

## Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes

Samantha Flores Reynoso,\* Rafael Medina Dávalos,\* Rebeca Robles García\*\*;\*\*\* Francisco Páez Agraz\*\*

### RESUMEN

La enfermedad mental es una de las condiciones de salud más estigmatizadas. El estigma liga al afectado con atributos indeseables que lo desacreditan ante los ojos de los demás. Tras la etiqueta de enfermo mental, el paciente suele avergonzarse de tomar medicación, lo que hace que disminuya su apego (media de 70%).

Cien pacientes mexicanos con trastornos mentales severos y persistentes de dos o más años de evolución completaron las escalas de estigma percibido de la enfermedad mental y el inventario de actitudes hacia la medicación (DAI); se determinó la correlación entre ambas ( $p < 0.05$ ).

El diagnóstico de esquizofrenia fue el más frecuente (47%). La media de medicamentos prescritos fue de 3.5; la mayoría con al menos una hospitalización.

La media de estigma fue de 60.15; el DAI mostró una media de apego de 5.4. Hubo correlación entre las puntuaciones de la escala de estigma percibido y las puntuaciones del DAI ( $r = -0.370$ ;  $p < 0.01$ ); es decir, a mayor estigma menor apego.

**Palabras clave:** estigma, trastorno mental severo y persistente, enfermedad mental, apego terapéutico.

### ABSTRACT

Mental illness is one of the most stigmatized health conditions. The stigma attaches undesirable features to whoever bears it, discrediting him before the others eyes. Once a label of mentally ill is received, the patient often feels embarrassed of taking medication, which diminishes drug adherence (mean 70%).

One hundred mexican patients with a two or more year lasting severe and persistent mental disease completed the mental illness perceived stigma scale and the drug attitude inventory (DAI); the correlation among these two was determined ( $p < 0.05$ ). Schizophrenia was the most frequently found diagnosis (47%). The mean number of drugs each patient was receiving was 3.5; most had been hospitalized at least once. The mean stigma score was found to be 60.15; while the DAI showed a 5.4 mean drug adherence. There was a relationship between the scale scores of perceived stigma and DAI scores ( $r = -0370$ ,  $p < 0.01$ ) that is, less attachment greater stigma.

**Key words:** Stigma, severe and persistent mental illness, mental illness, therapeutic adherence.

\* Instituto Jalisciense de Salud Mental.

\*\* Instituto para el Fortalecimiento de las Capacidades en Salud.  
FOCUS Salud México.

\*\*\* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dra. Samantha Flores Reynoso. Instituto Jalisciense de Salud Mental. Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada (CAISAME, EP). Antigua carretera a Chapala km 17.5. El Zapote del Valle, Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco. Correo electrónico: frsam30@hotmail.com

Recibido: 22 Agosto de 2012. Aceptado: 25 Septiembre de 2012

Este artículo debe citarse como: Flores-Reynoso S, Medina-Dávalos R, Robles-García R, Páez-Agraz F. Estigma y apego al tratamiento psiquiátrico en los trastornos mentales severos y persistentes. Rev Latinoam Psiquiatría 2012;11(3):82-89.

**L**os griegos dieron origen al término “estigma” para referirse a los signos corporales que exponían algo inusual y malo acerca del estatus moral de su portador y que lo identificaban como un esclavo, criminal o traidor; una persona marcada, contaminada, que debía ser evitada, especialmente en lugares públicos.<sup>1</sup>

En 1984, Jones y sus colaboradores lo definieron como una “marca” o desviación del “prototipo o norma”, que liga al portador con atributos indeseables que desacreditan su identidad social ante los ojos de los demás.<sup>2,3</sup> Identificaron seis dimensiones de las condiciones estigmatizantes: visibilidad, curso o evolución de la marca que origina el estigma, interferencia en relaciones interpersonales, esté-

tica, origen y responsabilidad de la marca; y percepción del riesgo-peligrosidad. Crocker, Major y Steele<sup>3</sup> explican que desde la perspectiva del que estigmatiza, la estigmatización implica deshumanización, amenaza, aversión y despersonalización en estereotipos.<sup>3</sup>

Albrecht y sus colaboradores demostraron que “la enfermedad mental” es una de las condiciones más rechazadas, en conjunto con las drogadicciones, prostitución y estatus de exconvicto.<sup>2</sup>

