



Estigma y salud mental: Evaluación del nivel de estigma en personas que consumen sustancias psicoactivas

Verónica del Valle Gallo.

Tesis - Maestría en Salud Mental - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Facultad de Psicología, 2019

Aprobada: 23 de julio de 2019

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Estigma y salud mental: Evaluación del nivel de estigma en personas que consumen sustancias psicoactivas by Verónica del Valle Gallo is licensed under a [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRIA EN SALUD MENTAL

ESTIGMA Y SALUD MENTAL. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE
ESTIGMA EN PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS.

Lic. Gallo Verónica del Valle

Córdoba

República Argentina

2019

**ESTIGMA Y SALUD MENTAL. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE
ESTIGMA EN PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS.**

Tesista: Lic. Gallo Verónica del Valle

Director: Dr. Avendaño Ariel

Córdoba

República Argentina

2019

TRIBUNAL ASIGNADO

Dra. Patricia Fabiana GOMEZ

Prof. Dra. Alicia Ruth FERNÁNDEZ

Dra. María soledad BURRONE (Universidad de O'Higgins. CHILE)

Dedico mi trabajo a mi hermano Aldo ya que en su corta vida pude ver las marcas de diversos estigmas: por su admirable inteligencia, porque lo conmovía Shakespeare con solo 10 años, porque a los 12 años pedaleó hasta ser campeón, porque en sus manos tenía el don del arte, porque en su vida llevaba su propia filosofía, por vivir fuera del sistema, por sus creencias y porque no sé qué pena, intentó, calmar consumiendo drogas.

Quiero expresar mi agradecimiento:

A mi Director de tesis el Dr. Ariel Avendaño por su paciencia, su confianza, y su generosidad.

A los directores de la Maestría de Salud Mental por su acompañamiento el Dr Ferro, Rubén Oscar - Facultad de Ciencias Médicas, UNC y al Lic. Escalante, Miguel Ángel - Facultad de Psicología, UNC

A todos mis maestros, colegas, profesores y compañeros. Sabios de las ciencias y de la vida de los que cada día sigo aprendiendo.

A Julio y Ruth porque siempre apostaron en mí, me cobijaron y fueron sumamente generosos.

A mi hermano Gustavo y su familia por quererme.

A cada uno de mis amigos que son mi familia y que me apoyaron, contuvieron, creyeron en mí y sobretodo me acompañaron durante estos años difíciles.

A mis terapeutas, Lic Rapapport Miriam y Dr. Lozano Gabriel por cuidarme.

A cada paciente que he conocido durante todos estos años de trabajo, con ellos aprendí el arte de la escucha, la confianza, la entrega, la noción de proceso de cambio y la posibilidad de que cada uno pueda vivir mejor.

A mis padres que seguramenta estarían orgullosos de mi.

A mi perra Dory... Compañera de largas noches de estudio

Y a vos que hoy estas acá.

GRACIAS

Art. 23 – Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”

Resumen

Objetivo: Analizar el nivel de estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas y que realizan tratamiento de rehabilitación en Instituto de Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción, dependiente del Hospital Neuropsiquiátrico de la provincia de Córdoba.

Método: Para el presente trabajo de investigación se realizó un estudio de alcance observacional, descriptivo y de tipo transversal. Se trabajó con una muestra no probabilística, de tipo intencional dirigida a captar una cuota de 120 pacientes, con diagnóstico de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, de acuerdo a las clasificaciones internacionales (CIE X, DSM IV), mayores de 18 años y que se encuentren bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en una institución pública. El instrumento utilizado fue el Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) adaptado previamente para ser utilizado en esta población.

Resultados: El 95% de los entrevistados fueron varones y el 5 % mujeres. La edad media fue de 37,3 (DE 12,6) años, no encontrándose diferencia significativa en la media de edad de mujeres y varones. Los años de educación formal tuvieron una media de 10,6 (DE 4,1) años. La edad media de inicio en el consumo de sustancias fue a los 19,4 (DE 0,83) años; mientras que el tiempo medio en tratamiento por consumo de sustancias que declararon los pacientes fue de 4 meses. La situación conyugal fue mayormente solteros 48,5%, en relación al 34,7% con estado civil casados, 14,9% separados y/o divorciados y 12,1% en estado de viudez. En cuanto al estigma internalizado de las 5 dimensiones del instrumento utilizado en su conjunto, el 26,73% experimentan un estigma internalizado de nivel leve, 41,58 % un estigma internalizado de nivel moderado, 15,84% un estigma internalizado de nivel severo y 15,84% de los sujetos no muestran estigma internalizado. Además se observaron mayores indicadores de estigma en pacientes que declararon consumir sólo alcohol, que los pacientes que declararon policonsumo.

Conclusiones: El estigma internalizado es una problemática frecuente entre las personas que consumen sustancias psicoactivas, aunque puede tener mayor severidad en las personas que consumen sólo alcohol siendo naturalizado dicho consumo en nuestro contexto sociocultural.

Palabras clave: Estigma internalizado; Estigma social; Consumo de Drogas; sustancia psicoactiva; Discriminación social.

Abstrac

Objective: To analyze the level of internalized stigma in people who consume psychoactive substances and who are under rehabilitation treatment in the Institute of Prevention of Alcoholism and Drug Addiction, dependent of the Neuropsychiatric Hospital of the province of Córdoba.

Methods: The study was observational, descriptive and cross-sectional. It was a non-probabilistic, intentional sample, aimed at survey a quota of 120 patients, with diagnosis of abuse and dependence on psychoactive substances, according to the IDC X and DSM IV, over 18 years old and under rehabilitation treatment for the consumption of psychoactive substances in a public institution. The assessment instrument was the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) previously adapted to be used in this population.

Results: 95% of the interviewees were male and 5% were female. The mean age was 37.3 (SD 12.6) years, with no significant difference in the mean age between genders. The years of formal education had a mean of 10.6 (SD 4.1) years. The mean age of onset of substance use was 19.4 (SD 0.83) years; while the mean time under treatment for substance use declared by the patients was 4 months. The marital status was mostly single (48.5%), 34.7% was married, 14.9% was separated or divorced, and 12.1% was widow. Regarding the internalized stigma, 26.73% experienced a mild level of internalized stigma, 41.58% a moderate level, 15.84% a severe level and 15.84% of the subjects do not show internalized stigma. Higher indicators of stigma were observed in patients who reported consuming only alcohol, than patients who reported polydrug use.

Conclusions: Internalized stigma is a frequent problem among people who consume psychoactive substances, although it may be more severe in people who consume only alcohol, since this consumption is naturalized in this sociocultural context.

Keywords: Internalized stigma, Social stigma, Drug consumption, Psychoactive substances, Social discrimination.

ÍNDICE

Capítulo 1: INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes.....	2
Marco Teórico.....	6
Objetivos.....	21
Capítulo 2: MATERIAL Y MÉTODO.....	22
Instrumento.....	24
Plan de Ejecución de la Investigación.....	31
Capítulo 3: RESULTADOS.....	32
Capítulo 4: DISCUSIÓN.....	77
Capítulo 5: BIBLIOGRAFÍA.....	84
Capítulo 6: ANEXOS.....	94

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.

La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas evidencia que entre las de uso legal, el alcohol, el tabaco y los inhalables son las de mayor consumo; mientras que entre las sustancias de uso ilegal, la marihuana, la cocaína y la pasta base son las de mayor prevalencia (1). Según los estudios proporcionados por Sedronar – Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina - (Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas)¹ en Argentina en el año 2012, la tendencia y magnitud del consumo en nuestro país refiere que las sustancias legales de mayor consumo por parte de la población es tabaco y alcohol y en relación a sustancias ilegales se encuentran marihuana, cocaína y pasta base y de circulación legal pero de uso indebido los tranquilizantes, estimulantes y sustancias inhalables.

Pero las personas que consumen sustancias psicoactivas sufren, además de las dificultades de integración derivadas directamente por su hábito de consumo, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia estos trastornos y hacia quienes las padecen.

Se trata de un rechazo social que se traduce en un estigma asociado con el consumo de la sustancia o su tratamiento, que hace que una vez que un individuo se percibe como perteneciente a un grupo concreto, los demás miembros de la sociedad devalúan a ese grupo en función de sus características (2). Ese prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de las personas; ya que las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales

¹ SUBSECRETARIA DE COORDINACION ADMINISTRATIVA Y COOPERACION INTERNACIONAL
DIRECCION NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS
Mag. Graciela Ahumada – a/c Dirección
La situación epidemiológica en Argentina al 2012

adicionales que aumentan su riesgo y marginación; por ello es evidente que una atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas no sólo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas (3).

Goffman (4) definió al estigma como un descrédito significativo atribuido a una persona con una diferencia indeseable e indicó que el estigma es un poderoso signo de control social utilizado para marginalizar y deshumanizar a los individuos que presentan ciertas marcas que los desvalorizan, en consecuencia los portadores de esas marcas pueden ser desacreditados inmediatamente cuando en la vida cotidiana las mismas se hacen visibles, o bien cuando pueden ser descubiertas o reveladas.

Dentro de las diversas condiciones de salud, las infecciones de transmisión sexual, las enfermedades mentales y el consumo de sustancias psicoactivas son las más estigmatizadas por la población en general, e incluso por los profesionales de la salud, y con la preocupante tendencia de la población de considerar a los portadores de trastornos mentales como los responsables de sus propias condiciones (5); principalmente en el caso del consumo de sustancias psicoactivas, en el que tanto la responsabilidad por el surgimiento del problema, como de su solución es considerada como estrictamente individual y entendida en muchos ámbitos como un problema de orden moral. De esta forma, la manera como la población, los profesionales de la salud y las mismas políticas públicas de salud tratan el problema pueden influenciar directa o indirectamente en el tratamiento, en la calidad de vida y en el acceso a la estructura de oportunidades que brinda el medio para las personas (6). A partir de ello resulta imprescindible y de gran relevancia social investigar acerca del estigma

que esta puesto sobre los consumidores de drogas, lo cual permitirá reflexionar acerca de las prácticas y maneras de trabajar en el campo de la salud mental como también considerar los contextos sociales en los cuales están inmersas las personas que atraviesan esta problemática.

Es relevante estudiar los procesos de estigma como barrera de accesibilidad a la atención en salud, para identificar componentes que disminuyan dicha exclusión (OPS/OMS, 2005).

En la literatura se aprecia un creciente desarrollo de los estudios del estigma internalizado asociado principalmente a los trastornos psicóticos (7) a partir de instrumentos estandarizados. Sin embargo, a pesar de las posibles repercusiones del estigma asociado al uso de sustancias, esta área está aún poco explorada como un tema único; ya que frecuentemente se evalúa en compañía de otros trastornos (comorbilidades) con posibles características estigmatizantes (4).

Al comparar los niveles de estigma de los usuarios de sustancias psicoactivas con otros grupos de trastornos mentales o con personas con discapacidades físicas, el estigma hacia las personas que consumen sustancias suele ser más alto en algunas dimensiones (8); sin embargo, a pesar de que se aprecia un creciente interés por investigar el estigma hacia los usuarios de sustancias psicoactivas, sólo hay unos pocos instrumentos estandarizados para medir el nivel de estigma asociado con el consumo de sustancias, destacándose la necesidad de escalas fiables para su utilización en esta problemática específica (9).

La escala de estigma internalizado desarrollada por Ritsher ha sido utilizada en una serie de estudios sobre trastornos mentales fundamentalmente enfocados hacia los trastornos psicóticos (10,11), ha sido validada en diversos países y en otros idiomas

fuera de su idioma original -el inglés- (12); aparte del ámbito de la salud mental también ha sido utilizado en un estudio sobre estigma en personas con hanseniasis e infección con HIV (13), pero no existe evidencia sobre su utilización en Argentina, ni sobre su utilización en personas que consumen sustancias psicoactivas, por lo cual este proyecto se enfoca en el análisis del estigma internalizado en estas personas.

Por lo anterior, la pregunta que guió la presente investigación fue **cuál es el nivel de estigma internalizado en las personas que consumen sustancias psicoactivas y se encuentran en tratamiento de rehabilitación en la ciudad de Córdoba en 2015-2016.**

Marco Teórico

La salud mental ha sido definida por la OMS como la capacidad de un sujeto de interactuar de forma tal que se promueva su bienestar físico y subjetivo, el óptimo desarrollo y orientado a mejorar su calidad de vida y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales); la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la preservación de equidad fundamental. (14)

Atendiendo a esta definición y sosteniendo que la sociedad establece medios para categorizar a las personas y también los atributos que se consideran corrientes y naturales en los miembros de esas categorías. Esto permite entender que ante un extraño se pueda prever, por las primeras apariencias, en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su “identidad social” (15).

La salud mental comunitaria refiere a cuando los miembros de una comunidad, conscientes de constituir una agrupación de intereses comunes reflexionan y se preocupan por los problemas de salud de la comunidad, expresan sus aspiraciones y necesidades y participan activamente, junto a los servicios de salud, en la solución de sus problemas, a través de los programas locales de salud (16). Así la salud mental comunitaria se convierte en el programa de salud pública local, planificado en base a los problemas y necesidades de cada comunidad y ejecutado con la participación de la comunidad (17).

Teniendo en cuenta lo antedicho es necesario conocer el concepto de estigma, ya que es utilizado para definir una serie variada de situaciones deshonrosas en términos de lo que una comunidad considera tolerable o no. Así las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de normas y valores de una sociedad, aquello

indeseable y que merece ser rechazado y hace referencia a un atributo profundamente desacreditador. Sin embargo, lo importante es tener en cuenta las relaciones ya que un atributo que estigmatiza a una persona determinada puede confirmar la normalidad de otro, según sea el contexto. El estigma conlleva una doble perspectiva: la de los desacreditados cuya calidad de diferente es conocida o resulta evidente en el acto (señales en el cuerpo o minusvalías o deficiencias) y la de los desacreditables cuya diferencia no es conocida ni inmediatamente perceptible.

Goffman (4) hace referencia a diversos tipos de estigmas: las deformaciones físicas; los defectos del carácter que se perciben como falta de voluntad, pasiones antinaturales, deshonestidad, etc., que se refieren a enfermedades mentales, adicciones, homosexualidad, desempleo; estigmas tribales de raza, nación, religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar a los miembros de una familia. En todos los casos se encuentran los mismos rasgos sociológicos: un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto. Para este autor, el proceso de adjudicar mala reputación por parte de personas que no lo conocen, tiene una función de control social. Este control puede ser de dos tipos: control social formal e informal. El control social formal, es la búsqueda, por parte de quienes están habilitados (principalmente funcionarios), de individuos identificables por sus antecedentes (morales y/o criminales). El control social informal, incluye al público en general. Se destaca el papel de los medios de comunicación al posibilitar que la vida de una persona se vuelva pública.

La representación del estigma y el rol del estigmatizado, tal y como se concibe hoy en día es un producto social que se ha ido construyendo a lo largo de la historia. De hecho, en cada sociedad y período histórico se encuentran problemas que simbolizan esa construcción de lo marginal que se convierte en una metáfora de esa sociedad.

El estigma se define como un atributo profundamente desacreditante de la persona que lo posee y que conduce a que se le considere casi inhumana debido a su marca negativa. La devaluación de la humanidad de quien posee el estigma matiza todo tipo de interacción presente y futura con la persona estigmatizada propiciando variedad de discriminaciones a través de las cuales reducimos sus posibilidades de vida (4). Desde un análisis psicosocial el estigma se identifica como una marca, señal o signo, manifiesta o no, que hace que el portador de la misma sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa.

En 2001 en el marco de la Conferencia sobre Estigma y Salud Global² realizada en Estados Unidos, Link y Phelan definen el concepto de estigma como una correlación que surge de una serie de operaciones articuladas:

- Se produce una identificación social de diferencias humanas y se establecen las etiquetas;
- Se acopla el etiquetamiento a las características indeseables o estereotipos negativos;
- Tiene lugar una separación entre ellos y nosotros;
- Se experimenta una pérdida del estado y la discriminación;
- Surge la desigualdad, el rechazo y la exclusión, como efecto del proceso de discriminación, y como muestra de la dependencia del estigma del poder.

² An International Conference. Stigma and Global Health: Developing a research Agenda. Bethesda, Maryland, U.S.A.

Desde esta perspectiva, el estigma surge entonces, de unas condiciones de posibilidad dadas por el proceso de: etiquetado, separación, pérdida del estado y discriminación.

Link y Phelan abordan la discriminación como efecto del proceso de estigma.

Elaboran una clasificación de la discriminación en tres tipos:

1- La discriminación directa es aquella ejercida por personas que reproducen la creencia estereotipada (negar un trabajo o alquiler de una vivienda). En salud, experiencias de rechazo que refieren los usuarios de servicios de salud mental (negación de oportunidades de elección, menores probabilidades de recibir tratamientos avanzados).

2- La discriminación estructural. Es persistente y la sufren grupos específicos, ya no solo como producto del estigma sino como una manifestación que afecta toda su vida y profundiza la situación en la que se encuentran. Estas comunidades perjudicadas tienen mayores índices de criminalidad, enfermedades infecciosas y de asistencia médica inadecuada.

3- Este tipo de discriminación suele operar de un modo imperceptible y se da a nivel de los procesos psicológicos de las personas discriminadas. Alude a una devaluación que siente la persona, menos digna de confianza, menos inteligente y menos competente.

El estigma ha sido explicado como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo ante los ojos de los demás (18). Este proceso supone pasos sucesivos:

a) la distinción, etiquetado e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta un grupo de personas;

- b) la asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes;
- c) su consideración como un grupo diferente;
- d) las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza);
- e) la pérdida de status y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y desfavorables en distintas áreas;
- f) la existencia de factores o dimensiones estructurales que tienen que ver en último término con asimetrías de poder, sin las cuales el proceso no se llevaría a cabo.

Esta construcción social se transforma en una etiqueta que lleva la persona desvalorizándola en relación al resto de los miembros de su entorno, a partir de allí son discriminados y desvalorizados. La elaboración, construcción y repetición de argumentos estigmatizantes deben considerarse como un fenómeno universal no solamente constitutivo de una época o contexto concreto, sino que es propio que se exprese donde hay relaciones humanas, “es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera que existan normas de identidad” (4).

El concepto de estigma se asocia directamente a los conceptos de discriminación, estereotipo y prejuicio. La discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer a un grupo particular. Naciones Unidas la definen como cualquier forma de distinción, exclusión, o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto, con independencia de

que exista o no alguna justificación para tales medidas. La discriminación es, a su vez, el resultado del prejuicio que ha sido instalado (19).

Algunos autores proponen tres niveles de estigma que interactúan entre sí:

- estigma social;
- estigma estructural;
- estigma internalizado.

El *estigma social* también es conocido como estigma público y existe en el nivel de grupo y describe el fenómeno de grupos sociales que crean estereotipos acerca de un grupo estigmatizado (20).

El *estigma estructural* también llamado estigma institucional existe en el nivel de los sistemas y se refiere a las reglas, políticas y procesos de entidades públicas y privadas que restringen los derechos y oportunidades de las personas con enfermedades psiquiátricas. En esta forma de estigma, la ideología cultural está imbuida en las prácticas institucionales y de esta manera la exclusión social es perpetuada. Los sociólogos sostienen que este estigma estructural está formado por fuerzas sociopolíticas que restringen las oportunidades de los grupos estigmatizados (21).

Finalmente, el *estigma internalizado* se determina en función de la percepción por parte del sujeto y existe en el nivel individual. En este sentido se entiende como un proceso por el cual los individuos afectados aprueban estereotipos sobre su persona, anticipan el rechazo social, consideran los estereotipos de ser auto-relevante, y creen que son miembros de la sociedad devaluados (22).

El estigma percibido se diferencia del estigma internalizado o auto-estigma, siendo el estigma percibido focalizado hacia las consecuencias negativas de la conciencia de

un individuo acerca de cómo la sociedad lo percibe, y es probable que actúen hacia el grupo que pertenecen (por ejemplo, drogadictos, homosexuales, enfermos mentales). Por otro lado, el estigma internalizado se refiere al proceso de un individuo que acepta la evaluación negativa de la sociedad y la integra en su propio valor personal y en el sentido del yo.

La respuesta tradicional de la comunidad ante el estigma es el control social; el estigma asociado a las drogas ilegales facilita ejercer ese control mediante medidas tan extremas como privar de la vida a quienes las consumen o, como ocurre en Estados Unidos de América y Puerto Rico, privarle de su libertad, de sus derechos constitucionales o de los servicios tradicionalmente incluidos en la red de apoyo social (23).

Teniendo en cuenta que el uso de diferentes sustancias en muchas culturas forma parte de la historia de la humanidad y ha sido asociado fundamentalmente a rituales socioculturales y religiosos, los cambios en los patrones de consumo por parte de la sociedad actual ha traído diferentes interpretaciones tanto geopolíticas, culturales, sociales, ideológicas y económicas a nivel mundial generando esto un desafío de alta complejidad para las políticas públicas de cada región.

Las personas que consumen sustancias psicoactivas sufren de un rechazo social que se traduce en un estigma asociado con el consumo de la sustancia o su tratamiento que hace que una vez que un individuo se percibe como perteneciente a un grupo concreto, los demás miembros de la sociedad devalúan a ese grupo en función de sus características (24). La imagen popular que se construye en la conciencia colectiva es la de una visión del consumidor/a de sustancias deteriorada (25).

Es fundamental tener en cuenta la relación que establece cada persona con las drogas, siendo ésta determinada por el contexto de situación y su patrón de consumo, donde el abuso y la dependencia de drogas se convierte en un factor desencadenante de consecuencias negativas para la vida del individuo tanto a nivel físico como psicológico, además de ocasionar en muchas ocasiones problemas con la justicia, pérdidas sociales, laborales y de gran impacto en su vida familiar.

Esta marca hace que los consumidores sean en muchas ocasiones vistos como peligrosos, violentos, delincuentes y únicos responsables de su condición, ya que el consumo de drogas no siempre es asociado a un problema de salud pero sí se le asigna al consumidor la responsabilidad por el mismo y también por la solución de su problema.

Los consumidores de drogas se ven afectados por esta construcción de prejuicios sumado a las consecuencias negativas de su práctica, baja autoestima, disminución de sus vínculos sociales, pérdida y dificultad para conseguir trabajo como también las perspectivas que ellos mismos poseen como limitadas de recuperación. Esto convierte el concepto de estigma dentro de un círculo vicioso: el estigma alienta el prejuicio y la discriminación y éstos a su vez refuerzan la aparición del estigma (9).

En el caso de los consumidores de drogas se puede afirmar que es uno de los ámbitos de la vida social que más están sujetos a estigmatizaciones y prejuicios. Las representaciones sociales del consumo de drogas se transforman en un “fenómeno social no tan importante como lo que en realidad sucede sino en cómo la gente cree que pasa. Para la gran mayoría de la población, incluidos los usuarios de drogas, el problema se define y las respuestas se diseñan a partir de una serie de preconceptos y estereotipos” (26).

