

Patricia Cordero Andrés ¹, María Victoria López Sánchez ², Nerea Gómez Carazo ², María del Carmen Flor Gómez ³

¹ Psicóloga Clínica. H. U. Marqués de Valdecilla, Santander ² Residente de Psicología Clínica. H. U. Marqués de Valdecilla, Santander ³ Enfermera especialista en Salud Mental, H. U. Marqués de Valdecilla, Santander

INTRODUCCIÓN

El estigma se define como la co-ocurrencia de etiquetado, estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación [1]. El estigma público se refiere a estereotipos existentes en la población general que se manifiestan mediante la discriminación de personas con trastorno mental. En cambio, el estigma personal implica la internalización de vivencias de discriminación e incluye tres aspectos [2]: identificación con una visión estereotipada del trastorno mental (estigma interiorizado o auto-estigma), creencia de las personas sobre las actitudes de la población hacia su condición como miembros de un grupo potencialmente estigmatizado (estigma percibido), y vivencias de rechazo, discriminación o falta de oportunidades (estigma experimentado).

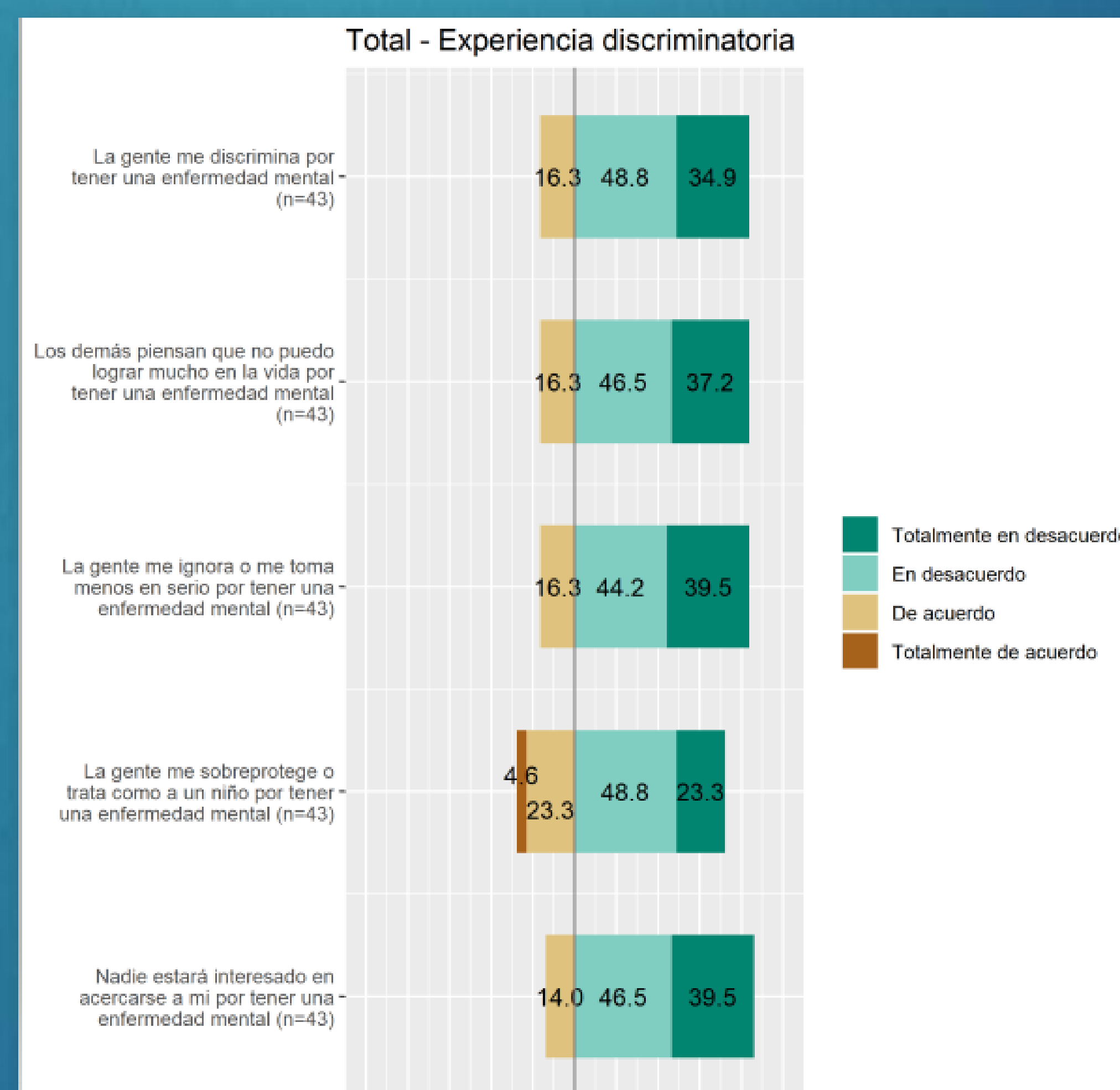
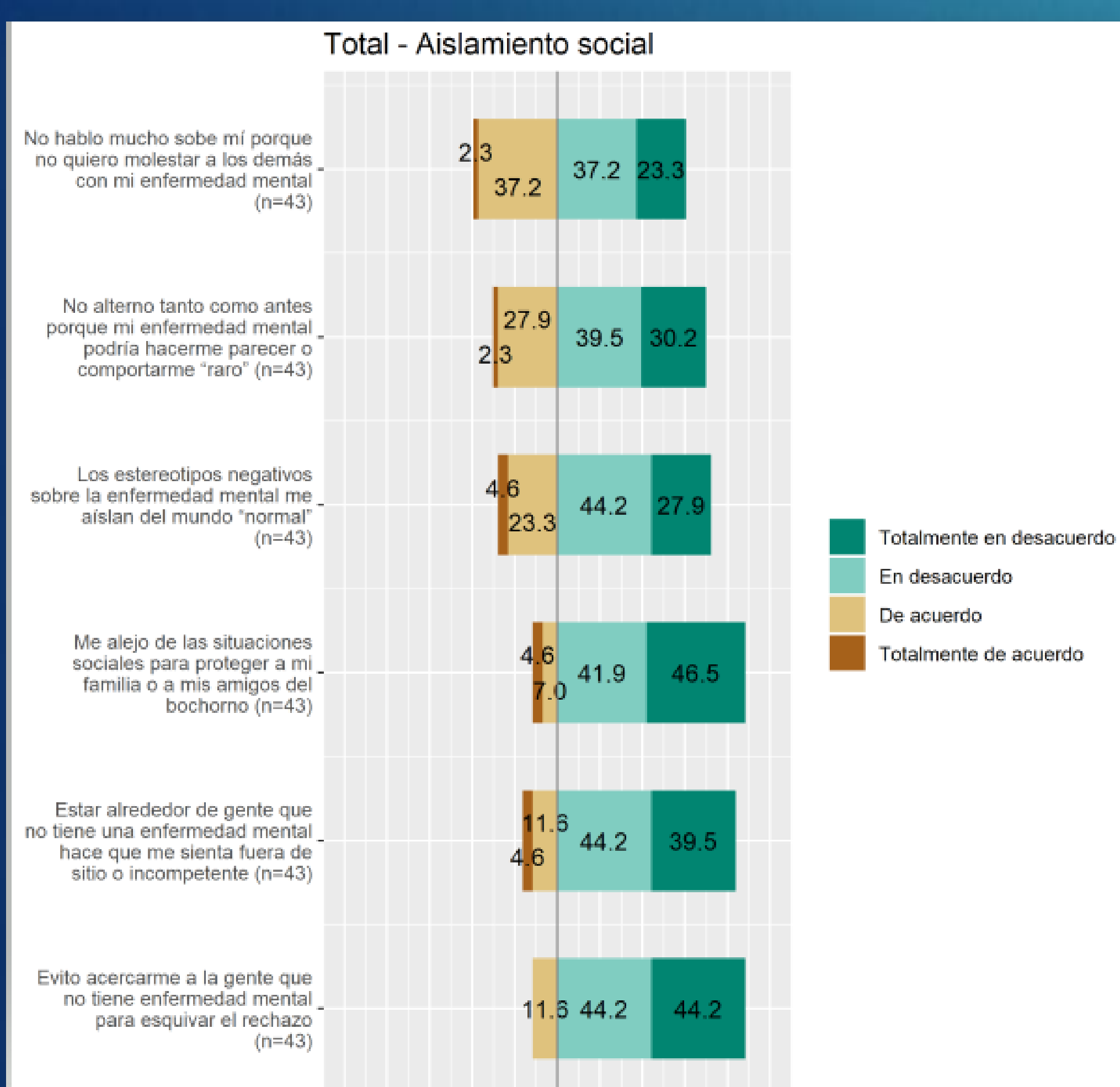
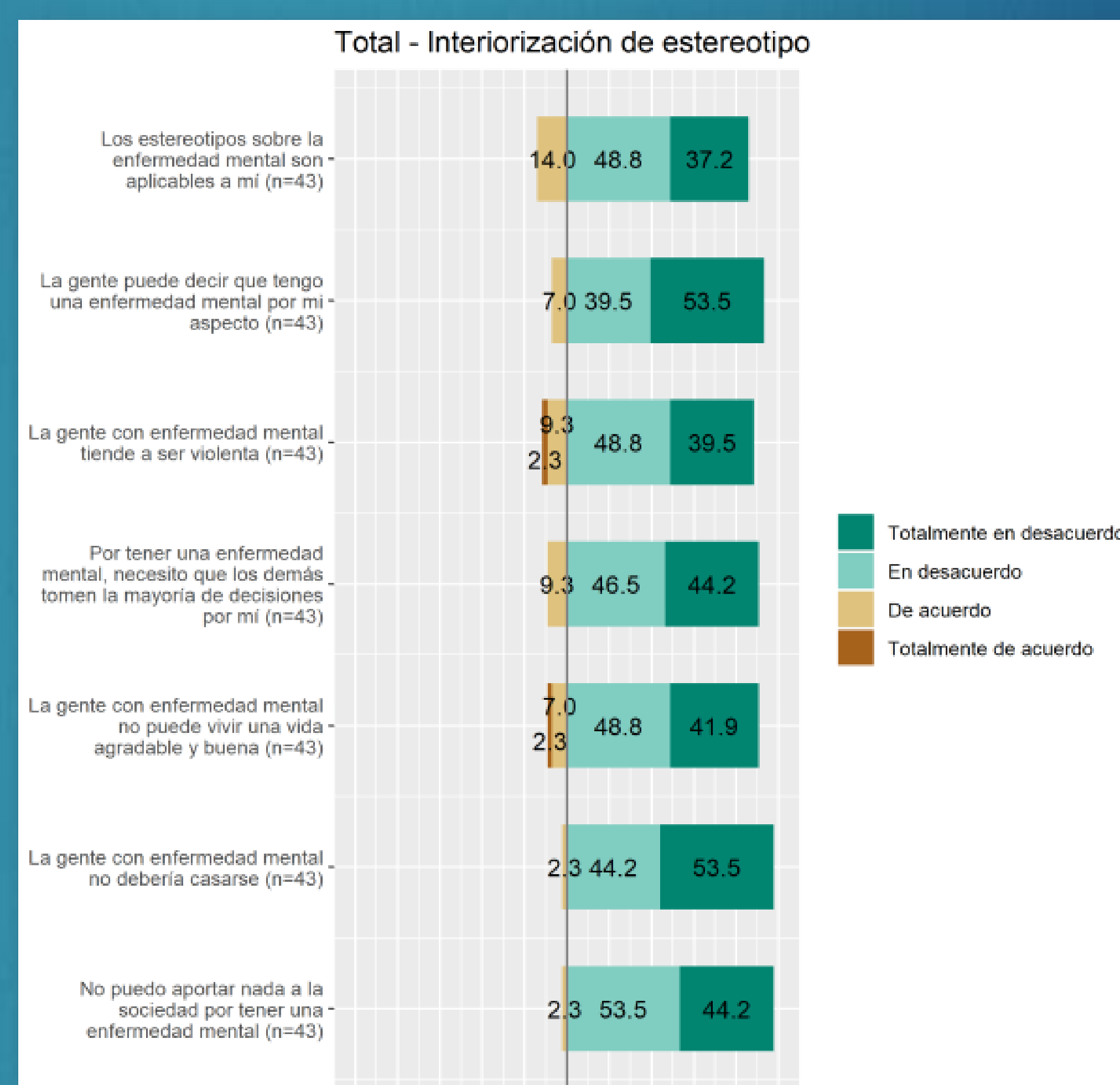
El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo del estigma personal en una muestra de personas con diagnóstico de primer episodio de psicosis.

