



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA MEXICALI
COORDINACION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:
PSIQUIATRA

“NIVEL DE ESTIGMATIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD”

BERTHA GUZMAN AMAYA

Mexicali, B.C, marzo del 2014

“NIVEL DE ESTIGMATIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD”

Tesis de Posgrado:

Tesis para obtener el grado de Psiquiatra por la

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad Medicina, Mexicali por:

Bertha Guzmán Amaya

ASESOR TEORICO:

Dr. Juan Carlos Gurrola Flores

ASESOR METODOLÓGICO:

Dr. Ricardo Torres Torrijos

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

Universidad Autónoma de Baja California. Facultad de Medicina, Mexicali

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

Mexicali, Marzo de 2014

HOJA DE FIRMAS

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres y a mi familia
a todos mis maestros y amigos.

Gracias

Índice de contenido

Hoja frontal	3
Índice	8
Glosario	9
Resumen	10
Antecedentes	11
Marco teórico	12
Justificación	21
Planteamiento del problema	23
Objetivos	24
Hipótesis	25
Metodología (Material y Métodos)	26
Cronograma	33
Aspectos éticos, normativos y de seguridad	34
Resultados	35
Discusiones	38
Conclusiones	39
Referencias bibliográficas	40
Anexos	43

Glosario

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición, Texto Revisado.

IPEBC. Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California

TDAH. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Resumen

Objetivo: Determinar si los pacientes con trastornos de personalidad del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, presentan niveles más elevados de auto estigmatización que los pacientes con otros trastornos psiquiátricos.

Método: Se aplicaron 574 instrumentos, de los cuales se eliminaron 56. Se les aplicó la Escala de Estigma de King. Se separaron dos grupos, el primero representando los pacientes cuyo diagnóstico principal es uno de los 10 trastornos de personalidad descritos en el DSM-IVTR, y el segundo grupo pacientes con otros diagnósticos. Se aplicó la prueba T de student y se comparó la puntuación de la escala de King de ambos grupos, en base a un nivel de confianza de 0.05 y un poder de 0.20.

Resultados: Se aplicaron un total de 518 instrumentos, 43% sexo masculino, 57% sexo femenino. Las edades entre 18 y 83 años, con una media de edad de 37 años, una mediana de 36. El 37% (n=194) de los pacientes presentó alguno de los 10 trastornos de personalidad, como diagnóstico principal, el 15% trastornos del estado de ánimo, el 11% Esquizofrenia. La puntuación obtenida en ambos grupos presentó un nivel significativo alto (más de 61 puntos) de estigmatización. Para el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad la media fue de 64.5 puntos (47-136), y para el grupo con otros trastornos 74.5 (33-129). Las puntuaciones para la subescalas de discriminación del grupo con trastornos de personalidad y del grupo con otros trastornos mentales fue de 30.8 y 28.8 respectivamente, para la subescala de divulgación de 32.7 y 32.8 y para la subescala de aspectos positivos de 12.95 y 11.95.

Conclusiones: El 98% (n=507) del total de la muestra niveles significativamente elevados de estigmatización. Los pacientes con diagnóstico de trastornos de personalidad perciben el nivel de estigmatización interna de la misma manera que los pacientes con otros diagnósticos de trastornos mentales. La edad, condición escolar u ocupación no determinan este nivel de estigmatización. Se requieren más estudios para conocer cuáles son los factores que determinan que el paciente perciba un nivel de estigmatización mayor, para poder realizar proyectos e intervención y determinar cuál es la importancia de padecer un nivel mayor de auto estigmatización y su relación con el apego terapéutico y el pronóstico.

Antecedentes

El verbo “estigmatizar” de origen griego, cuyo significado según la Real Academia de la Lengua española define que es “...marcar a alguien con hierro candente, imprimir milagrosamente a alguien las llagas de Cristo, afrentar o infamar” (1). Este concepto introducido en 1963 por el sociólogo estadounidense Erving Goffman, quien se dedicó al estudio de la micro sociología (estudio de las unidades mínimas de interacción entre las personas) en su libro “Estigma”, fue el primero en precisar la noción sociológica del término como membrecía a un grupo social menospreciado, ya sea a un grupo étnico, religioso, a un país o a cualquier otro grupo de personas. Otros sociólogos del siglo XX que intentaron profundizar más sobre ésta condición fueron Weber, Durkheim y Mead. (2).

En países desarrollados, se inicia el estudio de la discriminación y la estigmatización en años muy recientes, y se destina una parte importante del presupuesto en campañas contra la discriminación y la estigmatización del paciente con un trastorno mental. En México no hay ningún presupuesto o iniciativa que combata este problema. Tampoco se cuenta con estudios previos en población nacional que midan el nivel de estigma que el paciente mexicano sufre y cuáles de estos pacientes con un trastorno mental son los que sufren de niveles más altos de discriminación o estigmatización, con el fin de dirigir acciones contra estos grupos particulares en los centros de atención para enfermos mentales (3).

Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud define, desde 1948, a la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. (13). La salud mental es un concepto en el que se refiere al bienestar emocional y psicológico de un individuo. La Organización mundial de la salud no cuenta con una definición oficial de salud mental, debido a que las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas, y la competición de teorías profesionales, hacen difícil definir el término, debido a que la ausencia de un trastorno mental reconocido, no implica necesariamente salud mental. Algunos autores como Webster, define a la salud mental como “el estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria” (13).