Entender el tipo de estigma resulta clave para el diseño de políticas públicas de prevención y de rehabilitación. Las personas con consumo de drogas están expuestas al rechazo y a la exclusión, promovidas por una imagen negativa, formada y transmitida socialmente. Algunos efectos que se pueden destacar son el ocultamiento de la conducta, la internalización del estigma y la exclusión social, que se traducen en barreras importantes para el tratamiento y el ejercicio de la ciudadanía (25).

La inclusión de los trastornos por consumo de drogas dentro de un modelo de salud mental comunitaria supondría una cierta protección contra el estigma, sin embargo, opera en el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas el estigma hacia la condición, hacia su tratamiento y hacia aquellas personas que la padecen (27).

En 2005 la Organización Mundial de la Salud evidenció cómo el estigma se constituye como una barrera en el acceso a la atención en salud, produciendo incluso un aumento en la inequidad del servicio. La presencia de estigma retrasa la búsqueda de tratamiento, dificultan el cumplimiento de los objetivos de un tratamiento, se asocia a mayor riesgo de recaídas en el consumo, crea condiciones indeseables en los lugares de atención e influye en una menor inversión en investigación.

El estigma ejerce efectos poderosos sobre la conducta de la persona estigmatizada que pueden impactar a su vez en el tratamiento. Las expectativas que tiene la sociedad sobre la incapacidad de la persona involucrada en el uso de sustancias prohibidas para cumplir con sus funciones sociales puede conducir a que las personas usuarias anticipen ser rechazadas y se comporten de acuerdo a lo que las demás personas esperan de ellas (28).

Frecuentemente esta anticipación de rechazo se valida a través de las interacciones con sectores no-usuarios, incluyendo el de tratamiento, propiciando el que las personas usuarias asimilen el prejuicio y adopten conductas en consonancia con los estereotipos dominantes que se tiene de ellos. Esta adopción del “rol del desviado”, “manipulador”, “mentiroso” tiene implicaciones profundas para la autoestima y la percepción de auto eficacia, dos factores importantes que median en el logro de objetivos terapéuticos. Según Schur (15), este rol asignado y adoptado por las víctimas, en ocasiones les involucra o les “engancha” (engulfment) de tal manera que cambia su identidad y domina su forma de comportarse incluso con el sector de tratamiento. Link (28) denomina esta incorporación del estigma por parte de la víctima como “desviación secundaria”, señalando que contribuye también a la discriminación sistemática, pérdida de estatus y a la exclusión social de la que son objeto las personas que consumen drogas ilegales.

Un ejemplo típico lo ilustra el rol de “manipuladores” o “mentirosos patológicos” atribuido a las personas usuarias de drogas y que ellas terminan asumiendo. Esta apreciación sobre la conducta de la persona usuaria parte de la visión predominante sobre la naturaleza de la adicción que prevaleció hasta casi finales del siglo 20, la que imputaba la condición a defectos en la personalidad de los que la padecen. Es esencial capacitar a los/las profesionales que proveen servicios para personas con trastornos por consumo de sustancias utilizando intervenciones dirigidas a cambiar actitudes, además de conocimiento y destrezas, para que se desprendan de estos estereotipos y para evitar que les asignen a las personas participantes de sus servicios roles que se enmarcan dentro del prejuicio típico en que el estigma suele encapsularnos. En muchas ocasiones el estigma y la discriminación de los usuarios

de drogas afectan negativamente a la calidad de los servicios de salud prestados, pudiendo constituir una barrera para la búsqueda de ayuda, además de limitar el acceso y la utilización de los servicios. La percepción del estigma ocurre a medida que el usuario va concientizándose de las visiones negativas que otras personas tienen sobre el uso de drogas. Esta percepción puede influir en la búsqueda de tratamiento para evitar ser visto como parte de un grupo estigmatizado. Por otra parte y como consecuencia de la percepción del estigma, los usuarios pueden pasar a concordar con la visión negativa que se tiene sobre ellos y aplicar los estereotipos negativos a si mismos, lo que caracteriza el estigma internalizado.

El estigma internalizado es un proceso subjetivo que hace que el consumidor de drogas intente ocultar su condición de los demás para que pueda evitar las experiencias de discriminación. Las consecuencias de este proceso son sumamente perjudiciales (29).

El efecto duradero del estigma hacia el consumidor de drogas pareciera indicar que persiste en estas personas aún después de culminado un tratamiento y de haberse rehabilitado. Como consecuencia del mismo pueden observarse evitación al buscar ayuda o tratamiento específico, agravando los problemas de salud asociados; mientras que estando bajo tratamiento la adhesión suele ser baja e intermitente. Los usuarios de los servicios de salud muestran baja autoestima y la creencia de no poder beneficiarse del tratamiento por la baja autoeficacia internalizada, traducida en sentimientos de devaluación e incapacidad constante. En un estudio longitudinal con varones con trastornos concurrentes de sustancias y otras enfermedades mentales se encontró que el tratamiento no elimina ser objeto de estigma (30); los autores concluyeron que a pesar de que el tratamiento mejoró la funcionalidad y redujo

síntomas clínicos en las personas participantes, el estigma continuó complicando sus vidas en forma significativa.

Una literatura emergente en EE.UU. explora las experiencias con el estigma de mujeres consumidoras de drogas y la camada adicional de estigmatización de la que son objeto en función de su género. Según las estadísticas de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la nación Argentina – Sedronar- de las 118.195 personas que buscaron tratamiento en el último año, 31.723 fueron mujeres. El 27% comenzó, pero solo pudo continuar el 8,9%, 2.855 mujeres. “Hay una condena social hacia las mujeres que consumen, hay un rechazo –explica Verónica Brasesco, al frente del Observatorio Argentino de Drogas-. Les es difícil sostener un tratamiento porque en general están a cargo de sus hijos y no tienen apoyo”. El presidente de FONGA Lic. Fabián Chiosso (Federación de Organizaciones No gubernamentales para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas de Argentina) explica que de los 60 centros que hay en Argentina solo 4 o 5 atienden a mujeres y son mixtos: *“Históricamente los tratamientos son para varones, desde el año 2000 hay mas demandas de mujeres pero no hay lugares específicos para ellas, el mundo de las drogas y sus tratamientos esta asociado a lo masculino”*. Mahan argumenta que comparado con los hombres, el estigma hacia las mujeres consumidoras de drogas es más severo debido a que la conducta de las mujeres está sujeta a mayor regulación social. (31)

Debido a su enorme impacto, el estigma ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Asociación Mundial de Psiquiatras (AMP) como “el reto más importante que enfrenta el campo de la salud mental” (32). Existe un creciente conocimiento sobre lo sensitiva que es la salud al contexto social y el rol

del estigma como factor que propende a la exclusión social. La inclusión social parece ser el constructo opuesto al estigma. Según la Organización Mundial de la Salud, la inclusión social es un componente necesario para optimizar la salud de los/as ciudadanos/as. Las condiciones que promueven la exclusión social, como es el caso del estigma, impactan adversamente a la salud, porque limitan acceso a servicios y actividades de la sociedad que contribuyen a estados saludables, como por ejemplo el trabajo, la educación, la vivienda, los servicios de salud y las redes sociales, entre otras.

Existe un creciente desarrollo de los estudios del estigma internalizado asociado principalmente a los trastornos psicóticos (7), pero el estigma asociado al uso de sustancias aún está poco explorado como un tema único; ya que frecuentemente se evalúa en compañía de otros trastornos (8); esto puede deberse a que sólo hay unos pocos instrumentos estandarizados para medir el estigma asociado con el consumo de sustancias, destacándose la necesidad de contar con escalas fiables para su utilización en esta problemática específica (9).

La escala desarrollada por Ritsher (33) ha sido utilizada en una serie de estudios sobre trastornos mentales severos (34), ha sido validada en diversos países y en otros idiomas fuera de su idioma original -el inglés- (12); aparte del ámbito de la salud mental también ha sido utilizada en personas con hanseniasis e infección con HIV (13).

En los Estados Unidos, el ISMI ha sido adaptado por Luoma (35) para evaluar el estigma internalizado en personas consumidoras de sustancias; por su parte, en Latinoamérica, esta escala ha sido traducida, probada y validada por autores brasileños en población con antecedentes de dependencia de sustancias psicoactivas,

argumentando que los estudios de que se desarrollen con el objetivo de construir o validar instrumentos con capacidad de evaluar el estigma internalizado proporcionan un avance en el conocimiento, toda vez que estos instrumentos aportan mayor profundización en la comprensión de los factores relacionados al impacto en la vida cotidiana de la persona que consume sustancias, impulsando estrategias de reducción del estigma orientadas a la obtención de mejores resultados en el tratamiento de estas personas (36).

A partir de estas consideraciones resulta pertinente poder definir a que se hace referencia cuando se nombra a sustancia psicoactiva: la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define a toda “sustancia de origen natural o sintético que, introducida en el organismo vivo por cualquier vía de administración (fumada, inhalada, ingestión oral, intramuscular, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo alterando la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Estas sustancias pueden ser legales (tabaco, alcohol) o ilegales (cocaína, marihuana, etc.). Las alteraciones que las drogas pueden causar son muy variadas: excitar, tranquilizar, eliminar o aplacar el dolor y alterar la percepción. Esto permite clasificarlas de acuerdo a los efectos que generan en el organismo en: estimulantes, depresoras y alucinógenas.

En cuanto a la clasificación que se da según la relación que el sujeto establece con la sustancia psicoactiva se puede diferenciar en:

Consumo experimental: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad o imitación hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.

Uso: es el consumo de una sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo. Este consumo es el más habitual cuando se usa una droga de forma esporádica.

Abuso: se presenta cuando hay un uso continuado, a pesar de las consecuencias negativas del mismo.

Dependencia: surge con el uso excesivo de una sustancia, que genera consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio período de tiempo. Se presenta con un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga adquiere la máxima prioridad en el individuo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar el nivel de estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas y que realizan tratamiento de rehabilitación en el Instituto de Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción, dependiente del Hospital Neuropsiquiátrico de la provincia de Córdoba

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas y realizan tratamiento de rehabilitación según las características de la/s sustancia consumida.
- Caracterizar el perfil de los consumidores bajo tratamiento de rehabilitación según las variables demográficas y el nivel de estigma internalizado.

Capítulo 2

MATERIAL Y MÉTODO

Para el presente trabajo de investigación se realizó un estudio de alcance observacional, descriptivo y de tipo transversal; siendo el ámbito de estudio el Instituto de Prevención del Alcoholismo y la Drogadicción, dependiente del Hospital Neuropsiquiátrico de la provincia de Córdoba, donde se brinda tratamiento de rehabilitación a personas que consumen sustancias psicoactivas:

El grupo en estudio que participó estuvo constituido por los pacientes mayores de 18 años de la mencionada institución de la ciudad de Córdoba que se encontraban bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas durante el año 2015/2016.

La unidad de análisis fue el paciente mayor de 18 años que se encontró bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para integrar la muestra fueron los siguientes:

1. Que tenga 18 o más años de edad.
2. Que se encuentre bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.
3. Que tenga historia clínica en la institución mencionada.
4. Que acepten participar del estudio.

Entre los criterios de exclusión se propusieron:

1. Pacientes que al momento de la aplicación del instrumento, se encontraran en una fase de intoxicación aguda por uso/abuso de sustancias psicoactivas.

Se trabajó con una muestra no probabilística, de tipo intencional dirigida a captar una cuota de 120 pacientes, con diagnóstico de abuso y dependencia de sustancia psicoactivas, de acuerdo a las clasificaciones internacionales (CIE X, DSM IV).

La muestra establecida representa al 30 % de los pacientes en tratamiento en la Institución seleccionada en un período anual, lo cual configura un tamaño confiable en función de diferentes trabajos internacionales que utilizaron el mismo instrumento. (45, 46, 47)

Para el control de sesgos se utilizaron las siguientes técnicas:

- ✓ Restricción: en virtud de que se trabajó con una muestra intencional, la restricción consistió en seleccionar para el estudio únicamente a las personas que se encontraran bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas.
- ✓ Estratificación: En la fase de análisis se realizó el análisis estratificando la muestra por sexos y por edades de inicio en el consumo de sustancias para evitar efectos de confusión.
- ✓ Análisis multivariante: permitió estimar estadísticos ajustados para cada uno de los reactivos del instrumento a igualdad de situación respecto a los otros.

Instrumento

Se trabajó con información de fuente primaria, ya que fue recolectada de primera mano por la investigadora responsable del proyecto.

El instrumento que se aplicó para captar el estigma internalizado por los pacientes en relación al consumo de sustancias psicoactivas fue la escala Internalized Stigma of Mental Illness desarrollada por Ritsher (33), la cual fue traducida al idioma español

por un estudio en España (3) y adaptado a la realidad latinoamericana por un grupo de investigación en México (37).

La adaptación de instrumento para ser utilizado en personas que consumen sustancias psicoactivas se realizó mediante una rueda de expertos en esta área del conocimiento.

La escala consta de 29 reactivos que se agrupan en cinco sub-escalas que reflejan:

- *La alienación*: contiene seis reactivos, mide la experiencia subjetiva de sentirse menos que un miembro de pleno derecho de la sociedad.
- *La asignación de estereotipos*: consta de siete reactivos, mide el grado en que los encuestados están de acuerdo con los estereotipos más comunes sobre las personas consumidoras de drogas.
- *La discriminación percibida*: con cinco reactivos, mide la percepción de los encuestados en relación a cómo tienden a ser tratados por los demás.
- *El aislamiento social*: con seis reactivos, mide aspectos de aislamiento social, tales como: “Yo no hablo mucho de mí mismo porque no quiero ser una carga a los demás con mi consumo de drogas”.
- *La resistencia al estigma*: ésta sub-escala tiene cinco reactivos y mide la capacidad de una persona para resistir o ser afectada por el estigma internalizado.

Todos los reactivos se puntúan en una escala de acuerdo de tipo Likert de 4 puntos (1=totalmente en desacuerdo; 2=en desacuerdo; 3=de acuerdo; 4=muy de acuerdo).

La dimensión referente a resistencia al estigma, con sus 5 reactivos se codifican de manera inversa, de manera que a mayor puntuación obtenida en esos reactivos, menor resistencia al estigma.

El nivel de estigma se determinó siguiendo las recomendaciones de Lysaker (22), calculando la media de cada ítem de la escala en la muestra, asumiendo como indicadores de estigma las siguientes medias para cada ítem:

1,00 a 2,00: sin estigma internalizado.

2,01 a 2,50: estigma internalizado leve

2,51 a 3,00: estigma internalizado moderado

3,01 a 4,00: estigma internalizado severo.

También se añadieron preguntas para identificación de variables genéricas:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Nivel Educativo
- Estado ocupacional
- Tratamiento
- Edad Inicio en consumo

La versión traducida del instrumento por investigadores mexicanos, fue adaptada para su utilización específica en personas que consumen sustancias psicoactivas en la población de Córdoba. La versión semánticamente adaptada del instrumento fue probada en un ensayo piloto con una muestra reducida de 40 personas.

Posteriormente se comprobó la confiabilidad de esta versión y su validez fue determinada a través del coeficiente α de Cronbach.

Se evaluó la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente α de Cronbach para el total de la escala y para cada dimensión. Se realizó además un análisis exploratorio para variables mensurables y categóricas. Los datos fueron procesados a través del Statistical Package for Social Sciences.

La versión definitiva del cuestionario empleado se detalla a continuación:

Instrumento: ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

<u>Alienación</u>	Estoy totalmente en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo drogas/alcohol.				
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida.				
3. La gente que no consume drogas/alcohol simplemente no me entiende.				
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol.				
5. Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol.				
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol.				

Asignación de estereotipos

7. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí.				
8. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol.				
9. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta.				
10. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí.				
11. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena.				
12. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse.				
13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol.				

Discriminación percibida

14. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol.				
15. Los demás (p.ej. familia, amigos, otras personas cercanas) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol.				
16. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol.				
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), sólo por el hecho de consumir drogas/alcohol.				
18. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol.				

Aislamiento social

19. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol.				
20. No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera “extraña”.				
21. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen				

aislado del mundo “normal”.				
22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos.				
23. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado.				
24. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado.				

Resistencia al estigma

25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol.				
26. Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero.				
27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol.				
28. La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad.				
29. Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido.				

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados se efectuó un análisis descriptivo de las variables mensurables a partir de sus medidas de resumen y de las variables categóricas a partir de la distribución de sus frecuencias.

Para generar criterios de agrupamiento con el nivel de Estigma Internalizado se realizó por correspondencia múltiple.

Las puntuaciones obtenidas a partir del instrumento se analizaron en cada reactivo en cada sub-escala y en la escala total a partir de estadísticos de tendencia central y de dispersión.

En todos los casos se trabajó con un nivel de significación de 0,05.

Plan de ejecución de la Investigación

Consideraciones Éticas.

Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud de Salud Mental (CIEIS) de la provincia de Córdoba, y posteriormente aprobado por el Consejo de Evaluación Ética de la Investigación en Salud de la provincia de Córdoba (CoEIS) con el N° de Repis 11, protocolo 19-12-13v2.

En todos los casos se utilizó un formulario de consentimiento informado evaluado y aprobado por el mismo Comité de Ética.

Por otra parte, el proyecto fue presentado ante el comité de docencia e investigación del Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción de la ciudad de Córdoba quienes prestaron su consentimiento para reclutar pacientes ambulatorios e internados y la utilización de sus instalaciones para la recolección de datos.

Capítulo 3

RESULTADOS

Como parte de los resultados, en primer lugar se presentarán los relacionados a la adaptación semántica del instrumento y su posterior análisis de confiabilidad. Luego se presentan los resultados en función de los objetivos propuestos.

En cuanto a la adaptación semántica del instrumento para su utilización en personas con consumo de sustancias psicoactivas en la provincia de Córdoba, se efectuó una rueda de expertos en esta área de conocimiento y se reemplazó en todos los ítem de las 5 dimensiones la expresión “*enfermedad mental*” por “*consumo de alcohol/drogas*”. A modo de ejemplo en la versión original dentro de la dimensión alienación el ítem 1 propone “*Me siento fuera de lugar en el mundo porque tengo una enfermedad mental*” se cambió por “*Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo alcohol/drogas*”.

Esta versión adaptada del instrumento fue probada en un ensayo piloto con una muestra reducida de 40 personas.

A partir de ello se llevó adelante la aplicación del instrumento logrando una cuota de 120 casos para testear los coeficientes de confiabilidad y la estructura factorial del instrumento adaptado.

En el análisis de confiabilidad los valores de los coeficientes α de Cronbach obtenidos se situaron entre 0,66 y 0,87 puntos, la sub-escala con menor puntaje fue la relacionada a la resistencia al estigma.

Fueron testeadas las versiones de 24 ítems y de 29 ítems, obteniendo coeficientes α de Cronbach de 0,94 y 0,93 puntos respectivamente. Los coeficientes de Spearman-Brown para las escalas de 24 y 29 ítems fueron de 0,92 y 0,91 puntos respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos de consistencia interna de las sub-escalas y escalas totales del ISMI. (n=120). IPAD, Córdoba. Años 2015-2016.

Sub-escala	α de Cronbach ISMI
Alienación	0,84
Asignación de estereotipos	0,77
Discriminación percibida	0,80
Aislamiento social	0,87
Resistencia al estigma	0,66
Escala total de 24 ítems	0,94
Escala total de 29 ítems	0,93
Coeficiente Spearman-Brown (Split Half)	
24 ítems	0,92
Coeficiente Spearman-Brown (Split Half)	
29 ítems	0,91

A partir de ello se llevó adelante el análisis que permitió determinar la estructura factorial del mismo considerando en primer lugar que al aplicar los test de normalidad, el conjunto de datos utilizados evidenció una distribución normal. Posteriormente, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) tomó un valor de 0,908, el test de esfericidad de Bartlett fue significativo ($p < 0,001$) y el determinante de la matriz de correlaciones permitió verificar que las variables están altamente correlacionadas, en consecuencia se asumió que el análisis factorial resulta adecuado para analizar la estructura subyacente de los datos.

A partir de estas pruebas preliminares se decidió definir un modelo de análisis factorial con una extracción con método de máxima verosimilitud y una extracción forzada de 4 factores de tipo ortogonal (Varimax). Las variables ingresadas al modelo fueron las 24 originales sugeridas por la publicación original de Ritsher (11), en donde se excluye la sub-escala de resistencia al estigma debido a sus bajos coeficientes de fiabilidad.

Los 4 factores resultantes acumularon un 53,4% de la varianza total explicada, de acuerdo al siguiente detalle: el primer factor explicó el 15,5%, el segundo factor explicó el 15,2%, el tercer factor 13% y el cuarto factor el 9,5%.

El primer factor agrupó 5 ítems, mientras que el segundo y el tercer factor agruparon 6 ítems cada uno y el cuarto factor agrupó 3 ítems. Esto implica que los ítems 15, 16, 18 y 21 podrían ser excluidos de la escala debido a sus bajas cargas factoriales ($< 0,40$). Adicionalmente se observaron 5 ítems que cargaron en 2 factores simultáneamente (Tabla 2).

En este análisis emergieron las 4 dimensiones teóricas descritas por Ritsher (11), ya que el primer factor contuvo 4 ítems que correspondieron a la dimensión de aislamiento social, el segundo factor contuvo 3 ítems correspondientes a la dimensión de discriminación percibida, el tercer factor incluyó 3 ítems de la dimensión de alienación y el cuarto factor contuvo 2 ítems de la dimensión de asignación de estereotipos.

Si bien la distribución de los ítems al interior de los factores no es totalmente coincidente con la distribución obtenida por los autores originales del instrumento, la correlación ítem-test fue superior a 0,40 por lo que se asume que el análisis de la estructura factorial de la escala resultó satisfactorio con esta muestra.

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio de los 24 ítems del ISMI versión adaptada para consumidores de sustancias psicoactivas. (n=120). IPAD, Córdoba. Años 2015-2016.

Ítems	Factor			
	1	2	3	4
4. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado	0,76			
13. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado	0,71			
20. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos	0,63			0,48
12. Los estereotipos negativos me mantienen aislado del mundo “normal”	0,51			
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo drogas/alcohol	0,51		0,43	
18. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol				
22. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol		0,82		
3. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol		0,62		
28. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol		0,60		
19. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí		0,48		
29. Los estereotipos negativos acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí		0,46		
2. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta		0,43		
21. La gente que no consume drogas/ alcohol simplemente no me entiende				

15. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), sólo por el hecho de consumir drogas/alcohol				
10. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena			0,68	
8. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol			0,61	
5. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol			0,60	
17. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida		0,46	0,59	
11. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol			0,54	
9. No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera “extraña”	0,44		0,48	
23. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol				0,58
6. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse				0,52
25. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol		0,44		0,46
16. Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol				

Finalmente las medias de las puntuaciones de los ítems de la escala oscilaron entre 2,15 y 3,38 puntos, con desvíos estándares que oscilaron entre 0,81 y 1,01. Los puntajes totales de la escala en esta muestra de pacientes presentaron una media de 74,1 (DE 15,5).

