

(07)

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, EN DIFERENTES CONTEXTOS DE VIDA

Autor: Joaquín Moreno Fernández
Máster en rehabilitación psicosocial.
Datos de contacto: joaquinmorenofdz@gmail.com

Autor: Micaela Moro Ipola
Universitat Jaume I de Castellón.
Datos de contacto: moro@uji.es



Prevent recurrence - Harboer
Wassse
Killick
Relationship of corporate
Release act
- Level 3
- Level 4
Escape Point
T/O

Resumen

El estigma internalizado constituye una de las principales barreras para la integración y recuperación de las personas con trastorno mental grave. En este trabajo se compararon los niveles de autoestigma en función del contexto de vida, diferenciando a personas que viven en mayor autonomía y otras dependientes de instituciones residenciales. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y transversal con un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 77 participantes con diagnóstico de trastorno mental grave. El grupo comunitario, más autónomo, contó con 53 participantes y el grupo institucional con 24. Para la recogida de datos se utilizó la escala ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness*), validada en español, se administró de manera autoadministrada y registrada mediante la plataforma Qualtrics. **Resultados:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, con puntuaciones totales de la escala más elevada en el grupo residencial y, especialmente en las subescalas de Alineación, Estereotipos y Discriminación percibida. La dimensión Resistencia al estigma no presentó diferencias estadísticas. **Conclusión:** Estos hallazgos sugieren que los entornos residenciales influyen en la vivencia del estigma internalizado y resalta la importancia de adaptar estrategias de rehabilitación psicosocial y promover modelos comunitarios inclusivos. En conclusión, en la lucha contra el estigma deben considerarse políticas y programas de salud que impulsen la autonomía, la participación y la calidad de vida de las personas con enfermedad mental grave.

Palabras clave:

estigma internalizado; trastorno mental grave; ISMI; institucionalización; rehabilitación psicosocial.

Abstract

Internalised stigma is one of the main barriers to the integration and recovery of people with severe mental health conditions. This study compared levels of self-stigma according to living context, distinguishing between individuals living with greater autonomy and those in residential institutions. **Material and methods:** A descriptive, observational and cross-sectional study with a quantitative approach was conducted. The sample consisted of 77 participants diagnosed with severe mental illness, of whom 53 belonged to the more autonomous community group and 24 to the institutionalized group. Data were collected using the Spanish-language version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale, which was administered in a self-report and guided format via the Qualtrics platform. **Results:** Statistically significant differences were found between the groups, with higher scale scores observed in the residential group, particularly in the Alienation, Stereotypes, and Perceived discrimination subscales. The Stigma-resistance dimension did not show statistical significance. **Conclusion:** These findings suggest that residential environments influence the experience of internalised stigma, highlighting the importance of adapting psychosocial rehabilitation strategies and promoting inclusive, community-based models. Therefore, combatting stigma must be incorporated into health policies and programmes that foster autonomy, participation and quality of life for individuals with severe mental health conditions.

Keywords:

internalized stigma; severe mental illness; ISMI; institutionalization; psychosocial rehabilitation.

Introducción

El estigma vinculado a los trastornos mentales continúa siendo una de las principales barreras para la recuperación, integración social, acceso a servicios de calidad y al acceso al trabajo para las personas con trastorno mental grave (TMG). Según la Organización Mundial de la Salud, en 2022 (1), abordar el estigma debe ser una prioridad estratégica en la transformación de los sistemas de salud mental a nivel global.

Más allá de los síntomas clínicos, las personas con enfermedad mental grave deben hacer frente a un proceso de marginación social históricamente arraigado, que perpetúa la exclusión, la desigualdad y la falta de oportunidades. Esta dinámica impacta de forma directa en su calidad de vida, en su bienestar emocional y en su identidad personal (2). Desde una perspectiva sociológica, Goffman definió el estigma como una marca social que desacredita al individuo, condicionando su persona y su dignidad ante la mirada del otro y degradando su imagen social (3). Esta conceptualización fue más ampliada por Link y Phelan, quienes identificaron tres componentes clave del estigma: los estereotipos (atribuciones negativas), los prejuicios (actitudes negativas) y la discriminación (conductas negativas) (4).

Entre las múltiples formas de estigmatización, una de las más lesivas y silenciadas es el autoestigma o estigma internalizado, que se refiere a la aceptación, por parte de la persona, de los estereotipos negativos impuestos socialmente. Es decir, el individuo llega a verse a sí mismo como incapaz, inferior o peligroso, lo que genera consecuencias devastadoras en términos de autoestima, empoderamiento y proyección vital (5).

