tuvieron una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney-Wilcoxon para comparar las medianas de los puntajes obtenidos por los grupos. La diferencia entre los rangos promedios fue

significativa (Mann-Whitney-Wilcoxon = 325,  $p = .000$ ), es decir, la media de puntajes totales obtenidos en las respuestas fue estadísticamente más alta que los sujetos quienes no evidenciaron autoestigma.

Al comparar el autoestigma y las variables sociodemográficas como: el sexo ( $x^2 = 18.278$ ,  $p = .308$ ), la escolaridad ( $x^2 = 15.637$ ,  $p = .208$ ), el estado civil ( $x^2 = 6.099$ ,  $p = .297$ ), o el tratamiento antipsicótico ( $x^2 = 18.058$ ,  $p = .995$ ), no se encontraron diferencias significativas. Sin embargo, se encontró que las personas diagnosticadas con Esquizofrenia experimentan un autoestigma significativamente mayor que las personas diagnosticadas con Bipolaridad ( $x^2 = 7.309$ ,  $p = .0051$ ) (Tabla 5). No se encontraron diferencias con los demás trastornos estudiados ( $x^2 = 18.107$ ,  $p = .112$ ).

**Tabla 5**

*Estadístico chi cuadrado entre autoestigma y diagnóstico*

	Autoestigma		Total
	Sí	No	
Esquizofrenia	23	8	31
Bipolaridad	5	12	17
Total	28	20	48
	X <sup>2</sup>	7.309	
	Fisher	0.0051	

**Fuente:** elaboración propia.

En la presente investigación pudo constatar que la expresión del fenómeno del autoestigma fue estadísticamente significativa. Es decir, que los 64 usuarios incluidos en el estudio mostraron un alto un estigma internalizado (57.8%), lo que los lleva a replicar hacia sí mismos e identificarse con estos estereotipos negativos que socialmente se tiene hacia ellos. Estudios como el de Navarro (2020) en Perú, mostró porcentajes similares de participantes con autoestigma (50.9%) al reportado en este estudio.

En cuanto al promedio de puntajes obtenidos en la escala ISS en la muestra del presente trabajo (85.84), este fue uno de los más altos con al menos 20 puntos de diferencia en comparación con otros estudios en donde se reportaron puntuaciones de 66.59 en 81 usuarios en Ciudad de México (Mejía, 2018), 62.6 en 380 usuarios del Reino Unido (Meier et al, 2015), 60.15 en 100 usuarios de Jalisco, México (Flores-Reynoso, Medina-Dávalos, y Robles, 2011), o los reportados en Canadá también por Meier y colaboradores (2015) con un total de 56.0 puntos. El único dato similar reportado e incluso mayor al de este estudio es el encontrado en Japón en 112 pacientes evaluados fue de 88.38 (Mizuno et al, 2016).

El tema del estigma asociado a los TMGD en Japón es un asunto que ha sido abordado con bastante seriedad debido a las repercusiones que han encontrado que este genera a la calidad de vida de las personas con este diagnóstico (Bergshlom, 2016), tanto que han decidido desde hace más de una década cambiar el uso del término diagnóstico de esquizofrenia al de Trastorno de Integración, lo que ha generado que se redujera notablemente el estigma hacia las personas con esta condición (Insel, 2010).

En cuanto a los promedios obtenidos en el presente trabajo de los puntajes en las subescalas de discriminación (38.78), divulgación (29.42) y aspectos positivos (17.64), estos se encontraron por encima de las medias reportadas por Mejía (2018) en la Ciudad de México, 30.41, 22.75 y 13.41; mayores a las de Meier et al (2015) en Canadá, 25.0, 22.9, 8.0, y en Reino Unido 29.1, 24.7 y 8.8; a las

de Flores-Reynoso, Medina-Dávalos, Robles (2011), en Jalisco, México, 27.69, 22.10 y 10.36, y las del propio King et al (2007) con puntajes de 29.1, 24.7 y 8.8, respectivamente.