Así, la aplicación del instrumento validado se efectuó en una muestra de 120 pacientes en el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción de Córdoba a partir del cual se efectuó un análisis descriptivo teniendo en cuenta las características

sociodemográficas de la población estudiada lo que permitió caracterizar el perfil de los consumidores bajo tratamiento de rehabilitación. Luego se identificó el nivel de estigma internalizado según las características particulares del grupo estudiado logrando los siguientes resultados:

La edad media de los pacientes fue de 37,3 (de 12,6) años, no encontrándose diferencia significativa en la media de edad de mujeres y varones. Los años de educación formal tuvieron una media de 10,6 (de 4,1) años.

La edad media de inicio en el consumo de sustancias fue a los 19,4 (de 0,83) años; mientras que el tiempo medio en tratamiento por consumo de sustancias que declararon los pacientes fue de 4 meses.

En relación a la variable sexo, 6 mujeres participaron del estudio y 114 fueron varones, la distribución porcentual de esta frecuencia se observan en la siguiente figura.

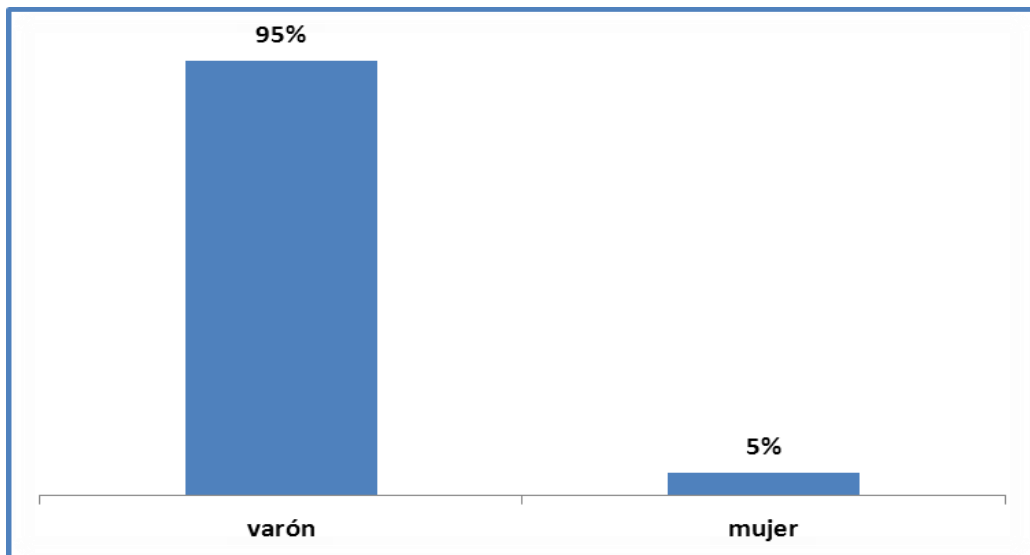


Fig.1: Distribución de los pacientes estudiados según sexo (n=120)

La situación conyugal de los entrevistados fue mayormente solteros, encontrándose 58 personas en esta situación ($p < 0,0001$), en relación a 42 pacientes en estado civil casados, 18 separados y/o divorciados y 2 en estado de viudez (Fig.2).

Al evaluar la media de edad según el estado civil no se observaron diferencias significativas.

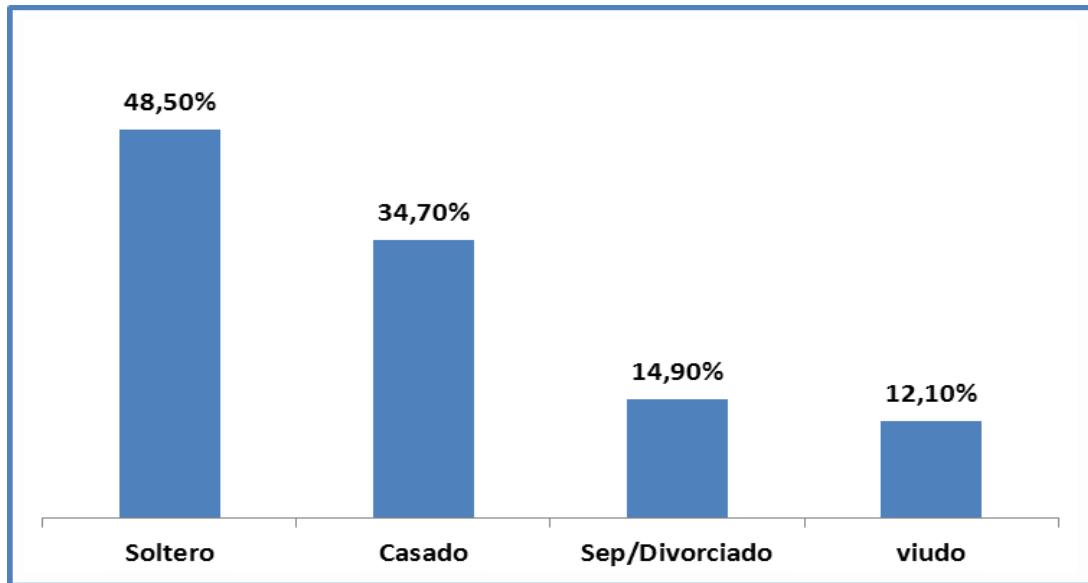


Fig. 2: Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según el estado civil ($n=120$).

En cuanto al estado civil de las mujeres se encontró que tres de ellas se encontraban casadas y tres separadas/divorciadas.

Ochenta (80) pacientes al momento de la entrevista se encontraban laboralmente activos lo cual fue significativamente superior ($< 0,0001$) que el grupo de 25 pacientes que respondieron estar buscando trabajo y de los 15 que manifestaron no trabajar ni buscar trabajo por ser estudiante, ama de casa o jubilado/a (Fig.3).

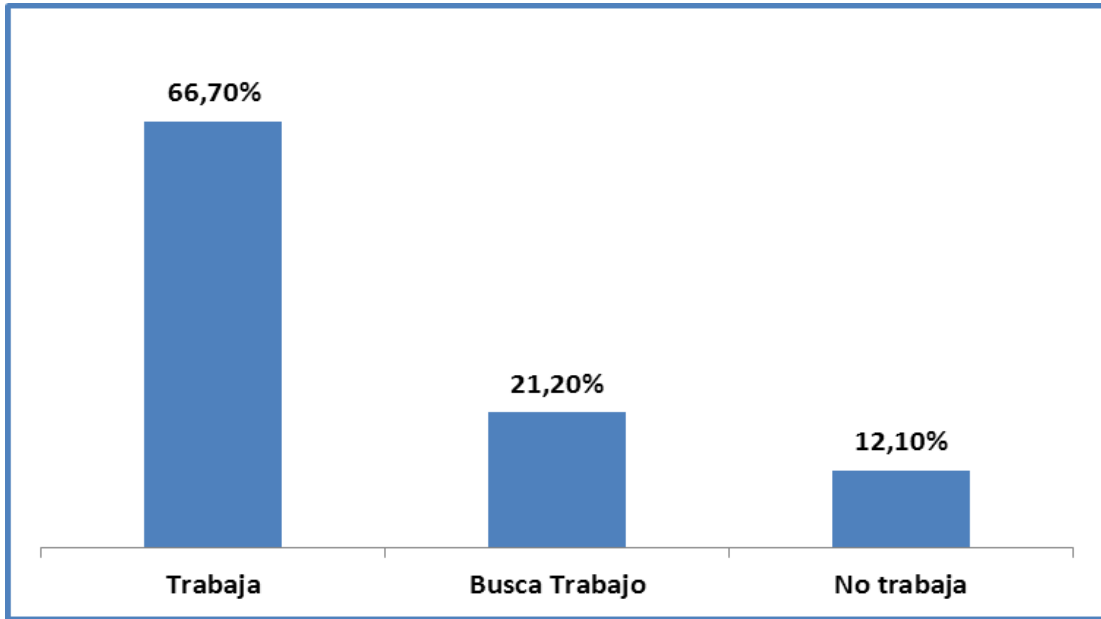


Fig. 3: Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según la situación laboral (n=120).

En cuanto al tipo de consumo 77 de los pacientes que participaron del estudio manifestaron consumir alcohol y otras sustancias psicoactivas mientras que 43 expresaron consumir únicamente alcohol. De esta manera podemos ver que el policonsumo es predominante ($p < 0,007$) (Fig.4).

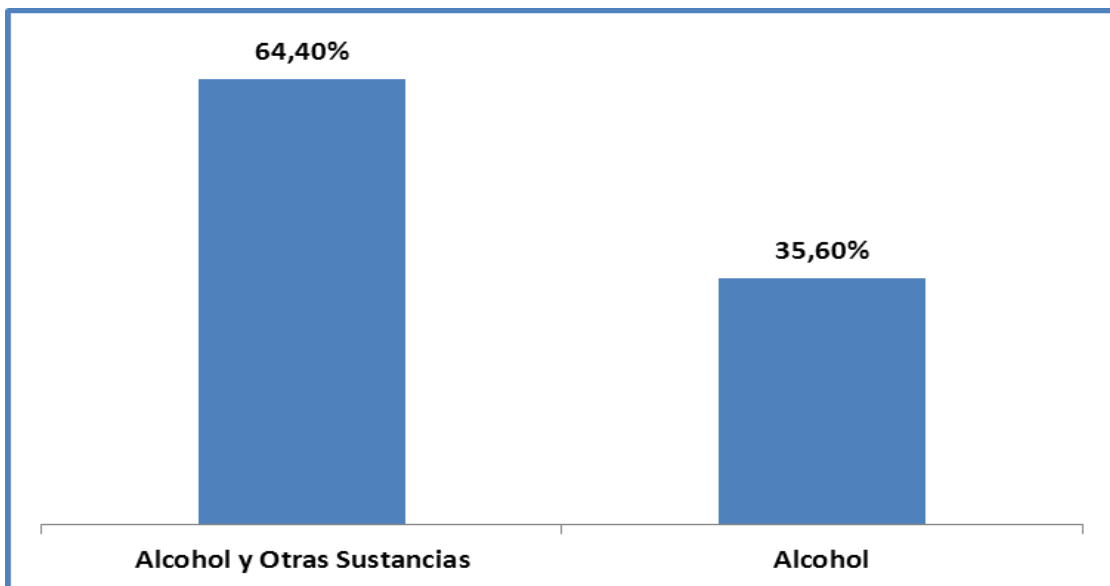


Fig. 4: Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según el tipo de consumo de sustancias psicoactivas. (n=120).

En relación a las mujeres que inician su consumo solo con alcohol se muestra que lo hacen a la edad de 41 años y en cuanto a los varones a los 22 años.

Cuando el inicio del consumo se realiza con alcohol y otras sustancias las mujeres lo hacen a los 20 años. Es de destacar que los varones presentan una edad de inicio menor a todas las anteriormente descritas cuando comienza su consumo con alcohol y otras sustancias a los 17 años.

En relación al nivel educativo alcanzado por los entrevistados se encontró que 24 pacientes manifestaron nivel primario, 57 pacientes nivel secundario siendo éste el de mayor frecuencia ($p < 0,002$) y 39 pacientes nivel terciario y/o universitario (Fig.5).

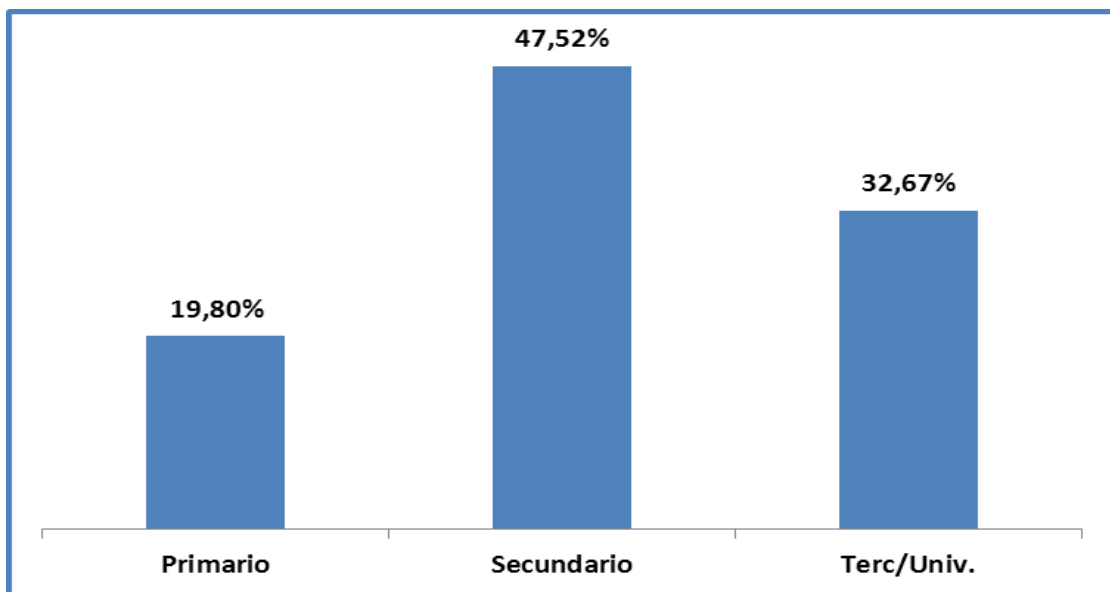


Fig. 5: Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según el nivel educativo. (n=120).

En cuanto al estigma internalizado en la muestra de pacientes analizada se presentan los siguientes resultados de las 5 dimensiones del instrumento utilizado en su

conjunto, 32 personas experimentan un estigma internalizado de nivel leve, 50 entrevistados con un estigma internalizado de nivel moderado, 19 con un estigma internalizado de nivel severo y 19 sujetos no muestran estigma internalizado ($p < 0,0004$) (Fig.6).

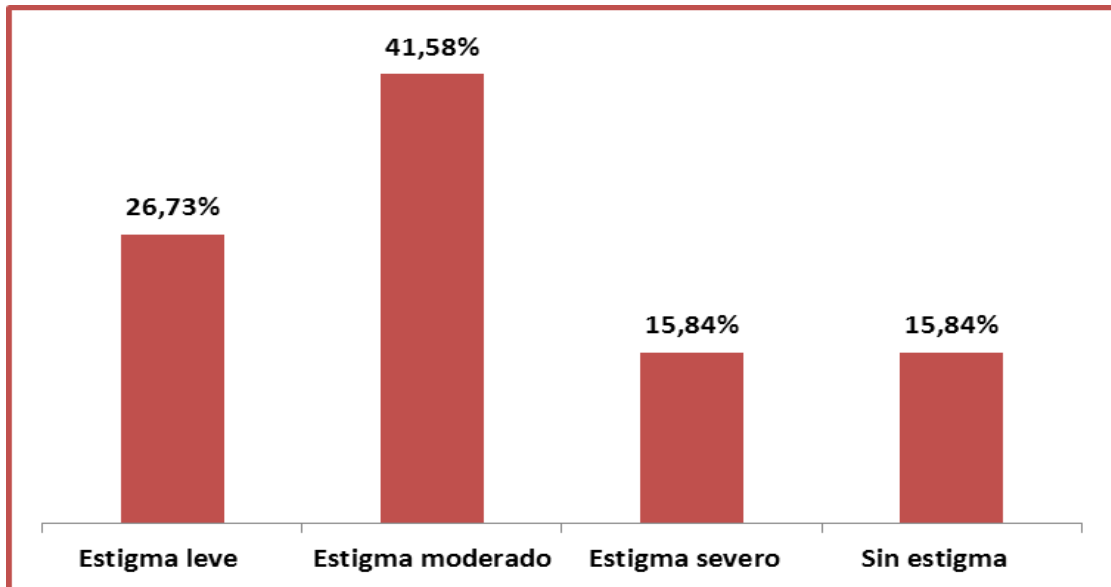


Fig. 6: Distribución de los pacientes incluidos en el estudio según el nivel de estigma internalizado. ($n=120$).

Luego se procedió a analizar los datos en función de cada una de las dimensiones del instrumento y sus respectivos ítems encontrándose los siguientes resultados:

En la dimensión “*Alienación*”, el instrumento mide la experiencia subjetiva de sentirse menos que un miembro de pleno derecho de la sociedad y contiene seis reactivos, los cuales mostraron un nivel de internalización de estigma de severo en 43 pacientes, estigma moderado en 37, estigma leve en 17 y sin internalización de estigma en 23 pacientes incluidos en la población estudiada (Fig. 7).

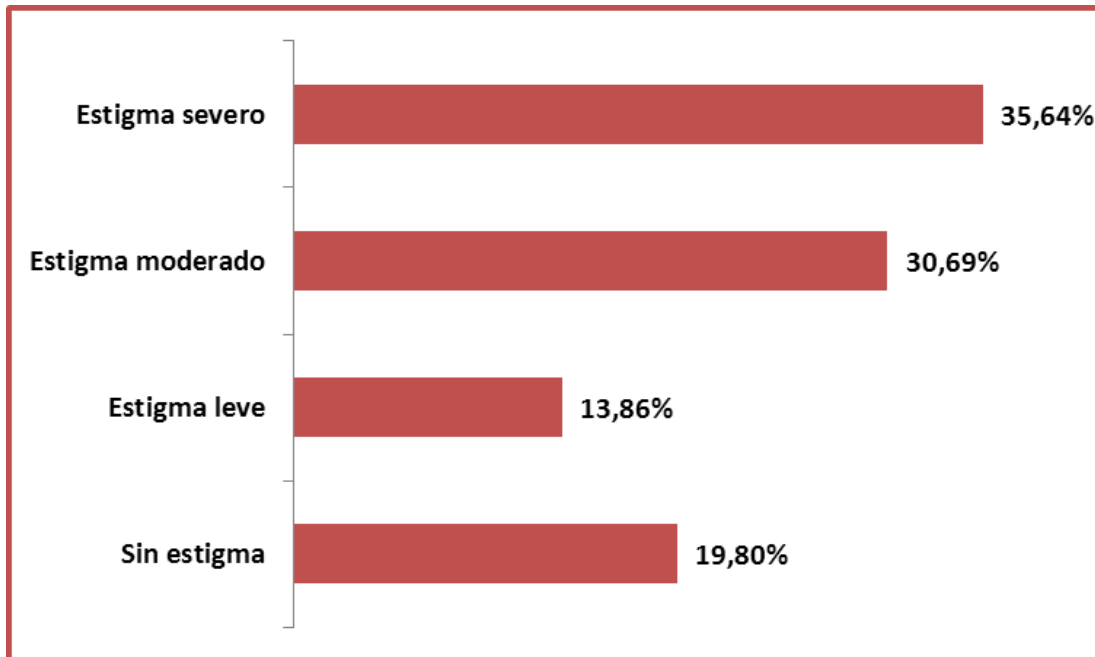


Fig. 7: Distribución del Nivel de estigma Internalizado en los pacientes incluidos en el estudio. Dimensión Alienación. (n=120).

Al evaluar los ítems incluidos en dicha dimensión se observó que ante la afirmación “*Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo alcohol/drogas*”, 15 de los entrevistados respondieron “Estar muy de acuerdo”; 50 estuvieron “De acuerdo”, mientras que 38 estuvieron “En desacuerdo” y 17 sujetos expresaron “Estar totalmente en desacuerdo”, tal como refiere la siguiente figura.

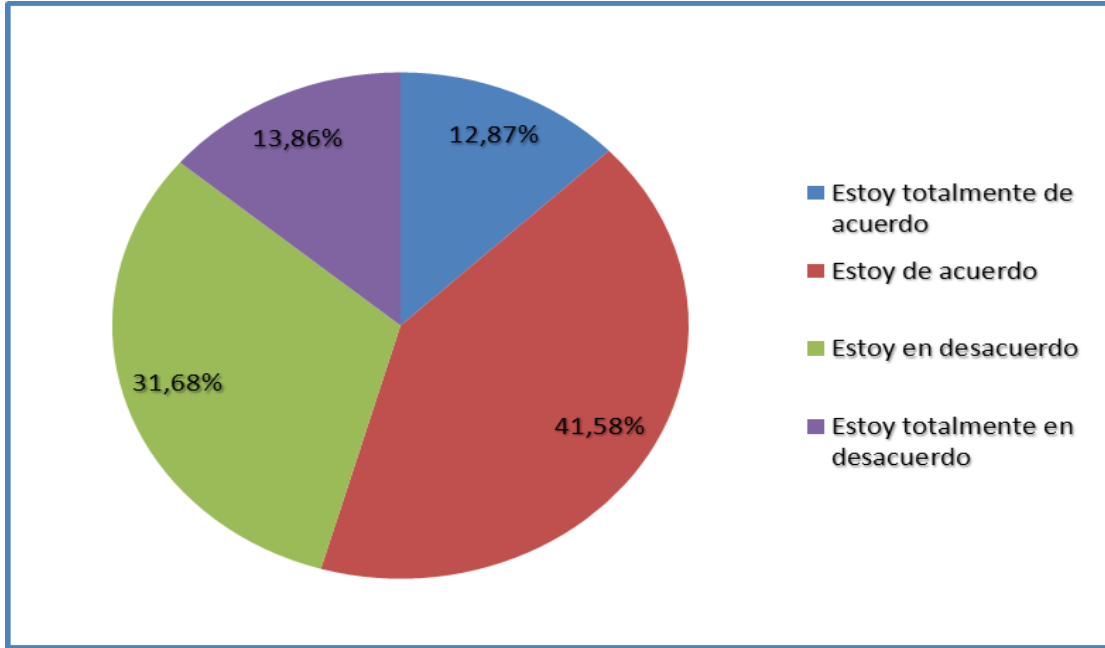


Fig.8 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo alcohol/drogas”

En el ítem “El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida”, 56 de los pacientes afirmaron “Estoy de acuerdo” y 32 “Estoy totalmente de acuerdo” representando entre ambos más de la mitad de la muestra estas dos condiciones ($p < 0,0001$) (Fig.9).