En México, se cuentan con pocos sistemas de análisis, recolección y de estadística en epidemiología psiquiátrica, uno de ellos, es la “Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos en México”, que se trata de un proyecto por parte de la iniciativa internacional coordinada por la Organización Mundial de Salud 2000 que pretende evaluar la situación de la patología mental en países con diferente nivel de desarrollo, determinar las necesidades de atención a la salud y orientar la política en esta materia. Se trata de una encuesta de hogares llevada a cabo en población urbana entre 18 y 65 años. Las tres metas más importantes de la Encuesta Nacional son las siguientes: 1) Estimar la prevalencia de los desórdenes mentales incluyendo las adicciones y la discapacidad con la que se asocian en la población total y por regiones del país y por grupos sociales. 2) Estudiar la historia natural de los padecimientos mentales. 3) Conocer el índice de uso de servicios y las barreras de atención. 4) Desarrollar y probar hipótesis acerca de los factores de riesgo, antecedentes y curso de los trastornos (13).

Los hallazgos de las Encuestas Mundiales muestran que los trastornos psiquiátricos consistentemente inician en las primeras décadas de la vida. En poblaciones más

jóvenes, especialmente en nuestro país, no se cuenta con datos epidemiológicos. La detección e intervención oportuna, contrarrestan las secuelas posteriores, de ahí, la importancia de realizar estudios para lograr identificar, tratar y principalmente prevenir o intervenir para modificar la evolución y mejorar el pronóstico. En México, las enfermedades mentales provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas, y según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, solo una pequeña parte recibe tratamiento, y además éste se considera como tardío. La depresión ocupa el primer lugar entre las diez enfermedades en México que provocan mortalidad prematura y días vividos sin salud, padeciéndola, según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población. Además en el noveno lugar se encuentran los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, y en décimo lugar la esquizofrenia con 2.1 por ciento (12).

Se han identificado y clasificado a los trastornos de inicio en la infancia, los trastornos por abuso de sustancias, trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad entre otros. Como se mencionó anteriormente, existe evidencia empírica, que los trastornos de la personalidad son más propensos a padecer de estigmatización social o personal. Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y compromete malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de la personalidad que se incluyen en el manual de clasificaciones americano de enfermedades mentales (DSM IV) son 10, e incluyen los siguientes: El trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. El trastorno esquizoide de la personalidad es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. El trastorno esquizotípico de la personalidad es un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. El trastorno antisocial de la personalidad es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás. El trastorno límite de la personalidad es un

patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. El trastorno histriónico de la personalidad es un patrón de emotividad excesiva y demanda de atención. El trastorno narcisista de la personalidad es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. El trastorno de la personalidad por evitación es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. El trastorno de la personalidad por dependencia es un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. El trastorno de la personalidad no especificado es una categoría disponible para dos casos: 1) El patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad y hay características de varios trastornos de la personalidad diferentes, pero no se cumplen los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad; o 2) el patrón de personalidad del sujeto cumple el criterio general para un trastorno de la personalidad, pero se considera que el individuo tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación (por ejemplo, el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad) (12).

Hay que señalar que este sistema de agrupamiento, si bien es útil para efectos de investigación o docencia, tiene importantes limitaciones, además, es frecuente que los individuos presenten al mismo tiempo trastornos psiquiátricos de la personalidad en conjunto con otras comorbilidades (12).

De lo anterior surgió la pregunta de investigación con bases empíricas clínicas: ¿Son los pacientes con trastornos de la personalidad los que sufren de un nivel de estigmatización mayor que otros trastornos?, ¿Los pacientes con trastornos mentales sufren de niveles altos de estigmatización?. Iniciemos primero definiendo la palabra “estigma”.

Como se mencionaba anteriormente, la palabra “estigma” tiene varios atributos desde diferentes perceptivas, como la sociológica, la biológica o la religiosa. Hace referencia a

una marca o señal, condición, atributo o rasgo que hace que su portador genere una respuesta negativa y sea visto como “inaceptable” o “inferior”. Se ha estudiado el estigma en la salud, y específicamente en la salud mental, que se puede experimentar desde varios ángulos, como el estigma social, que es perpetrado por diversos miembros de la sociedad en general, incluyendo médicos, aseguradoras, empresarios, y que es generado por estereotipos y prejuicios que conducen a la discriminación, la evitación social y el rechazo. Existen algunos rasgos en la personalidad que son factores para incrementar esta condición, y se les da una connotación prejuiciosa, como por ejemplo la debilidad, la peligrosidad, la locura, la agitación psicótica o no psicótica y la irresponsabilidad. Se ha estudiado que el sexo masculino se estigma más fuertemente que el sexo femenino, y la clase social más baja es la que sufre mayor grado de estigmatización. Otras condiciones que tienden a ser más estigmatizadas son: el tipo de diagnóstico, el tratamiento, la funcionalidad del individuo, la historia de tratamiento hospitalario o ambulatorio. Además se ha demostrado que este prejuicio y estigmatización repercute negativamente en el área social, política, económica y fisiológica del individuo (8).

Goffman, es referido en varias publicaciones como el punto de partida clásico para la nueva conceptualización del estigma de la enfermedad mental, quien define que es “un atributo que es profundamente desacreditado y lleva a una persona a ser reducido en su personalidad total y habitual”. Goffman también clasifica a estos atributos en tres grandes grupos: 1) las abominaciones de la “carrocería” por ejemplo, la discapacidad física o una deformidad visible, 2) defectos de carácter singular, por ejemplo, padecer una enfermedad mental o condena penal y 3) estigmas triviales como la raza, el sexo o la edad (14).

