

Evaluación del estigma internalizado en personas con padecimiento psíquico a través de la escala de autoestigma para enfermedades mentales (ISMI)

Evaluation of the internalized stigma of people with psychic suffering through the self-stigma scale of mental illness.



Natalia Paola Osella

Lic. en Psicología, Mg. en Salud Mental Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

naty_osella@hotmail.com



Ruth Fernández

Dra en Medicina Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba.

aruthfernandez@gmail.com



Rubén Alvarado

Dr. en Psiquiatría Comunitaria Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

ralvarado@med.uchile.cl

Resumen

Las personas con padecimiento psíquico tienen múltiples desafíos a la hora de desarrollar autonomía en el mantenimiento de la vivienda e inserción laboral, ya que se puede ver obstaculizada por el estigma internalizado. Objetivo: identificar las características del estigma internalizado en personas con padecimiento psíquico que han sido externados y se encuentran en contacto con el sistema de salud mental. El estudio fue observacional, transversal, de carácter inferencial con 92 pacientes que se atienden en Servicios de Córdoba, San Luis y Buenos Aires. Se utilizó la Escala de Autoestigma para Enfermedades Mentales (ISMI). Se realizó un análisis descriptivo y se estudió la respuesta en función de los niveles de estigma estratificados en mínimo, bajo y moderado. Se categorizaron en 3 grupos: joven, adulto y adulto mayor. En relación al sexo: 40 fueron mujeres y 52 hombres. Los diagnósticos fueron: esquizofrenia, psicosis, depresión y otros. Las puntuaciones de estigma obtenidas fueron en todos

los casos medias bajas, e inferiores a las obtenidas por los autores del ISMI. Conclusiones: A pesar de las puntuaciones obtenidas, los trabajadores de la salud deben realizar acciones tendientes a disminuir el estigma y la discriminación de las personas con padecimiento mental, para lograr su plena autonomía.

Palabras clave: Estigma internalizado - ISMI - Salud Mental Comunitaria.

Abstract

People with mental illness have multiple challenges in developing autonomy in maintain housing and to integrate in the workplace, because it can be hindered by internalized stigma. Objective: Identify the characteristics of internalized stigma in patients diagnosed with serious mental disorders that have been released from hospitalization and find themselves in contact with the mental health system. The study was observational, transversal, and inferential with 92

patients with serious mental health disorders who are in contact with mental health services in Córdoba, San Luis, and Buenos Aires. The Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) was utilized. A descriptive analysis was carried out and exhaustive analysis dividing patients into 3 groups: “minimum level”, “low level” and “moderate level of internalized stigma”. The patients were categorized into 3 groups: youth, adult, and elderly adult. In relation to the sex of the patients 40 were women and 52 were men. The diagnoses were presented as: schizophrenia, psychosis, depression, and others. The results were that Stigma scores obtained are in all cases averaged low; inferior to those obtained by the authors of the ISMI. Conclusions: health workers must carry out actions to reduce stigma and discrimination against people with mental illness, to achieve full autonomy.

Key words: Internalized stigma - ISMI - Community Mental Health.

Introducción

La siguiente investigación fue realizada como Trabajo Final de Tesis de la Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Córdoba. Esta investigación estuvo enmarcada en un proyecto de colaboración entre las Escuelas de Salud Pública de la Universidad de Chile y de la Universidad Nacional de Córdoba. El objetivo del proyecto marco en su etapa inicial fue aplicar diferentes instrumentos que permitan evaluar diferentes aspectos que se relacionan con la calidad de vida de los pacientes con trastornos de salud mental que se encuentran externados. Entre los instrumentos seleccionados se encuentra el de evaluación de autoestigma el cual se constituyó en el instrumento de la presente investigación.

Algunas aproximaciones a la Salud Mental Comunitaria

El documento de posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del año 2007 sostiene que los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la Salud (APS), cuyos ejes principales de tratamiento son la familia y la comunidad, son más equitativos y logran una mayor satisfacción en el usuario en comparación con otros sistemas de salud.

Lo que llamamos salud mental comunitaria es el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad, ejecutado con la participación de la misma (Marcos del Cano y Topa Cantisano, 2012). Estos autores plantean que el encuentro con la comunidad insta a los trabajadores de la salud mental a desarrollar nuevas tareas, desde el diagnóstico comunitario a la prevención y rehabilitación desde una mirada interdisciplinaria e intersectoriales. Es decir, la comunidad es la principal creadora de redes.

López y Laviana (2007) sostienen que la Salud Mental Comunitaria es un enfoque teórico, organizativo y funcional alternativo a otros modelos basados en la atención de los usuarios de salud mental en los hospitales psiquiátricos. En este sentido, la atención comunitaria significa crear redes integradas de servicios basados en equipos multiprofesionales e interdisciplinarios y con una responsabilidad territorial clara que incluye a otros dispositivos además del hospital.

La salud mental comunitaria se convierte en el marco sanitario en el que se van a desarrollar los procesos de reforma psiquiátrica. Una externación sustentable debe tener como eje: vivienda, recursos económicos, continuidad de tratamiento psiquiátrico y psicológico, actividades recreativas y orientación para la inserción laboral.