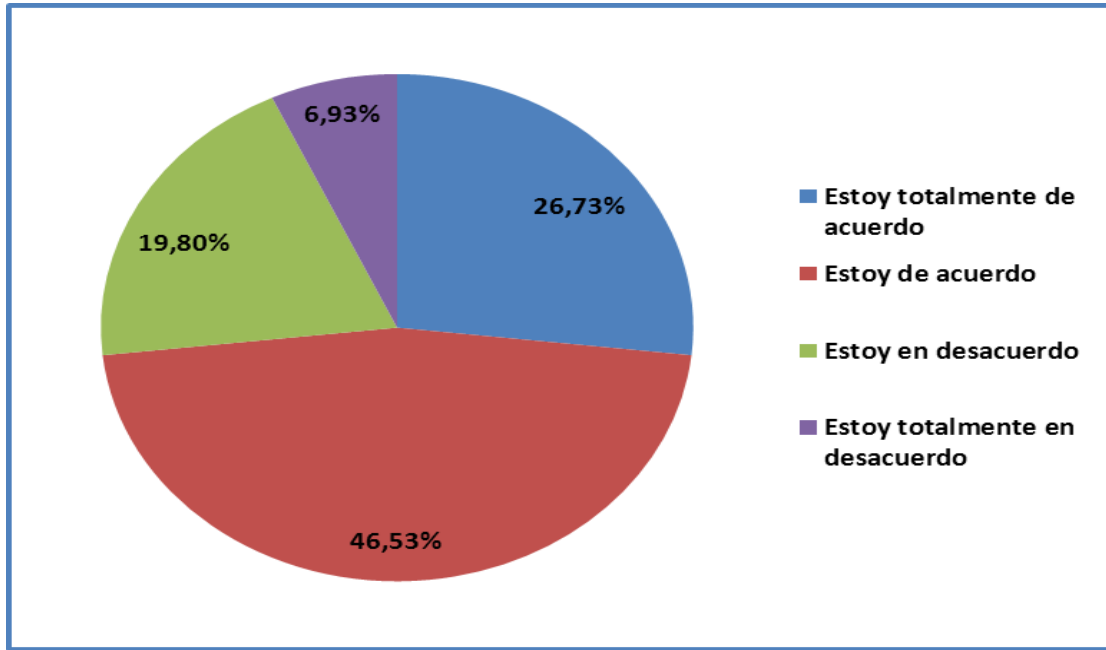


Fig. 9 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “El consumo drogas/alcohol ha arruinado mi vida”.

En el tercer ítem: “La gente que no consumo drogas/alcohol simplemente no me entiende”, el 62,37% de los pacientes manifestaron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo con esta aseveración, lo cual representa a la mayoría de los mismos encontrándose 75 participantes en esta condición, mientras que 45 expresaron no estar de acuerdo respecto a que la gente no consumidora simplemente no los entiende ($p < 0,0001$) (Fig. 10).

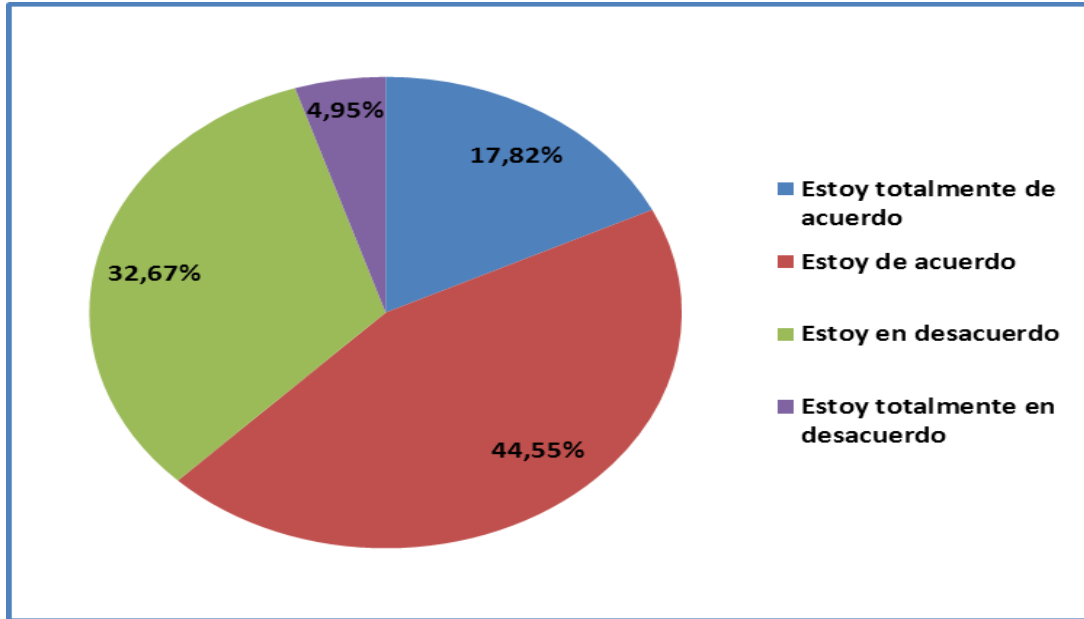


Fig. 10 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “La gente que no consumo drogas/alcohol simplemente no me entiende”.

De los entrevistados podemos afirmar que 51 de ellos manifestó sentirse apenado o avergonzado por consumir drogas/alcohol; 31 expresó estar totalmente de acuerdo con esta afirmación agrupando el 68,31% ($p < 0,0001$) mientras que 38 pacientes no estuvieron de acuerdo (Fig. 11).

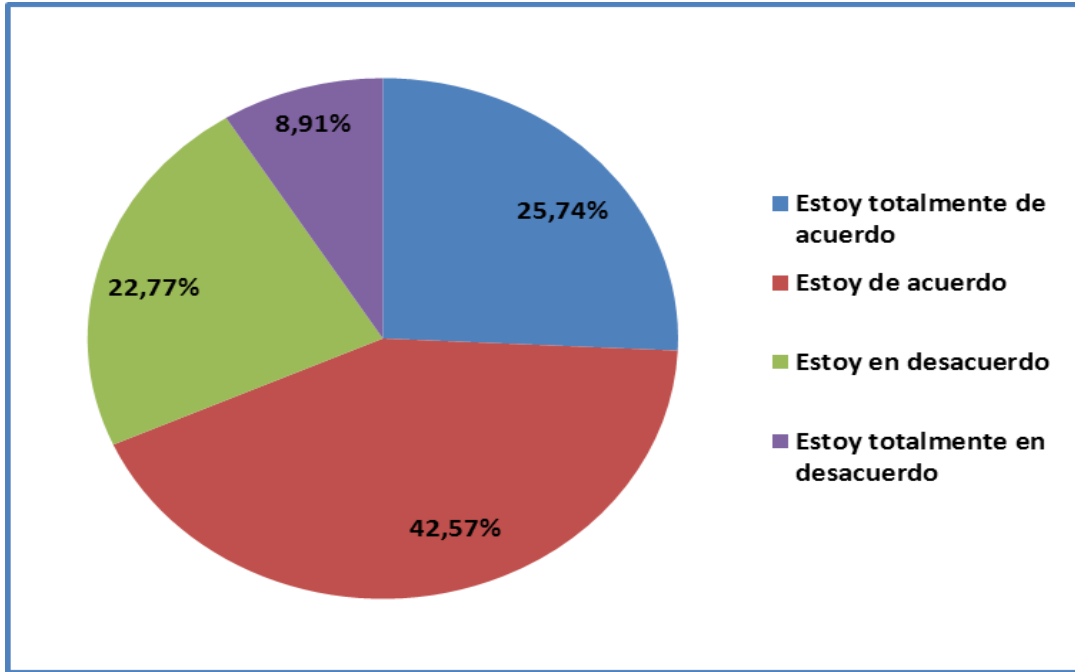


Fig. 11 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol".

En relación al reactivo "Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol", la mayoría de los sujetos manifestaron no estar de acuerdo con esta afirmación, encontrándose 91 de ellos en esta situación ($p < 0,01$) (Fig. 12).

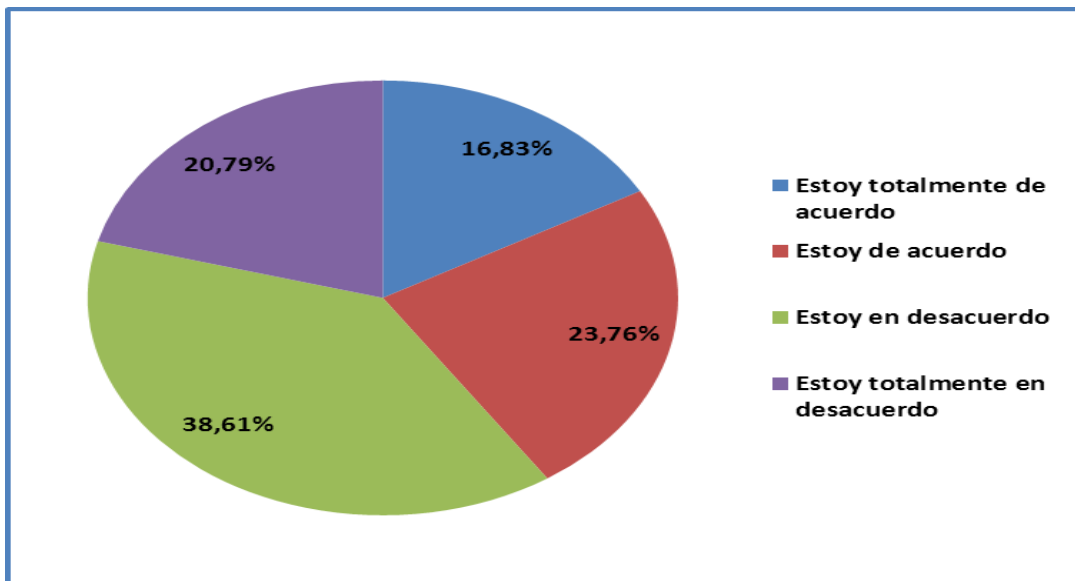


Fig. 12 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol".

Al consultar sobre el ítem “*Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol*”, 55 personas respondieron estar de acuerdo con esta afirmación; 39 estar totalmente de acuerdo representando estas opciones el 78,21% de la muestra ($p < 0,0001$) y encontrándose 26 sujetos en desacuerdo (Fig. 13).

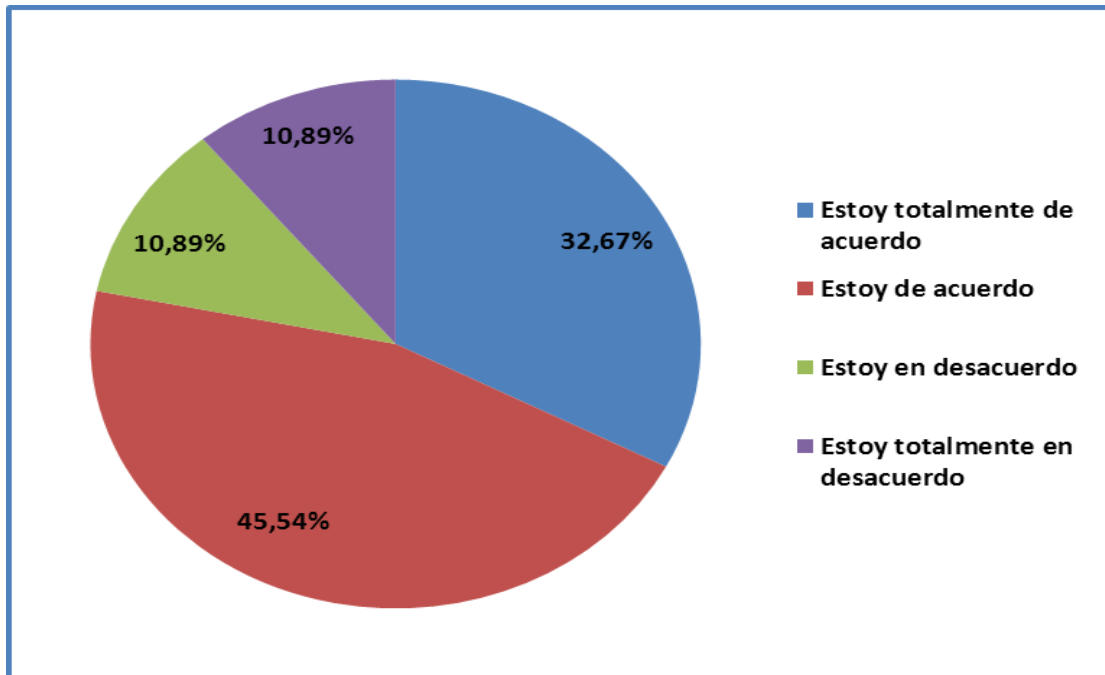


Fig. 13 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “*Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol*”.

La segunda dimensión analizada hace referencia a la “*asignación de estereotipos*” y consta de siete reactivos que permiten medir el grado en que los encuestados están de acuerdo con los estereotipos más comunes sobre las personas consumidoras de drogas. Esta dimensión permite visualizar un nivel de estigma moderado en 48 pacientes, estigma severo en 15, estigma leve en 23 y no muestran nivel de estigma internalizado 34 consumidores de la población estudiada como se puede visualizar en la (Fig. 14).

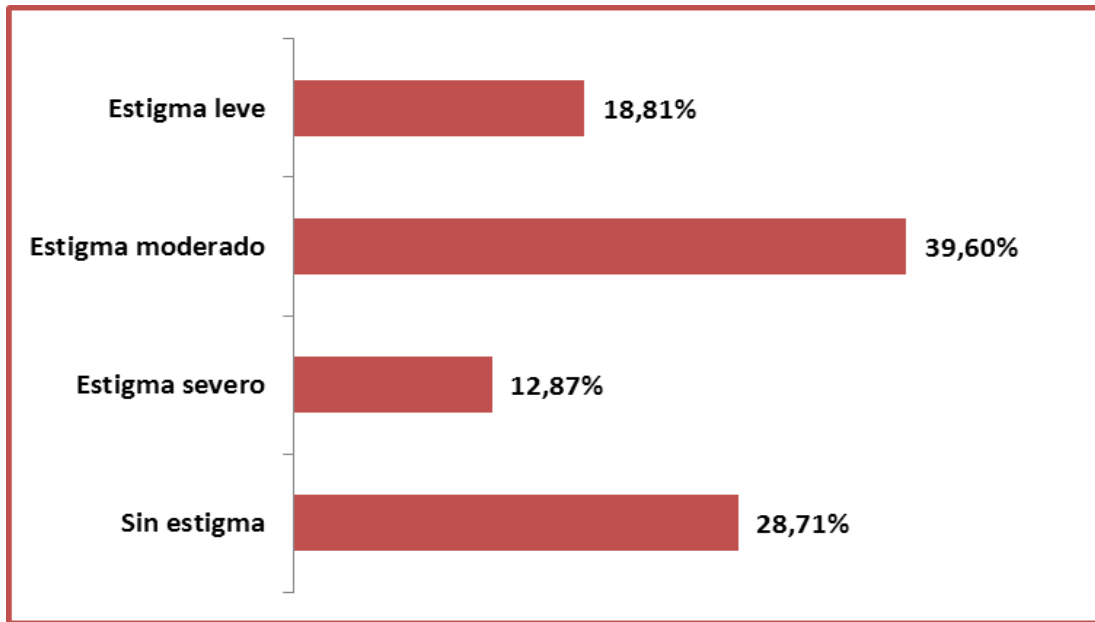


Fig. 14: Distribución del Nivel de estigma Internalizado en los pacientes incluidos en el estudio. Dimensión Asignación de Estereotipos. (n=120).

Entre los resultados obtenidos en relación al ítem *“Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí”*, los pacientes que manifestaron estar de acuerdo con esta afirmación fueron 66 mientras que 54 personas expresaron estar en desacuerdo (Fig. 15).

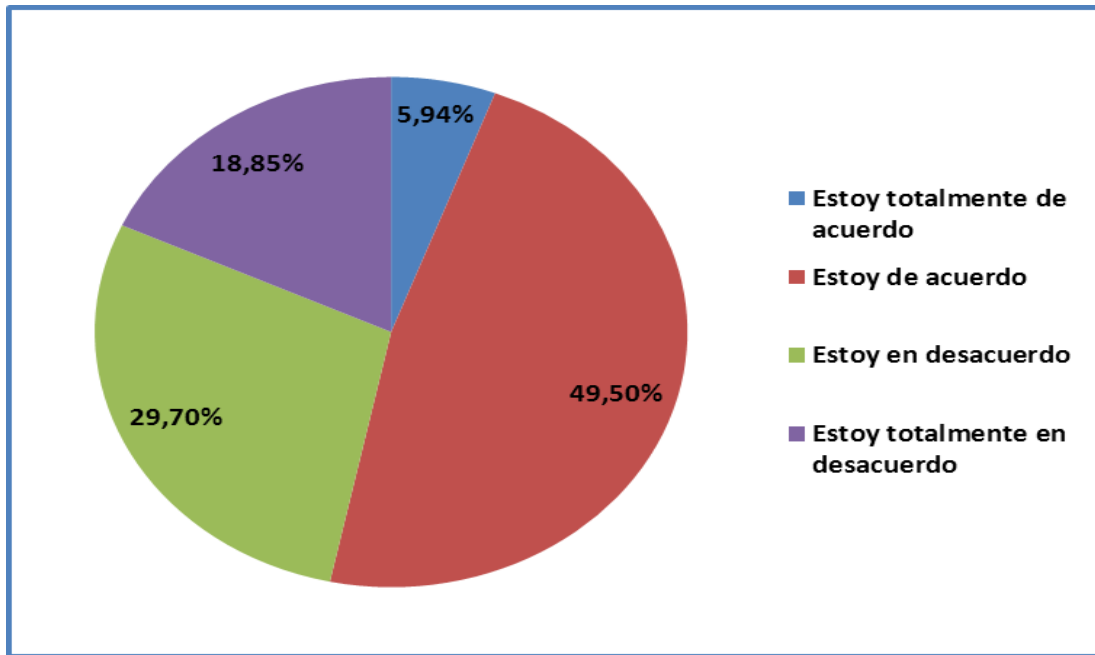


Fig. 15 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí”.

En el ítem “Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol”, los resultados encontrados fueron de 61 entrevistados que no están de acuerdo con la afirmación mientras que 59 están de acuerdo. Lo cual permite inferir que el aspecto interpretado por estas personas no representa un indicador de consumo de drogas por parte del contexto ($p < 0,003$) (Fig. 16).

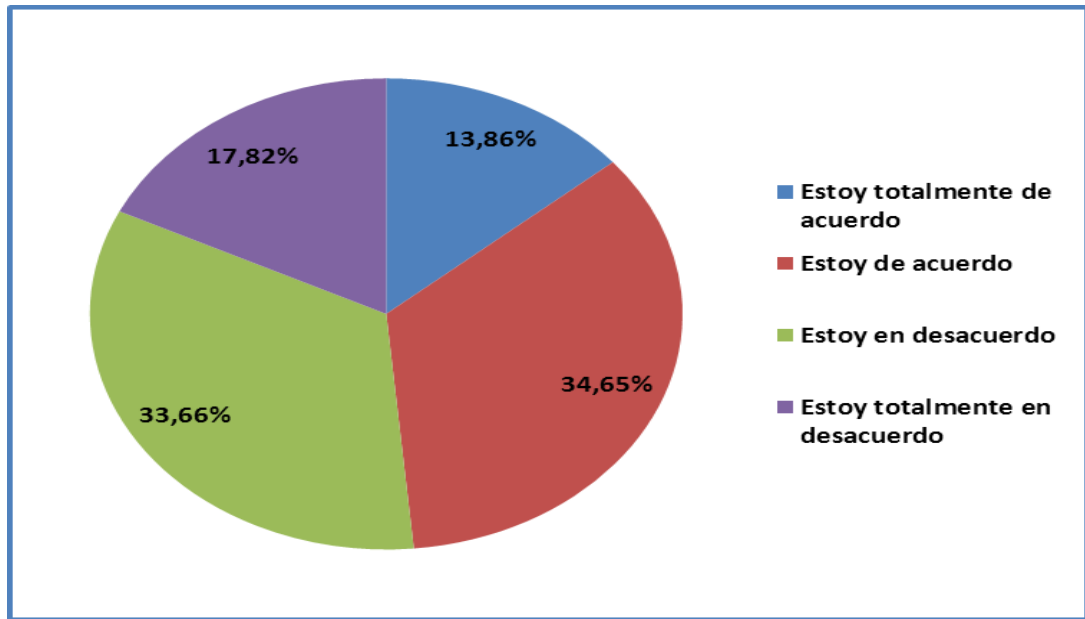


Fig. 16 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol"

En cuanto a si "La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta", 50 individuos expresaron estar de acuerdo con este estereotipo; 15 estar totalmente de acuerdo; 44 en desacuerdo y 11 totalmente en desacuerdo. A partir de ello se puede inferir que en el estereotipo violencia por parte de los consumidores no se encuentran diferencias significativas respecto a lo percibido por parte de los encuestados. ($p < 0,0001$) (Fig.17).

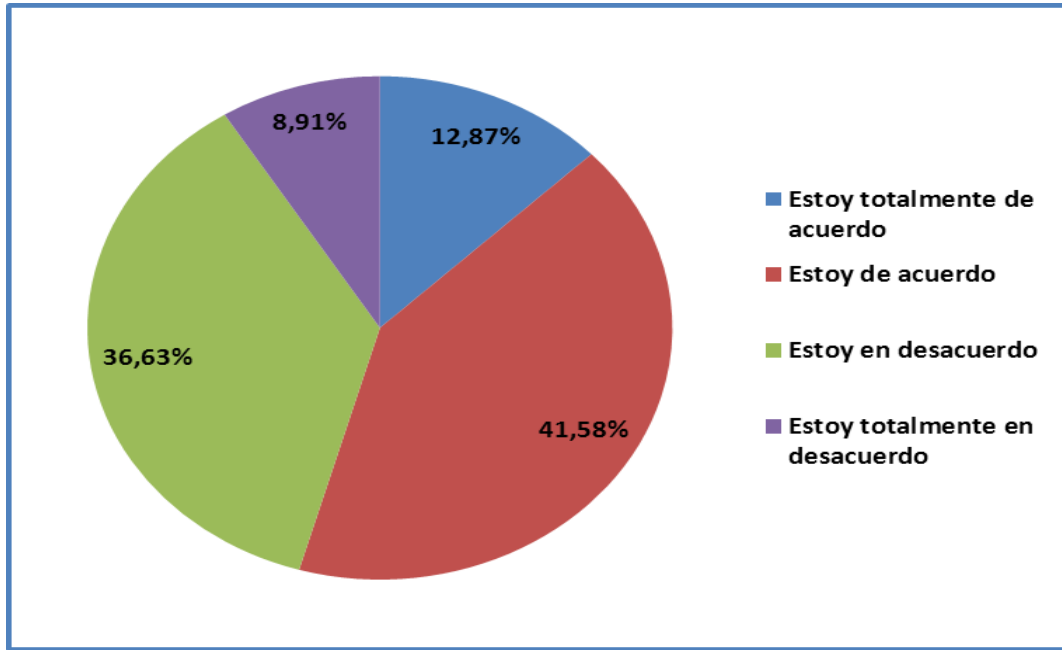


Fig. 17 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta”.