Algunos aspectos estigmatizantes principales de la enfermedad mental son:

1. *Alteraciones corporales*: deformidades físicas<sup>1</sup> (dentro de las que se encuentran las alteraciones del movimiento que llegan a ocasionar los medicamentos neurolépticos) visibles, poco estéticas y que llegan a interferir en las relaciones interpersonales del paciente.
2. *Marcas de carácter individual*: voluntad débil, carácter dominante, poseer pasiones no naturales, creencias rígidas o peligrosas y deshonestidad; son inferidas por un record conocido de trastorno mental, encarcelamiento, adicción, alcoholismo, homosexualidad, desempleo e intento suicida.<sup>1</sup>

Link argumenta que una etiqueta de enfermedad mental da relevancia personal a las creencias del individuo con enfermedad mental acerca de cómo la mayoría de la gente responde ante los pacientes con estos trastornos.<sup>4</sup> De acuerdo con este punto de vista, la gente desarrolla concepciones acerca de lo que otros piensan de los pacientes con enfermedad mental mucho antes de que ellos mismos se conviertan en enfermos mentales y dichas creencias adquieran nueva relevancia cuando una persona sana se convierte por vez primera en paciente psiquiátrico.

Puesto que algunas características personales influyen en la extensión del rechazo social, como: el género, el estatus socioeconómico, la percepción de peligrosidad, el curso de la enfermedad y su duración y tipo de tratamiento recibido (ambulatorio u hospitalización),<sup>2,3</sup> se considera que éste será mayor en los pacientes con trastornos mentales severos y persistentes; que son pacientes con los siguientes criterios propuestos por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos: *a*) diagnóstico, básicamente trastornos psicóticos funcionales (sobre todo esquizofrenia; así como psicosis afectivas, trastornos delirantes, trastornos esquizoafectivos, etc.) y algunos tipos de trastornos graves de personalidad; *b*) duración de

la enfermedad y del tratamiento superior a dos años, con hospitalizaciones o tratamiento ambulatorio y *c*) discapacidad (disfunción moderada o severa del funcionamiento global-GAF)<sup>5,6,7</sup> o las características operacionalizadas por Ruggeri y sus colaboradores basadas sólo en la duración y el criterio de funcionalidad.<sup>8</sup>

Aunado a la etiqueta de enfermo mental, en el estigma internalizado el paciente suele avergonzarse de tomar medicación; por lo general, por dos causas principales: creencia de no ser suficientemente fuerte para superar la enfermedad mental y estigma asociado con los efectos secundarios de ésta.<sup>2</sup> Estos fármacos, con mayor frecuencia son percibidos por la población general como dañinos más que útiles en proporcionar ayuda.<sup>9</sup>

### Estigma y apego-adherencia al tratamiento psiquiátrico

**Adherencia:** situación en la que el comportamiento de una persona (toma de medicación, seguimiento de una dieta o cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.<sup>10</sup>

Existen datos respecto al tratamiento psiquiátrico de los trastornos mentales severos y persistentes, que demuestran que una vez comenzado el tratamiento se suele tener pobre apego-adherencia al mismo.<sup>11</sup>

Las revisiones centradas específicamente en la mala adherencia terapéutica en diferentes enfermedades crónicas<sup>1,2</sup> han demostrado que la tasa media de falta de adherencia en pacientes a quienes se prescriben tratamientos a largo plazo es de alrededor de 30 a 40% y la tasa de falta de adherencia al tratamiento en los trastornos mentales persistentes ronda la media de 30%.

Thieda y sus coautores<sup>13</sup> demostraron que en los estudios de esquizofrenia las tasas de falta de adherencia terapéutica en situaciones controladas eran de alrededor de 11 a 33% y aumentaban hasta 37 a 57% en situaciones no controladas.

Knapp y su grupo<sup>14</sup> realizaron un estudio con 568 pacientes tratados con medicación antipsicótica de los que aproximadamente 60% tenían un diagnóstico de esquizofrenia; la tasa de falta de adherencia observada fue de alrededor de 20%.

Un metanálisis realizado por Cramer y Rosenheck<sup>15</sup> demostró que las tasas de adherencia a los antipsicóticos (60%) y a los antidepresivos (68%) no eran significativamente distintas de las de otras medicaciones no psiquiátricas (58 a 78%).