Luego los trabajos de Jones y colaboradores, donde se le da un enfoque en varias dimensiones para explicar estos procesos de atribución a una característica indeseable: y propone seis dimensiones del estigma: 1) Concealability (en inglés): lo obvio o detectable, una característica es la de los demás. 2) Curso: si la diferencia es de por vida o reversible en el tiempo. 3) Disrupción: el impacto de la diferencia en las relaciones interpersonales. 4) Estética: si la diferencia provoca una reacción de

disgusto o se percibe como poco atractiva. 5) Origen: las causas de la diferencia, especialmente si el individuo se percibe como responsable de esta diferencia y 6) Peligro: el grado en el cual la diferencia induce sentimientos de amenaza o peligro para otros (8).

Otros investigadores han hecho hincapié en la interacción social del estigma. En su definición, Elliott refiere que el estigma es una forma de desviación que lleva a otros a juzgar a un individuo como ilegítimo para la participación en una interacción social. Menciona este autor que esto ocurre debido a la percepción de que no se tienen las habilidades o capacidades para llevar a cabo este tipo de interacción, y también se ve influida por juicios acerca de la peligrosidad y la imprevisibilidad de la persona, y una vez que la persona es considerada ilegítima, entonces está más allá de las reglas de comportamiento social normal y puede ser ignorado o excluido por el grupo (10).

En los últimos años se ha detectado un aumento sustancial en las investigaciones sobre las enfermedades relacionadas con el estigma en pacientes mentales. Se ha criticado con mucha fuerza, como lo menciona Link, Phelan y colaboradores, que el concepto de estigma puede ser demasiado individualizado y vagamente definido. En respuesta a estas críticas, definen el concepto y se han dedicado a investigar recientemente la posible intersección de los modelos conceptuales del estigma y el prejuicio, y se llegó a la conclusión de que ambos modelos tienen mucho en común y que la diferencia radica en el énfasis y en el enfoque, argumentando que el estigma y los prejuicios tienen tres funciones: la explotación y la dominación, la aplicación de evitación de enfermedad (mantener a la gente lejos) y la norma que es socialmente aceptable en el momento histórico (14).

Corrigan y colaboradores han propuesto un marco en el que el estigma se clasifica como a) público y b) auto-estigma. Dentro de cada una de estas dos áreas, el estigma se subdivide en tres elementos: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. Estos conceptos se paralelizan con los estudios de Thornicroft en el 2007, donde se describe que el estigma incluye tres elementos: los problemas del conocimiento, la

ignorancia o desinformación, y los problemas de actitudes (prejuicios) y también los problemas de comportamiento o discriminación (13).

Medición del estigma

Se han realizado recientemente estudios sobre la manera de determinar de una manera objetiva la gravedad del estigma en los enfermos mentales en diferentes grupos de pacientes como en los servicios de salud, grupos profesionales, población general, en las familiares o en los cuidadores de las personas con una enfermedad mental en niños y adolescentes. Para dejar claro los elementos antes mencionados del estigma, concluiremos parcialmente que el término de estigma se utiliza en general para incluir elementos de estigma, pero además, de prejuicio y de discriminación. Los estudios recientes en medición del estigma determinan que se puede medir objetivamente los tres componentes siguientes: 1) La percepción del estigma, 2) El estigma experimentado y 3) El auto-estigma. Los cuales definiremos a continuación (11).

1. Percepción del estigma: Brakel y colaboradores mencionan que es estigma percibido o sentido aquel en el que “las personas con una condición de salud (potencialmente) estigmatizados son entrevistados sobre el estigma y la discriminación que temen sufrir, o que perciben pueden sufrir al estar presentes en una comunidad”. La percepción del estigma se refiere además al temor a ser estigmatizado y al sentimiento de vergüenza asociada con la enfermedad. LeBel y sus colegas describen que el estigma percibido puede incluir lo siguiente: A) lo que una persona piensa que la mayoría de las personas creen sobre un grupo. B) la forma en la que el individuo piensa de la opinión de la sociedad en la que él o ella personalmente son parte.
2. Estigma experimentado: Brakel define al estigma experimentado como la experiencia de discriminación real y/o restricciones en la participación por parte de la persona afectada.

3. Auto-estigma: es un concepto que Corrigan y Watson lo describen como “el producto de la internalización de la vergüenza, la culpa, desesperanza y temor a la discriminación asociada a enfermedad mental. También se ha definido como un proceso, ya sea consciente o inconsciente, en el que la persona con enfermedad mental acepta las menores expectativas para sí mismo. Brakel y colaboradores lo describen como los sentimientos de pérdida de la autoestima, la dignidad, el miedo, la vergüenza y la culpa (11).

Otro elemento que se ha estudiado en relación al estigma es la reacción a la estigmatización pública, por ejemplo los sentimientos o las acciones de ira inapropiada, excitación, divulgación o aislamiento social (11).

Broham y Graham, realizaron una revisión de la literatura sobre las medidas para determinar el estigma de una enfermedad mental, buscando en tres bases de datos de importancia internacional (Medline, Psychinfo y el British Nursing Index), localizando artículos publicados entre 1990 y el 2009, donde fueron revisados 984 artículos, solo 48 artículos cumplieron con los criterios de inclusión. En este estudio se encontró que se han utilizado 14 medidas para determinar el grado de estigma (ya sea con alguno u otro componente específico). Se encontraron 7 instrumentos para medir la percepción del estigma, 10 instrumentos para medir el estigma experimentado y 5 instrumentos para la medición del auto-estigma que fueron las siguientes: ISMi, SSMIS, DSSS, SS y ISE. Existen otras sub escalas que fueron identificadas en esta revisión, como la ISMI para “resistencia al estigma”, la SS de “aspectos positivos” y la ISE “impacto del estigma” entre otras, pero estas sub escalas no encajan claramente en una de las tres construcciones del estigma (7).