Además, los hallazgos demostraron que el diagnóstico de esquizofrenia influye de forma significativa en presentar un estigma internalizado más alto que, cuando se tiene un diagnóstico de trastorno bipolar. Esto coincide con lo reportado en la Ciudad de México por Paredes, Jiménez y Vázquez, en el 2012. Sin embargo, en el caso del presente estudio el autoestigma en la esquizofrenia sólo fue significativamente superior al trastorno bipolar, más no a la depresión psicótica o a las psicosis secundarias al consumo de sustancias.

Los otros datos sociodemográficos en este trabajo no evidenciaron una relación significativa con el autoestigma, dato que coincide con lo reportado en estudios como los de Navarro (2020) y el de Mora-Ríos, Ortega-Ortega, Natera y Bautista-Aguilar, (2013). Esto pudiera explicarse según Navarro (2020) debido a que el autoestigma es una experiencia negativa, personal y subjetiva, independiente de otras características sociales. Por lo tanto, los datos sociodemográficos como la edad, el sexo, lugar de nacimiento y la escolaridad no evidenciaron implicación con la variable independiente.

## CONCLUSIONES

El tema del autoestigma es un asunto que debe ser abordado con seriedad desde los distintos ámbitos involucrados en la atención de las personas con un TMGD. Los hallazgos en este estudio evidenciaron que la experiencia del estigma internalizado fue elevada, y estadísticamente significativa ( $p \leq .05$ ), incluso los datos evidenciaron que el promedio del puntaje de la escala fue uno de los más altos reportados en la literatura sobre autoestigma, y que los participantes con diagnóstico de esquizofrenia presentaron un mayor estigma internalizado sobre otras condiciones mentales.

Esto abre la oportunidad a generar una reflexión sobre la necesidad de realizar intervenciones institucionales que palien el fenómeno del autoestigma en los usuarios y sus familias. Algunos trabajos realizados en diferentes latitudes como el de Hansson, Lexén y Holmén (2017) han evidenciado que el autoestigma puede reducirse con intervenciones que trabajen abordajes narrativos y de terapia cognitiva en las personas vulnerables a padecerlo.

No obstante, es importante observar que existe también un área de oportunidad para erradicar las violencias que surgen de los entornos en donde las personas con un diagnóstico de TMGD se desenvuelven. Ya que, de acuerdo con algunos estudios, también los profesionales de la salud mental son quienes pudieran estar participando de la cristalización de estos estereotipos negativos (Martínez-Cava, 2021; Nordt, Rössler, & Lamber, 2006). Ya que estos tienden a replicar de forma similar el estigma social que las personas de la sociedad general (Overton & Medina, 2008).

En este sentido, el 23.44% de los participantes en este estudio manifestaron haber identificado actitudes estigmatizantes por parte de los trabajadores de salud. Y aunque este dato no tuvo relevancia estadística, llama la atención que los profesionales de salud mental, quienes tienen un conocimiento superior al resto de la población sobre trastornos mentales, y son quienes atienden estos padecimientos, sostengan actitudes estigmatizantes (López et al, 2008), las cuales pueden ser más nocivas que la propia estigmatización social primaria.

El estudio del fenómeno estigmatizante por parte de los profesionales de la salud hacia los individuos quienes viven con un diagnóstico de TMGD debería ser un tema de gran interés en la producción científica actual. Sin embargo, no existe en la literatura médica un concepto claro que visibilice este fenómeno. Los estudios que abordan esta problemática lo hacen desde una perspectiva inespecífica ya que describen este fenómeno equiparándolo conceptualmente a la estigmatización social, o incluso lo abordan desde los conceptos de estigma estructural o estigma institucional, los cuales tienden más

a describir el fenómeno de la violencia institucional por falta de normas, políticas apropiadas, y reglamentos, que a las actitudes individuales de los prestadores de servicios de salud (Mora-Ríos y Bautista, 2014).

Por tanto, debería existir un término simétrico al concepto de revictimización, el cual visibiliza la violencia que padece una persona al ser nuevamente violentada por algún agente de una instancia social (Palacio, 2001). En este sentido, debería ser considerado un concepto como el de reestigmatización o estigmatización secundaria, entendido como al acto que refuerza el estigma en una persona con TMGD que solicita atención especializada, y que, a través de actitudes violentas, negativas o deficientes por parte de algún profesional de la salud mental, se lesiona la identidad del sujeto y se refuerza la estigmatización social primaria de forma definitiva. La reestigmatización o estigmatización secundaria podría ser comprendida como un fenómeno más complejo que el del estigma social y con mayores alcances negativos en la vida del individuo afectado.

