



Universidad
Zaragoza

**Estudio sobre la relación entre estigma percibido y
autoestima en personas con trastorno mental grave**
**Study on the relation between perceived stigma and self-
esteem in people with severe mental disorder**

Trabajo Fin de Grado

Alumna: Cristina González Espinosa

670183

Director: Luis Miguel Pascual Orts

Grado de Psicología

Año académico: 2016-2017



**Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel**

Universidad Zaragoza

Índice.

Resumen/Abstract.....	3
Introducción.....	4
Método.....	8
Muestra.....	8
Diseño.....	8
Variables.....	8
Instrumentos.....	8
Procedimiento.....	9
Análisis de datos.....	9
Resultados.....	10
Discusión.....	13
Referencias.....	15
Anexos.....	17
Anexo 1.....	17
Anexo 2.....	20

Resumen

Durante toda la historia el estigma ha estado presente en las personas con enfermedad mental. Actualmente, a pesar de los intentos para la disminución del estigma en este colectivo, sigue habiendo varios estereotipos, prejuicios y desconocimiento acerca de estas personas y de la enfermedad mental. El estigma puede tener varias repercusiones tanto en la evolución de la enfermedad como en la autoimagen de las personas que padecen algún trastorno mental. En esta investigación se plantea cual es la relación entre estigma percibido y autoestima en personas con trastorno mental grave. La muestra se compone de 23 personas con trastorno mental, usuarios de ASAPME Zaragoza. Estos rellenaron dos cuestionarios, la escala de estigma de King y la escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados obtenidos muestran una relación negativa entre la autoestima con la escala global de estigma y la subescala de divulgación. No se encontraron diferencias entre las puntuaciones de las escalas entre hombres y mujeres, y en cuanto a las diferencias según el tipo de diagnóstico solo se encontró diferencias entre trastorno de personalidad con trastorno bipolar y con TOC en la subescala de aspectos positivos. Esta investigación cuenta con varias limitaciones, debido al tamaño de la muestra y sus características.

Palabras clave: estigma, percibido, autoestima, trastorno, mental.

Abstract

Throughout all history the stigma has been presented in people with mental diseases. Nowadays, although they have been plenty of tries to decrease the stigma in this group, there are some stereotypes, prejudices and lack of awareness about this illness and people. The stigma can present several consequences in the evolution of the disease and as a self-image of people that suffer the illness. Along this investigation, I have thought about the relationship between the perceived stigma and the self-esteem of people with a serious mental disorder. The sample is composed by 23 people with a serious mental disease; all of them are in the ASAPME, Zaragoza. They have done two questionnaires: The King's stigma scale and the Rosenberg's self-esteem scale. Though the results we can see a negative relationship between the self-esteem and the global scale of the stigma and the subscale of divulgation. Differences between punctuations of the scales of women and men weren't found. And according to the differences between the diagnostic type, I only found differences between the personality disruption and the bipolar and with OCD in the subscale about positive aspects. This investigation has some limitations, due to the size and the characteristics of the sample.

Key words: stigma, perceived, self-esteem, disorder, mental.

Introducción

Originalmente el término estigma hacía referencia a los signos corporales que exponían algo inusual y malo acerca del estatus moral de su portador y que lo identificaban como un esclavo, criminal o traidor; una persona marcada, contaminada, que debía ser evitada, especialmente en lugares públicos (Flores, Medina, Robles, Paéz, 2012).

Actualmente, existen varios autores que han desarrollado varias definiciones para este término. Goffman (1970) define el estigma como un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios, en virtud de que éstos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite identificarlo. Para Hayward y Bright (1997) el estigma es el efecto negativo que produce esa marca o etiqueta cuando se asigna a un grupo determinado. Lo que se resalta en todas estas definiciones es que el estigma se compone de una marca o etiqueta, y que esto tiene consecuencias negativas para la persona, tanto individual como colectivamente.

Desde un punto de vista más global, según una revisión de la literatura que realiza Pedersen (2009), el estigma ha sido catalogado en algunas ocasiones como un atributo personal negativo y en otras como un producto interactivo de las relaciones sociales entre las personas. Para obtener lo que es una mejor comprensión de lo que es el estigma no se debe abordar exclusivamente desde una de estas perspectivas, sino que debe ser visto desde una combinación de ambas; por un lado, como una marca o atributo individual que vincula la persona con ciertas características indeseables o estereotipos negativos y por otro, como un producto socialmente construido por un doble proceso interpersonal, de censura (mediante la adjudicación de estereotipos) y a la vez de rechazo por el grupo o la sociedad más amplia (Pedersen, 2009).