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

En nuestro país se encuentran diversas experiencias en distintas regiones basadas en prácticas comunitarias que vienen siendo sostenidas desde hace varios años, incluso desde antes de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657 (LNSMyA). Tales son los ejemplos de la reforma de Río Negro, siguiendo con la reforma del Hospital Psiquiátrico de crónicos en “Hospital Escuela en Salud Mental” en la provincia de San Luis y la implementación de los Programas de Rehabilitación y Externación Asistida en la provincia de Buenos Aires implementados a partir de 1999.

Estigma y Salud Mental

Considerando el marco político que determina la LNSMyA es preciso considerar a las personas con padecimiento psíquico como sujetos de derechos, es decir desde

el paradigma de los Derechos Humanos. Así, el tratamiento del estigma sufrido por las personas con padecimiento psíquico, como también el estigma social cobra especial importancia en los procesos de reforma psiquiátrica.

A través del tiempo muchos autores definieron al estigma. Tomamos como base las definiciones de Link y Phelan (2001) posteriores a las de Goffman (1963), que describen el estigma haciendo referencia a las relaciones entre un conjunto de conceptos. El estigma solo existe cuando convergen este conjunto de componentes interrelacionados: a) consiste en que las personas distinguen y etiquetan las diferencias humanas; b) las creencias de la cultura dominante ligan a las personas etiquetadas con características indeseables, es decir estereotipos negativos; c) las personas son puestas en distintas categorías, logrando una separación entre “nosotros” y “ellos” y d) las personas rotuladas experimentan la pérdida de status social y la discriminación que llevan a consecuencias desiguales.

Ochoa et. al (2011) afirman que las personas que padecen algún trastorno mental son uno de los grupos más estigmatizados de nuestra sociedad, especialmente las que padecen esquizofrenia. La enfermedad mental siempre ha estado relacionada a una serie de prejuicios sociales que determinan al enfermo con esquizofrenia como agresivo, raro, impredecible en su conducta, dé-

bil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico y culpable de su enfermedad (Paredes Márquez, Jiménez Trejo y Vázquez Estupiñan, 2012).

López, Laviana, Fernández, Rodríguez y Aparicio (2008) sostienen que se les atribuye a las personas con trastorno mental grave también la dificultad para relacionarse y la incapacidad de manejar su vida, todo ello originado por la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y culpa por lo que les sucede.

Objetivo

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

Metodología

El estudio fue multicéntrico, observacional, transversal, de carácter inferencial con 92 personas con padecimiento mental, que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de Córdoba, San Luis y Buenos Aires. Los servicios de Salud Mental donde se atendían los sujetos fueron dos hospitales públicos monovalentes del sector público y el sector privado en el caso de la Ciudad de San Luis.

Los participantes fueron contactados por los miembros de la investigación que son trabajadores de dichas instituciones.

Las variables sociodemográficas que se analizaron fueron:

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

El Instrumento utilizado fue la Escala de Autoestigma para Enfermedades Mentales (ISMI) conformado por 5 escalas y 29 ítems en total:

La alienación: demuestra el menor sentimiento de pertenencia del paciente psiquiátrico que otro sujeto miembro de la sociedad.

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

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

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

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

En el caso de Córdoba, los participantes han sufrido alguna internación psiquiátrica y ahora realizan tratamiento ambulatorio en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la Ciudad de Córdoba. En el caso de Buenos Aires, la muestra estuvo compuesta por mujeres externadas por el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital Interzonal José A. Esteves, ubicado en la localidad de Temperley- Lomas de Zamora. La recolección de datos fue realizada durante los meses de Junio y Agosto del año 2013. Los participantes respondieron a las afirmaciones según una escala Likert donde la opción 1 era *muy en desacuerdo* y la opción 4 *muy de acuerdo*. Para la obtención de las puntuaciones en cada una de las escalas se sumaron las puntuaciones de los ítems correspondientes. De este modo, a mayor puntuación mayor fue el valor de la escala para la persona. La escala de resistencia al estigma, fue la única que preguntó acerca de aspectos positivos (West, Yanos, Smith, Roe y Lysaker, 2011; Link, Yang, Phelan y Collins, 2004).

El procedimiento de adaptación cultural tuvo como objetivo obtener un instrumento equivalente concep-

tual y semánticamente al que se desarrolló en el país de origen y el proceso de traducción fue realizado por investigadores de la Universidad de Chile.

Análisis de datos

Con los registros obtenidos del instrumento se generó una base de datos a fin de estructurar organizativamente las variables involucradas en el estudio. Posterior al análisis descriptivo de los datos, se dividió en tres grupos: “con nivel de estigma internalizado mínimo”, “con nivel de estigma internalizado bajo” y “con nivel de estigma internalizado moderado”, que determinan el nivel de estigma internalizado (Ghanean, Nojomi y Jacobsson, 2011).

Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs y Romem (2013) caracterizaron al grupo que denominamos nivel de estigma internalizado bajo y moderado como personas que presentan un impedimento para integrarse activamente en la comunidad. Los análisis estadísticos empleados fueron ANOVA o Datos categorizados teniendo en cuenta la naturaleza de las variables analizadas. Se efectuó también análisis multivariado para identificar el agrupamiento de las variables significativas.

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

te forma: a) Análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable incluida en el cuestionario; b) Análisis bivariado de asociación entre las variables utilizando el test de χ^2 ajustado. En las asociaciones se tuvo en cuenta los datos sociodemográficos de edad y sexo y c) Análisis de interdependencia de variables empleando el método factorial de correspondencia múltiple.