En la literatura se ha revisado que el estigma percibido ha sido el evaluado con mayor frecuencia (79% de los estudios) seguido por el estigma experimentado en el 46% de los estudios y el auto-estigma en un 33% de los estudios.

En la mayoría de los trabajos que se realizan sobre estigma se enfatizó la importancia de aportar evidencia para apoyar la evaluación de los resultados como parte de las campañas contra el estigma o intervenciones de inclusión social. En nuestro proyecto se realizó la medición únicamente del auto-estigma con la escala de Estigma de King que se describirá posteriormente.

En México no se cuenta con estudios previos sobre alguna de las dimensiones antes mencionadas sobre estigmatización (estigma experimentado, auto-estigma o percepción del estigma). A finales del año 2011, se realizó el primer estudio de validación en población mexicana, sobre auto-estigma (estigma interiorizado) en pacientes mexicanos, utilizando la “Escala de estigma de King”. Y hasta la realización de éste documento, no se han encontrado otros estudios realizados población mexicana. Tampoco contamos con estudios sobre el nivel de estigmatización que presentan los pacientes de acuerdo a cada trastorno psiquiátrico en particular (4).

El problema de la estigmatización en México

En México, las enfermedades mentales provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas, y según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, una de las causas es el hecho de que solo una pequeña parte recibe tratamiento, y además éste se considera como tardío. Por ejemplo, la depresión ocupa el primer lugar entre las diez enfermedades en México que provocan mortalidad prematura y días vividos sin salud, padeciéndola, según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el 6.4% de la población (14).

Se ha demostrado que los trastornos mentales son una de las condiciones más estigmatizadas junto con las adicciones, la prostitución y el estatus de ex-convicto. Y también se ha demostrado que el nivel de estigmatización de un paciente con un trastorno mental afecta su calidad de vida, su función social y el apego al tratamiento. Se puede inferir de una manera empírica, debido a que hay pocos estudios de investigación, que los pacientes con trastornos de personalidad sufren un nivel más alto de estigmatización que los pacientes con otros trastornos mentales (14).

No contamos con estudios sobre el nivel de estigmatización en nuestra población, tampoco conocemos cuáles son los trastornos psiquiátricos que se relacionan con niveles más altos de estigmatización. No sabemos si los trastornos afectivos sufren más discriminación que los trastornos psicóticos o que los trastornos de la personalidad en nuestra comunidad.

Si bien existen estudios que miden por medio de instrumentos, la estigmatización de una manera objetiva, se debe de mencionar que estos estudios están realizados en otras poblaciones, como Estados Unidos, Canadá o España, donde el nivel socio cultural es muy diferente al nuestro, por lo tanto creemos que el grado de estigmatización en pacientes mexicanos, puede ser diferente de lo que se encuentra en la literatura.

Justificación

Recientemente se reconoció que los trastornos psiquiátricos son un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia en la población mexicana. La encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica muestra que ha habido un incremento de demanda de la atención a los servicios de psiquiatría. Este incremento en el número de consultas ha llevado a ampliar los servicios de atención y modificar las instalaciones y el número de psiquiatras y psicólogos (14).

Se ha demostrado en otros países, que el estigma y la discriminación alteran negativamente el autoestima del paciente con un trastorno mental, además de afectar el área social, política, familiar y laboral del paciente. Además se refiere en algunos estudios en otros países, que los pacientes con trastornos de personalidad sufren un nivel más elevado de estigmatización que los pacientes con otros trastornos (14).

Hay solamente un estudio previo en México, hasta la fecha de realización de este proyecto, sobre el auto-estigma en pacientes con un trastorno mental en general. Y no se cuentan con estadísticas en México o en nuestra comunidad sobre epidemiología al respecto. Tampoco se conoce en otros estudios cuáles son los trastornos psiquiátricos que muestran un nivel más alto de estigmatización (5).

Es necesario realizar estudios en nuestra población para evidenciar la necesidad de fomentar campañas masivas o individuales, y conocer qué grupos de pacientes con determinado trastorno mental son los más vulnerables para poder dirigir nuestros esfuerzos en este grupo.

Empíricamente podemos observar el poco conocimiento que los pacientes, cuidadores, familiares, médicos no psiquiatras y comunidad en general sobre la salud mental. Además en nuestro país no se ha designado ninguna cantidad de presupuesto a combatir el estigma en los enfermos mentales.

Creo que conociendo de una manera objetiva cual es la percepción de nuestros pacientes podemos realizar cambios en la institución y en los programas de salud, y

concientizar a las autoridades para que brinden apoyo político y económico para combatir el estigma y con esto mejorar la calidad de vida del paciente.

Es por eso que se determinó el grado de estigmatización de los pacientes de nuestra comunidad, por medio de una encuesta que medía los niveles de auto-estigma, y posteriormente conocer cuáles son los trastornos psiquiátricos que se relacionaban más con un mayor nivel de estigma, y si son los trastornos de personalidad los pacientes con un nivel de auto estigma mayor. Esto con el fin de aportar mayor evidencia para apoyar la evaluación de los resultados como parte de las campañas contra el estigma o intervenciones de inclusión social, que llevarán a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Pregunta de investigación

¿Los pacientes con trastornos de personalidad tendrán un nivel más alto de auto estigmatización que los pacientes con otros trastornos psiquiátricos ?

Objetivo general

1. Determinar si el nivel de auto estigma de los pacientes con trastorno de personalidad es mayor que con otro tipo de trastorno mental.