El estigma se configura en el momento que un estereotipo o una idea preconcebida frente a un atributo o rasgo toma una connotación negativa (prejuicio) y que valida la cultura (discriminación) a los miembros del grupo con la característica estigmatizada (Campo-Arias y Herazo, 2015).

Profundizando en el concepto Thornicroft, Rose, Kassam y Sartorius (2007) destacaron que el estigma tiene tres elementos básicos, la ignorancia, el prejuicio y la discriminación. El primero se debe a una falta de conocimiento acerca del grupo estigmatizado, el prejuicio hace referencia a una problemática de actitud de la sociedad, y por último, la discriminación, hace referencia a la conducta que provoca los dos primeros.

Con respecto a cuáles son las condiciones necesarias para la creación del estigma, Pedersen (2009) plantea que el estigma es el producto resultante de varios procesos, bien

secuenciales o bien simultáneos de etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento y segregación, degradación y discriminación, que ocurren por lo general en un contexto de poder asimétrico.

El estigma alude al proceso de etiquetamiento, pérdida de estatus y discriminación del que es objeto una persona que presenta una característica del grupo social menospreciado. Entre sus principales consecuencias está el deterioro de la autoimagen, las dificultades del acceso al empleo, vivienda y relaciones sociales, y el efecto de barrera que genera en los servicios sanitarios (Grandon, Vielma, Bustos, Castro y Saldivina, 2017).

El estigma personal está compuesto, según Bengochea-Seco et al. (2016) por el autoestigma, el estigma percibido y el estigma experimentado. Todos hacen referencia a las creencias y actitudes negativas que conllevan a la etiqueta que la persona lleve consigo (tanto si es por enfermedad mental, por pertenecer a algún grupo, etnia, raza, etc.), pero el primero hace referencia a las que la persona tiene interiorizada sobre ella misma y del grupo de pertenencia. El estigma experimentado, se refiere a las vivencias concretas de rechazo, discriminación o falta de oportunidades que han sufrido, y por último, el estigma percibido, son las creencias y actitudes, normalmente negativas, que las personas creen que la sociedad tiene hacia ellos.

Específicamente en el trastorno mental, el estigma afecta de una manera global con importantes consecuencias en diferentes ámbitos, tanto en el acceso a los servicios de salud, como en el desempeño social y laboral de los afectados (Lee, 2002). Estos procesos tienen como resultado aspectos negativos en varios ámbitos de la vida de las personas estigmatizadas, ya sea en el ámbito social, político, económico y psicológico, lo que puede influir en su autoconcepto, mermando su autoestima y valía personal. Las consecuencias negativas del estigma incluyen el ostracismo y el aislamiento, la desmoralización, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos (Uribe, Lucía, Cortés, 2007).

En el estigma se asocian rasgos simples, fácilmente identificables como rasgos físicos, aspecto, conductas, etc., con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. A la enfermedad mental se asocian en el imaginario colectivo: criminalidad, accidentes de tráfico, abusos y violencia doméstica y de género, vagabundeo, etc. Sin embargo, sabemos que las personas con trastornos mentales contribuyen poco a la generación de estas lacras sociales (Castillo, Orna y Pérez, 2012).

El estigma puede ocasionar anticipación, por parte de las personas con trastorno mental, a las actitudes de la sociedad, lo que contribuye a que los pacientes decidan no relacionarse, aumentando así el aislamiento social (Bengochea-Seco, 2016). Como destacan Uribe, Lucí y Cortés (2007) la percepción del estigma da una sensación de impotencia o incapacidad y pérdida de las narrativas de enfermedad en los pacientes. Esto puede contribuir a la sintomatología negativa, como destaca Lee (2002) en los pacientes con esquizofrenia que experimentan depresión y fatiga, como consecuencia de la enfermedad, pero también puede ser una forma de expresión de la desesperanza y de las pérdidas experimentadas por los pacientes.