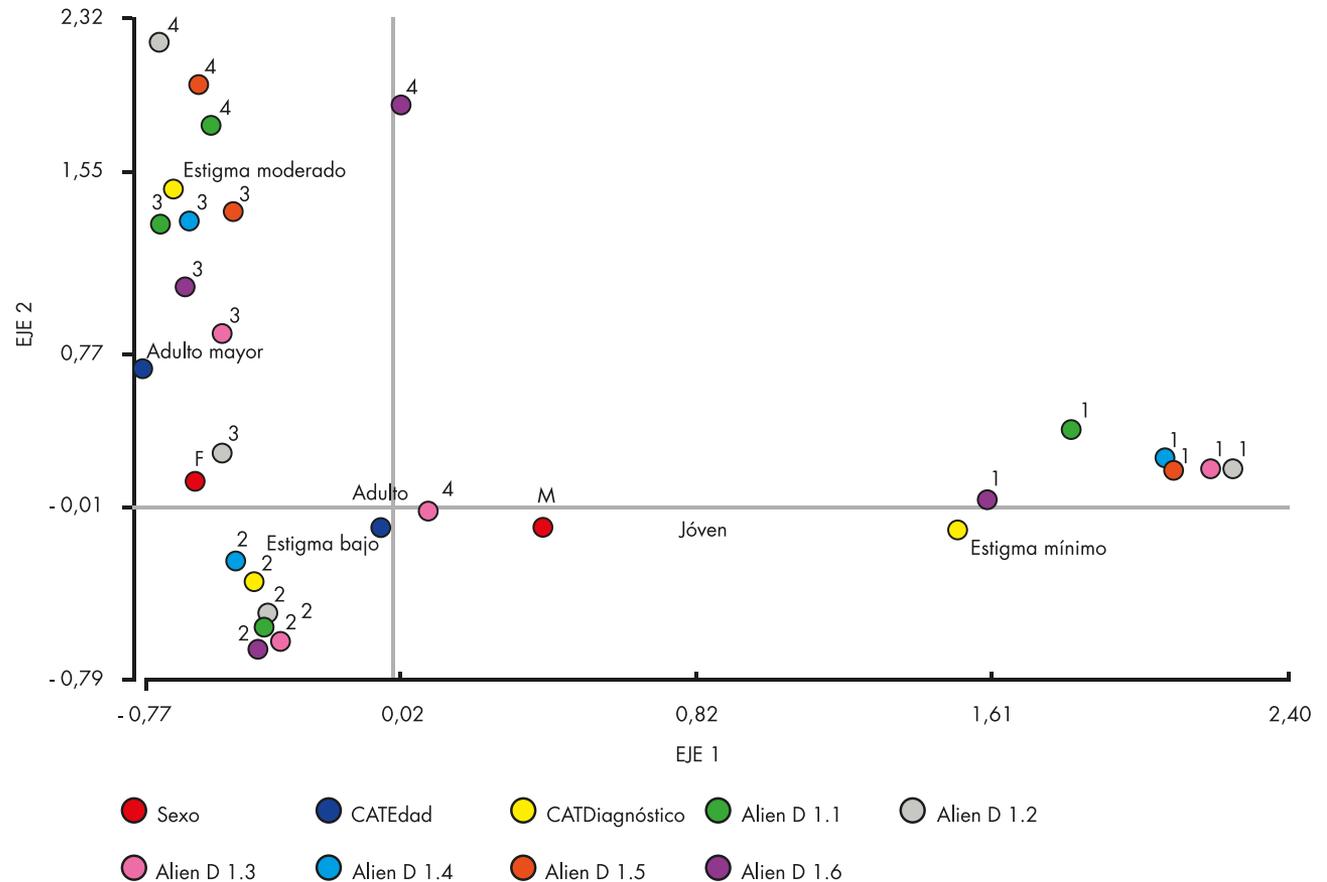
Resultados

En cuanto a las características sociodemográficas se analizó la frecuencia para las siguientes variables: edad, sexo y diagnóstico. La muestra analizada, presentó una media de edad $39,81 \pm 14,40$, categorizándolo en 3 grupos: joven, adulto y adulto mayor. En relación al sexo de los pacientes que participaron en el estudio, 40 fueron mujeres (43,5%) y 52 hombres (56,5%). En relación a la variable clínica, los diagnósticos obtenidos son presentados en 4 categorías tales como esquizofrenia, psicosis, depresión y otros. En este último se incluyeron trastorno bipolar, trastorno de ansiedad grave y trastorno obsesivo-compulsivo con brotes psicóticos.

En la figura 1 puede observarse el agrupamiento de las variables demográficas: sexo y edad, en relación a los ítems de la escala Alienación y los niveles de estigma internalizado

mínimo, estigma internalizado bajo y estigma internalizado moderado. En el cuadrante inferior derecho, se observa el agrupamiento de la categoría edad joven junto con el sexo masculino y el nivel de estigma internalizado mínimo. Tal como se refiere en el cuadrante inferior izquierdo la categoría de edad adulto se agrupa con la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la escala I. Alienación y con un nivel de estigma internalizado bajo. En el cuadrante superior izquierdo se agrupa con el sexo femenino, la categoría adulto mayor y el nivel de estigma internalizado moderado. El grupo que tiene un nivel de estigma moderado son las mujeres adultas mayores. De esta manera, se sienten fuera del mundo e inferior a los demás por tener una enfermedad mental. Están avergozadas y decepcionadas consigo mismas. Las implicancias clínicas que tienen estos resultados, es que deben implementarse estrategias dentro del tratamiento que tengan como objetivo trabajar acerca del sentimiento de pertenencia de las mujeres dentro de la comunidad. Un ejemplo serían grupos terapéuticos, grupos de pares y talleres comunitarios en los cuales las mujeres puedan plantear su perspectiva acerca de su vida en comunidad. De esta manera, se busca fomentar nuevos lazos sociales, sentirse parte de un grupo para así poder alcanzar su inserción en la comunidad.