En este contexto, la escala ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness*) se ha consolidado como una herramienta psicométrica de referencia para evaluar el estigma internalizado en población con TMG. Desarrollada por JB Ritsher, esta escala mide cinco dimensiones (6). La adaptación cultural al español fue realizada por Rosario Bengochea-Seco, lo cual la convierte en un instrumento apropiado para estudios en contextos hispanohablantes (7).

Diversos autores han señalado que el contexto residencial influye en el nivel de estigma internalizado. En entornos institucionales se puede reforzar la percepción de incapacidad, dependencia y desvinculación del entorno social, mientras que vivir de forma autónoma en la comunidad puede favorecer una imagen positiva y más activa de las personas con enfermedades mentales (3)

El objetivo de este trabajo ha sido analizar el estigma internalizado en dos grupos diferentes, como punto de partida para fundamentar intervenciones psicosociales personalizadas en función del entorno de los usuarios, fomentar los servicios centrados en la persona y visibilizar la necesidad de una atención más comunitaria e inclusiva.

Hipótesis

- **Hipótesis principal:** *Las personas con enfermedad mental grave que residen en centros sociosanitarios o recursos residenciales presentan niveles más elevados de estigma internalizado, en comparación con aquellas que viven en entornos comunitarios con mayor grado de autonomía.*
- **Hipótesis secundaria:** *Las dimensiones de alineación, estereotipos, aislamiento y discriminación percibida será más arraigada en el grupo institucionalizado que en el grupo de mayor autonomía. La subescala de la resistencia al estigma será la menos consistente psicométricamente.*

Objetivos

Objetivo general: Comparar el nivel de estigma internalizado en personas con enfermedad mental en función de su contexto de vida, con mayor autonomía y en un medio institucionalizado.

Objetivos específicos:

1. Medir el nivel de estigma internalizado en personas con trastorno mental grave que viven de una manera autónoma solas o con familiares.
2. Medir el nivel de estigma internalizado en personas con enfermedad mental que residen en instituciones psiquiátricas o centros terapéuticos.
3. Identificar diferencias significativas entre ambos grupos.
4. Analizar las implicaciones clínicas y sociales de los resultados obtenidos para orientar intervenciones futuras.

Material y Métodos

4.1 Diseño del estudio:

El presente trabajo adopta un diseño observacional, descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo.

4.2 Muestra:

La muestra estuvo compuesta por 78 participantes adultos con diagnóstico formal de TMG, divididos en dos grupos que no fueron homogéneos (n=53 el 1º grupo, n=24 el 2º grupo y 1 caso perdido), seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con su contexto de vida:

- **Grupo 1 (Comunitario):** personas con TMG que viven solas, con familiares o en pisos tutelados, en régimen autónomo o semiautónomo, y que están en seguimiento por parte de dispositivos de salud mental comunitarios. La mayoría de los participantes son usuarios de la asociación FEAFES.
- **Grupo 2 (Institucionalizado):** personas con TMG que residen de forma permanente en centros residenciales y sobre todo los participantes residen en el Centro de Rehabilitación Psicosocial del Grupo 5 de Plasencia.

4.3. Criterios de inclusión:

Tener 18 años o más, diagnóstico clínico de TMG (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad u otros diagnósticos incluidos en la definición de TMG), estabilidad clínica suficiente para participar en una evaluación. capacidad para comprender y firmar el consentimiento informado y participación voluntaria.

4.4. Criterios de exclusión:

Deterioro cognitivo severo o diagnóstico concomitante de demencia, presencia de un episodio agudo (psicótico o afectivo) en el momento de la evaluación, incapacidad funcional para leer y comprender el cuestionario, rechazo a participar o retirada del consentimiento en cualquier momento y consumo activo de sustancias.

4.5 Variables

Variables principales:

- **Variable independiente:** tipo de contexto de vida (comunitario vs. institucionalizado).
- **Variable dependiente:** nivel de estigma internalizado (escala ISMI)

Variables secundarias / de control: Edad y sexo.

4.6 Instrumento de recogida de datos

Se emplea la Escala ISMI (**Internalized Stigma of Mental Illness**), desarrollada y validada al español. Este instrumento consta de 29 ítems distribuidos en cinco subescalas: Alienación, Estereotipos, Discriminación percibida, Retraimiento social, Resistencia al estigma. El contenido de la escala está disponible en el artículo de la adaptación a español (7). Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = nada de acuerdo, 4 = totalmente de acuerdo). Las puntuaciones más altas reflejan mayor nivel de estigma internalizado. La escala fué administrada y recogida en formato digital mediante la plataforma Qualtrics, que permite anonimato, accesibilidad y control de calidad en la recogida de datos.