El estigma también interacciona en la dinámica familiar del paciente, en una investigación de Uribe, Lucía, y Cortés (2007), mostraron que las familias eran conscientes del estigma y de las implicaciones de la enfermedad del paciente, tanto para ellos como para el paciente mismo. Ahora bien, se trata de un proceso en el que hay un trabajo interno de la familia, pasando por fases de negación, frustración, duelo y aceptación de la enfermedad, durante el cual empiezan a sentir los cambios sociales que implican el diagnóstico y la enfermedad. Se vio que las familias tratan al afectado como un niño producto de las limitaciones en sus capacidades por la enfermedad, pero no se sabe si el paciente se ve más discapacitado de lo que realmente está por cómo es tratado, y como él se ve reflejado en la familia, es decir, si el rol protector de la familia ayuda a la visión que se tiene del paciente como peligroso e impredecible. Ante el diagnóstico se observa un cambio en la identidad del paciente. La identidad nueva refleja una pérdida de control en la propia vida y una detención de los proyectos vitales, al igual que una pérdida de autonomía. Hay un proceso paralelo en el cambio de la identidad producto de la experiencia propia y el impacto de las interacciones sociales, donde propiamente se ve el estigma (Uribe, Lucía y Cortés, 2007).

A la hora del tratamiento de los trastornos mentales, el estigma tiene un importante papel, ya que el estigma psiquiátrico ejerce gran influencia sobre el curso del tratamiento, normalmente, dicha influencia es negativa, ya que dificulta que las personas con trastornos mentales busquen ayuda terapéutica, y que si empiezan con el tratamiento, tenga una mala adhesión a este, lo que dificulta su rehabilitación.

En un estudio que realizaron Sirey, et al. (2001) observaron una asociación entre estigma y la negación de la enfermedad con la no adherencia al tratamiento entre una muestra de personas con esquizofrenia.

El estigma personal produce un grave impacto sobre la vida de las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave, ya que se relaciona con pérdida de autoestima,

depresión, aumento de la gravedad de los síntomas psicóticos, mala adherencia al tratamiento psicofarmacológico, peor funcionamiento social y laboral y peor calidad de vida (Bengochea-Seco et al., 2016)

El estigma puede ser uno de los mayores obstáculos para la recuperación de las personas con trastorno mental, dado que las consecuencias del autoestigma generan una pérdida de autoestima y autoeficacia que repercute en la interacción con los otros (Garay, Paura y Perez, 2014). En un estudio de Muñoz, Pérez-Sants, Crespo y Guillén (2009) en la comunidad de Madrid concluyeron que el aislamiento y el ocultamiento de la enfermedad se utilizan como estrategias ante el posible rechazo.

King et al. (2007) en el desarrollo de la escala de estigma percibido de enfermedad mental relacionaron este con la autoestima para su validación concurrente, y los resultados fueron una correlación negativa con el núcleo de la escala global de estigma y sus subescalas.

Como han indicado varias investigaciones la autoestima tiene un gran efecto positivo en las personas, hace que se sientan bien consigo mismas, su vida y con su futuro, pero también influye en el contexto personal, así como en su trabajo, autonomía, resolución de problemas, autenticidad, y con las relaciones interpersonales. Por otro lado, una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alienación (Rosenberg & Owens, 2001).

En un estudio transversal de Vass et al. (2015) los resultados mostraron que la autoestima solo influía con el estigma percibido sobre los síntomas de retracción social y apatía pasiva medidos por el cuestionario de síntomas positivos y negativos PANSS.

La autoestima es la percepción evaluativa de nosotros mismos, una autoestima positiva constituye un requisito básico para la estabilidad emocional y la salud mental del ser humano (Martínez, Moya, Sierra y Parera, 2016)

La autoestima también interactúa positivamente a la hora de afrontar una situación estresante, ya que actúa como almacenamiento de sentimientos positivos (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003). Una de estas situaciones estresantes puede ser a la hora de recibir el diagnóstico de una enfermedad mental, en la cual, la persona puede tener dificultades para aceptar la enfermedad, así como para manejarse con la nueva situación vital. En consonancia con otros estudios, un nivel alto de autoestima se relacionaría con una población con mejor salud mental, en tanto que niveles bajos se asociaron con una población con trastornos mentales (Mruk, 2006) por ello, es importante tener en cuenta la autoestima de las personas con trastorno mental, para una mejor recuperación y bienestar

Para esta investigación se plantea cual es la relación entre estigma percibido y autoestima en personas con trastorno mental grave.