Figura 1
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo, grupo de edad, ítems de la Escala I. Alienación con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado.

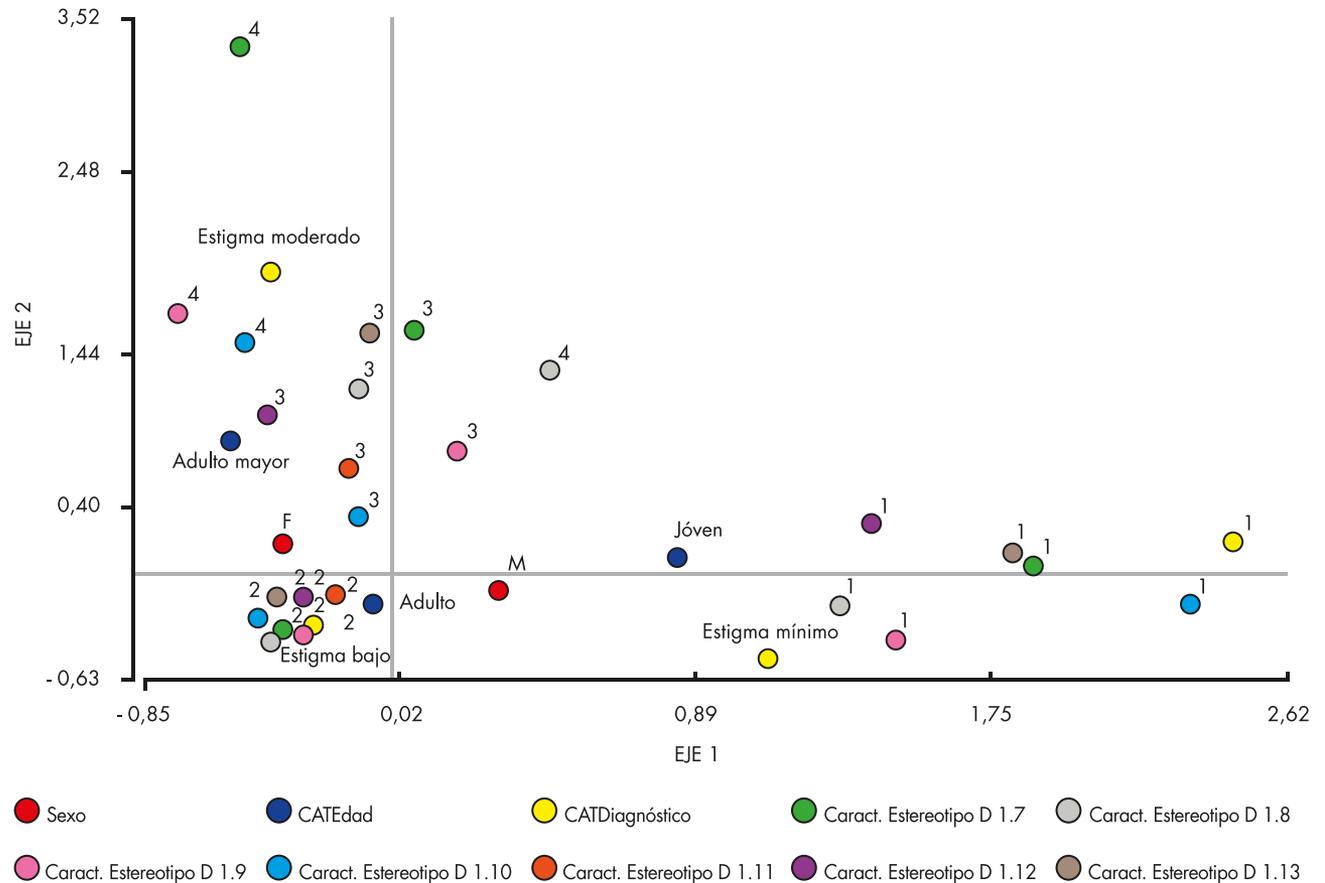


Ref: Sexo M:masculino;F:femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnostico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En la figura 2 puede observarse el agrupamiento de las variables sexo y edad, en relación a los ítems de la Escala II. Asignación de Estereotipos y la categoría de nivel de estigma internalizado mínimo, estigma internalizado bajo y estigma internalizado moderado. En el cuadrante inferior derecho, se observa el agrupamiento de la categoría nivel de estigma internalizado mínimo junto con la opción 1 (*muy en desacuerdo*) y el sexo masculino. Tal como se refiere en el cuadrante superior derecho la categoría de edad joven se agrupa también con la opción 1 (*muy en desacuerdo*). A diferencia de esto, en el cuadrante superior izquierdo se agrupa con el sexo femenino, la categoría de edad de adulto mayor,

el nivel de estigma internalizado moderado y la opción 3 (*de acuerdo*) y 4 (*muy de acuerdo*). En el cuadrante inferior izquierdo, se agrupa la categoría edad adulto, la categoría diagnóstico estigma internalizado bajo y la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala II. Asignación de estereotipos. De esta manera, puede decirse que los jóvenes de sexo masculino presentan un nivel de estigma mínimo. Debido a la edad, podría pensarse que los jóvenes han sufrido menor número de internaciones y cuentan con una mayor capacidad de adaptación, por lo cual no se ha producido una institucionalización ni el consiguiente proceso de estigma autopercebido.