Respecto a la aseveración “Por mi consumo de drogas /alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás tomen decisiones por mí”, se encontró que 73 personas no están de acuerdo con esta afirmación representando el 61% de la muestra e indicando que más allá de consumir drogas la mayoría de los entrevistados se perciben capaces de tomar sus propias decisiones ($p < 0,0001$) (Fig. 18).

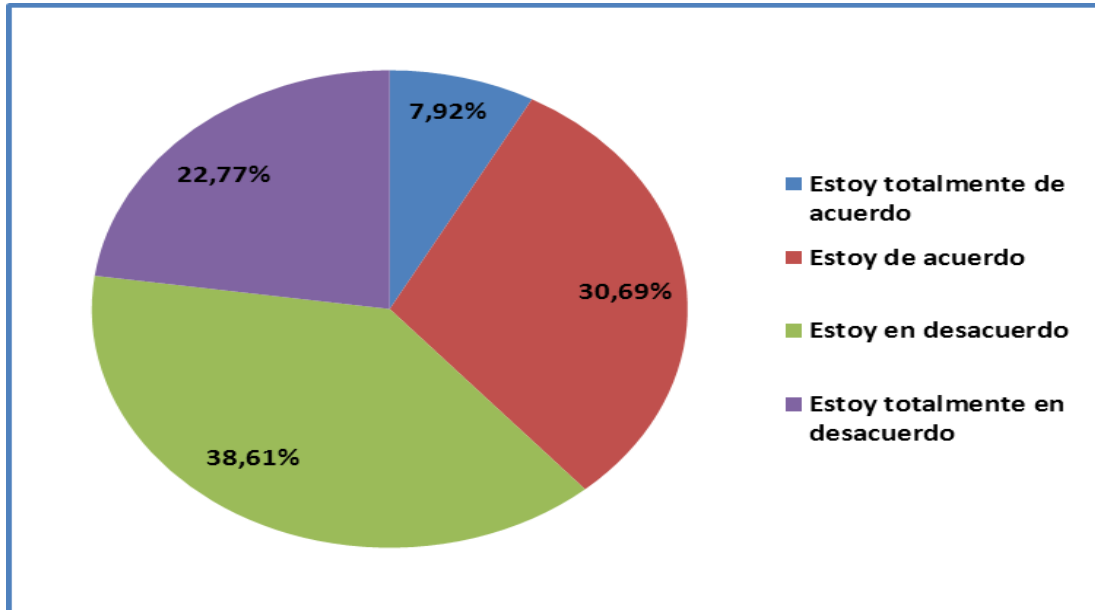


Fig. 18 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Por mi consumo de drogas /alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás tomen decisiones por mí”.

Respecto a la afirmación “La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena”, los resultados encontrados fueron de 38 pacientes que dijeron estar totalmente de acuerdo; 43 estar de acuerdo; 27 en desacuerdo y 12 totalmente en desacuerdo. Por lo que puede inferirse que este estereotipo en relación a no poder vivir plenamente y de forma gratificante está relacionado al consumo de drogas de manera significativa ($p < 0,003$) (Fig. 19).

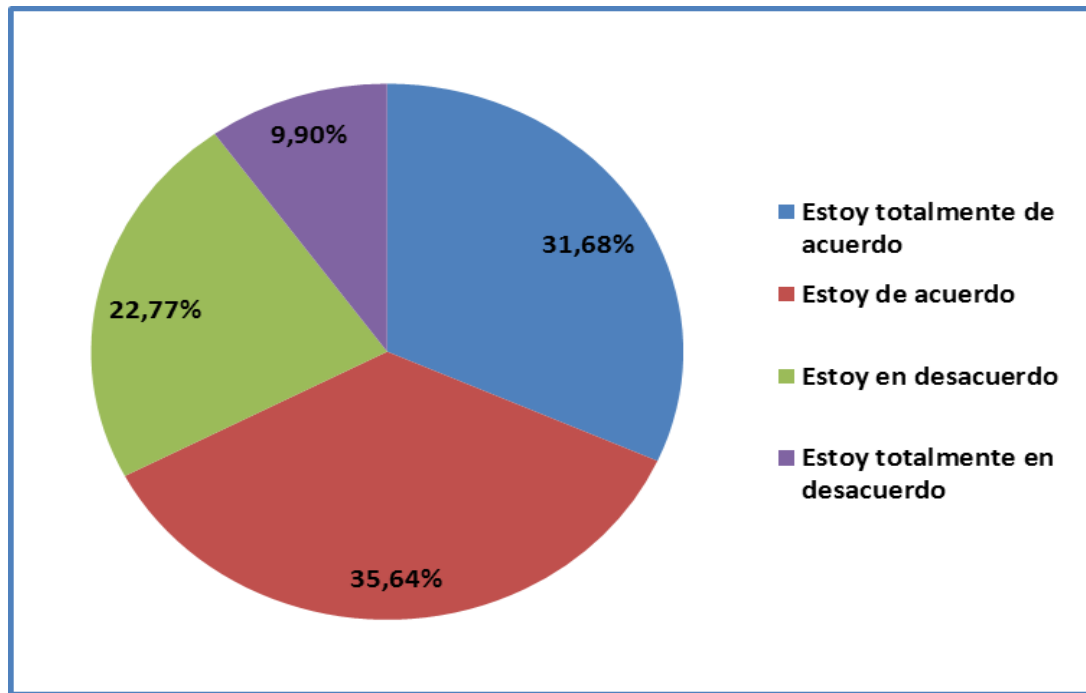


Fig. 19 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena”.

En relación a si “las personas que consumen drogas/alcohol no deberían contraer matrimonio”, los resultados obtenidos indican que 80 de los pacientes respondieron no estar de acuerdo con dicha afirmación siendo 40 los que están de acuerdo respecto a casarse (Fig. 20).

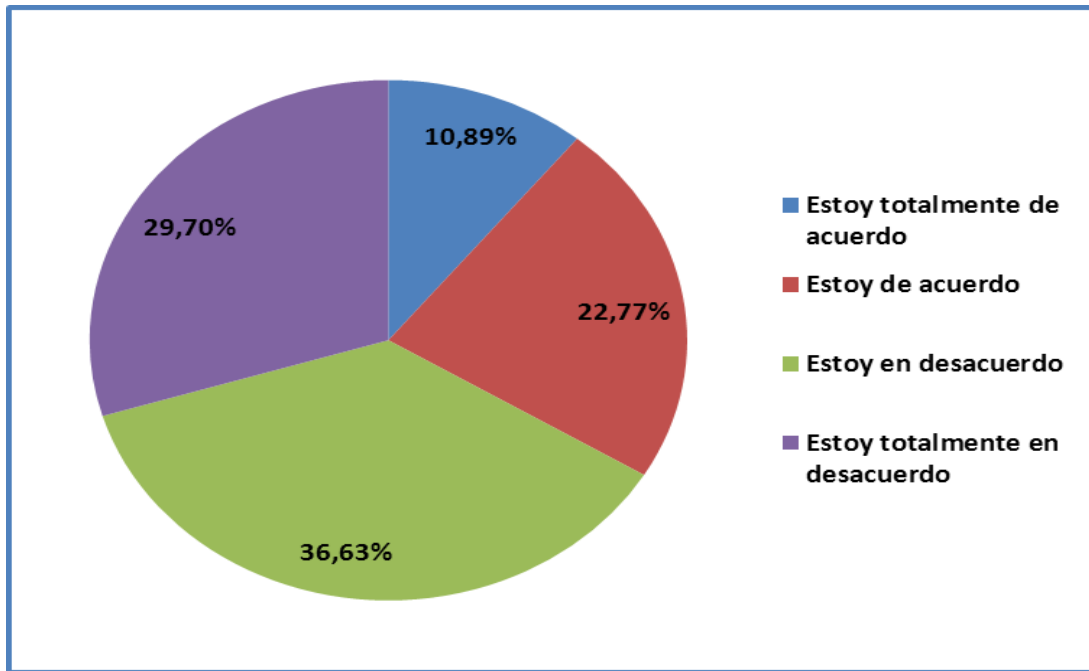


Fig. 20 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "las personas que consumen drogas/alcohol no deberían contraer matrimonio".

Y la última afirmación correspondiente a esta dimensión plantea "No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol" donde 37 de los casos expresaron estar en desacuerdo con este estereotipo; 32 totalmente en desacuerdo; 36 de acuerdo y 15 personas totalmente de acuerdo ($p < 0,04$).

(Fig. 21).

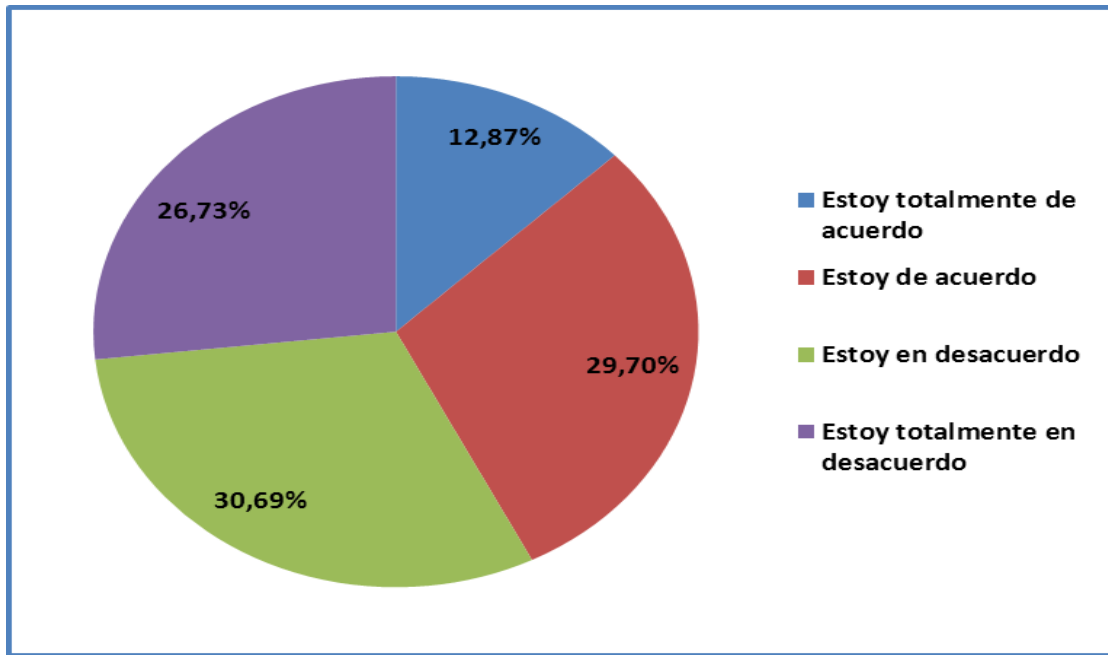


Fig. 21 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol”

El ISMI en su tercera dimensión “*Discriminación Percibida*” con cinco reactivos, permite medir la percepción de los encuestados en relación a cómo tienden a ser tratados por los demás. Esta dimensión permitió establecer que el nivel de estigma internalizado por parte de los sujetos entrevistados fue en un grado moderado en 50 personas; estigma severo en 24 casos; estigma leve 17 y sin estigma en 29 pacientes. ($p < 0,0006$) (Fig. 22).

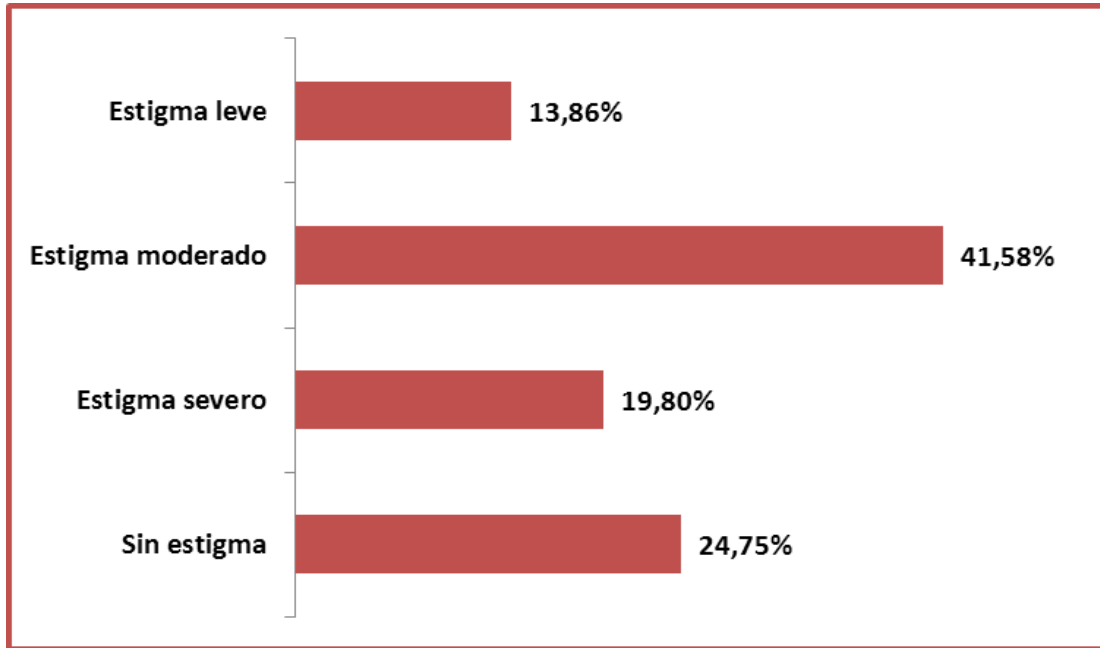


Fig. 22 Distribución del Nivel de estigma Internalizado en los pacientes incluidos en el estudio. Dimensión “Discriminación Percibida”. (n=120).

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los reactivos incluidos en esta dimensión:

En la afirmación “*La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol*” 65 sujetos manifestaron estar de acuerdo con ella mientras que 55 respondieron no estar de acuerdo; siendo la discriminación percibida en su mayoría por el consumo de drogas. ($p < 0,0003$) (Fig. 23).

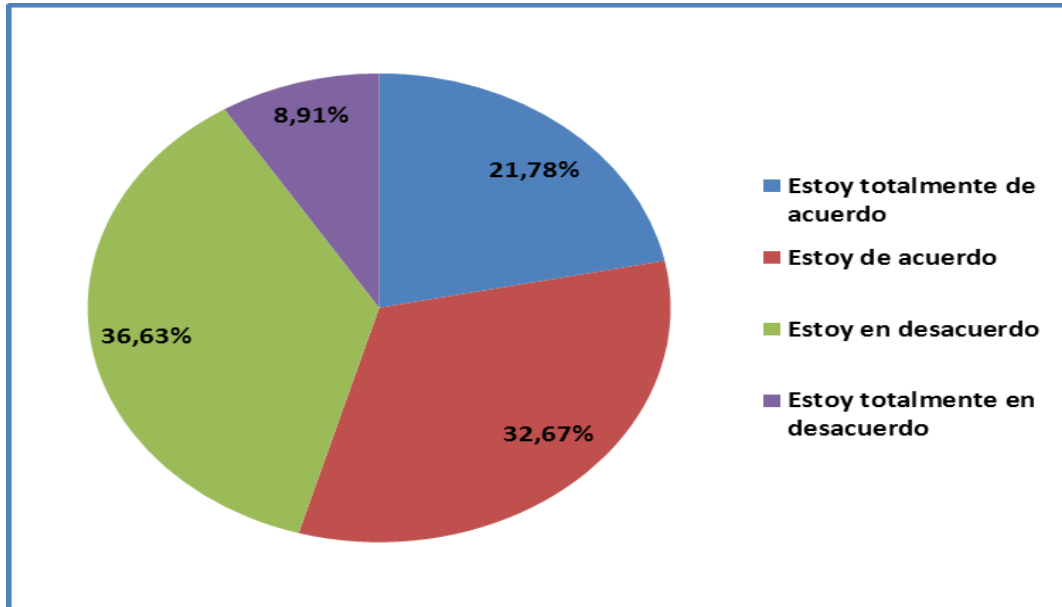


Fig. 23 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol"

Respecto a "Los demás (flia, amigos, otros) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol", las puntuaciones encontradas fueron en 63 casos estar de acuerdo; 15 casos totalmente de acuerdo mientras que 29 respondieron estar en desacuerdo y 13 totalmente en desacuerdo ($p < 0,0001$) (Fig. 24).

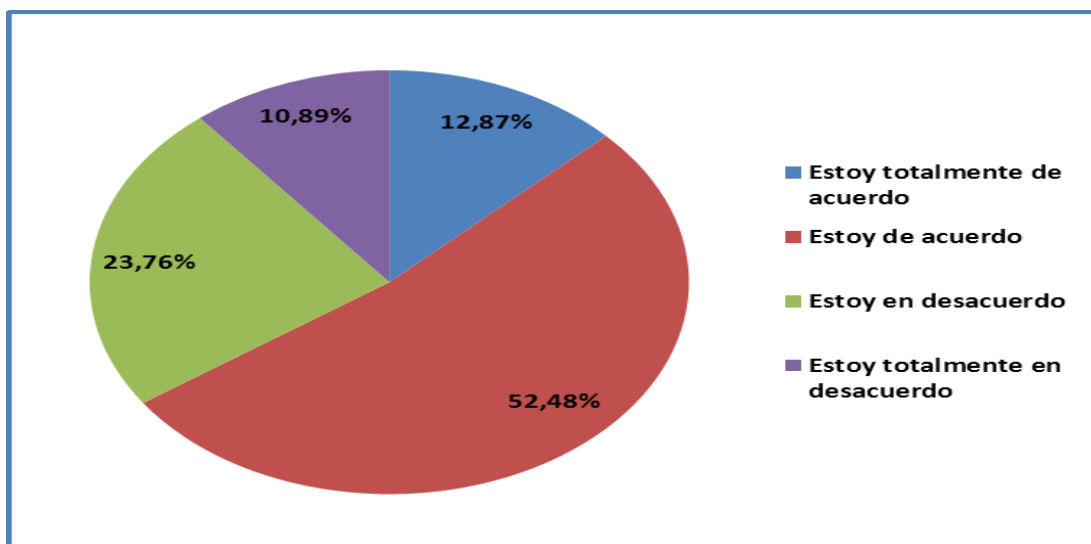


Fig. 24 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "Los demás (flia, amigos, otros) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol"

En esta dimensión se indaga acerca de *“La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol”*. Los consumidores que expresaron estar de acuerdo con esta percepción fueron 78 y 42 manifestaron estar en desacuerdo con la misma siendo en su mayoría los casos donde este tipo de discriminación es percibida e internalizada ($p < 0,0001$) (Fig. 25).

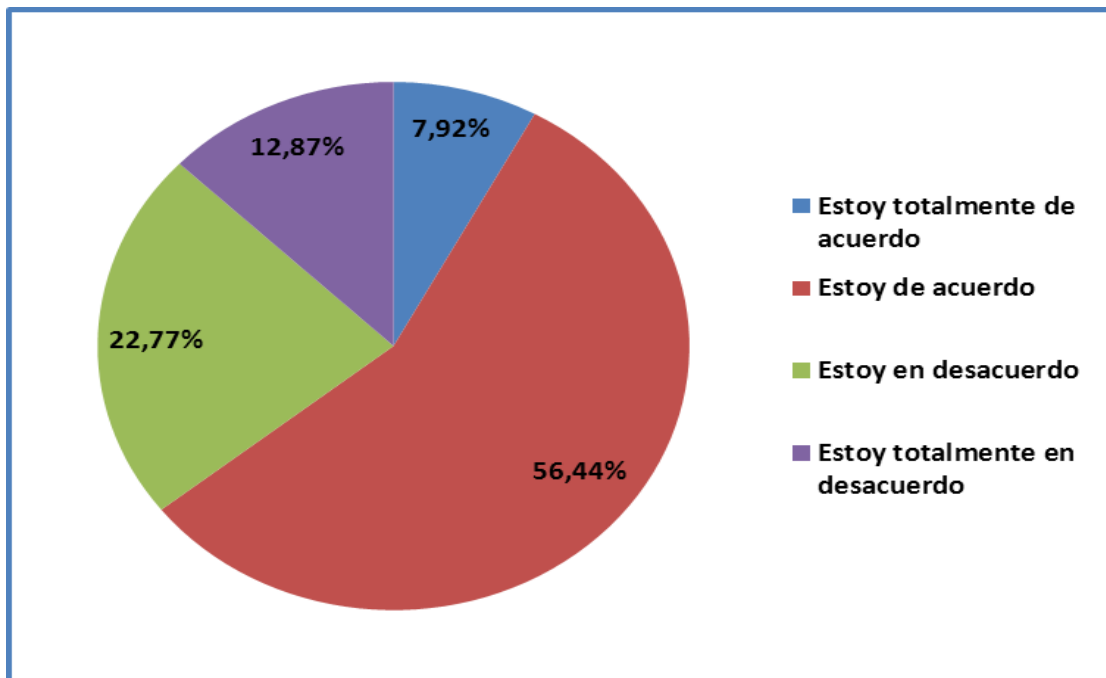


Fig. 25 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem *“La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol”*.

En la afirmación *“Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un niño/a sólo por el hecho de consumir drogas”* los resultados obtenidos fueron en 60 casos estar de acuerdo y 60 en desacuerdo por lo cual se pudo establecer que en un 50% esta percepción se asocia al consumo de drogas. ($p < 0,0001$) (Fig. 26).

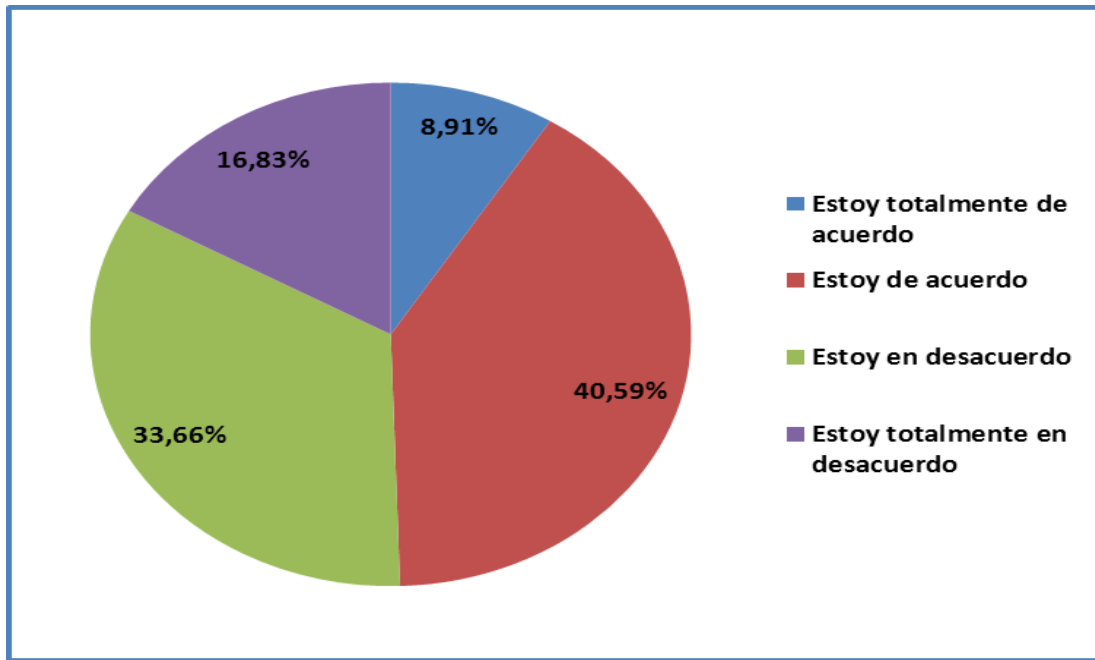


Fig. 26 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un niño/a sólo por el hecho de consumir drogas”

La última afirmación correspondiente a esta dimensión plantea “Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol”. Los consultados manifestaron en su mayoría no estar de acuerdo con esta percepción siendo 70 casos los que contestaron de esta manera (p 0,0004) (Fig.27).