Löffler y sus colaboradores<sup>16</sup> investigaron las razones subjetivas de la adherencia y su estabilidad a lo largo del tiempo; observaron que las ideas persistentes que permitían predecir la falta de adherencia eran la negación de necesidad de medicación, la angustia producida por los efectos adversos y la falta de conciencia de la enfermedad.

Las tasas de falta de adherencia terapéutica han permanecido estáticas durante 40 años, a pesar de la introducción de nuevas medicaciones con mejores perfiles de seguridad, por lo que es poco probable que los efectos adversos sean el principal factor que explique la falta de adherencia terapéutica en un paciente.

También observaron que las actitudes y expectativas negativas hacia la medicación predecían la falta de adherencia. Otro factor importante que predisponía a esta pobre adherencia era el alto nivel de expresión emocional en la familia.

Perlick y su grupo<sup>17</sup> demostraron que la percepción familiar de estigma y carga se correlacionaba significativamente con un exceso de implicación emocional y esto se asociaba con tasas mayores de falta de adherencia en el paciente.

Sirey<sup>18</sup> encontró una asociación entre el estigma percibido y la negación de la enfermedad con el no apego en una muestra de individuos con esquizofrenia; a mayor estigmatización percibida por la enfermedad, mayor fue el riesgo de que descontinuaran la medicación.

En otro estudio, el abandono del tratamiento se relacionó, igualmente, con la percepción de estigma en pacientes de mayor edad más que en los pacientes jóvenes, a pesar de la mayor percepción de estigma en estos últimos.<sup>19</sup>

En uno de los estudios iniciales de adherencia terapéutica en pacientes con trastorno bipolar realizado por Jamison y Akiskal<sup>20</sup> se consideró que los efectos adversos tenían un impacto negativo en la adherencia, pero parece que las diferencias entre las valoraciones subjetivas y las objetivas de dichos síntomas secundarios también son importantes, ya que Scott y Pope<sup>21</sup> demostraron que el miedo a presentar dichos síntomas y no la presencia real de los mismos era un factor importante en la predisposición a la falta de adherencia. Dos razones importantes que encontraron fue que no les gustaba sentir que su estado de ánimo fuera controlado por la medicación y tampoco les gustaba tomarla porque les recordaba que tenían una enfermedad crónica.

Como parte del estigma, el uso de psicofármacos, como los antidepresivos, entre los latinos tiene asociaciones

negativas con preocupaciones acerca del estigma mayor de las que tienen los blancos no hispanos. Se encontró que el estigma del tratamiento con antidepresivos implicaba ideas de deficiencia social, debilidad o inhabilidad para afrontar estresores y problemas o trastornos mentales severos. Además, consumir antidepresivos era visto como el equivalente al consumo de drogas ilícitas.<sup>22</sup>

El importante estigma asociado con la enfermedad mental segregó a los pacientes con trastornos psiquiátricos.<sup>3</sup> Diversos autores han propuesto que éste es una de las variables que podría explicar la tardanza en la búsqueda de tratamiento psiquiátrico y la falta a su apego-adherencia.<sup>23,24</sup>

De acuerdo con Gilmer,<sup>25</sup> los pacientes sin adherencia terapéutica realizan más visitas a la consulta y a urgencias; se demostró, además, que las tasas de ingreso aumentaban gradualmente en los pacientes clasificados como cumplidores, parcialmente cumplidores y no cumplidores del tratamiento. Esto adquiere relevancia ante los hallazgos de que se estigmatiza de manera diferente a quien padece una evolución más benigna que a quien padece un trastorno de aparente control.<sup>2,3</sup>

En estudios previos se ha demostrado que el predictor más importante de la recaída es la suspensión del tratamiento, por esto diversos autores consideran de vital importancia mantener el tratamiento con una dosis adecuada de antipsicóticos e incluir en el programa de tratamiento la intervención familiar y la psicoeducación para favorecer el cumplimiento del tratamiento y, de esta manera, contribuir a la disminución del estigma.<sup>26</sup>

El objetivo de este trabajo fue describir el grado de estigma y el apego al tratamiento en una muestra de pacientes mexicanos con diagnóstico de trastornos mentales severos y persistentes y determinar la relación entre estigma y apego al tratamiento en estos pacientes.