Figura 2
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala II. Asignación de Estereotipos.

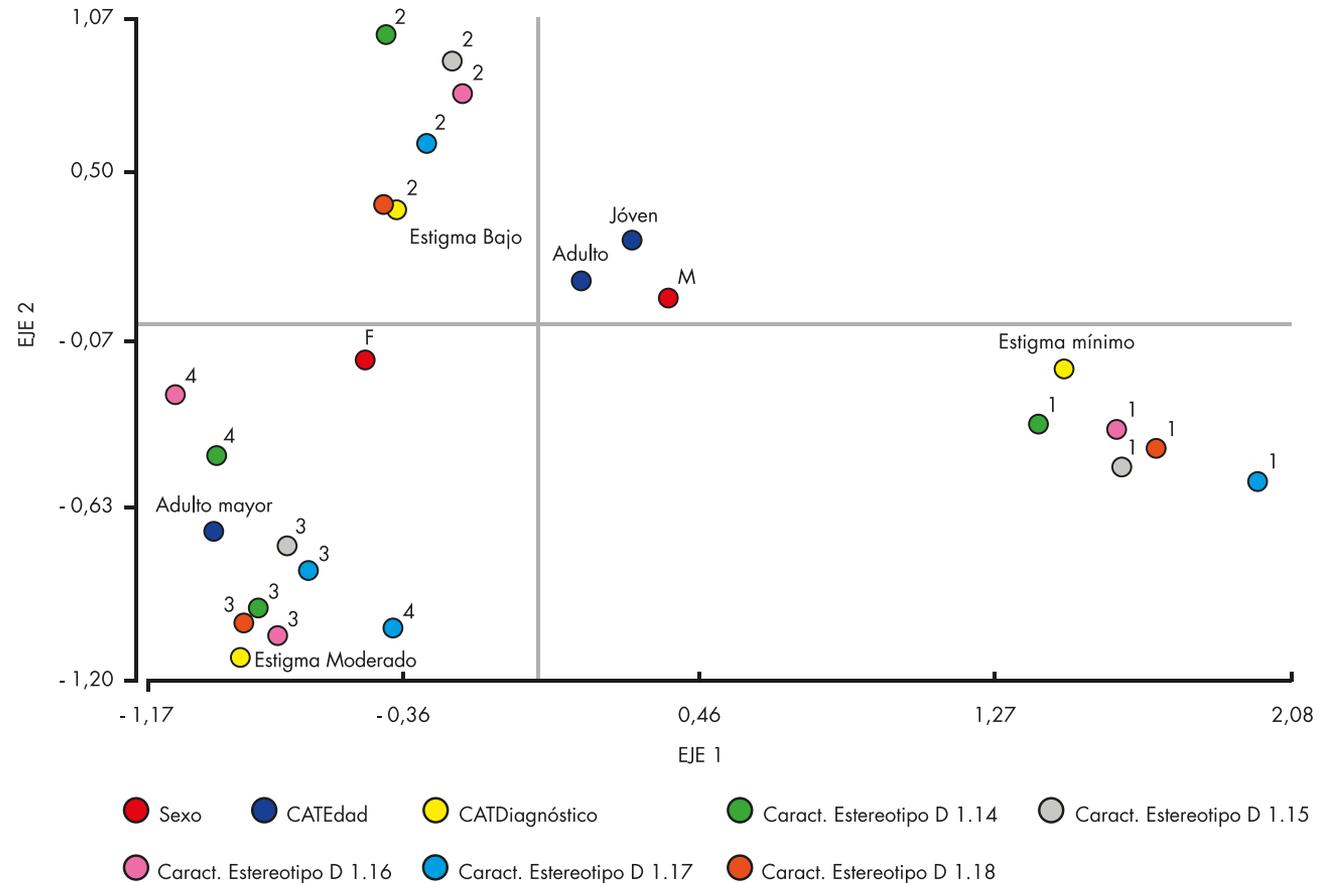


Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CATEdad joven, adulto y adulto mayor; CATDiagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En la figura 3 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría de nivel de estigma internalizado mínimo con la opción 1 (*muy en desacuerdo*) para todos los items de la escala III: Experiencia de discriminación. Tal como se refiere en el cuadrante superior derecho se agrupan la categoría de edad joven y adulto con la variable demográfica de sexo masculino. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto mayor, con la categoría diagnóstica el nivel de estigma

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

Figura 3
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala III. Experiencias de Discriminación.