4.7 Análisis de datos

Los datos serán analizados utilizando el programa SPSS. El análisis se realizará en varias fases:

1. Estadística descriptiva: medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes para las variables socio-demográficas y clínicas.
2. Pruebas de normalidad: prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la distribución de las variables continuas.
3. Análisis bivariado: comparación de medias: prueba t de Student para muestras independientes; comparación entre grupos con la correlación de Pearson y cálculo de tamaño del efecto (d de Cohen) e IC al 95%. y al 99%

4.8 Aspectos éticos

El estudio se ajusta a los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki (2013) y en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, así como a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de participar y de forma anónima. El proyecto pasó por un proceso de selección y revisión de la idoneidad y eticidad de la investigación de la empresa Grupo 5, dando acceso a poder recoger muestras en uno de sus centros.

Resultados:

Para conocer si las muestras seguían la curva normal, se realizó la prueba de Shapiro-Wilk con la variable ISMI (puntuación total de la escala). En el grupo 1 (autónomo) el estadístico fue 0.957 y la $p < 0.057$. En el grupo 2 (institucional) el estadístico fue 0.9222 y la $p < 0.063$. Se acepta, por lo tanto, la hipótesis nula de la normalidad de las distribuciones lo que justifica el uso de pruebas estadísticas paramétricas.

5.1. Características sociodemográficas.

La muestra inicial fue de 78 participantes, la media de edad fue de 48,32 años (DE=12,34; rango 19–68). En cuanto, a la variable del sexo estuvo un poco equilibrada, participaron 32 hombres y 45 mujeres. La variable de la residencia, se puede ver cuántos participantes pertenecen a cada grupo en la tabla 1.

[Tabla 1]

Distribución por tipo de residencia

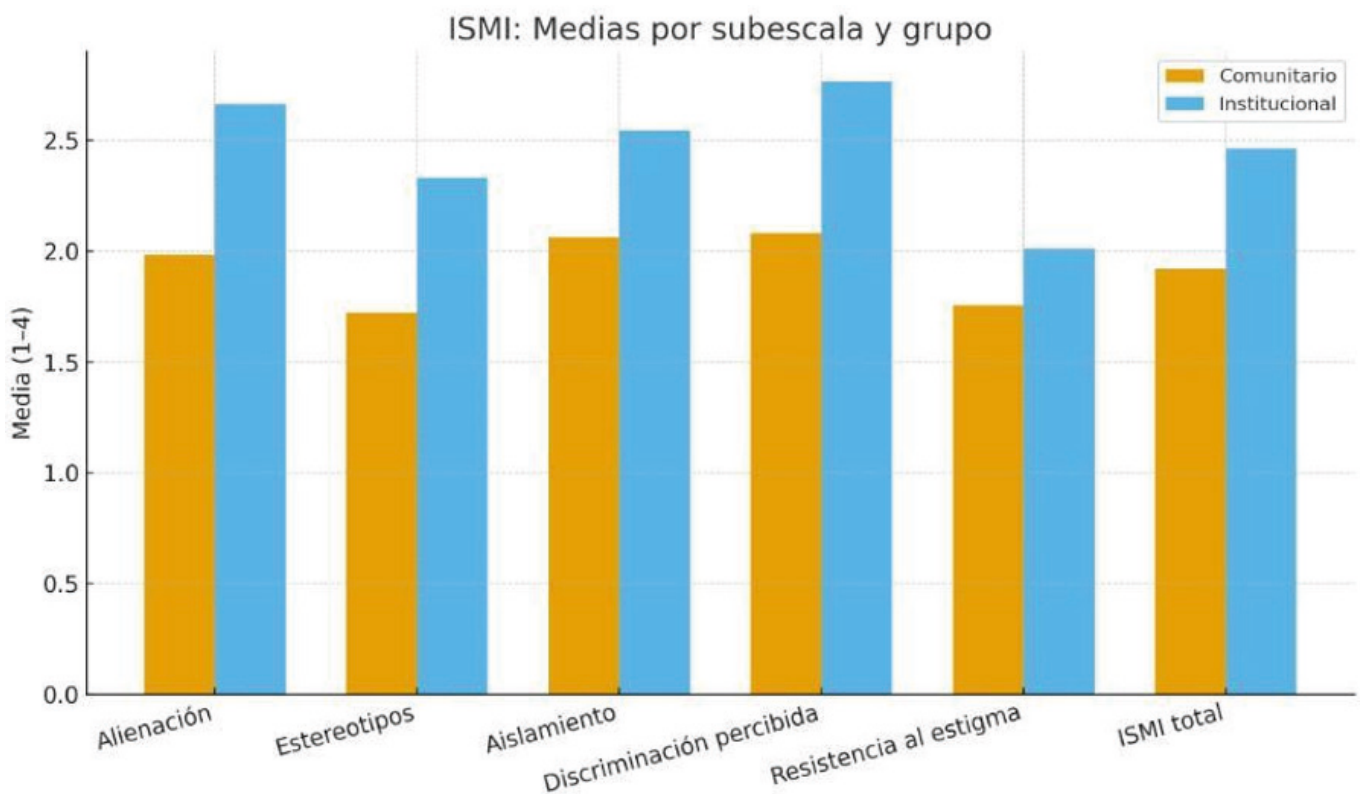
Residencia	N	%
Vivienda individual/familiar/tutelada	53	67.9 %
Residencia o institución	24	30.8 %
Caso perdido en el sistema	1	1,3 %