Método

Muestra

La muestra está compuesta por 23 usuarios de la Asociación Aragonesa Pro-Salud Mental (ASAPME) de Zaragoza, todos ellos diagnosticados de trastorno mental grave, siendo 9 de esquizofrenia (39,1%), 6 de trastorno bipolar (26,09%), 6 de trastorno de la personalidad (26,09%) y 2 de Trastorno obsesivo compulsivo (8,7%). Está compuesta por 9 mujeres (39,1%) y 14 hombres (60,9%), con una media de edad de 49,52 (dt. 10,11). La media de años de evolución del trastorno mental de los sujetos es de 28,43 (dt. 10,7). Actualmente todos los sujetos se encuentran sin trabajo y residen en Zaragoza.

Diseño.

Este estudio se basa en un diseño no experimental o correlacional, ya que no existe manipulación de las variables ni ha habido aleatorización de los sujetos.

Variables

Las variables del estudio son:

El estigma percibido, se compone de las creencias y actitudes que las personas con trastorno mental creen que la sociedad tiene hacia ellos (Bengochea-Seco et al., 2016).

La autoestima entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo (Rosenberg, 1965).

Sexo, teniendo en cuenta si los sujetos son hombres o mujeres.

Tipo de trastorno mental, dentro de este grupo, se ha clasificado a la muestra dentro de padecer esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

Instrumentos.

Escala de Estigma de King et al. (KSS; King et al., 2007). Para realizar el estudio se utiliza la versión traducida por Flores, Medina y Robles (2011) de la Escala de Estigma de King et al. (2007), aunque se adaptó el lenguaje de algunos ítems (ítems 1, 2, 3, 18) con base en la escala original, ya que la versión traducida tenía alguna expresiones del habla español latino que no se usan en el castellano. Esta escala mide el estigma percibido de las personas con trastorno mental, se compone de un cuestionario de 28 ítems de tipo Likert que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo (ver anexo 1). Cada ítem se califica del 0 al 4, en el sentido de mayor estigma. Además esta escala cuenta con tres subescalas, estas son la subescala de discriminación, se refiere a las respuestas negativas de otras personas; la

subescala de divulgación, que se refiere a la forma en que las personas tratan con los demás su salud mental, y por último la escala de aspectos positivos, que hace referencia a la aceptación de su enfermedad. El resultado de la escala indica que a mayor puntuación total, mayor es el estigma internalizado del paciente.

En cuanto a la fiabilidad tanto la escala original como la traducida poseen una alta fiabilidad con un alfa de Cronbach de .87 en ambas. Aunque en las puntuaciones de las distintas subescalas se diferencian, siendo en la escala original la subescala de discriminación de .87, de divulgación de .85 y de aspectos positivos .64, y en la traducida las puntuaciones son de .83, .76 y .60 respectivamente. Por ello esta escala cuenta con una fiabilidad aceptable, menos en la subescala de aspectos positivos, que la puntuación es más baja.

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965) Esta escala al igual que la anterior es también tipo Likert de 4 puntos, que van de (4) muy acuerdo a (1) muy en desacuerdo. Consta de 10 ítems, cinco de ellos enunciados de forma positiva y los otros cinco de forma negativa, con el fin de evitar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. La escala ha sido traducida y validada en castellano con una consistencia interna entre .76 y .87 y una fiabilidad de .80 (Anexo 2).

Procedimiento

Aprovechando las diferentes actividades que se llevan a cabo en el centro de día ASAPME se realizaron los cuestionarios al principio de la actividad, a todos se les proporcionó los cuestionarios más dos hojas del consentimiento informado (una para la investigadora, y otra para que se la quedaran ellos, en el caso de que participaran). Se les informó del objetivo y contenido del estudio, así como se solicitó su colaboración. Los cuestionarios se realizaron de forma autónoma, aunque se resolvieron algunas dudas de algún ítem. Todos los participantes colaboraron de forma voluntaria.

Análisis de datos

Para todo el proceso de análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS statistics versión 22.

Se realizó una correlación de Pearson entre la puntuación total de las escala de estigma, sus subescalas y la puntuación total de la escala de autoestima. Para las diferencias de las distintas escalas y subescalas entre sexos se realizó una prueba T de student, también se hicieron correlaciones entre las distintas subescalas de estigma y la escala de autoestima, y por último, se utilizó ANOVA para las diferencias entre diagnósticos de las diferentes puntuaciones.