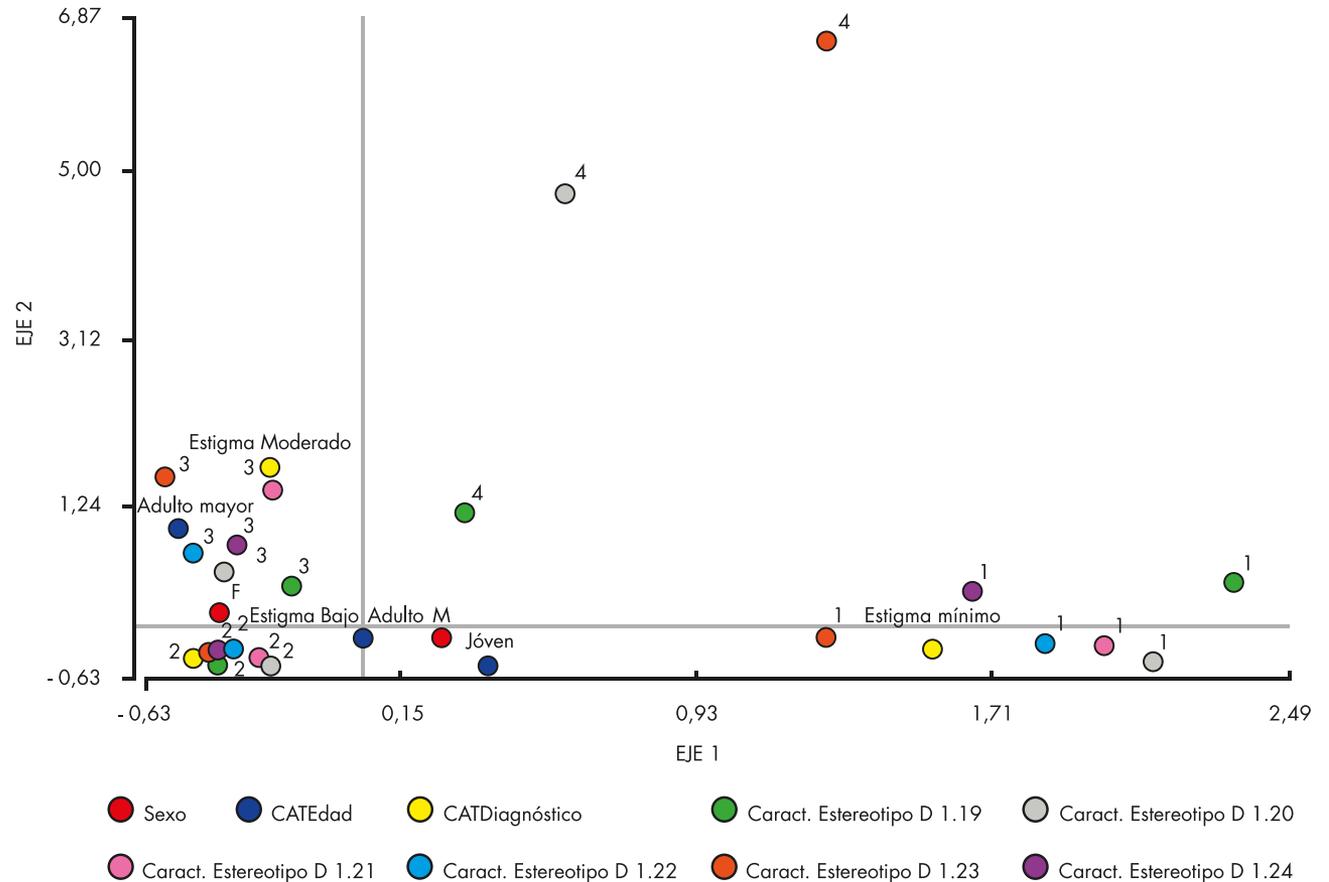


Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

En la figura 4 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento del sexo masculino, con la categoría edad adulto y la categoría edad joven con algunos de los ítems de la Escala IV. Aislamiento Social. En el cuadrante superior izquierdo se agrupan la categoría de nivel de estigma internalizado moderado, la categoría edad adulto mayor con la variable demográfica de sexo masculino. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto mayor, con la categoría diagnóstica el

nivel de estigma internalizado moderado junto con el sexo femenino las opciones 3 (*de acuerdo*) los ítems que componen la escala. Los jóvenes y adultos del sexo masculino están muy en desacuerdo con los ítems de esta escala, por lo tanto sienten que son aceptados por los demás. Las mujeres adultas presentan un nivel de estigma moderado, por lo cual sienten lo contrario. De esta forma, puede ocurrir que comiencen a tener dificultades para integrarse en actividades sociales y recreativas lo que influye de manera considerable a la hora de generar nuevos lazos sociales.

Figura 4
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala IV. Aislamiento Social.