Objetivos específicos

- a) Identificar a los pacientes psiquiátricos del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California que se encuentran en el área Consulta Externa Adultos que cumplan con los criterios de inclusión.
- b) Aplicar la Escala de Estigma de King a los pacientes que deciden ingresar al protocolo firmando previamente la hoja de consentimiento informado (ANEXO)
- c) Medir los niveles de auto-estigma en los pacientes que participaron.
- d) Comparar los niveles de auto estigma de los pacientes del grupo con diagnósticos de trastorno de personalidad y el grupo con otros diagnósticos de trastornos mentales.
- e) Análisis de resultados.

Hipótesis

Los pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad presentan un nivel más alto de auto-estigma que los pacientes con otros trastornos mentales.

Hipótesis Nula

Los pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad tienen el mismo nivel de auto estigma que los pacientes con otros trastornos mentales.

Metodología

Diseño del estudio

Estudio Descriptivo Transversal

Fuentes para la obtención de datos.

Escala estigma de King, expediente clínico.

Material y métodos

Población de estudio

Se estudiaron a pacientes adultos del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, en la ciudad de Mexicali, Baja California, que se encontraban en el área de Sala de Espera del servicio de Consulta externa.

Tipo de muestreo

Se trata de una muestra no probabilística por casos consecutivos.

Tamaño de muestra

Para obtener nuestro número de muestra, se llevó a cabo un estudio piloto donde se aplicó el instrumento, la escala de Estigma de King a 17 pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad y 17 pacientes con otros diagnósticos. Se utilizó el programa estadístico SPSS para determinar con un intervalo de confiabilidad del 95%, las siguientes medidas para el grupo de trastornos de la personalidad: media de 71.29, desviación estándar de 24.52, para el grupo con otros trastornos mentales, una media de 51, una desviación estándar de 25.60. Posteriormente se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo de muestra: $n = K(a_1^2 + a_2^2) / (\mu_1 - \mu_2)^2$. Donde $K = 7.9$, $a_1 = 24.52$, $a_2 = 25.80$, $\mu_1 = 71.29$, $\mu_2 = 51$.

$$n = \frac{k(a_1^2 + a_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{7.9(24.52^2 + 25.80^2)}{(71.29 - 51)^2} = \frac{7.9(1266.87)}{411.58} = 24.35$$

Lo anterior calcula un grupo de 24 pacientes por grupo para obtener una significancia y confiabilidad por arriba del 95%. Se decidió aplicar 574 instrumentos, durante el periodo decidido en el cronograma que se explica en apartados posteriores.

Instrumentos para la recolección de datos

Se llevó a cabo en el instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, en el área de Sala de Espera del Servicio de Consulta Externa Adultos. Se invitó a los pacientes verbalmente a participar en el estudio, se les explicó de una manera clara y precisa en qué consiste su intervención. Después de que aceptaron entrar a nuestro estudio, se les solicitó que firmaran la hoja de Consentimiento Informado la cual se diseñó para que de una manera clara, el paciente entienda de qué se trata este proyecto, así como también la protección a la confiabilidad sobre la información que nos comparten (ANEXOS), además se les resolvieron los cuestionamientos que surgieron sobre la metodología. Posteriormente se les proporcionó un lápiz y el instrumento (Escala de King) para que fuera contestado.

Después de que fueron contestados los instrumentos, se buscó el nombre del paciente en el sistema electrónico de pacientes del IPEBC donde se tomó el diagnóstico o los diagnósticos recientes y principales del paciente para complementar la hoja de vaciado.

El instrumento que se utilizó fue la Escala de Estigma de King, versión en español, que se expone a continuación.

La escala de Estigma de King, es una medida estandarizada del auto-estigma de la enfermedad mental que está firmemente anclada en experiencias y opiniones de los usuarios de servicios de salud mental, para luego poner a prueba su relación con una medida de auto-estigma, demostrando con esta escala, la correlación negativa entre el estigma y la autoestima. Su versión en español, cuenta con 28 reactivos que evalúan con una escala de cinco puntos (tipo Likert), que va de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (0 a 4), para integrar tres sub escalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La sub escala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La sub escala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor de divulgar o

manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última sub escala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben afectados por el estigma.

A mayor puntaje total, más alto es el nivel del estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos. En estudios anteriores se toma la medida (media) de 61 puntos (obtenidos por medio de la escala de estigma de King), para evaluar un nivel significativo (alto) de estigma, por lo que nosotros también tomamos ese número como significativo.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes adultos de ambos sexos del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.
2. Que se encuentren en el área de Sala de Espera del Servicio de Consulta externa.
3. Que acepten entrar al estudio y firmen el consentimiento informado.
4. Que se encuentren en capacidad para contestar.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de retraso mental severo o grave.
2. Pacientes en estado psicótico.
3. Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación:

1. Que no se respondan el total de los reactivos del instrumento.
2. Que las respuestas no sean legibles.

Definición operacional de las variables

Definición operacional de auto estigma:

- **Auto estigma:**
 - **Variable: auto estigma**
 - **Tipo: variable dependiente**
 - **Definición conceptual de auto estigma:** Auto estigma se define como un proceso, ya sea consciente o inconsciente, en el que la persona con enfermedad mental acepta las menores expectativas para sí mismo.
 - **Escala de medición:** cuantitativa
 - **Unidad de medición:** puntaje de la escala
 - **Instrumentos y procedimientos de medición:** Se mide por medio de la escala de estigma de King. Consta de 28 reactivos que evalúan con una escala de cinco puntos, que va de “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo” (0 a 4). A mayor puntaje total, más alto es el nivel del estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos, por lo que puntuaciones mayores de 61 se considera un nivel alto de auto estigmatización.
 - **Definición operacional de auto estigmatización:** Se determinará que existe un nivel alto de auto estigmatización de acuerdo con las puntuaciones por arriba de 61 puntos en la escala de estigma de King.