Resultados

Participaron un total de 23 pacientes con trastorno mental grave, pero 4 no fueron válidos para el estudio por no rellenar la totalidad de los cuestionarios (17,4%).

En primer lugar describiremos los resultados obtenidos en los dos instrumentos. La media y la desviación típica de las dos escalas y sus subescalas se muestran en la Tabla 1. Dentro de la escala de autoestima 9 sujetos reflejaron una autoestima baja (39,1%), 3 autoestima media (13%), y 7 autoestima alta (30,4%).

Tabla 1.

Media y desviación típica de las escalas utilizadas.

Escalas	Media	Desviación típica
Total estigma	52.16	16.56
Estigma discriminación	26.37	10.57
Estigma divulgación	18.16	6.38
Estigma aspectos positivos	7.63	3.40
Autoestima	27.89	6.30

En segundo lugar se comparó las puntuaciones, tanto de estigma como de autoestima, de ambos sexos. Para obtener las diferencias de sexo se realizó una prueba *t* de student de muestras independientes. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) entre las puntuaciones de hombres y mujeres para ninguna de las dos escalas ni las subescalas, en la Tabla 2 se muestran la media y la desviación típica tanto de hombres y mujeres de los distintos cuestionarios diferenciados, así como los resultados de la prueba *t* de student.

Tabla 2.

Resultados de la prueba t de student la variable sexo y las distintas escalas.

Grupos	Hombres	Mujeres	<i>t</i>	P
Estigma Total	57.22 (dt.17.15)	47.60 (dt. 15.43)	-1.29	.972
Estigma discriminación	29.67 (dt. 10.37)	23.40 (dt. 10.36)	-1.32	.897
Estigma divulgación	19.60 (dt. 6.02)	16.80 (dt. 6.69)	-.977	.972
Estigma aspectos positivos	7.89 (dt. 4.51)	7.40 (dt. 2.22)	-.305	.088
Autoestima	21.11 (dt. 6.64)	28.60 (dt. 6.24)	.504	.821

En tercer lugar, se realizó una correlación de Pearson con el fin de comprobar la relación de la escala de estigma y autoestima, así como de las distintas subescalas entre sí, y con la escala global de estigma y la de autoestima. Los resultados están reflejados en la Tabla 3, los resultados muestran una relación negativa entre estigma percibido y autoestima, más específicamente con la subescala de divulgación y la puntuación global de estigma. Otra correlación observada en los resultados, en este caso positiva, es la de la puntuación total de la escala de estigma y todas sus subescalas. Además, también se observa una correlación estadísticamente significativa entre las subescalas de la escala de estigma, aunque solo entre la subescala de discriminación y la de divulgación, en cuanto a la subescala de aspectos positivos no se observa relación estadísticamente significativa entre ninguna de las subescalas del cuestionario de estigma, solamente con la puntuación global.

Tabla 3.
Resultados de la correlación de Pearson entre las escalas.

Grupos	E. discriminación	E. divulgación	E. aspectos positivos	Estigma total	Autoestima
Estigma discriminación					
Estigma divulgación	.564*				
Estigma aspectos positivos	.379	.154			
Estigma Total	.934**	.777**	.507*		
Autoestima	-.452	-.692**	-.375	-.632**	

* La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral)

A continuación, con el fin de comprobar las diferencias de puntuaciones entre los grupos diagnósticos (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad y trastorno obsesivo compulsivo) se realizó el estadístico de comparación de medias univariable ANOVA. Los resultados se muestran en la Tabla 4. En los resultados solo se observan diferencias estadísticamente significativas entre la variable de diagnóstico en la subescala de aspectos positivos. Se observa que el grupo con trastorno obsesivo compulsivo tienen una mayor puntuación, y que las personas con trastorno de la personalidad tienen una puntuación media más baja que el resto de los grupos diagnósticos.

Tabla 4.
ANOVA de las escalas según el diagnóstico de los sujetos.