## MÉTODO

Pacientes mexicanos con algún diagnóstico de trastorno mental severo y persistente que reciben atención en el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco. Se seleccionaron en un muestreo no intencional pacientes que acudieron por primera vez o a seguimiento de tratamiento para trastornos mentales

severos y persistentes, durante el periodo comprendido entre noviembre y diciembre de 2008. Se incluyeron sujetos mayores de edad que otorgaron su consentimiento voluntario para participar en el estudio y que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: contar con uno de los diagnósticos incluidos en el grupo de trastornos mentales severos y persistentes, con al menos dos años de evolución del trastorno o tratamiento que acudieran a la consulta externa o se encontraran hospitalizados pero que no padecieran un episodio agudo de su trastorno al momento de participar (síntomas positivos o negativos marcados, catatonia o importante desorganización).

### Instrumentos

**Hoja de datos sociodemográficos y clínicos.** Se recabaron los datos sociodemográficos de los pacientes y las características de diagnóstico clínico y tratamiento recibido, que incluye el tipo de medicación, los equivalentes de clorpromazina<sup>27,28</sup> en quienes consumen antipsicóticos (con el fin de estandarizar las dosis recibidas de antipsicóticos) y número de hospitalizaciones por el trastorno en cuestión.

**Escala de estigma** de King y su grupo, versión en español.<sup>29</sup> Escala de 28 reactivos, desarrollada en Inglaterra y validada en una muestra de pacientes mexicanos con diagnósticos de trastornos mentales severos y persistentes. Evalúa el constructo de estigma mediante tres subescalas. La de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas ante las actitudes de terceras personas, la de divulgación evalúa la decisión de revelar o no información acerca de la enfermedad. Esta asume que el temor a revelar esa información es siempre resultado del estigma internalizado. La subescala de aspectos positivos de la enfermedad mental evalúa cómo el paciente acepta su enfermedad, se muestra más abierto y realiza cambios como resultado de esto y demuestra cómo estos sujetos se perciben menos afectados por el estigma. El resultado de la escala indica que a mayor puntuación total, mayor es el estigma internalizado del paciente.

**Inventario de actitudes a la medicación.** Escala desarrollada por Hogan, Awad y Eastwood como una escala autoaplicada predictiva del apego al tratamiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (uno de los principales trastornos mentales severos y persistentes) y que evalúa la respuesta subjetiva a la medicación antipsicótica. La versión corta consta de diez reactivos. Fue validada en su versión al español en una muestra de

pacientes mexicanos con diagnóstico de esquizofrenia por Robles García y su grupo. La versión en español del DAI mostró validez convergente y moderada confiabilidad para evaluar las actitudes a la medicación de una muestra de pacientes mexicanos con esquizofrenia.<sup>30</sup>

### Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

Instrumento para evaluar el funcionamiento de los pacientes psiquiátricos a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. Consta de un único ítem que asigna un nivel general de actividad de un paciente en el momento de la evaluación o en un periodo definido y que se puntuá mediante una escala que oscila entre 91-100 y 0.<sup>31</sup>

**Escala de impresión clínica global (CGI).** Consta de dos subescalas que evalúan, respectivamente, la gravedad del cuadro clínico: (CGI-SI), sólo tiene un ítem que valora la gravedad utilizando una escala Likert de ocho valores que van de 0 a 7; y la segunda parte que evalúa la mejora del cuadro clínico debido a las intervenciones terapéuticas (CGI-GI).<sup>32</sup>

### Procedimiento

A 100 pacientes con diagnóstico operativo de trastornos mentales severos y persistentes (diagnóstico más consistentemente consignado en el expediente clínico) atendidos en el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Prolongada (CAISAME-EP) del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) que aceptaron participar en el estudio los entrevistó un médico psiquiatra, para la obtención de los datos sociodemográficos y clínicos que se completaron con la revisión del expediente. Se les pidió que completaran las mediciones de las escalas de Estigma de King y su grupo y la escala de actitudes hacia la medicación. El evaluador completó las escalas EEAG y CGI.