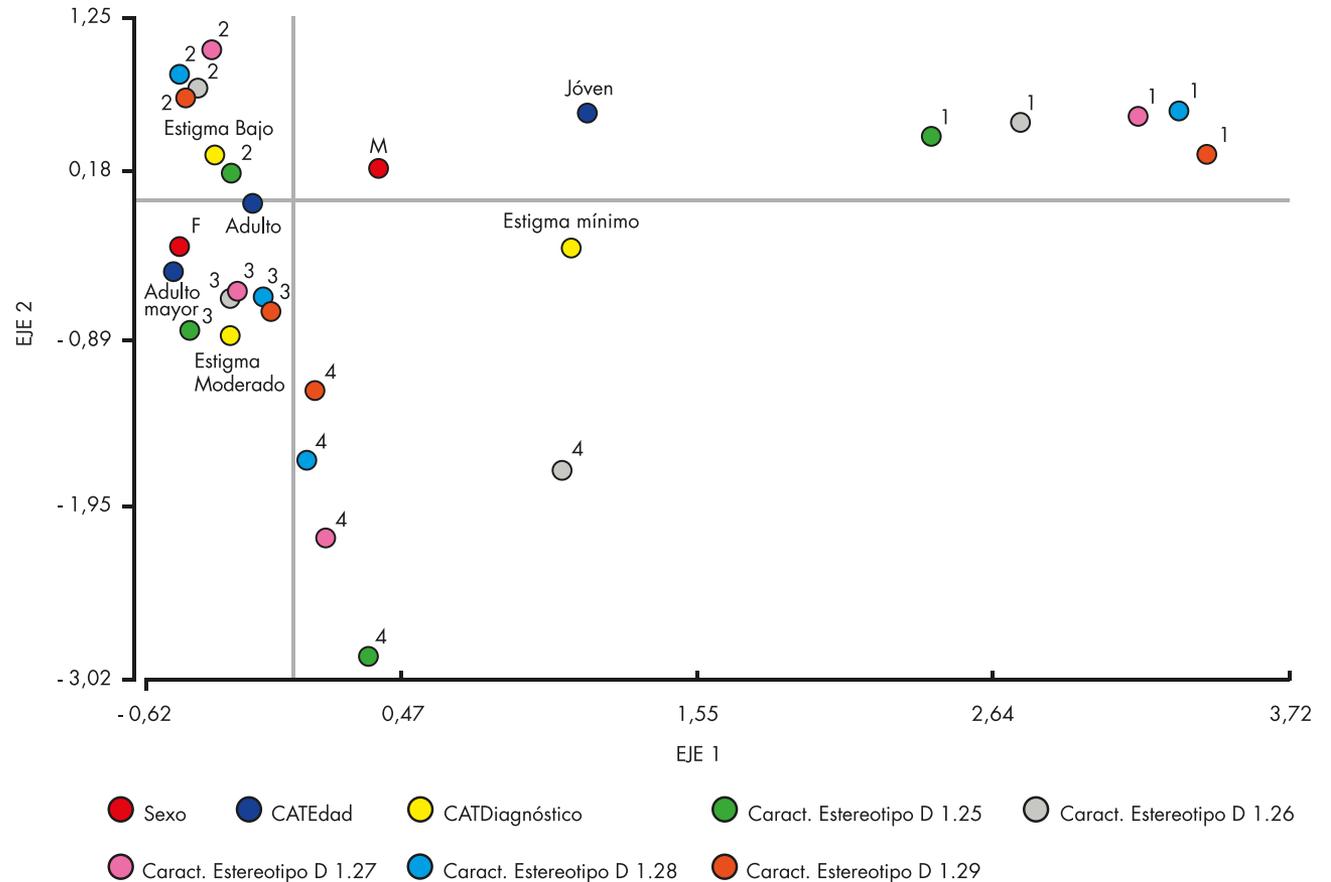
Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

La Escala V. “Resistencia al Estigma” es la única escala del instrumento que está constituida por 5 ítems positivos que tienen como objetivo la descripción de la experiencia de resistir al estigma internalizado.

En la figura 5 en el cuadrante inferior derecho puede observarse el agrupamiento de la categoría diagnóstica nivel de Estigma mínimo junto con la opción 4 (*muy de acuerdo*) para todos los ítems de la escala V. Resistencia al Estigma. En el cuadrante superior derecho se refiere al agrupamiento sexo masculino, con la categoría edad joven y la opción 1 (*muy en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala V. Resistencia al Estigma. En el cuadrante superior izquierdo se agrupan la categoría diagnós-

tica de nivel de estigma internalizado bajo, junto con la opción 2 (*en desacuerdo*) para todos los ítems de la Escala V. Resistencia al Estigma. A diferencia del anterior, en el cuadrante inferior derecho se observa el agrupamiento del sexo femenino con la categoría de edad de adulto y adulto mayor, con la categoría diagnóstica nivel de estigma internalizado moderado y la opción 3 (*de acuerdo*) para todos los ítems que componen la escala. Los jóvenes de sexo masculino presentan un mayor grado de resistencia al estigma internalizado que las mujeres adultas y adultas mayores que no presentan resistencia al estigma, ya que se sienten cómodas si las ven en público como personas que padecen un sufrimiento psíquico; por lo cual se deben implementar estrategias de lucha contra el estigma.

Figura 5
Análisis multivariado de correspondencia que representa el agrupamiento de las características demográficas de sexo y grupo de edad con el diagnóstico de Estigma Mínimo, Bajo y Moderado y cada ítem de la Escala V. Resistencia al Estigma.



Ref: Sexo M: masculino; F: femenino; CAT Edad joven, adulto y adulto mayor; CAT Diagnóstico Estigma mínimo, Estigma bajo y Estigma moderado.

Los resultados de esta investigación demostraron que existen diferencias en el nivel de estigma internalizado de acuerdo a la edad de los pacientes que participaron del estudio. Los adultos mayores presentaron un nivel de estigma internalizado moderado, mientras que los jóvenes alcanzaron un nivel de estigma internalizado mínimo. Los adultos tienen 5 veces más probabilidades de presentar estigma que los jóvenes.