Grupos	Esquizofrenia	T. bipolar	T. personalidad	TOC	F	P
Estigma total	27.86 (dt. 4.15)	27.5 (dt. 4.48)	29.33 (dt. 6.34)	25.5 (dt. 7.76)	.604	.623
Estigma discriminación	26.14 (dt. 8.73)	26.17 (dt. 4.05)	24.67 (dt. 8.54)	36 (dt. 2.12)	.519	.676
Estigma divulgación	19.43 (dt. 1.9)	18 (dt.3.35)	17 (dt. 3.05)	18.5 (dt. 1.41)	.096	.961
Estigma aspectos positivos	7.43 (dt. 1.01)	9 (dt. 1.08)	2.67 (dt. 1.53)	11 (dt. 1.87)	5.12 6	.013*
Autoestima	27.86 (dt. 6.39)	27.5 (dt. 8.1)	29.33 (dt. 7.09)	25.5 (dt. 3.54)	.123	.945

*Las puntuaciones difieren a un nivel significativo de .05

Para comprobar en detalle qué tipo de diferencias que existen entre los distintos grupos diagnósticos con las distintas puntuaciones se realizó la prueba post-hoc de Bonferroni, que se muestra en la Tabla 5. Los resultados coinciden con los resultados de la prueba ANOVA anteriormente realizado, ya que solo muestra diferencias estadísticamente significativas entre algunos de los grupos diagnósticos en la subescala de aspectos positivos, (la cual hace referencia a las actitudes positivas que han desarrollado gracias a la enfermedad), en concreto se muestran diferencias estadísticamente significativas, por un lado entre los grupos de trastorno bipolar y trastorno de la personalidad, teniendo el grupo de personas con trastorno bipolar 6.33 puntos más en su media respecto a la media del grupo de trastorno de la personalidad, y por otro lado, entre el grupo de trastorno de la personalidad y el grupo de trastorno obsesivo compulsivo siendo la media de este último 8.33 puntos mayor que la del grupo de personas con trastorno de la personalidad. En esta subescala con el grupo de esquizofrenia no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los grupos. En el resto de las escalas y subescalas no se observa ninguna diferencia significativamente estadísticas ($P > .05$) entre ninguno de los grupos diagnósticos.

Tabla 5

Prueba de Bonferroni entre los grupos diagnósticos y las puntuaciones de las escalas.

Escala	Grupos	Esquizofrenia	Trastorno bipolar	Trastorno de personalidad	TOC
Estigma total	Esquizofrenia				
	T. bipolar	-.17			
	T. personalidad	8.67	8.83		
	TOC	-12.50	-12.33	-21.17	
Estigma discriminación	Esquizofrenia				
	T. bipolar	-.02			
	T. personalidad	1.48	1.50		
	TOC	-9.86	-9.83	-11.33	
Estigma divulgación	Esquizofrenia				
	T. bipolar	1.43			
	T. personalidad	2.43	1		
	TOC	.93	-.50	-1.50	
Estigma aspectos positivos	Esquizofrenia				
	T. bipolar	-1.57			
	T. personalidad	4.76	6.33*		
	TOC	-3.51	-2	-8.33*	
Autoestima	esquizofrenia		.		
	T. bipolar	.36			
	T. personalidad	-1.48	-1.83		
	TOC	2.36	2	3.83	

*Las puntuaciones difieren a un nivel significativo de .05

Discusión

Alguno de los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con los obtenidos en los diferentes estudios en los que se han relacionado estigma y autoestima (King et al., 2007; Vass et al., 2015), ya que los resultados sí que muestran una relación negativa entre la escala global de estigma percibido y la autoestima, con lo que aportan más evidencias para relacionar estas dos dimensiones. En contra de los resultados de estos estudios que muestran una relación de la autoestima con la totalidad de la escala de estigma así como con sus subescalas, en los resultados del presente estudio solo se muestra relación con la subescala de divulgación, además de con la escala global. Por otra parte, en cuanto a la relación entre las subescalas de estigma, en el estudio de King et al. (2017) se encontraron correlaciones significativas entre el total de la escala y todas las subescalas, así como entre las distintas subescalas menos entre la de aspectos positivos y la de divulgación, en este estudio también se correlacionaron todas las subescalas con la escala global de estigma, pero

entre las diferentes subescalas solo se encuentra correlación entre la subescala de discriminación y la de divulgación, quedando aparte la subescala de aspectos positivos que no se correlaciona con ninguna de las otras subescalas. La menor correlación de la subescala de aspectos positivos con otras partes de la escala sugiere que las personas que creen que son más empáticos a causa de su enfermedad pueden ser menos afectados por el estigma. (King et al., 2011)

En cuanto a las diferencias encontradas tanto del estigma como de la autoestima de los diferentes tipos de diagnóstico, a pesar de considerarse a la esquizofrenia una de las enfermedades mentales más estigmatizadas (Ochoa et al. 2011) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre sus puntuaciones y con las del resto de los grupos según diagnóstico. Sin embargo, se encontraron diferencias entre las medias de la subescala de aspectos cognitivos de la escala de estigma entre los pacientes con trastorno de personalidad, por un lado con los pacientes con trastorno bipolar, y por otro, con los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. El grupo de personas con trastorno de personalidad fueron el grupo con menor puntuación en esta escala, no podemos determinar si esta diferencia es debida a que este tipo de trastornos esta menos estigmatizado, o es a causa del propio trastorno, o alguna otra variable.