### Análisis estadístico

El análisis se realizó con el paquete SSPS versión 16, fue tipo descriptivo de la muestra, en términos de frecuencia y porcentajes para las variables categóricas y de medidas, desviación estándar y rango para las variables continuas. Respecto a la escala de estigma se describe el promedio de puntuación de estigma total y sus subescalas. Al igual que para el inventario de actitudes hacia la medicación se describe el promedio de puntuación de apego en términos de media, desviación estándar y rango. Se realizó una correlación de Pearson entre la puntuación total del inventario de actitudes hacia la medicación y la escala

y subescalas de estigma, al igual que la relación con la escala del inventario de actitudes hacia la medicación y subescalas de estigma.

En todos los casos el nivel alpha de significación estadística fue 95% (p igual o menor a 0.05).

## RESULTADOS

Participaron 100 pacientes con trastornos mentales severos y persistentes; en el Cuadro 1 se describen las características demográficas y en el Cuadro 2 las características clínicas de los participantes.

El 89% (n = 89) de los sujetos del estudio se encontraban medicados con algún tipo de antipsicótico, más frecuentemente típico (n = 68, 68%). Del total de sujetos, 38 (38%) recibían antipsicóticos típicos orales (más comúnmente haloperidol o trifluoperazina); 16 (16%) con típicos de depósito (pipotiacina como el más frecuente) y de ellos 14 lo recibían en combinación con uno oral (típico o atípico). Sólo 21 sujetos (21%) recibían antipsicóticos atípicos (risperidona u olanzapina, con mayor frecuencia).

Aunado a esto 41% de los sujetos recibían levomepromazina como sedante, más que por su efecto antipsicótico. La media de equivalentes de clorpromazina que recibían fue de 332.69 mg al día. El 66% (n = 66) de los sujetos del estudio requerían tratamiento con anticolinérgicos, de los que el más prescrito fue biperideno (n = 53).

Los estabilizadores del ánimo se prescribieron a 52% de los sujetos (n = 52), el más indicado fue el valproato de magnesio (n = 36; 36%).

**Cuadro 1. Características sociodemográficas de la muestra**

Variable	Medida descriptiva n y %
Sexo	Masculino 67 (67%) Femenino 33 (33%)
Estado civil	Casado-unión libre 23 (23%) Soltero 62 (62%) Viudo 8 (8%) Divorciado-separado 7 (7%)
Ocupación	Estudiante 3 (3%) Empleado 27 (27%) Desempleado/ama de casa 70 (70%)
<b>Edad</b> (media y desviación típica.)	38.85 11.95
<b>Escolaridad en años cursados</b> (media y desviación típica.)	06.92 3.36

**Cuadro 2. Características clínicas de la muestra**

Variable	Medida descriptiva n y %
Tiempo de enfermedad en años (media y D.T.)	16.14 ± 10.52
Tiempo de tratamiento en años (media y D.T.)	11.78 ± 9.68
Retraso en la búsqueda de tratamiento en años (media y D.T.)	4.36 ± 6.18
<b>Diagnóstico principal</b>	
Esquizofrenia	47 (47%)
- Paranoide	33 (33%)
- Residual	6 (6%)
- Indiferenciada	4 (4%)
- Desorganizada	3 (3%)
- Catatónica	1 (1%)
Trastorno bipolar	17 (17%)
Psicosis no funcionales	17 (17%)
Psicosis por lesión-disfunción cerebral	9 (9%)
Psicosis inducida por consumo de sustancias	8 (8%)
Trastornos del estado de ánimo (depresión grave, crónica o mixto ansioso depresivo)	8 (8%)
Trastorno mixto ansioso-depresivo	6 (6%)
Depresión mayor crónica o recidivante grave	2 (2%)
Otros trastornos psicóticos funcionales	6 (6%)
Trastorno esquizoafectivo bipolar	4 (4%)
Trastorno de ideas delirantes	2 (2%)
Trastorno obsesivo-compulsivo	3 (3%)
Otros	2 (2%)
<b>Diagnóstico comórbido</b>	28 (28%)
Abuso de sustancias	25 (25%)
Abuso de múltiples sustancias	11 (11%)
Abuso de cannabis	6 (6%)
Abuso de alcohol	5 (5%)
Otros diagnósticos co-mórbidos	3 (3%)
Funcionamiento global (EEAG) (media y desviación típica)	58.4 ± 8.67
Estado clínico (CGI) (media y desviación típica)	3.78 ± 0.73

El 33% de los sujetos eran medicados con antidepresivos, de los que 28 recibían un ISRS, más frecuentemente fluoxetina. Mientras que 43 sujetos (43%) se trataban, además, con benzodiacepinas, en su mayoría de vida media intermedia (n = 29) como clonazepam, seguidos de los de vida media corta (n = 9), como alprazolam. Seis sujetos (6%) también recibían tratamiento con algún otro medicamento: propanolol fue el más frecuente (n = 2).