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

Consideraciones finales

Nakash y Levav (2012) sostienen que el contexto social próximo de las personas con trastorno mental grave puede ser fruto de procesos de estigmatización significativos. El estigma y la discriminación interfieren en las áreas del gobierno, la sociedad, la comunidad, los servicios de salud, los servicios psiquiátricos, en la familia y tiene claramente un efecto sobre los distintos ámbitos de la vida.

Los resultados presentados anteriormente tienen importancia en la medida en que guían a los trabajado-

res de la salud en el camino de las intervenciones que deberán llevarse a cabo para disminuir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales graves. Es necesario delinear acciones que contribuyan a alcanzar la salud mental y la plena restitución de los derechos de las personas con padecimiento psíquico. También deberán proponerse el desarrollo estrategias en el manejo de los síntomas psiquiátricos de modo tal que los pacientes puedan identificarlos a tiempo y pedir ayuda, como así también garantizar el seguimiento y la continuidad del tratamiento en la comunidad.

Por otra parte, en relación a las mujeres adultas mayores que presentaron el nivel de estigma internalizado bajo, se deberán realizar programas con el objetivo de promover el empoderamiento y una mayor autoestima para alcanzar la plena autonomía personal. Se propone la creación de grupos de pares, con el objetivo de que se potencien sus capacidades para posibilitar y fomentar su integración social.

Se deben implementar políticas de salud mental que tengan como eje central la paridad, el desarrollo de servicios de bases comunitarias para trabajar en red y leyes antidiscriminatorias. El proceso de estigmatización no es solo el producto de procesos cognitivos, sino que existe y se perpetúa en un contexto de inequidad (Nakash y Levav, 2012).

Actualmente, en nuestro país la sanción de la LNSMyA da apertura a un número ilimitado de oportunidades para pensar y reconsiderar como llevar adelante los procesos de reforma en el modelo de atención. Se encuentra inspirada en un enfoque de derechos y así nos interpela acerca de las barreras que se han levantado en el alcance de los objetivos propuestos en las leyes y programas que tenían como objetivo mejorar la calidad de vida las personas con padecimiento psíquico. Así, las posibilidades de revertir y luchar contra el estigma se hallan principalmente en el logro de resultados que demuestren la viabilidad de la transformación propuesta y en la posibilidad de tener influencia en aquellos actores cuyo acuerdo y adhesión resultan claves para sostener las modificaciones llevadas adelante.¹

Referencias bibliográficas

Corrigan, P. W., Larson, J. E. y Rusch, N. (2009) *Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices*. *World Psychiatry*. 8 (2): 75-81.

Goffman, I. (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.

Ghanean, H., Nojomi M. y Jacobsson, L. (2011) *Internalized Stigma of Mental Illness in Tehran, Iran*. *Stigma Research and Action*; 1 (1):11-17. DOI 10.5463/SRA.v1i1.10.

Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). *On stigma and its public health implications*. *Lancet*. Vol. 367: 528-9. Disponible en www.stigmaconference.nih.gov/FinalLinkPaper.html.

Link, B. G., Yang, H., Phelan, J. C. y Collins P. (2004) *Measuring Mental Illness Stigma*. *Schizophrenia Bulletin*; 30 (3): 511-41.

López, M. y Laviana, M. (2007) *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuesta desde Andalucía*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., Vol. XXVII, nº 99, pp. 187-223, ISSN 0211-5735.

Disponible en <http://www.feafes.org/publicaciones/RehabilitacionapoyosocialatencioncomunitariaAndalucia.pdf>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., Rodríguez, A. y Aparicio, A. (2008) *La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., XXVIII, 101.

Macinko J., Montenegro H., Nebot Adell C., Etienne C. y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (2007). *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, Rev. Panam. Salud Pública, 21(2/3):73-84. OMS/OPS.

Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

Marcos del Cano, A. M. y Topa Cantisano, G. (2012) *Salud Mental Comunitaria*, Ciencias Sociales y Jurídicas, UNED. Madrid, España.

Nakash, O. y Levav, I. (2012) *Mental health stigma in a multicultural society: the case of Israel*. Psychology, Society, & Education, Vol.4, Nº 2, pp.: 195 -209. ISSN 1989-709X (online).

Ochoa S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Vilellas, R., Arenas, O., Alvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J, Lobo, E. y Haro, J. M. (2011) *Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 31 (111), 477-489. doi: 10.4321/S0211-57352011000300006.

Paredes Márquez, H. M., Jiménez Trejo, G. y Vázquez Estupiñan, M. F. (2012). *Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación en pacientes psiquiátricos*, Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud, 15(2):88-92.

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

West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D. y Lysaker, P. H. (2011). *Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness*, *Stigma Research and Action*, 1 (1): 3–10. doi: 10.5463/sra.v1i1.9.

Notas

¹ Se han desarrollado campañas contra el estigma a lo largo del mundo. Ejemplos de ellas son: El programa “Open the doors” de la Asociación Mundial de Psiquiatría llevado a cabo con éxito en China, Egipto, Grecia, India y otros países; el Plan Nacional “Like Minds, Like Mine” que se viene llevando a cabo en Nueva Zelanda desde el año 1997. En Canadá, la Comisión de Salud Mental se embarcó en la iniciativa Opening Minds (OM) con el objetivo de modificar las actitudes y comportamientos de la población canadiense hacia las personas con padecimiento psíquico. En nuestro país, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2013 se lanzó la campaña “Menos Estigma Suma”.