5.2. Datos de la escala ISMI.

La muestra total obtuvo unas puntuaciones medias entre 1,84 y 2,29 en las subescalas, con una media global de la escala ISMI en los encuestados es de 2,09 con una desviación estándar de 0,59 (DE=0,59). Se presenta un nivel medio de estigma internalizado en el conjunto de la muestra. En el análisis por tipo de residencia, se observó que el grupo que vive en residencias o instituciones terapéuticas presentó una mayor puntuación en todas las subescalas y por tanto mayor grado de estigma internalizado que el grupo con mayor autonomía, como está representado en la figura 1.

[Figura 1]

Medidas por subescalas y grupos.



5.3. Correlaciones.

El análisis de las correlaciones de Pearson identificó asociaciones consistentes entre las diferentes dimensiones de la escala ISMI. Los análisis del grupo completo mostraron que todas las subescalas se correlacionaron de manera positiva y son casi todas significativas en el nivel 0.001, excepto en la dimensión resistencia que dio magnitudes más bajas que el resto de las subescalas. véase en la tabla 2.

En el grupo institucionalizado las correlaciones fueron más fuertes entre algunas dimensiones, se hallaron coeficientes elevados entre las dimensiones de alienación y aislamiento ($r=0,840$) y entre aislamiento y discriminación percibida ($r=0,833$) ambas en $p < 0,001$.

[Tabla 2] Correlaciones del grupo completo.

Correlaciones		Alineación	Estereotipos	Aislamiento	Discriminación	Resistencia
Alienación	Correlación de Pearson	1	.69**	.77**	.72**	.49**
	Sig.		<.001	<.001	<.001	<.001
	N	77	77	77	77	77
Estereotipos	Correlación de Pearson	.69**	1	.64**	.64**	.49**
	Sig.	<.001		<.001	<.001	<.001
	N	77	77	77	77	77
Aislamiento	Correlación de Pearson	.77**	.64**	1	.76**	.38**
	Sig.	<.001	<.001		<.001	<.001
	N	77	77	77	77	77
Discriminación	Correlación de Pearson	.72**	.64**	.76**	1	.33**
	Sig.	<.001	<.001	<.001		.003
	N	77	77	77	77	77
Resistencia	Correlación de Pearson	.49**	.49**	.38**	.33**	1
	Sig.	<.001	<.001	<.001	.003	
	N	77	77	77	77	77

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4.4. Comparación entre grupos.

Se realizaron comparaciones entre los grupos comunitario ($n=53$) y el institucionalizado ($n=24$).

Las diferencias fueron estadísticamente significativas en las dimensiones Alineación, Aislamiento, Estereotipos y Discriminación percibida, En particular, se observaron diferencias en Alienación ($t = -3,72$; $p < 0,001$; $d = 0,74$), Estereotipos ($t = -3,98$; $p < 0,001$; $d = 0,62$) Aislamiento ($t = -2,89$; $p = 0,005$; $d = 0,68$), Discriminación percibida ($t = -3,93$; $p < 0,001$; $d = 0,71$) y en la puntuación total de la ISMI ($t = -4,12$; $p < 0,001$; $d = 0,54$), todas con tamaños del efecto entre moderados y altos. La subescala de Resistencia al estigma no alcanzó significación estadística significativa ($t = -1,79$; $p = 0,077$), estos datos se muestran en la tabla 3. Estos resultados reflejan que el estigma internalizado es mayor en personas institucionalizadas con una magnitud relevante desde el punto de vista cínico.