La media de número de medicamentos totales que recibían los pacientes fue de 3.5. En el Cuadro 3 se describen los medicamentos prescritos al total de la muestra.

La media del nivel de estigma en la muestra de pacientes fue de  $60.15 \pm 17.17$ . En el Cuadro 4 se describen la media, desviación estándar y rango para el total y subtotal de la escala de estigma.

En el inventario de actitudes hacia la medicación se encontró una media de apego de 5.4 con una desviación estándar 2.9 (0-10).

**Cuadro 3.** Medicamentos prescritos al total de la muestra

Medicamento prescrito	Medida descriptiva n y %
<b>Antipsicóticos</b>	89 (89%)
Típico	68
Oral	38
Depósito	16
Combinación depósito y oral de cualquier tipo	14
Atípico oral	21
<b>Antipsicótico como sedante:</b>	41 (41%)
Levomepromazina	
Equivalentes de clorpromazina (media y desviación típica)	332.69 $\pm$ 239.55
<b>Anticolinérgico</b>	66 (66%)
Biperideno	53
Trihexifenidilo	9
Otro	4
<b>Estabilizadores del ánimo</b>	52 (52 %)
Valproato de magnesio	27
Carbamazepina	8
Carbonato de litio	6
Lamotrigina	2
Combinación valproato de magnesio con litio	8
Otras combinaciones	1
<b>Antidepresivos</b>	33 (33%)
ISRS	28
Diales	1
Tricíclicos	4
<b>Benzodiacepinas</b>	43 (43%)
Vida media corta	9
Vida media intermedia	29
Vida media larga	4
Combinación de los anteriores	1
<b>Otros medicamentos</b>	6 (6%)
Propanolol	2
Otros	4
<b>Total de medicamentos prescritos</b> (media y desviación típica.)	3.5 $\pm$ 1.2

**Cuadro 4.** Puntuación promedio en la escala de estigma

Escala de estigma	Medidas descriptivas. Media, desviación típica y rango
Total (28 reactivos)	$60.15 \pm 17.17$ (25 – 107)
Subescala de discriminación (13 reactivos)	$27.69 \pm 9.73$ (7 – 49)
Subescala de divulgación (10 reactivos)	$22.10 \pm 7.50$ (2 – 40)
Subescala de aspectos positivos (5 reactivos)	$10.36 \pm 3.98$ (2 – 19)

En el Cuadro 5 se muestra el total del puntaje del inventario de actitudes hacia la medicación y la correlación de la escala y subescalas de estigma.

## DISCUSIÓN

Como se observó en el análisis, los participantes del estudio fueron en mayor parte del sexo masculino, solteros, desempleados, con promedio de edad en la cuarta década de la vida y escolaridad promedio de primaria completa.

En promedio tenían 16 años de evolución del trastorno y una media de 11 años de tratamiento.

Con respecto al tratamiento que recibían los sujetos del estudio, 98% eran tratados con polifarmacia.

El estigma percibido por los pacientes con trastornos mentales severos y persistentes se asoció en una correlación moderada pero de manera estadísticamente significativa con el pobre apego al tratamiento psiquiátrico. Lo anterior explica que a pesar de que el estigma

**Cuadro 5.** Puntaje del inventario de actitudes hacia la medicación (DAI) y su correlación con la escala de estigma

Escala de medición	Media, desviación típica y rango
Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI)	$5.43 \pm 2.97$ (0 – 10)
Escala de estigma	Correlación con el inventario de actitudes hacia la medicación
Total de la escala de estigma	$r = -0.37$ $p < 0.01$
Subescala de discriminación	$r = -0.21$ $p < 0.01$
Subescala de divulgación	$r = -0.27$ $p < 0.01$
Subescala de aspectos positivos	$r = -0.39$ $p < 0.01$

internalizado juega un papel importante en el riesgo de pobre apego al tratamiento psiquiátrico; este no es el único factor que lo explica.