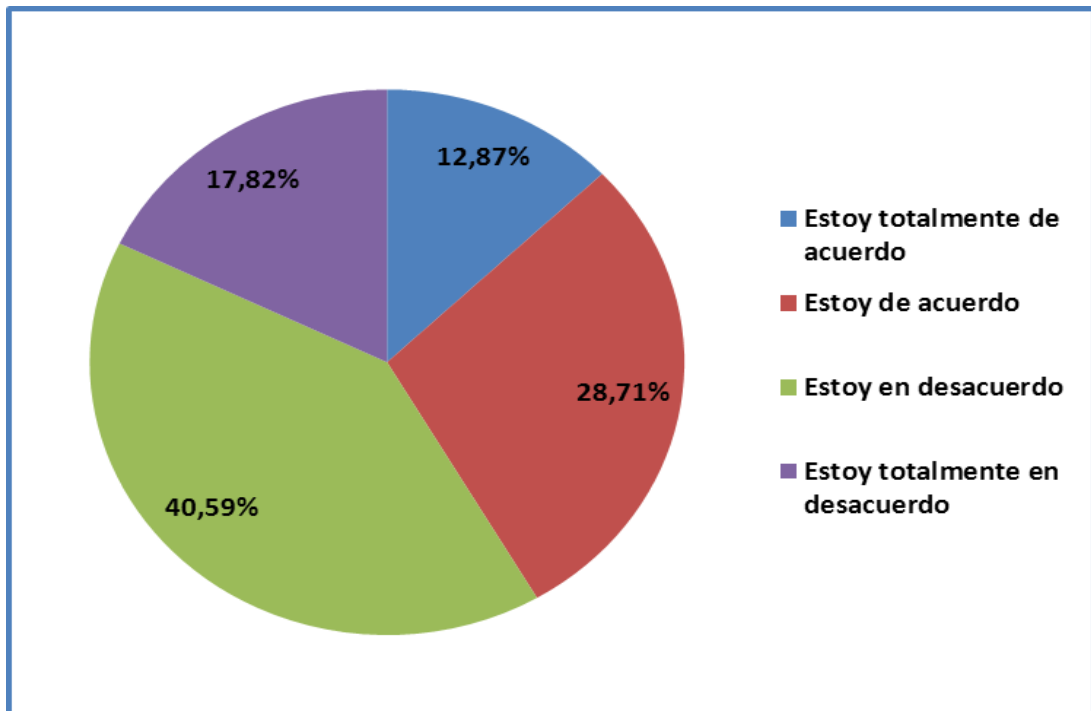


Fig. 27 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol"

La dimensión **"Aislamiento Social"** contiene 6 reactivos y de acuerdo a los resultados encontrados podemos decir que el nivel de estigma internalizado en esta dimensión fue de leve a moderado en 61 casos; 19 casos con Estigma severo y 40 sin registro de estigma ($p=0,04$) (Fig. 28).

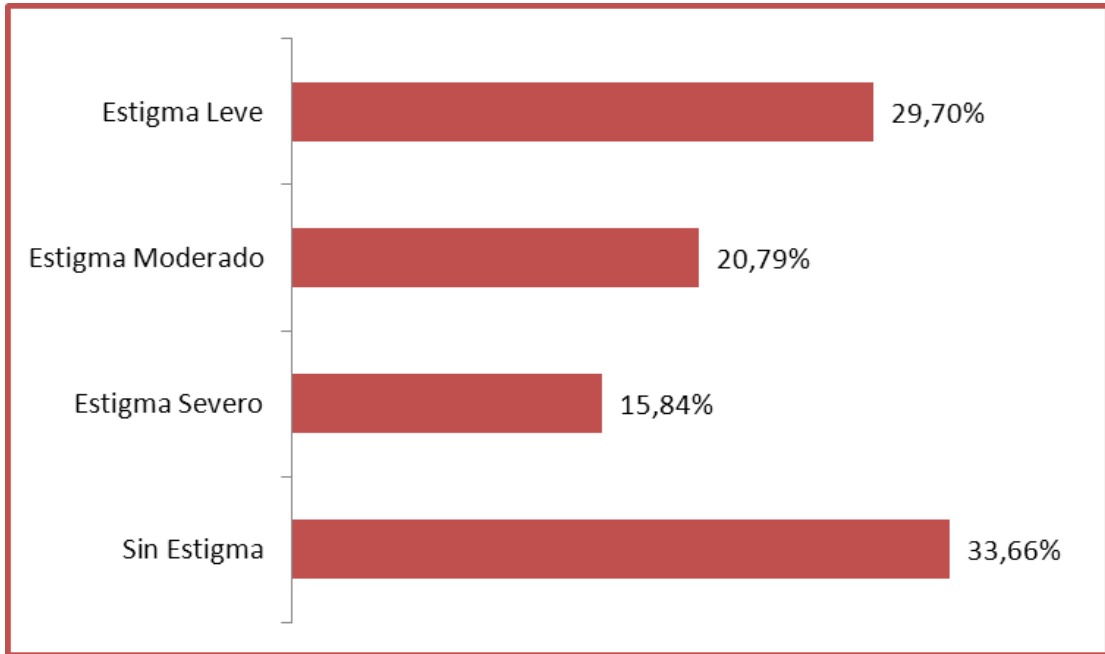


Fig. 28 Distribución del Nivel de estigma Internalizado en los pacientes incluidos en el estudio. Dimensión "Aislamiento Social". (n=120).

Se observó en función a las respuestas que ofrecieron los entrevistados a las siguientes afirmaciones:

"No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol". Aquí 70 de los pacientes manifestó estar de acuerdo, mientras que 32 no estuvieron de acuerdo y 18 totalmente en desacuerdo. ($p < 0,0004$).

(Fig. 29)

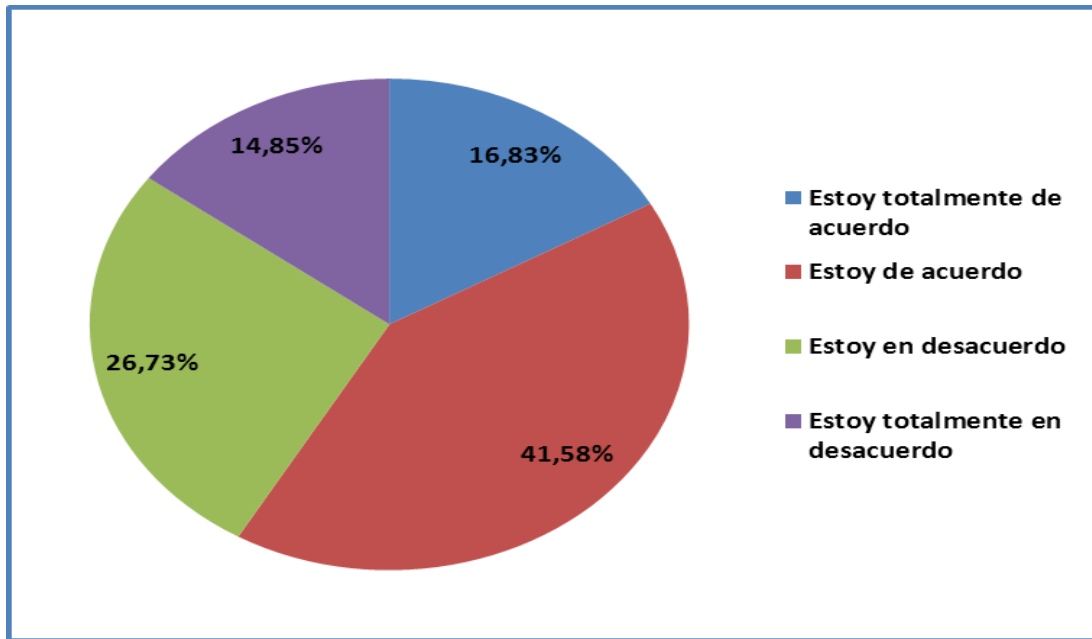


Fig. 29 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol”.

Al consultar sobre el ítem “No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera extraña”, la mayoría de las respuestas fueron estar de acuerdo en 43 casos y totalmente de acuerdo en 25, mientras que 33 personas respondieron estar en desacuerdo y 19 totalmente en desacuerdo ($p=0,02$) (Fig. 30).

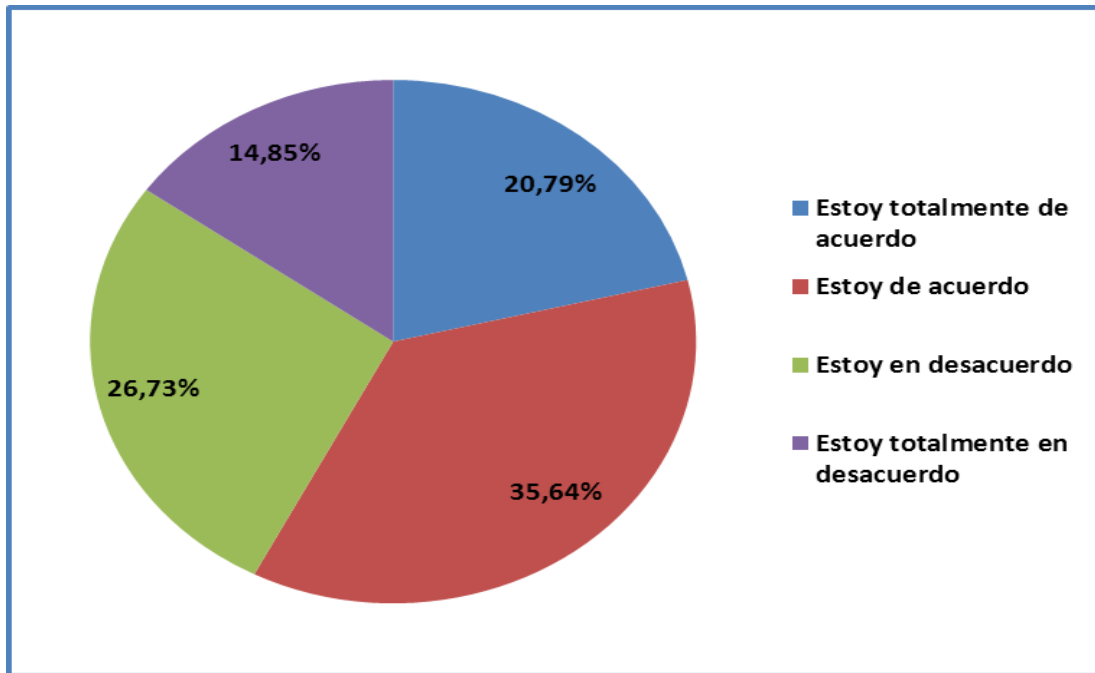


Fig. 30 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera extraña”

En “Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen aislado del mundo “normal” 74 pacientes manifestaron estar en desacuerdo con esta afirmación por lo cual se puede interpretar que la asignación de estereotipos no influye directamente con la percepción de aislamiento social ($p < 0,0001$) (Fig. 31)

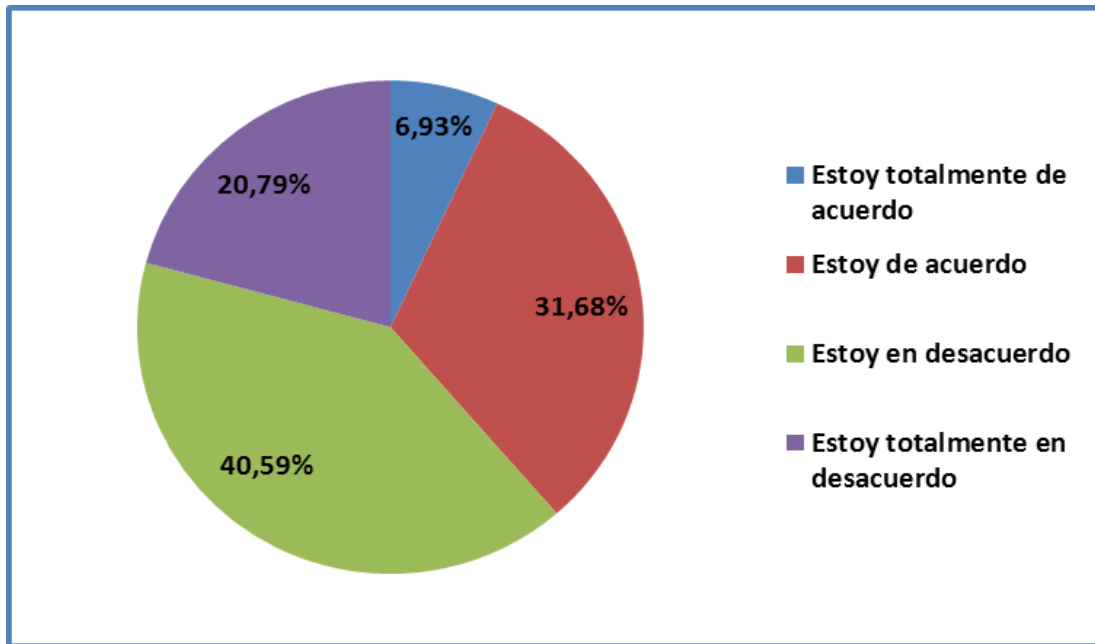


Fig. 31 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen aislado del mundo normal.”

El reactivo “Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos” muestra los siguientes resultados: 44 participantes expresaron estar en desacuerdo; 32 totalmente en desacuerdo; 37 de acuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Por lo cual se puede interpretar que esta percepción no está asociada al consumo de sustancias ($p < 0,0001$) (Fig. 32).

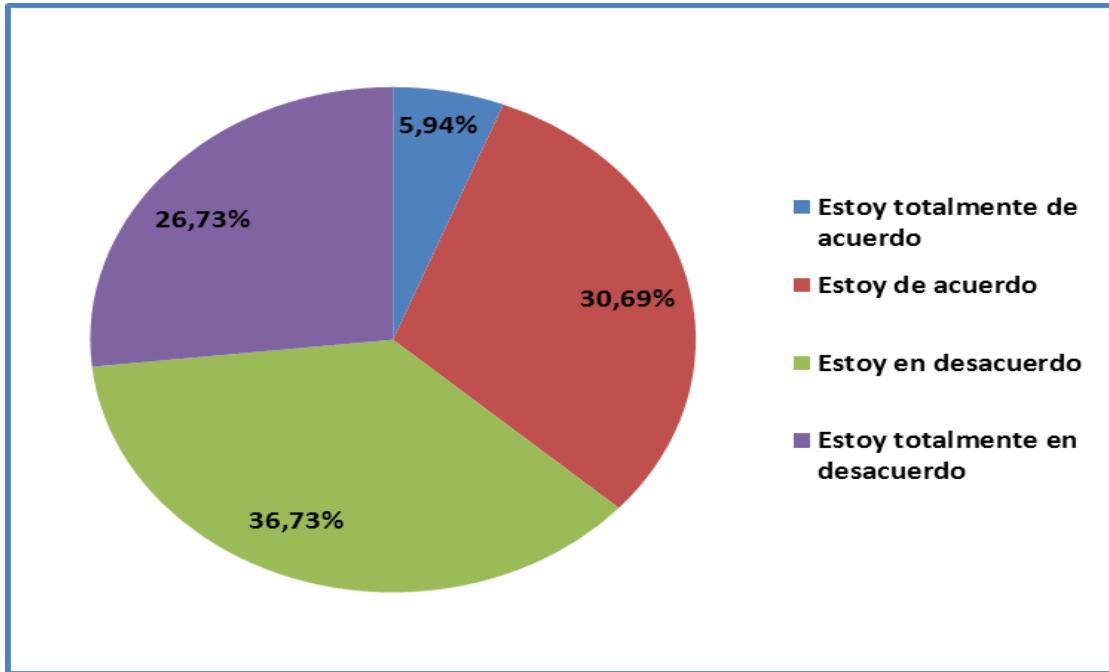


Fig. 32 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos”

En el ítem “Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado”, los valores encontrados fueron los siguientes: 49 sujetos respondieron estar en desacuerdo; 26 totalmente en desacuerdo; 37 de acuerdo con la afirmación y 8 totalmente de acuerdo. ($p < 0,0001$) (Fig. 33).

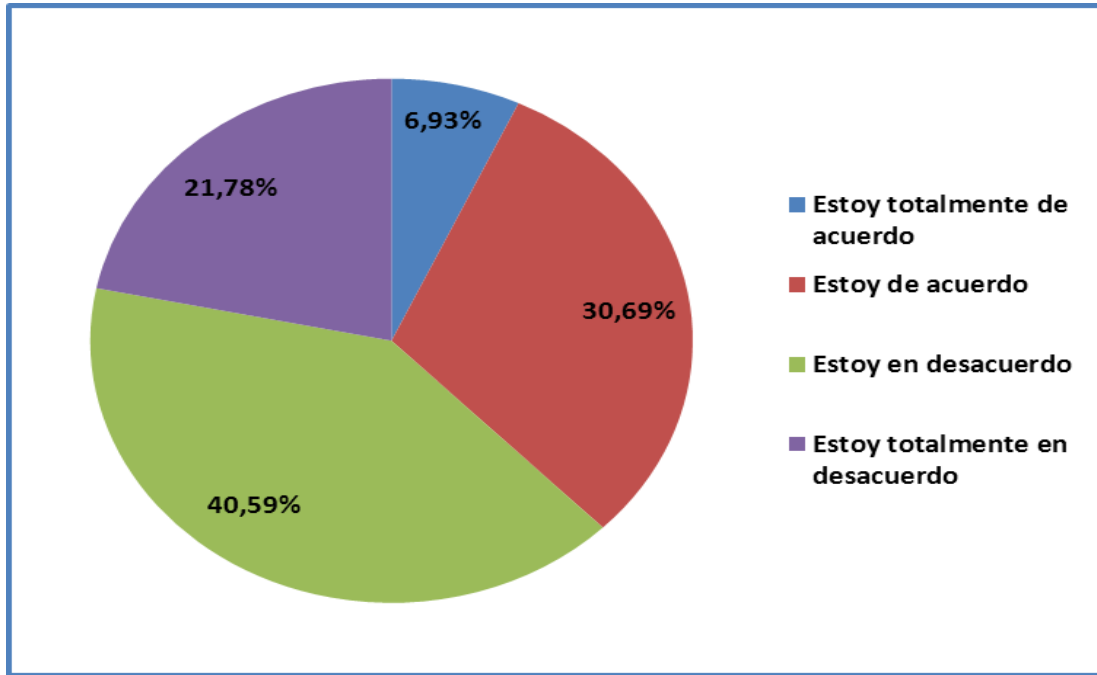


Fig. 33 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado”

El último reactivo correspondiente a esta dimensión plantea “Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado”. Los resultados encontrados fueron los siguientes: 53 personas expresaron estar en desacuerdo; 24 totalmente en desacuerdo; 36 de acuerdo y solo 7 totalmente de acuerdo ($p < 0,0001$) (Fig. 34).

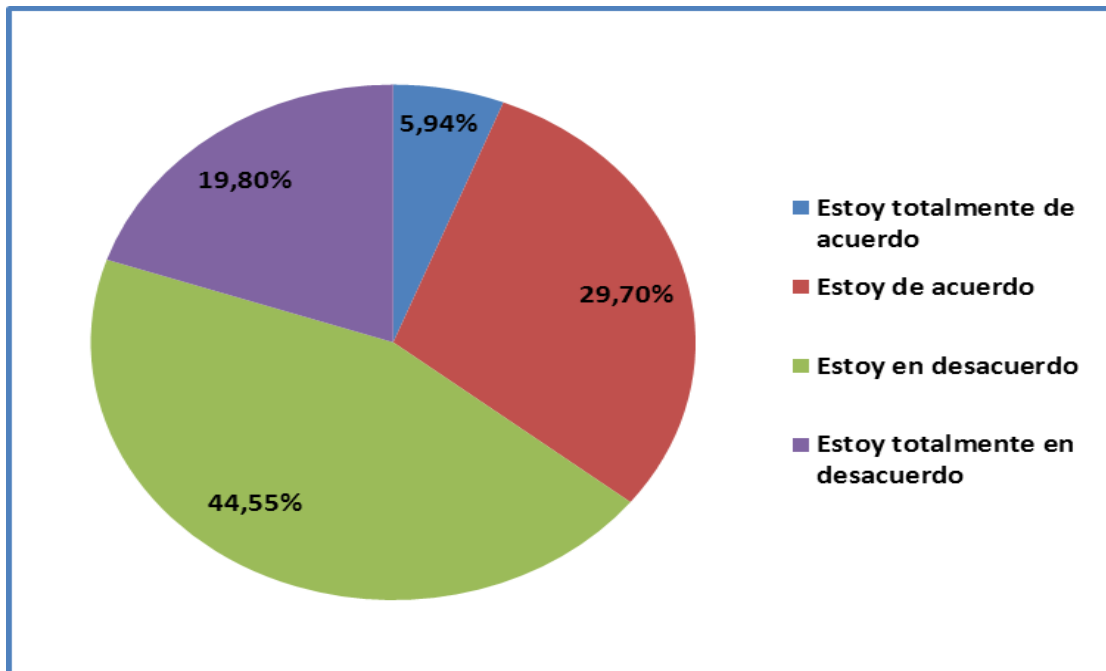


Fig. 34 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado”.

La última dimensión del ISMI es “la resistencia al estigma”: ésta sub-escala tiene cinco reactivos y mide la capacidad de una persona para resistir o ser afectada por el estigma internalizado. En esta dimensión el nivel de resistencia al estigma internalizado fue moderado en 39 pacientes; una resistencia leve en 26; severo en 38 casos y sin mostrar resistencia al estigma en 17 casos ($p < 0,0004$) (Fig. 35).