[Tabla 3] Comparación entre grupos.

Escala	Media Comunitario	Media Institucional	t (aprox)	p (bilateral)	d de Cohen
Alienación	1.9827	2.6639	-3.72	<.001	0.74
Estereotipos	1.7234	2.3323	-3.98	<.001	0.62
Aislamiento	2.0616	2.5458	-2.89	=.005	0.68
Discriminación percibida	2.0821	2.7646	-3.93	<.001	0.71
Resistencia al estigma	1.7566	2.0125	-1.79	=.077	0.58
ISMI total	1.9213	2.4638	-4.12	<.001	0.54

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que las personas con enfermedad mental grave residentes en contextos institucionalizados presentan niveles más altos de estigma internalizado que aquellas que viven en entornos comunitarios o con mayor grado de autonomía. Las diferencias fueron consistentes en las subescalas de Alienación, Estereotipos, Aislamiento y Discriminación percibida, así como en la puntuación total de la ISMI, lo que sugiere que el contexto residencial y sociocultural influyen de manera clave en la vivencia del estigma. Estos hallazgos coinciden con los descritos en otros trabajos, donde se concluye que los pacientes hospitalizados presentan puntuaciones más elevadas de estigma internalizado en comparación con otros pacientes en régimen ambulatorio, especialmente en la dimensión de Alienación (8). En la misma línea, un estudio español mostró que los usuarios de redes comunitarias de rehabilitación psicosocial presentaban niveles mayores de autoestigma que otros pacientes con seguimiento ambulatorio, (9).

La bibliografía es escasa y con resultados diferentes y ambiguos al comparar un grupo en tratamiento ambulatorio y otro grupo hospitalizado o residencial. Estas discrepancias ponen en evidencia la complejidad del fenómeno y la necesidad de considerar más factores socioculturales y sociodemográficos como la siguiente investigación que considero características psicosociales (10). Es cierto que las características sociodemográficas y las variables son muy diferentes en las investigaciones referentes a la utilización de la escala ISMI y por ello se puede dar la variabilidad de los resultados.

Un aspecto relevante de este estudio es el comportamiento psicométrico de la subescala Resistencia al estigma, que mostró correlaciones positivas, pero sin llegar a alcanzar significación estadística, lo que concuerda con lo encontrado en la bibliografía. Hay que señalar que esta dimensión tiene menos consistencia interna que el resto de las escalas (7).

Conclusión

Esta investigación confirma que el contexto residencial influye en la vivencia del estigma internalizado, las personas institucionalizadas presentan mayores puntuaciones, en la escala, en los niveles de alineación, aislamiento y discriminación percibida que quienes residen en comunidad con mayor autonomía. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de modelos comunitarios más inclusivos que impulsen la autonomía, la implementación de estrategias y políticas contra el estigma y favorecer el empoderamiento de las personas con enfermedades mentales. La subescala Resistencia al estigma muestra menor consistencia interna como muchos de los estudios que han utilizado esta herramienta. Este trabajo está en la línea de otros estudios publicados en la literatura científica, en el sentido de que los entornos residenciales pueden intensificar la percepción del estigma, con el consiguiente empeoramiento de la calidad de vida. Sin embargo, la bibliografía es escasa, con resultados en algunos casos ambiguos o contradictorios, por lo que sería necesario continuar investigando en este campo.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en:<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Corrigan PW. On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change. Washington: American Psychological Association; 2005.<https://doi.org/10.1037/10887-000>
- Goffman E. Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1963.
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol.* 2001;27:363–85. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.*2010;71(12):2150–6. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.09.030>
- Ritscher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121(1):31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Bengochea-Seco R, Arrieta-Rodríguez M, Fernández-Modamio M, Santacoloma-Cabero I, Gómez de Tojeiro-Roce J, García-Polavieja B, et al. Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2018;11(4):244–54. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.01.007>
- Szcześniak D, Kobyłko A, Wojciechowska I, Kłapciński M, Rymaszewska J. Internalized stigma and its correlates among patients with severe mental illness. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2018;28(2):214–20. <https://doi.org/10.1080/24750573.2017.1418311>
- González-Sanguino C, González-Domínguez S, Castellanos MA, Muñoz M. Mental illness stigma: A comparative cross-sectional study of social stigma, internalized stigma and self esteem. *Clínica y Salud.* 2022;33(2):59–64. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a16>
- James TT, Kutty VR. Assessment of internalized stigma among patients with mental disorders in Thiruvananthapuram District, Kerala, India. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(2):439–44. <https://doi.org/10.1177/1010539514562449>