MÉTODO

El programa de Intervención Temprana en Psicosis (ITPCan) ofrece tratamiento integral a personas con primer episodio de psicosis, con edades comprendidas entre 18-65 años, en el área sanitaria de Santander. El protocolo de evaluación incluye la recogida de información sociodemográfica, clínica, cognitiva, social y variables de respuesta psicológica (incluyen creencias personales sobre la psicosis y estigma).

Se realiza un muestreo consecutivo de 43 pacientes que completan la Escala de Estigma Interiorizado de Enfermedad Mental (ISMI) a los 3 meses del inicio del tratamiento. ISMI es un autoinforme de 29 ítems, con escala Likert según grado de acuerdo, agrupados en cinco subescalas: Alienación, Interiorización de estereotipos, Aislamiento social, Experiencias de discriminación y Resistencia al estigma. Las subescalas se corresponden con el estigma interiorizado (alienación e interiorización de estereotipos), estigma percibido (aislamiento social) y estigma experimentado (experiencias de discriminación).

RESULTADOS



Los resultados muestran que el mayor porcentaje de acuerdo se encuentra en las subescalas de Alienación (implica estigma interiorizado) y Aislamiento social (conlleva estigma percibido). Respecto a la subescala de Alienación, más de un 30% de la muestra está de acuerdo con la pérdida de proyecto vital tras el inicio de la psicosis así como ideas de decepción y vergüenza, y casi un 50% anticipa dificultades para ser comprendido por otras personas que no hayan experimentado un episodio de psicosis. En cuanto a la subescala de Aislamiento social, el 30% de la muestra considera que los estereotipos sobre los trastornos mentales interfieren en las posibilidades para establecer relaciones sociales y más del 30% reconoce reducción de las relaciones interpersonales tras haber experimentado un episodio de psicosis, estando condicionado este aislamiento social por el temor a mostrar un comportamiento que pueda confirmar los estereotipos presentes en la sociedad.

Por otro lado, se encuentran porcentajes menores de acuerdo con afirmaciones relacionadas con experiencias de discriminación, siendo lo más frecuente la vivencia de sobreprotección por parte de su entorno.

Por último, destacar que el porcentaje de desacuerdo es significativo en los ítems de la subescala de Interiorización de Estereotipos, rechazando algunas de las ideas en torno a los trastornos mentales que existen en la sociedad.

CONCLUSIONES

El estigma personal se relaciona con vivencias de pérdida de estatus y rol social asociadas al inicio de la psicosis. Además, se rechaza la internalización de una visión estigmatizadora del trastorno mental, pero los estereotipos condicionan las relaciones interpersonales con tendencia al aislamiento social por parte de las personas que reciben un diagnóstico de primer episodio de psicosis. Estos resultados son congruentes con estudios que inciden en las implicaciones del diagnóstico de psicosis y su relación con síntomas ansioso-depresivos como comorbilidad frecuente [3]. El estigma se ha asociado con el descenso en expectativa de auto-eficacia con importante repercusión a nivel conductual, considerándose un factor de potencial interferencia en la búsqueda de tratamiento y adherencia al mismo, desarrollo de redes sociales o búsqueda de oportunidades de empleo. Las importantes implicaciones señaladas invitan a incluir el estigma como un aspecto relevante en la evaluación de personas que experimentan un primer episodio de psicosis así como la planificación de intervenciones que aborden el estigma y sus consecuencias en el plano emocional y conductual.

[1]. Link, B.G. y Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
 [2]. Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. y Correl, C.U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: A systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12, 155-164.
 [3]. Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. y Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45 5, 1025-37.