- **Definición operacional de trastornos de personalidad.**
 - **Tipo de variable: independiente**
 - **Escala de medición:** nominal dicotómica
 - **Unidad de medición: presencia o ausencia de trastorno de personalidad**
 - **Valores finales:** trastorno de la personalidad

- **Indicadores:** diagnóstico de uno o más de los 10 trastornos de la personalidad descritos en la sistema de clasificación para enfermedades mentales DSM IV TR versión revisada.
- **Instrumentos y procedimientos de medición: criterios del sistema americano de clasificación, versión revisada, DMS IV TR.** Se define como característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos (Criterio A). Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales (Criterio B) y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio C). Patrón inestable y de larga duración y se puede descubrir que su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (Criterio D). El patrón no es atribuible a una manifestación o una consecuencia de otro trastorno mental (Criterio E) y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, una medicación o la exposición a un tóxico) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal) (Criterio F). También se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en esta sección.
- **Definición operacional de trastorno de personalidad:** se determinará que existe un trastorno de personalidad cuando el paciente tenga como diagnóstico uno de los 10 diagnósticos de trastornos de la personalidad descritos en el Manual de clasificación Americano de trastornos mentales (DSM IV TR).

Plan de análisis

Después de la recolección de los datos por medio de la aplicación del instrumento, escala de estigma de King, se realizaron las sumatorias y se determinó el diagnóstico del paciente por medio de la búsqueda por nombre del expediente clínico para conocer el diagnóstico más reciente y principal, (último diagnóstico). Luego se agruparon a los pacientes con diagnósticos de trastornos de la personalidad y el grupo de pacientes con otros diagnósticos de trastornos mentales. Aplicamos estadística descriptiva, se aplicó la prueba T de student y se comparó la puntuación dado por la escala de King del grupo de trastornos de personalidad con el grupo de otros trastornos mentales. Se determinó un nivel de confianza de 0.05 con un poder de 0.20.

Cronograma

2013								
Actividad	Junio				Julio			
	Semanas				semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Aplicación del instrumento	✓	✓						
Base de datos			✓	✓				
Cuantificar ítems			✓	✓				
Vaciamiento de datos			✓	✓				
Análisis estadístico					✓	✓	✓	
Publicación de resultados								✓

Aspectos éticos, normativos y de seguridad

Durante la realización del protocolo se atendieron los aspectos éticos de la siguiente manera. Se le explicó de una manera clara y precisa al paciente la naturaleza del estudio, así como también si el paciente requería apoyo para contestar el instrumento, donde se le indicó que se guardaría y protegería de una manera confidencial la información que nos otorgaron, siendo el médico residente el que tuvo únicamente acceso a los bancos de datos con la información, solo se reveló información específica requerida y solamente a la entidad con autoridad legal para dicha solicitud o demanda. No se detectó ningún riesgo físico o psicológico con la realización del protocolo.

Resultados

Se aplicaron 574 encuestas, de las cuales se excluyeron 56, por lo tanto los análisis corresponden a 518 evaluaciones. Las características socio demográficas de la muestra son las siguientes, del total de los encuestados, un 43% corresponden a sexo masculino (n=222), y un 57% (n=295) al sexo femenino. El 54% (n=279) de los encuestados representan a los solteros, 18% (n= 93) casados, 20% (n=100) unión libre, viudos 2% (n=10) y divorciados 9% (n=46). Las edades entre 18 y 83 años, con una media de edad de 37 años, una mediana de 36. Las ocupaciones principales representan a empleados de empresas 53% (n=266), estudiantes, desempleados, ama de casa y combinados. El 37% de los pacientes presentó alguno de los 10 trastornos de personalidad; Trastorno límite de la personalidad (N=63), trastorno paranoide de la personalidad (n=17), trastorno esquizotípico (n=18), trastorno de la personalidad por dependencia (n=18), trastorno narcisista de la personalidad (n=12), trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad (n=12), Trastorno de la personalidad por evitación (n=9), trastorno histriónico de la personalidad (n=8), trastorno antisocial de la personalidad (n=25). El segundo grupo de otros diagnósticos representó 324 instrumentos, entre los cuales se encontraron los siguientes diagnósticos: el 15% trastornos del estado de ánimo, el 11% Esquizofrenia, 6% trastornos bipolares, otros diagnóstico que se describieron fueron trastornos relacionados con sustancias, trastorno esquizoafectivo, trastorno de ideas delirantes, trastorno obsesivo compulsivo y retraso mental leve.

Se realizaron dos grupos, el primer grupo de 194 pacientes con diagnósticos de trastornos de la personalidad y el segundo grupo de 324 pacientes con otros diagnósticos. Cuando se compararon ambos grupos se igualaron las muestras a 194 pacientes en cada grupo respectivamente. El análisis de correlación se realizó sin separar los grupos, para correlacionar el nivel de estigmatización con el diagnóstico psiquiátrico.

El total de puntuación de los 28 reactivos es de un mínimo de 0 a 128 puntuaciones como máximo. La sub escala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las

reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La sub escala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor de divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última sub escala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben afectados por el estigma. A mayor puntaje total, más alto es el nivel del estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.

Al separar la muestra en dos grupos, el primer grupo representa los pacientes con trastornos de personalidad como diagnóstico principal, y el segundo grupo de pacientes los que corresponden a otros diagnósticos. El grupo de pacientes con trastornos de personalidad, un total de 194 pacientes (37%), y el grupo de otros diagnósticos un total de 324 pacientes (63%). La puntuación obtenida en ambos grupos presentó un nivel significativo alto (más de 61 puntos) de estigmatización ($P < 0.01$). Para el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad la media fue de 64.5 puntos (47-136) ($P < 0.01$), y para el grupo con otros trastornos 74.5 (33-129) ($P < 0.01$). Las puntuaciones para la subescalas de discriminación del grupo con trastornos de personalidad y del grupo con otros trastornos mentales fue de 30.8 y 28.8 ($P < 0.01$) respectivamente, para la subescala de divulgación de 32.7 y 32.8 ($P < 0.01$) y para la subescala de aspectos positivos de 12.95 y 11.95 ($P < 0.01$).