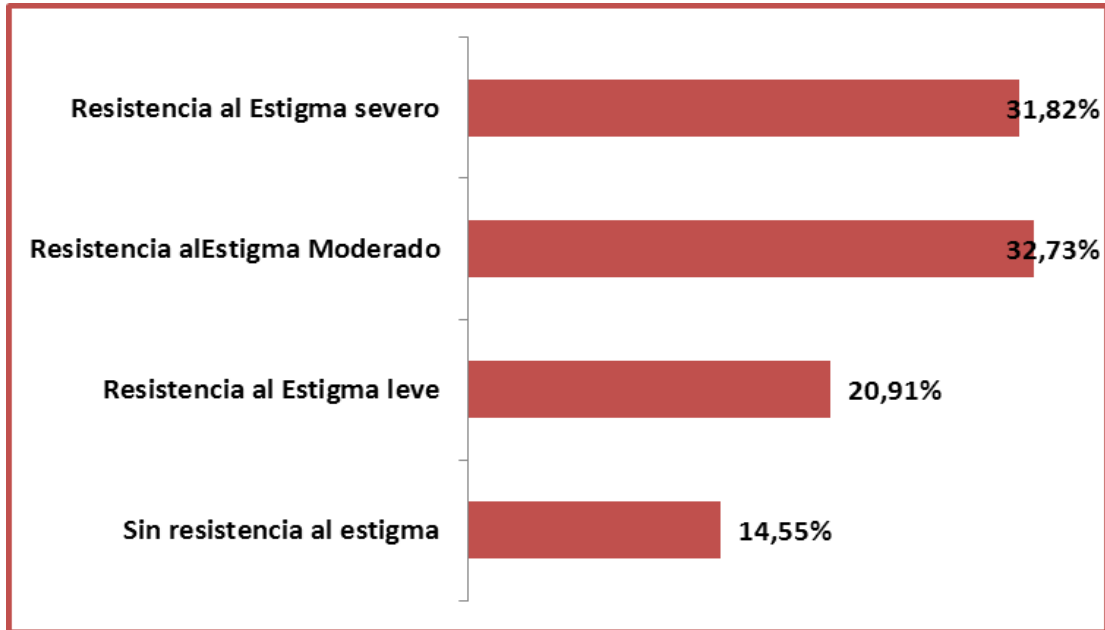


Fig. 35 Distribución del Nivel de estigma Internalizado en los pacientes incluidos en el estudio. Dimensión "Resistencia al Estigma". (n=120).

En la afirmación "Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol" 52 de los pacientes manifestaron estar en desacuerdo, 20 totalmente en desacuerdo; 33 en de acuerdo y 15 totalmente de acuerdo ($p < 0,0001$) (Fig. 36).

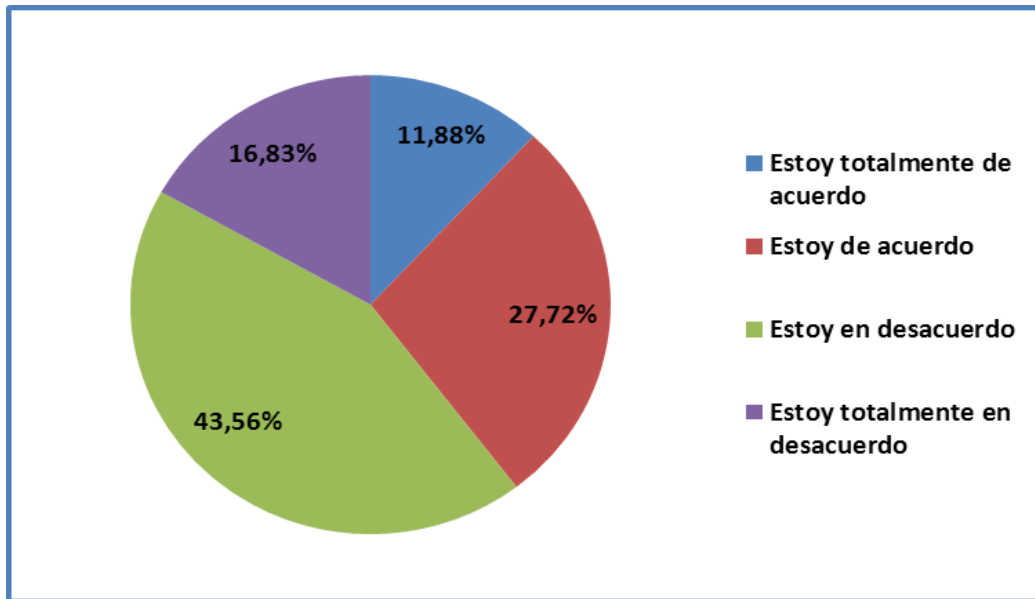


Fig. 36 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol”

En el ítem “Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma que quiero” es la siguiente afirmación donde los entrevistados contestaron de la siguiente manera: 43 estar de acuerdo y 29 totalmente de acuerdo mientras que 40 respondieron estar en desacuerdo y 8 totalmente en desacuerdo. Se evidencia que la mayoría de los pacientes se perciben capaces de vivir su vida en la forma que quieren ($p < 0,0001$) (Fig. 37).

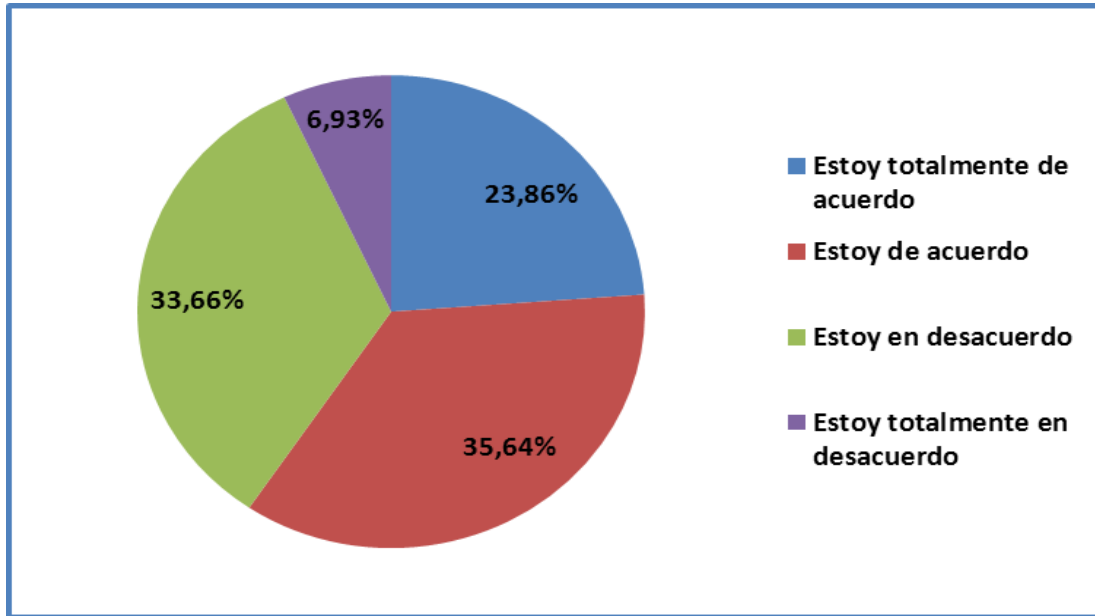


Fig. 37 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma que quiero”

Respecto al ítem “Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol”, 69 de los usuarios respondieron estar en desacuerdo mientras que 51 establecieron estar de acuerdo con esta aseveración, no encontrándose diferencias significativas entre las frecuencias de las respuestas (Fig. 38).

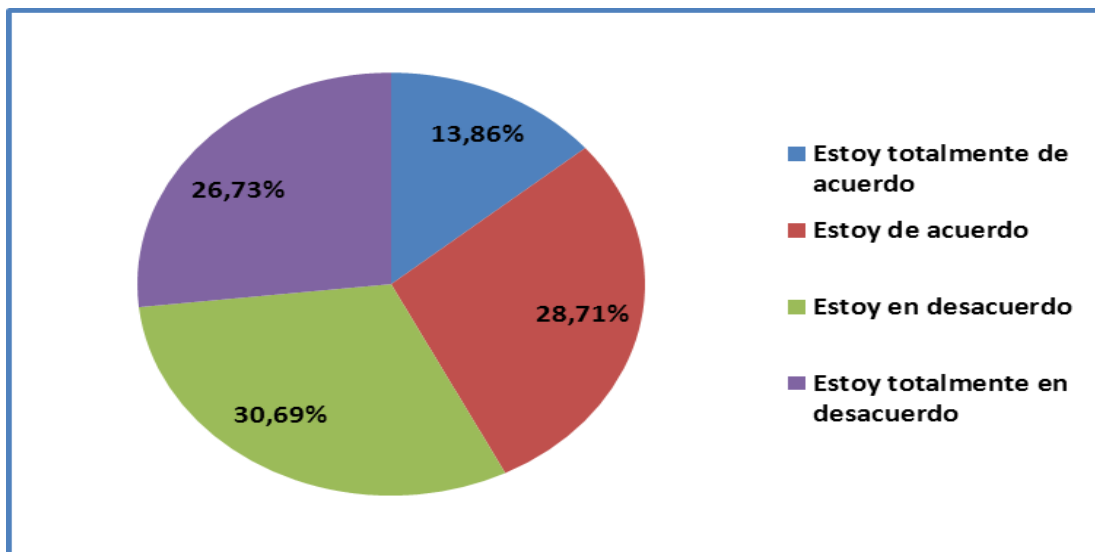


Fig. 38 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol”

En cuanto al ítem “*La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad*”, los resultados encontrados fueron los siguientes: 45 casos respondieron estar en desacuerdo; 36 totalmente en desacuerdo; 31 de acuerdo y 8 totalmente de acuerdo. ($p < 0,0001$) (Fig.39).

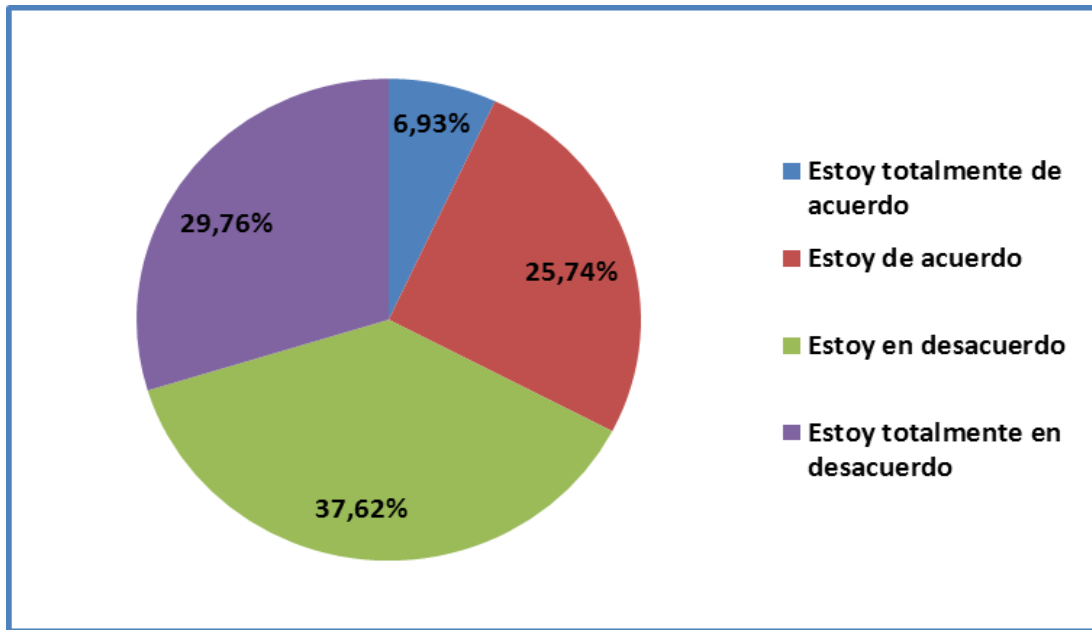


Fig. 39 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem “*La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad*”

El último reactivo de esta dimensión plantea “*Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido*”, y 67 pacientes manifestaron estar totalmente en desacuerdo; 38 en desacuerdo; 9 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. De esta forma se evidencia que la mayoría de los entrevistados no percibe al consumo como un aspecto fortalecedor en su vida ($p < 0,0001$) (Fig. 40).

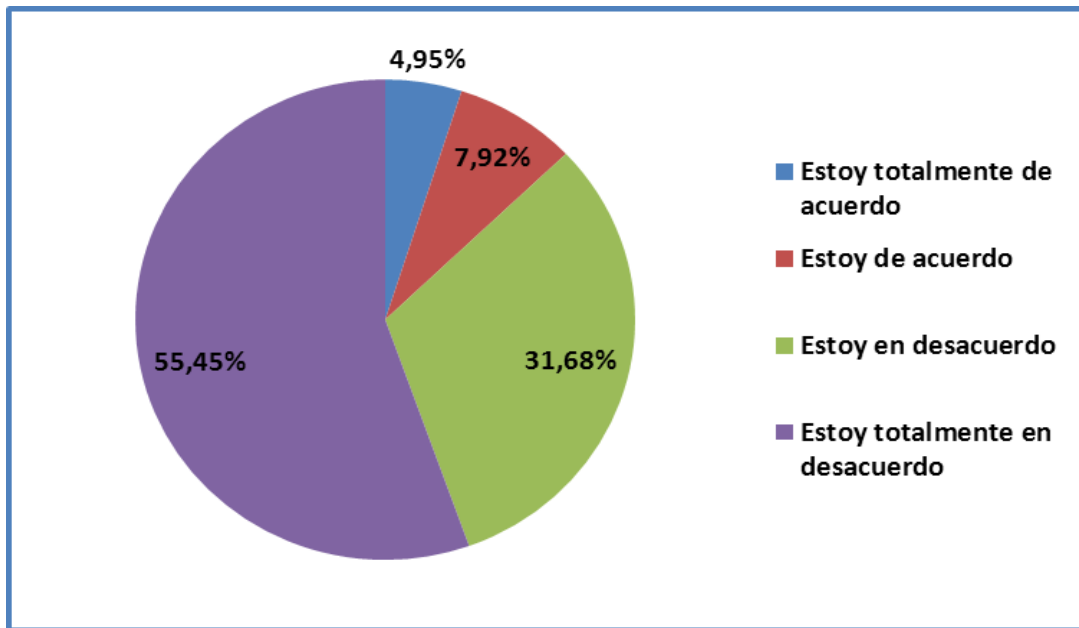


Fig. 40 Distribución de frecuencias expresadas en porcentajes de la respuesta de los pacientes ante el ítem "Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido".

Para finalizar con el análisis e interpretación de los resultados obtenidos se procedió a analizar cada dimensión propuesta por el ISMI en relación a la media de edad y el tipo de consumo del grupo de estudio, lo cual permitió identificar el perfil de los sujetos entrevistados en relación al nivel de estigma internalizado según las características sociodemográficas del mencionado grupo.

Con respecto al tipo de consumo, se observó asociación entre los niveles moderado a severo con el consumo de alcohol sólo en las dimensiones: aislamiento y asignación de estereotipos ($p < 0,05$); mientras que en las otras dimensiones del instrumento no se observaron asociaciones con el tipo de consumo.

En relación a la media de edad se observó que en la dimensión "alienación", las personas sin estigma internalizado en esta dimensión tuvo una media de edad de 30 años, por su parte el estigma internalizado con un nivel leve se presenta en promedio

a los 32 años, el nivel moderado se presenta en promedio a los 37 años; mientras que el estigma internalizado con un nivel severo se presenta en promedio a los 42 años ($p=0,0043$). Estos datos nos permiten observar que a mayor edad del paciente, el estigma internalizado se incrementa y así la experiencia subjetiva de sentirse menos que un miembro de pleno derecho de la sociedad.

En la dimensión "*Asignación de estereotipos*", la media de edad para los pacientes sin estigma en esta dimensión fue de 31 años, mientras que el estigma internalizado de nivel leve aparece a los 32 años, el moderado a los 40 años y el severo a los 48 años en promedio ($p<0,0001$). Aquí se pudo observar que en relación al grado en que los encuestados están de acuerdo con los estereotipos más comunes sobre las personas consumidoras de drogas (creencias, apodos, etiquetas, aspecto en general) el nivel de estigma internalizado es de mayor severidad a medida que avanza la edad.

En cuanto a la dimensión "*Discriminación percibida*" es decir, la percepción de los encuestados en relación a cómo tienden a ser tratados por los demás, se pudo observar el mismo comportamiento de las variables anteriores, es decir que a medida que aumenta la edad de los pacientes la internalización de la discriminación como un factor estigmatizante se hace presente presentándose el nivel de estigma severo a los 43 años de edad. Mientras que los consumidores que realizan tratamiento de rehabilitación y tienen una media de edad de 31 años no muestran nivel de estigma internalizado respecto a la discriminación percibida ($p=0,0099$).

Al analizar la dimensión "*Aislamiento social*" los datos obtenidos permitieron determinar que el nivel leve de estigma internalizado de esta categoría se presenta a

partir de los 37 años de edad mientras que a medida que avanza la edad los niveles se agravan ($p=0,0012$).

La “*resistencia al estigma*” como dimensión respecto a la media de edad de los consultados expresa que es de nivel moderada a severa a los 40 años de edad lo cual permitió observar que a mayor edad en los consumidores de sustancias psicoactivas tienen mayor capacidad para resistir o ser afectados por el estigma. ($p=0,0112$).

Al efectuar el análisis de correspondencias múltiple con la finalidad de encontrar el perfil de agrupamiento de los entrevistados en relación a la percepción global de estigma internalizado y las dimensiones que esto incluye se observó que el grupo de edad mayores de 35 años se agrupan a una percepción de estigma internalizado severo tanto en el estigma global como en sus dimensiones (ver cuadrante inferior izquierdo), mientras que los grupos de menor edad se asocian a valores leves de estigma internalizado o sin estigma internalizado (ver cuadrante superior derecho). (Fig. 41)

A partir de ello se observó que los consumidores de drogas con menor edad presentan un nivel de estigma internalizado leve, mientras que a medida que aumenta la edad presentan un nivel de estigma internalizado moderado a severo. Esto permite pensar para este grupo estrategias de tratamiento que promuevan mayor nivel de autoestima, capacidad para generar vínculos que les permitan mayor inclusión social.

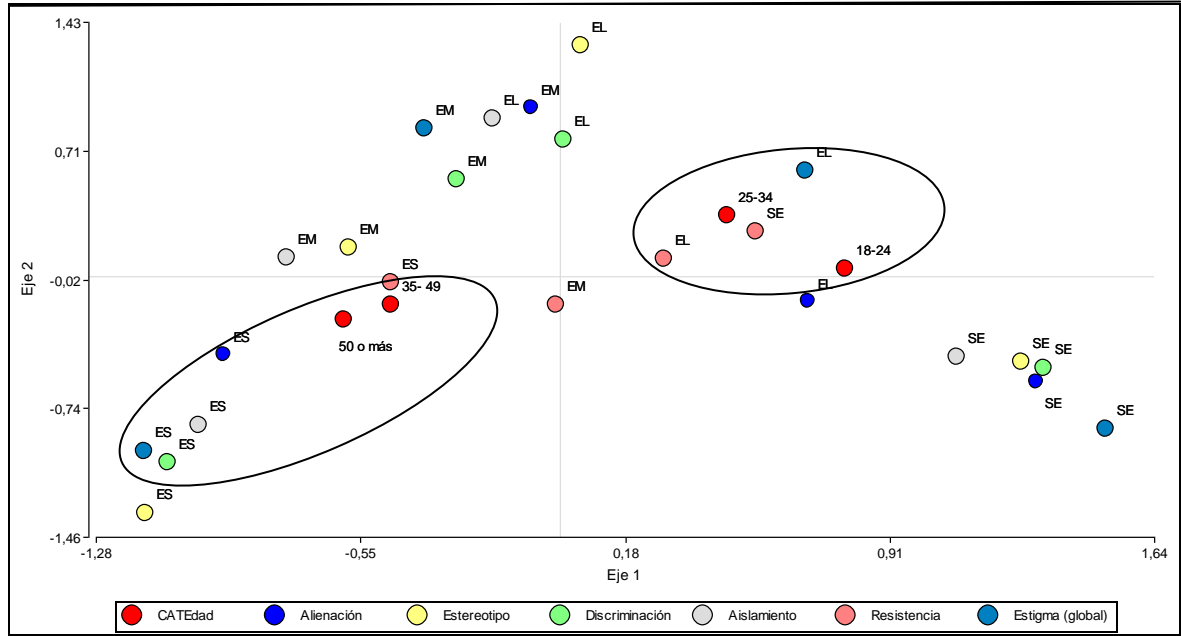


Fig. 41 Análisis de correspondencia múltiple según grupo de edad y nivel de Estigma Internalizado.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

Este estudio permitió la evaluación del estigma internalizado que experimentan las personas que consumen sustancias psicoactivas, mientras se encuentran bajo tratamiento de rehabilitación por dicho consumo en la ciudad de Córdoba, Argentina.

Con respecto a la validez de la escala para evaluar el estigma internalizado, los hallazgos de este estudio son consistentes con el estudio original de Ritsher en donde encontraron coeficientes de fiabilidad de 0,90 para el total de la escala y coeficientes entre 0,58 y 0,80 para las dimensiones al interior de la escala. En el presente estudio también se encontró en la dimensión referente a la resistencia al estigma un coeficiente α más bajo que las otras dimensiones, tal como sucedió en el estudio original de Ritsher (33), y con otras versiones del mismo instrumento en idiomas distintos del original y en muestras de pacientes sin trastornos mentales (12,38, 39).

En el análisis factorial, 12 ítems mantuvieron agrupaciones factoriales similares a las de la escala original (1), pero al mismo tiempo resultaron ser diferentes de lo observado en la escala adaptada por Soares (36).

En relación a los niveles de estigma observados en este trabajo, las puntuaciones obtenidas fueron más elevadas que las observadas en estudio previos como el de Ritsher (33), el trabajo de Muñoz en España (7), el trabajo de Chang en Taiwán (39). Ocurre lo mismo al comparar las puntuaciones obtenidas con el mismo instrumento aplicado en otras poblaciones sin trastorno mental, como el estudio de Taft (40) en pacientes con enfermedad hepática o el estudio de Stevelink (13) que se aplicó en personas que viven con el VIH/SIDA y la lepra. En poblaciones con características de consumo similares, se observó que el estigma en la muestra de Córdoba era sustancialmente mayor que el observado por Luoma (35); mientras que hubo

puntuaciones similares a las observadas por Soares (36) en Brasil. Esto estaría sugiriendo la presencia de factores sociales y culturales específicos a cada lugar relacionados con la presencia de estigma.