Aunque en investigaciones anteriores se ha documentado que la percepción del estigma reduce el uso de los servicios de salud mental,<sup>18</sup> estos hallazgos demuestran que el impacto del estigma alcanza al proceso de tratamiento en sí mismo y aunque no se analizaron otros factores, como la alianza terapéutica medico-paciente, la comunicación o los factores económicos, estos datos proveen apoyo empírico para las aseveraciones de clínicos e investigadores acerca de que el estigma contribuye al pobre apego al tratamiento.

## CONCLUSIONES

El apego al tratamiento es menor a mayor estigma percibido por el paciente, lo que puede condicionar una evolución tórpida del trastorno con exacerbaciones o recaídas que, a su vez, incrementan el estigma, provocando así el referido círculo vicioso de la estigmatización.

## REFERENCIAS

- Goffman I. *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall Englewood Cliffs, 1963.
- Fink P, Tasman A. *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
- Heatherton T, Kleck R, Hebl M, Hull J. *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, 2000.
- Hinshaw S. *The mark of shame: stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press, 1999.
- Escudero de Santacruz, Medina Santacruz. Un bosquejo de personas mayores con trastorno mental de larga duración. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2008;22(2):1132-1138.
- Laviana-Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología* 2006;24(1-3): 345-373.
- Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41:457-463.
- Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2000;177:149-155.
- Britten N. Psychiatry, stigma and resistance. *British Medical Journal* 1998;317 (7164):963-964.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 22<sup>a</sup> ed. Madrid: 2001.
- Tacchi MJ, Scout J. *Mejora de la adherencia terapéutica en la esquizofrenia y el trastorno bipolar*. Wiley 2006.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979;1-18.
- Thieda P, Beard S, Richter A, Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Serv* 2003;54(4):508-516.
- Knapp M, King D, Punger K, Lapuerta P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: Association with resources use and costs. *Br J Psychiatry* 2004;184:509-516.
- Cramer JA, Rosenheck R. Enhancing medication compliance for people with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:53-55.
- Löffler W, Kilian R, Toumi M, Angermeyer MC. Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(3):105-112.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Kozma L. Medication non-adherence in bipolar disorder: a patient centered review of research findings. *Clin Approaches Bipolar Disorders* 2004;3:56-64.
- Sirey JOA, Bruce M, Alexopoulos G, Perlick D, Friedman S, Meyers B. Stigma as a barrier to recovery: perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services* 2001;52:1615-1620.
- Sirey JOA, Bruce M, Alexopoulos G, Perlick D, Raue P, Friedman S, Meyers B. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001;158:479-481.
- Jamison KR, Akiskal HS. Medication compliance in patients with bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1983;6:175-192.
- Scott J, Pope M. Non-adherence with mood stabilizers: prevalence and predictors. *J Clin Psychol* 2002;63:384-390.
- Interian A, Martinez I, Guarnaccia P, Vega W, Escobar J. A Qualitative Analysis of the Perception of Stigma among Latinos Receiving Antidepressants. *Psychiatr Serv* 2007;58(12):1591-1594.
- Björkman T, Bengt S, Bertil L. Experiences of stigma among people with severe mental illness. Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nord J Psychiatry* 2007;61(5):332-338.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Día mundial de la salud mental 2008.
- Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):692-699.
- Apíquian-Guitart R, Fresán A, García M, Lóyzaga C, Nicolini H. Impacto de la duración de la psicosis no tratada en pacientes con primer episodio psicótico. Estudio de seguimiento a un año. *Gac Méd Méx* 2006;142(2):113-120.
- Salazar M, Peralta C, Pastor J. *Tratado de psicofarmacología; bases y aplicación clínica*. México: Médica Panamericana, 2004:348-367.
- Wikinski S, Jufe G. *El tratamiento farmacológico en psiquiatría; indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. México: Médica Panamericana, 2004.
- Flores S, Medina D, Robles R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el

- estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental* 2011;34(4):333-339.
30. Robles R, Salazar V, Páez F, Barreto R. Evaluación de actitudes al medicamento en una muestra de pacientes con esquizofrenia, propiedades psicométricas de la versión en español del DAI. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32(3):138-142.
31. American Psychiatric Association. *DSM-IVTR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, 2000.
32. Bobes J, Portilla G, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. *Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la Psiquiatría Clínica*. 2<sup>a</sup> ed. Madrid: Ars Médica.