El grupo de pacientes con otros diagnósticos se distribuyó de la siguiente manera: trastornos de ansiedad ($n=163$), trastorno depresivo mayor ($n=81$), trastorno relacionado con sustancias ($n=41$), trastorno de la conducta alimentaria ($n=11$), demencias ($n=3$), trastorno distímico ($n=12$), trastorno bipolar tipo I ($n=13$).

Escala de Estigma	Medidas descriptivas	Escala de Estigma	Medidas descriptivas
Total 28 reactivos	64.5 ± 18.34 (47-136)	Total 28 reactivos	74.5 ± 12.54 (33-129)
<u>Subescala de discriminación</u>	30.84 ± 6.8 (11-53)	<u>Subescala de discriminación</u>	28.81 ± 7.8 (09-55)
<u>Subescala de divulgación</u>	32.70 ± 6.41 (4-58)	<u>Subescala de divulgación</u>	32.83 ± 6.40 (3-60)
<u>Subescala de aspectos positivos</u>	12.95 ± 4.67 (3-11)	<u>Subescala de aspectos positivos</u>	11.95 ± 5.67 (4-12)
TRASTORNOS PERSONALIDAD		OTROS DIAGNOSTICOS	

Puntaje Escala de estigma de King en relación con el diagnóstico				
	Trastornos Personalidad		Otros diagnósticos	
Total de la escala de estigma	R= 0.26	p<0.01	R= 0.35	p<0.01
<u>Subescala de discriminación</u>	R= 0.262	p<0.01	R= 0.32	p<0.01
<u>Subescala de divulgación</u>	R= 0.249	p<0.01	R= 0.68	p<0.01
<u>Subescala de aspectos positivos</u>	R= 0.216	p<0.01	R= 0.23	p<0.01

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, observamos que cerca del 100% de los encuestados presenta niveles elevados significativos de estigmatización interna (puntuaciones mayores de 61 en la Escala de King). En base a la observación empírica se esperaba que los pacientes con trastornos de personalidad presentaran niveles más elevados de estigmatización tanto en las sub escalas de discriminación, divulgación y de aspectos positivos en relación al grupo de pacientes con otros diagnósticos. En base a los resultados obtenidos no se observó tal comportamiento. Y se registró que ambos grupos presentan niveles similares pero significativamente elevados de estigmatización. Cuando se analizan las características sociodemográficas y clínicas del paciente, no se observan factores comunes, no hay una significancia en base al nivel escolar o la edad. Tampoco se encontró una relación con ocupación. Por lo tanto, debemos de considerar, que el hecho de padecer un trastorno mental, determina primeramente este tipo de autopercepción de ser etiquetado por la sociedad negativamente. Este estudio nos demuestra además la necesidad de contar con más instrumentos en nuestro medio y validados para nuestro tipo de población, ya que solo se cuenta con esta escala validada en México y utilizada ya en otro estudio posterior a la realización de este documento. Es necesario realizar más estudios que nos expliquen cómo el estigmatización afecta el apego terapéutico y el pronóstico del paciente, y cuáles son los factores que lo determinan en nuestro medio, para realizar intervenciones efectivas.

Conclusiones

De acuerdo a nuestros resultados, se observa que la mayor parte de los pacientes que cuentan con un diagnóstico de un trastorno mental y que son evaluados en nuestro instituto, muestran niveles significativamente elevados de estigmatización. Los pacientes con diagnóstico de trastornos de personalidad perciben el nivel de estigmatización interna de la misma manera que los pacientes con otros diagnósticos de trastornos mentales. Que la edad, condición escolar u ocupación no determinan este nivel de estigmatización. Que se requieren más estudios para conocer cuáles son los factores que determinan que el paciente perciba un nivel de estigmatización mayor, para poder realizar proyectos e intervención para disminuir el estigmatización. Además se requieren estudios para determinar cuál es la importancia de padecer un nivel mayor de auto estigmatización y su relación con el apego terapéutico y el pronóstico.

Bibliografía

1. Diccionario de términos médicos. Real Academia Nacional de Medicina. Editorial Médica Panamericana. 2012.
2. Caraveo J. et al. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública México 2002; Vol. 44(6):492-498.
3. Flores S, et al. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. Revista de Salud Mental Vol 34. No. 4. México.
4. Shana L, et al. Stigma and Group Inequality, Lawrence Erlbaum Associates. Publishers, 2004.
5. Link B, et al. Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363-385.
6. A. González Dagnino et al, Calidad total en atención primaria en salud, Madrid España, ed ISBN 1,994 pag, 153.
7. Dovidio M, et al. Estigmatización. Revista de Salud Mental 2000, Vol 44: 23-35.
8. Center for human services. Garantía de la calidad. 2,000. Pág. 39.
9. Gerson, Richard. Como medir la satisfacción del cliente: mantengan la lealtad para siempre. 1993 Estados Unidos de América , ISBN, Pág.110. 4.-ICAS, Rojas Zil, Manual para funcionarios de salud del nivel primario. 2,000 (Icas .net)
10. Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. En: Winzel RP. Assessing quality health care. Perspective for clinicians. Baltimore, USA: Williams and Wilkins; 1992. P 41-64.
11. Malgón-Londoño, Galan Morera, Pontón Laverde, Garantía de Calidad en Salud Bogotá Colombia ed MEDICA INTERNACIONAL LTDA, 1,999 pag,596.
12. Flores Reynoso, et al. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales. Salud mental, 2011; 34:333-339
13. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
14. Prevalencia de Trastornos mentales y uso de Servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiatría en México, 2010.