Los resultados mostraron que el estigma internalizado en la muestra analizada es una problemática frecuente entre las personas que consumen sustancias psicoactivas (41,42). Como también se observó que el estigma puede ser más elevado en las personas que consumen solamente alcohol, que en las personas que consumen alcohol en combinación con otras sustancias psicoactivas, tal como fue demostrado por otros autores (43). El hecho de que el alcoholismo sea más estigmatizante que otras condiciones de salud ya fue abordado por Corrigan (8), argumentando que esto puede darse por dos situaciones: la primera, que las personas que ven a los individuos como responsables de su abuso de alcohol es probable que estén enojados con ellos y no estarán dispuestos a ayudarles; la segunda, que las personas que en general ven los individuos que consumen alcohol como víctimas de su abuso de alcohol estarán propensos a experimentar lástima hacia ellos (41). En nuestro país podemos asociar que el consumo de alcohol está naturalizado por la población en general al ser de venta legal y no es considerado como una droga, siendo en la actualidad uno de los factores más determinantes en la accidentología vial.

Otro resultado de este trabajo relacionado con la dimensión alienación, resulta muy consistente con los hallazgos reportados por Ritsher, quien describió que esta esfera es un componente esencial del proceso de estigma internalizado. La importancia de la alienación en los resultados de este estudio sugiere que el sentirse diferente de otros y fuera de lugar en la sociedad son componentes de importancia en el proceso

internalización del estigma. Es relevante además porque la alienación reduce la autoestima y aumenta los síntomas depresivos, generando un círculo vicioso en el proceso de estigmatización (11). Esto también puede observarse en las opiniones de otros autores donde el estigma internalizado ha sido demostrado estar asociado con sentimientos de impotencia, autoestima baja y el aislamiento social, que reducen la adherencia al tratamiento y disminuyen la satisfacción con la vida, inhibiendo recuperación (50-51).

En este estudio se encontró que en un 57,42% de los casos el estigma internalizado correspondió a niveles de moderado a severo. A partir de esto se pudo observar diferencias con respecto a un estudio realizado en Córdoba donde se utilizó el mismo instrumento, en pacientes externados y con diagnósticos prevalentes de esquizofrenia y trastornos psicóticos. En dicho estudio los niveles de estigma internalizado en todos los casos alcanzó un nivel bajo. (48). Esto puede deberse a que los consumidores de drogas al tener mayor vinculación social, encuentran a la vez mayores experiencias de discriminación y asignación de estereotipos debidos a su problemática. Y considerando que el consumo de drogas no siempre es asociado a un problema de salud pero sí se le asigna al consumidor la responsabilidad por el mismo y también por la solución de su problema.

Así mismo algunos autores concluyen que latinoamérica se ha caracterizado por ser una región que presenta una alta prevalencia de estigma hacia la enfermedad mental, y niveles significativos de internalización del mismo entre las personas con diagnóstico psiquiátrico, conduciendo a un alto nivel de exclusión social, baja adherencia al tratamiento y una disminución de la calidad de vida (49). Además, la Organización Mundial de Salud Mental de la OMS en el Plan 2013-2020 establece

que la reducción de la estigmatización, discriminación y violaciones de derechos humanos son objetivos relevantes, que pueden ser la implementación de programas de promoción y estrategias de prevención (52). Sin embargo, una reciente evaluación de los servicios de salud mental en esta región ha declarado que el estigma sigue siendo una barrera importante para la recuperación en personas con enfermedad mental (53).

Los resultados presentados aquí orientan el desarrollo de intervenciones para reducir los efectos del estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas, lo que potencialmente mejoraría los resultados de los tratamientos de rehabilitación y contribuiría a prevenir la concomitancia de otros trastornos como la depresión. El hecho de conocer la naturaleza del estigma contribuye a orientar las intervenciones psicoterapéuticas, en especial las estrategias que trabajan con el afrontamiento de las creencias y suposiciones de los pacientes alrededor del rechazo social (11).

Una revisión literaria sistemática de 2012 de las intervenciones realizadas en relación al estigma internalizado por Mittal et quien lo ha clasificado como auto-estigma, las reduce a enfoques en dos campos: 1) intervenciones cuyo objetivo es alterar las creencias estigmatizantes de los usuarios de la salud mental y las actitudes, y 2) los que mejoran la afrontamiento habilidades que capacitan a los usuarios, mejoran su autoestima, y aumentar su comportamiento de búsqueda de ayuda (54).

En virtud de que los resultados de este estudio se asumen algunas limitaciones relacionadas a la composición de la muestra por sexo, debido a la cantidad de

mujeres que participaron lo cual impide la desagregación de resultados de manera estratificada.

Es de vital importancia para los tratamientos de rehabilitación del consumo de drogas tener en cuenta la repercusión del estigma internalizado en el paciente como también las representaciones de esta característica en los profesionales de la salud tratantes y fundamentalmente en las percepciones que la familia y el contexto de situación tienen acerca de ellos. Para lo cual incluir en el tratamiento a la familia y trabajar el impacto negativo de la estigmatización y las consecuencias del mismo tanto en la vida de la persona como en su tratamiento permitiría tener nuevas estrategias de trabajo terapéutico mejorando sus relaciones sociales y familiares. La inclusión de los miembros de su contexto y el cambio en relación a la percepción del consumo ayuda a la reinserción social de la persona.

Por otro lado, la familia ha sido considerada como un recurso importante para el desarrollo tratamiento de dependientes de drogas al proporcionar un ambiente seguro y actuando como fuente de apoyo. Al propiciar atención, afecto, protección, comodidad y empatía, las familias son capaces de promover comportamientos saludables, aumentando las posibilidades de que estos comportamientos se mantengan a lo largo del tiempo. Identificar a la familia que el consumidor tiene como referencia; evaluar el conjunto de creencias que los familiares tienen e incluir la psico-educación acerca del uso de drogas pueden resultar eficaces para disminuir el nivel de estigma (29)

Los beneficios de la psico-educación, el empoderamiento, y estrategias de afrontamiento para la reducción del estigma también se han documentado en otros

estudios (55, 56). En particular, la psico-educación de grupo constructivista, sobre la creación de conocimientos basados en o experiencias compartidas, se ha destacado como un método para lograr un aprendizaje significativo, es decir, directamente aplicable a la vida de los participantes (57). Esto puede ser obtenidos a través de discusiones grupales de temas de psico-educación (en lugar de los tradicionales de información de tipo "conferencia") y la incorporación de viñetas de casos en sesiones. Además, la práctica narrativa ha surgido como una técnica prometedora, habiendo sido mostrada en un estudio en 2012 para contribuir a la resistencia al estigma entre los usuarios (58). Michael White y David Epston (59, 60) propusieron este enfoque, centrado en las narrativas de la vida y el significado que los individuos asignan a ciertos eventos, para resaltar las creencias, valores, habilidades y relaciones de las personas, que están disponibles para apoyarlos en tiempos difíciles. Similar a los Ritos de Van Gennep Pasaje (61), la práctica narrativa enfatiza la externalización de los problemas y la internalización de agencia personal, para promover la reincorporación del conocimiento de los individuos y su lugar en la comunidad (62). Reflexionar acerca del estigma y sus consecuencias con los profesionales de la salud encargados de llevar adelante los tratamientos de rehabilitación es primordial para modificar mitos y creencias y representaciones sociales acerca del consumo de drogas y su rehabilitación. Siendo esta otra alternativa para la reducción del estigma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abeldaño R, Fernández A, Ventura C, Estario J. Psychoactive substance use in two regions of Argentina and its relationship to poverty. *Cad. Saúde Pública.* 2013; 29(5): 899-908.
2. Brown S. Standardized measures for substance use stigma / *Drug and Alcohol Dependence* 116 (2011) 137–141.
3. Muñoz M, Pérez E, Crespo E, Guillén A. Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, Madrid; 2009
4. Goffman E. *Estigma: La Identidad Deteriorada.* 1 ed. Buenos Aires – Madrid. Amorrortu; 1989.
5. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry.* 2005; 20(8):529-39.
6. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004; 59(7):614-25.
7. Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E. El estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud.* 2011; 07:41-50.
8. Corrigan P, Lurie B, Goldman H, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol. *Psychiatr. Serv.* 2005; 56, 544–550.
9. Link B, Yang L, Phelan J, Collins P. Measuring mental illness stigma. *Schizophr. Bull.* 2004; 30, 511–541.

10. Botha U, Koen L, Niehaus D. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 2006; 41(8), 619–623.
11. Ritsher J, Phelan J. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*. 2003; 129(3), 257–265.
12. Hwang T, Lee W, Han E, Kwon E. A study on the reliability and validity of the Korean version of Internalized Stigma of Mental Illness Scale (K-ISMI). *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*. 2006; 45, 418–426.
13. Stevelink S, Van Brakel W, Augustine V. Stigma and social participation in Southern India: differences and commonalities among persons affected by leprosy and persons living with HIV/AIDS. *Psychology, Health & Medicine*. 2011.
14. OMS. International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Genova.
15. Schur, E. Labeling deviant behavior: Its sociological implications. New York: Harper and Row, Publishers. 1971.
16. Lopez Alvarez M. Los programa de apoyo social en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves. Una visión desde Andalucía.; S/a.
17. Marcos del Cano AM y Topa Cantisano G. Salud Mental Comunitaria. Madrid, España. Ciencias Sociales y jurídicas. UNED. 2012.
18. Lucas J PJ. Stigma and status: the interrelation of two theoretical perspectives. *Soc Psychol Q*. 2012 Noviembre; 75(310-333).
19. Corrigan PW, Rafacz J, Rüsçh N. Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*. 2011 Octubre; 189, Núm 3(339-343).

20. Boyd Ritsher J, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*. 2004; 129.
21. Corrigan PW, Watson AC, Heyrman ML, Warpinski A, Gracia G, Slopen N, et al. Structural Stigma in State Legislation. *Psychiatric Services*. 2005.
22. Lysaker P, Roe D, Yanos P. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2007; 33: 192–199
23. Pogorzelski W, Wolff N, Pan K, Blitz C. Behavioral health problems, ex-offender reentry policies, and the "Second Chance Act". *Am J Public Health*. 2005; 95(10), 1718-1724.
24. Room, R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2005; 24(2), 143-155.
25. Observatorio Chileno de Drogas. Área de Estudios de SENA. Consumo de drogas y stigma: percepción social sobre usuarios de drogas en Chile. *Boletín N°26*. 2015
26. Touzé, G. (y D. Rossi). La construcción social del “problema droga”. *Representaciones sociales de las drogas*. 2001.
En <http://www.lanzadera.com/infodro/htm>
27. Capelhorn J, Lumley T, Irwig L. Staff attitudes and retention of patients in methadone maintenance programs. *Drug and Alcohol Dependence*. 1998; 52, 57-61.

28. Link B, Struening E, Rahav M, Phelan J, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health SocBehav.* 1997; 38(2), 177-190.
29. Ronzani, T, Noto, A, Santos de Silveira, P. Reduzindo o estigma entre usuarios de drogas. Guía para profissionais e gestores. Editora UFJF UniversidadFederal de Juiz de Fora. 2015
30. Link B, Phelan J, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido B. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health.* 1999; 89(9), 1328-1333.
31. Mahan S. Crack, Cocaine, Crime, and Women: Legal, Social and Treatment Issues. *Drugs, Health, and Social Policy Series, Volume 4.* Thousand Oaks: Sage Publications. 1996.
32. OMS. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Informe de la OMS, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud Mental y la Universidad de Melbourne. OMS, Ginebra. 2004.
33. Ritsher J, Otilingam P, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research.* 2003; 121 (1):31-49.
34. Botha U, Koen L, Niehaus D. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2006; 41(8), 418-426

35. Luoma J, Kohlenberg B; Hayes S, Bunting K, Rye A. Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*. 2008; 16 (2): 149-165
36. Soares, Rhaisa Gontijo, Silveira, Pollyanna Santos, Noto, Ana Regina, Boyd, Jennifer E., & Ronzani, Telmo Mota. (2015). Validação da Versão Brasileira da Escala ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2), 229-238
37. Mora J, Bautista N, Natera G, Pedersen D. Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2013;36:9-18.
38. Ersoy MA, Varan A (2007) Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale [in Turkish]. *Turk Psikiyatri Derg* 18: 163–171.
39. Chang C-C, Wu T-H, Chen C-Y, Wang J-D, Lin C-Y. Psychometric Evaluation of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for Patients with Mental Illnesses: Measurement Invariance across Time. *PLoS ONE*. 2014; 9(6): e98767.
40. Taft T, Ballou S, Keefer L. A preliminary evaluation of internalized stigma and stigma resistance in inflammatory bowel disease. *J Health Psychol*. 2013; 18(4): 451-460.
41. Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC, et al: An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*. 2003; 44:162–179.

42. Kulesza M, Ramsey S, Brown R, Larimer ME. Stigma among Individuals with Substance Use Disorders: Does it Predict Substance Use, and Does it Diminish with Treatment? *J Addict Behav Ther Rehabil.* 2014 Jan 15; 3(1).
43. Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta M, Angermeyer M. The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism.* 2011; 46 (2): 105-112
44. Vázquez, A. & Stolkiner, A. (2009). Proceso de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. *Anuario de Investigaciones*, 16,295-303.
- [Version on line] ISSN 1851-1686. Bs. As. 2009.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100028
45. Botha UA, Koen L, Niehaus DJ. Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. Department of Psychiatry, University of Stellenbosch, PO Box 19063, Tygerberg, 7505, South Africa. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Aug; 41(8):619-23. 2006 May 29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16733630>
46. Rosario Bengochea-Seco, Marta Arrieta-Rodríguez, Mar Fernández-Modamio, Iciar Santacoloma-Cabero, Juan Gómez de Tojeiro-Roce Bárbara García-Polavieja, Borja Santos-Zorrozúa, David Gil-Sanz. Adaptación al español de la escala *Internalized Stigma of Mental Illness* para valorar el estigma personal.
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-avance-resumen-adaptacion-al-espanol-escala-internalized-S1888989116000367>

47. Helia Ghanean, Marzieh Nojomi, Lars Jacobsson. Internalized Stigma of Mental Illness in Tehran, Iran.
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:658159/FULLTEXT01.pdf>.
48. Osella N, Fernández R, Alvarado R. Evaluación del estigma internalizado en personas con padecimiento psíquico a través de la escala de autoestigma para enfermedades mentales (ISMI). Revista SALUD MENTAL Y COMUNIDAD. Año 4, N° 4. Agosto 2017.
49. Schilling S, Bustamante J, Salas A, Acevedo C, Cid P, Tapia E, Alvarado R, Sapag J, Lawerece Hsin Yang, Lukens E, Mascayano F. Development of an intervention to reduce self-stigma in outpatient mental. Health service users in Chile. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2015; 73(3):284-294. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
50. Fung KMT, Tsang HWH, Chan F. Self-stigma, stages of change and psychosocial treatment adherence among Chinese people with schizophrenia: a path analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2010 May [cited 2015 Apr 14]; 45(5):561–8.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649752>
51. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1):11–27.
52. WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013.
53. de Almedia J, Horvitz-Lennon M. An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. Psych Serv. 2010;61(3):218–21.

54. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L, Allee E, Corrigan PW. Empirical Studies of Self-Stigma Reduction Strategies: A Critical Review of the Literature. *Psych Serv* [Internet]. 2012 Oct [cited 2015 Mar 11];63(10):974–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22855130>
55. Lukens E, Thorning H. Psychoeducational Family Groups. In: Rubin A, Springer D, Trawver K, editors. *Psychosocial Treatment of Psychizophrenia*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2010. p. 89–144.
56. Phillips L, Schade D. Implementing Empowerment Psychoeducation in a Psychosocial Rehabilitation Setting. *Int J Psychosoc Rehabil*. 2012;16(1):112–9.
57. Novak JD. Meaningful Learning : The Essential Factor for Conceptual Change in Limited or Inappropriate Propositional Hierarchies Leading to Empowerment of Learners. Kelly GJ, Mayer RE, editors. *Sci Edu*.2002;86(4):548–71.
58. Yanos PT, Roe D, West ML, Smith SM, Lysaker PH. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychol Serv* [Internet]. 2012 Aug [cited 2015 Apr 21];9(3):248–58.
Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?arti> **Self-stigma intervention in Chile Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2015; 73(3):284-294** =3413784&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
59. White M. *Re-Authored Lives: Interviews and Essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1995.
60. White M, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1990.
61. Van Gennep A. *The Rites of Passage*. London: Routledge & Kegan Paul; 1960.

62. Tomm K. Externalizing the Problem and Internalizing Personal Agency. *J Strateg Syst Ther.* 1989;8(1).

ANEXOS

Modelo de hoja de información al paciente y consentimiento informado:

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Anexo III de la Resolución Ministerial N° 00022/07.- CORDOBA, 17 de enero de 2007).

Se le solicita que lea el siguiente material, para informarse de la naturaleza de este estudio de investigación, y de la forma en que Usted participará en él, si Usted diera su consentimiento para hacerlo.

La firma del formulario de consentimiento indicará que ha sido informado y acepta participar en este estudio de investigación.

Nombre de la Investigación: Estigma y salud mental. Evaluación del nivel de estigma en personas que consumen de sustancias psicoactivas.

Introducción: las personas que consumen sustancias psicoactivas sufren, además de las dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y hacia quienes las padecen, se trata de un rechazo social que se traduce en un estigma asociado con el consumo de la sustancia o su tratamiento que hace que una vez que un individuo se percibe como perteneciente a un grupo concreto, los demás miembros de la sociedad devalúan a ese grupo en función de sus características. Ese prejuicio social determina y amplifica, en muchos casos, las dificultades de integración social y laboral de las personas; ya que las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales adicionales que aumentan su riesgo y marginación; por ello es evidente que una atención integral a las personas a las

personas que consumen sustancias psicoactivas no sólo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también debe de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas.

Objetivos del estudio: •Analizar el nivel de estigma internalizado en personas consumidoras de sustancias psicoactivas que realizan tratamiento de rehabilitación.

- Identificar el nivel de estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas según las características de la/s sustancia consumida; y Caracterizar el perfil de los consumidores según las variables demográficas y el diagnóstico establecido.

Se deja establecido que por su participación en este estudio no percibirá ningún tipo de remuneración.

Los beneficios potenciales para el participante y para la sociedad apuntan hacia el desarrollo de instrumentos de medición del estigma relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas y la medición de esta condición, como así también al incremento del volumen de investigación existente en esta temática, ya que en nuestro país este un tema de muy reciente desarrollo.

Confidencialidad

Al firmar este consentimiento, Usted está autorizando al acceso a la información clínica personal, al personal directamente relacionado con el estudio.

Los resultados obtenidos, podrán presentarse en conferencias y/o publicaciones, pero nunca será divulgada su identidad u otros datos personales.

El manejo de la información obtenida en este estudio, está protegida por la Ley N° 25.326 “Protección de Datos Personales”.

Consentimiento Informado

Afirmo que he leído y entiendo la información referida a este estudio, y que he tenido oportunidad de realizar preguntas, respecto de mi participación en el mismo, las cuales me han sido contestadas.

Entiendo que mi participación es voluntaria y no recibiré retribución alguna.

Entiendo que puedo retirarme en cualquier momento del estudio, sin que esto afecte mi atención médica. En este acto recibo una copia de Consentimiento Informado, firmado y fechado.

Firma del participante

Aclaración: Nombre y Apellido

Fecha y hora

Firma del Investigador

Aclaración: Nombre y Apellido

Fecha y hora

Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud de Salud Mental (CIEIS) de la ciudad de Córdoba, y por el Consejo de Evaluación Ética de la Investigación en Salud de la provincia de Córdoba (CoEIS).

Nombre de la investigadora:

Dirección laboral:

Teléfono de contacto.....

Instrumento: ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness)

<u>Alienación</u>	Estoy Totalmente En desacuerdo	Estoy En desacuerdo	Estoy De acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo drogas/alcohol.				
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida.				
3. La gente que no consume drogas/alcohol simplemente no me entiende.				
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol.				

5. Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol.				
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol.				

Asignación de

Estereotipos

7. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí.				
8. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de				

que consumo drogas/alcohol.				
9. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta.				
10. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí.				
11. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena.				
12. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse.				

<p>13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol.</p>				
---	--	--	--	--

Discriminación

percibida

<p>14. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol.</p>				
<p>15. Los demás (p.e. familia, amigos, otras personas cercanas) piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol.</p>				
<p>16. La gente me ignora o me toma con menos</p>				

seriedad solo porque consumo drogas/alcohol.				
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), sólo por el hecho de consumir drogas/alcohol.				
18. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol.				

Aislamiento social

19. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol.				
---	--	--	--	--

<p>20. No tengo tanta vida social como antes, porque el consumo de drogas/alcohol puede hacerme ver mal o que me comporte de manera “extraña”.</p>				
<p>21. Los estereotipos negativos (creencias, apodos, etiquetas, insultos) me mantienen aislado del mundo “normal”.</p>				
<p>22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos.</p>				

23. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado.				
24. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado.				

Resistencia al estigma

25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol.				
--	--	--	--	--

<p>26. Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero.</p>				
<p>27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol.</p>				
<p>28. La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad.</p>				
<p>29. Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido.</p>				

Nº Repis: 11

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
CORDOBA

CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

INFORME DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Estigma y salud mental. Evaluación del nivel de estigma en personas que consumen psicoactivas

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: N/A

NOMBRE Y TÍTULO DEL INVESTIGADOR: Lic Veronica Gallo

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN Y SEDE DE LA INVESTIGACIÓN: Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadiccion

FECHA Y LUGAR DE LA DECISIÓN: Cordoba, 11 Diciembre de 2014

DECLARACION DE LA DECISIÓN TOMADA: APROBADO.-

- Consentimiento Informado Version 2 con fecha 19/12/13
- Protocolo Version 2 con fecha 19/12/13


EN EL CASO DE UNA DECISION POSITIVA (APROBACIÓN O APROBACIÓN CON RECOMENDACIÓN)

EL INVESTIGADOR DEBERÁ:

- ENTREGAR LOS REPORTES DE AVANCES AL CIEIS
- NOTIFICAR AL CIEIS TODA ENMIENDA AL PROTOCOLO, O AL MATERIAL DE RECLUTAMIENTO O DE LA INFORMACIÓN PARA LOS POTENCIALES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN O EL FORMATO DE CI.
- REPORTAR EVENTOS ADVERSOS SERIOS E INESPERADOS.
- INFORMAR LA TERMINACIÓN DEL ESTUDIO, CIRCUNSTANCIAS NO ESPERADAS O DECISIONES SIGNIFICATIVAS TOMADAS POR OTROS CIEIS.
- **EL INVESTIGADOR DEBERÁ INFORMAR AL PACIENTE EL NOMBRE DEL CIEIS QUE EVALUÓ Y COMO LOCALIZARLO (dirección, teléfono) Y EL NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CoEIS**


Dr. HECTOR MAISULS
CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA
DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD


Dr. LUIS JUNCOS
CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA
DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD


Dr. HUGO OSCAR VILARRODONA
COORDINADORA SERFIS
MIEMBRO CoEIS