Diversos autores han sugerido como estrategia para erradicar el estigma que este tema sea parte de la currícula de las escuelas de medicina y de las facultades de las diversas profesiones de la salud, con la finalidad de que estos futuros profesionistas creen conciencia acerca de este fenómeno y puedan brindar una atención de calidad como intermediarios sociales para la erradicación del estigma y la discriminación (Ay, Save & Fidanoglu, 2006). Esta sugerencia se propone como una de las estrategias más efectivas ya que se insta a los profesionales de la salud y a los estudiantes en adiestramiento a crear conciencia sobre sus actitudes hacia este fenómeno (Chin y Balon, 2006). Esto sin descartar las intervenciones específicas en temas de sensibilización del estigma y la prevención del burnout en el personal de salud en activo.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, APA. (2023). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5-TR. Madrid: Panamericana.
- Ay, P., Save, D., & Fidanoglu, O. (2006). Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Social of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 63-67. doi: 10.1007/s00127-005-0994-y.
- Babić, D. (2010). Stigma and mental illness. *Materia Socio Médica*, 22, 43-46.
- Bambauer, K. Z., & Prigerson, H. G. (2006). The Stigma Receptivity Scale and its association with mental health service use among bereaved older adults. *J Nerv Ment Dis*, 194(2), 139-41. doi: 10.1097/01.nmd.0000198200.20936.03
- Bergshlom, P. (2016). Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay. *BMC Psychiatry*, 16(1), 387. doi: 10.1186/s12888-016-1101-5.
- Canetti, A. (2017). La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica. Una revisión de la situación en Uruguay. En: C. Larrobla (compilador). *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros* (pp. 107-134). Montevideo: CSIC-Universidad de la República.
- Chin, S. H., & Balon, R. (2006). Attitudes and perceptions toward depression and schizophrenia among residents in different medical specialties. *Academic Psychiatry*, 30(3), 262-263. doi: 10.1176/appi.ap.30.3.262.
- De Winter, J. & D7odou, D., (2010). Five-Point Likert Items: t test versus Mann-Whitney-Wilcoxon. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 15(1), 11. doi: <https://doi.org/10.7275/bj1p-ts64>
- Delgado-Bordas, L., y Carbonell, A. (2024). Detrás del estigma. Un análisis cualitativo del impacto en las familias de personas con Trastorno Mental Grave. *Itinerarios de Trabajo Social*, 4, 7-15. doi: 10.1344/its.i4.43388
- Editorial, E. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. *Arbor*, 184(730), 349–352.
- Espinosa-López, R., y Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *EduPsykhé*, 16(1), 4-14.
- Flores, S., Medina, R., y Robles, R. (2011). Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*, 34(4), 333-339. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000400006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400006)
- Fresán, A., Robles, R., De Benito, L., Saracco, R., y Escamilla, R. (2010). Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en la esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 38(6), 340-344. <https://medes.com/publication/63342>
- Glecia, A., & Li, H. (2023). Mental health and wellbeing in family caregivers of patients with schizophrenia disorder: a literature review. *Current Psychology*, 43(12), 1-28. doi:10.1007/s12144-023-05220-w.
- Goffman, E. (2009). *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.

- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 21–27. <https://doi.org/10.1176/ps.32.1.2>
- González-Cases, J. y Rodríguez-González, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3), 319-332. doi: 10.5093/cl2010v21n3a8
- Hansson, L., Lexén, A., & Holmén, J. (2017). The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: A randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 52(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1385-x>
- IBM Corp. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 187-193. doi: 10.1038/nature09552
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Pasetti, F., Weich, S., & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a Standardised Measure of the Stigma of Mental Illness. *Br J Psychiatry*, 190, 248-54. doi: 10.1192/bjp.bp.106.024638.
- Koerting, A., Nuño, N., Peralta, C., Gómez, J., y Del Amo, J. (2024). VIH y derechos humanos: acción política para alcanzar CERO estigma. *Rev Esp Salud Pública*, 98, 1-4.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1399–1405. doi:10.2147/NDT.S54081
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness. A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161, doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.
- Llosa, S., y Canetti, A. (2019). Depression and suicide ideation in women victims of intimate partner violence. *Psicol. Conoc. Soc.*, 9(1), 178-204. <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>
- Manesh, A.E., Dalvandi, A., & Zoladl, M. (2023). The experience of stigma in family caregivers of people with schizophrenia spectrum disorders: A meta-synthesis study. *Heliyon*, 9(3), 1-10. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e14333 Misra
- Martínez-Cavas, I. (2021). El estigma hacia el Trastorno Mental Grave (TMG) en profesionales: una revisión sistemática. *Acción Psicológica*, 18(2), 53–66. <https://doi.org/10.5944/ap.18.2.33953>
- Mascayano, F., Lips, W., Mena, C., & Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.
- Meier, A., Csiernik, R., Warner, L., & Forchuk, C. (2015). The Stigma Scale: A Canadian Perspective. *Social Work Research* 39(4), 1-10. doi:10.1093/swr/svv028
- Mejía, K. (2018). Medición del estigma internalizado a través de la escala de King en Pacientes con epilepsia del INNN. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Universidad Nacional Autónoma de México. <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784099/0784099.pdf>

Mizuno, M., Yamaguchi, S., Taneda, A., Hori, H., Aikawa, A. & Fujii, C. (2016). Development of Japanese version of King's Stigma Scale and its short version: Psychometric properties of a self-stigma measure. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 71, 189-197. doi: 10.1111/pcn.12470

Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., Natera, G., y Bautista-Aguilar, N. (2013). Autoestigma en usuarios de servicios psiquiátricos y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.*, 59(3), 147-58. [https://www.researchgate.net/publication/272415494\\_Autoestigma\\_en\\_usuarios\\_de\\_servicios\\_psiquiaticos\\_y\\_su\\_relacion\\_con\\_variables\\_sociodemograficas\\_clinicas\\_y\\_psicosociales](https://www.researchgate.net/publication/272415494_Autoestigma_en_usuarios_de_servicios_psiquiaticos_y_su_relacion_con_variables_sociodemograficas_clinicas_y_psicosociales)

Navarro, D. (2020). Estigma internalizado y autoestima en pacientes del servicio de psicología de un hospital del distrito de Tarma. *CASUS*, 5(3), 152-159. doi: 10.35626/casus.3.2020.314

Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709-714. doi: 10.1093/schbul/sbj065.

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. (4ta ed.). Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Overton, S. L., & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143-15. doi: 10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x

Palacio, M. (2001). Contribuciones de la victimología al sistema penal. Colombia: Jurídicas Gustavo Ibáñez C. Ltda.

Paredes, H. M, Jiménez, G., y Vázquez, M. F. (2012). Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *VERTIENTES Rev Esp Cienc Salud*, 15(2), 88-92. <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2012/vre122d.pdf>

Saavedra, J. y Murvartian, L. (2021). Estigma público en salud mental en la universidad. *Universitas Psychologica*, 20, 1-15. doi: 10.11144/Javeriana.upsy20.epsm

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas.

Touriño, R., Acosta, F. J., Giráldez, A., Álvarez, J., González, J. M., Abelleira, C., Benítez, N., Baena, E., Fernández, J. A., y Rodríguez, C. J. (2018). Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr*, 46(2), 33-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29616711/>

Varas-Díaz, N., Santos-Figueroa, A., Polanco-Frontera, N., Cajigas-Vargas, I, Rivera-Díaz, M., Lugo-Candelas, C. I., Rosario-Hernández, E. y Rivera-Segarra, E. (2012). Desarrollo de una Escala para Medir el Estigma Relacionado a Problemas de Salud Mental en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23,107-118

Vázquez, C., Hernán-Gómez, L., Hervás, G., y Nieto, M. (2005). Evaluación de la depresión. En: V., Caballo (ed.). *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicopatológicos*. Madrid: Pirámide.

Wesselman, E. & Graziano, W. (2010). Sinful and/or possessed? Religious beliefs and mental illness stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(4), 402-437.

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv.*, 59, 1437-1442. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1437

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225–245. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030061006

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) .