15. Ramírez, et al. Percepción de la calidad de la atención médica. Revista de Salud Pública de México. Vol 40. Núm 1, Enero-febrero.,1998.
16. Donabedian A., Calidad de la atención médica. México DF, La Prensa Médica Mexicana, 1974.
17. The Borderline Personality Disorder Survival Guide. Alexander L. Chapman, Kim L. Gratz, Perry D. Hoffman
18. León HM. Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico-social. Revista de Psiquiatría y salud mental., 6: 33-42, 2005.
19. Echavarría M. La enfermedad psíquica según santo Tomás., Pontificia Academia Sancti Thomae Aquinatis, Vatican City., 441- 53, 2006.
20. Asociación psiquiátrica mexicana. Historia de la psiquiatría. **Revista Médicos de México “Edición Especial” “Fundadores”, 2011.**
21. OMS. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid, 1999.
22. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Xasanova L, Aguilar-Gaxiola. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental., 26 (4.): 1-16, 2003.
23. Vásquez J, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, de la Peña F. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e Hiperactividad. Ed. Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales), 2010.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. 5ta. Ed., 2013.
25. Moral-Serrano MS, Ortega J, Lopez MJ. Perfil y riesgos de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. Rev Atención Primaria.,33(2):77-87, 2004.
26. Lara-Perez L, Díaz M, Silveira P. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario de atención geriátrica. Revista Cubana de Enfermería.,17(2):107-11, 2001.

27. Montorio I, Fernández M, López A, Sánchez M. La entrevista de carga al cuidador: utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología.*, 14:229-48,1998.
28. Pirron RM, Jimenez A, Quevedo EC. Factores de Riesgo para Síndrome de Sobrecarga del Cuidador Primario de las Personas Adultas Mayores en el Modulo Gerontologico de la Clinica Hospital "C" del ISSSTE de Ciudad del Carmen, Campeche. [Tesis]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco, México, 2008.
29. Haley WE, Knight BG, Zarit SH. The medical context of psychotherapy with the elderly: A guide to psychotherapy and aging: effective clinical interventions in a life-stage context. American Psychological Association, 1996.
30. Martinez A, Nadal S, Beperet M. Sobrecarga de Cuidadores Familiares de pacientes con Esquizofrenia: Factores Determinantes. *Anales Sis San Navarra.*, 23(11):101-10, 2000.
31. Brodaty H, Green A, Koschera A. Metaanalysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc.*, 51:657-64, 2003.
32. Dominguez G, Zavala MA. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores en Cárdenas, Tabasco, México. Enero a mayo de 2008. *Med. Vis.*, 23: 28-37. 2010.
35. Smith PJ, Blumenthal JA. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Rev Esp Cardiol.*, 64(10):924-33, 2011.
36. Diccionario de términos médicos. Real Academia Nacional de Medicina. Editorial Médica Panamericana. 2012.
37. Caraveo J. et al. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública México.*, (6):492-498, 2010.

ANEXOS

Anexo 1 Escala de Estigma de King

Anexo 2 Consentimiento informado

Anexo 3 Productos de tesis (Publicación y presentación en el Congreso Trirregional de la APM en San Luis Potosí, Septiembre de 2012)

ANEXO I

Escala de Estigma de King et al. Versión en español

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2 Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.					
4 No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5 Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
6 Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7 La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
8 He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9 He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.					
10 Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11 Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
12 Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
13 Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14 No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
15 Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16 Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17 Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mi mismo.					
18 Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					
19 No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20 He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21 La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
22 La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.					
23 Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24 No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
25 Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
26 Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
27 Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
28 Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

Calle 11 No 1753, Col. Mexicali, Mexicali B.C.

“Protocolo de investigación para determinar el Nivel de auto estigma en pacientes con trastornos de personalidad y otros trastornos psiquiátricos“

Yo, _____ expreso que mi participación en esta investigación es voluntaria y que el propósito del estudio es valorar el grado de estigmatización que los pacientes con diferentes trastornos mentales presentamos.

Sé que mi participación en el estudio tendrá beneficios de carácter científico para el entendimiento y comprensión de los prejuicios y discriminación en los pacientes que padecemos algún trastorno mental y que no será utilizada en mi perjuicio ni está sujeta a ninguna influencia por parte de alguna autoridad.

Autorizo a la Dra. Bertha Guzmán Amaya (médico responsable) a que se me evalúe por medio de la Escala de Estigma de King. Se me ha explicado que la participación en este estudio no representa ningún riesgo para mi salud e integridad ya que solo se aplica un cuestionario. Y que los resultados obtenidos serán manejados con confidencialidad y privacidad.

Estoy informado de que puedo abandonar el estudio en cualquier momento del mismo.

FIRMAS

Evaluado

Dra. Bertha Guzmán Amaya

Dr. Juan Carlos Gurrola Flores

Médicos Responsables

Testigo

Testigo

Mexicali Baja California a _____ del mes de _____ de 2013.

Anexo 3

Productos de Tesis

Resultados preliminares se presentaron en el Congreso Tri-regional de la APM (Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.) en Septiembre de 2012 y se publicaron en los Resúmenes de congreso de la Revista Psiquiatría Vol. 28, Núm.S1, página 12.



<http://www.psiquiabrasapm.org.mx/congresos/TriRegional/programaGeneral.html>