En cuanto a las puntuaciones de la escala de estigma, las medias que muestran los resultados de esta investigación, muestran medias más bajas que en el artículo de King et al. (2011), estas fueron para la escala global de 62.6, para la subescala de discriminación de 29.1; para la de divulgación de 24.7; y la de aspectos positivos de 8.8.

Por último, esta investigación cuenta con varias limitaciones, ya que la validez interna se ha visto afectada por la pérdida de sujetos (4 de los 23 participantes no contestaron a la totalidad de las escalas), así como el tamaño de la muestra, ya que es demasiado pequeña para ser representativa de la población con trastorno mental. También destacar que todos los participantes de la muestra eran usuarios del centro de día ASAPME, donde realizan actividades con el fin de la rehabilitación psico-social, y uno de los objetivos que tienen el centro es la disminución del estigma, así como lograr una evolución favorable de los pacientes, con lo que un aspecto de los que trabajan con ellos es la autoestima.

En conclusión, ante los resultados obtenidos en el presente estudio, se mantiene la idea de que existe una relación entre el estigma (en este caso el percibido) y la autoestima. Y que la magnitud de estos constructos no se ve afectado ni por el sexo ni por el tipo de diagnóstico que tenga la persona, exceptuando los aspectos positivos derivados del desarrollo del trastorno, donde si hay diferencia entre los diagnósticos de trastorno de personalidad,

trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo. Es importante destacar que lo medido en este estudio es el estigma percibido, y que esto no muestra el estigma que pueda haber en la sociedad, sino el estigma que los pacientes advierten de la sociedad.

Referencias

- Aragonés, E., López-Muntaner, J., Ceruelo, S. y Basora, J. (2014). Reinforcing stigmatization: Coverage of mental illness in Spanish newspapers. *J Health Commun*, 19, 1248-1258.
- Arnaiz, A. y Uriarte, J.J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59.
- Bengochea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Santos-Zorrozúa, B. y Gil-Sanz, D. (2016). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Campo-Arias, A. y Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental con factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44, 243-250.
- Castillo, M., Orna, L. y Pérez, J.A. (2012). Una visita contra el estigma y por la prevención en un centro de tratamiento para trastorno mental grave. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 17, 281-2294.
- Crocker, J. y Major, B. (2003). The self-Protective Properties of Stigma: Evolution of a Modern Classic. *Psychological Inquiry*, 14, 232-237.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich, S., King, M. (2004). Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181.
- Flores, S., Medina, R., Robles, R. y Páez, F. (2012). Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 11, 82-89.
- 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, 33-339.
- Garay, M., Pousa, V. y Pérez, L. (2014). La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las

- personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 459-475.
- Grandon, P., Velma, A., Bustos, C., Castro, E. Saldivia, s. (2017). Evaluación del estigma hacia las personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passeti, F., Weich, S. y Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 190, 248-254.
- Mora-Ríos, J., Bautista-Aguilar, N., Natera, G. y Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 36, 9-18.
- Pedersen, D. (2009). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55, 39-50.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villelas, R., ... Haro, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31, 477-489.
- Uribe, M., Lucía, O. y Cortés, A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universits Médica*, 48, 207-219.
- Vass, V., Morrison, A.P., Law, H., Dudley, J. Taylor, P., Bernnett, K.M. y Bentall, R.P. (2015). How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Research*, 230, 487-495.
- Vázquez, J., García-Bóveda, J. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.

Anexos

Anexo 1.

Escala de Estigma de King et al.

	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, fp, universidad), debido a mis problemas de salud mental.					
2. En algunas ocasiones siento que me menosprecian 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 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 para mis problemas de salud mental.					
17. Las reacciones de la gente					

hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mí mismo.					
18. Estoy molesto 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.					

Anexo 2.

Escala de Autoestima de Rosenberg.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				