



Disponible en [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Acta de Investigación Psicológica  
Psychological Research Records

Acta de Investigación Psicológica 6 (2016) 2404–2411

[www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/](http://www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/)



Original

# Estigma internalizado en consumidores de drogas en Córdoba, Argentina

*Internalized stigma in drug users in Córdoba, Argentina*

Roberto Ariel Abeldaño\*, Verónica Gallo, María Soledad Burrone  
y Alicia Ruth Fernández

Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Recibido el 29 de septiembre de 2015; aceptado el 22 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 4 de agosto de 2016

## Resumen

**Objetivo:** Determinar el estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas en la ciudad de Córdoba, Argentina.

**Método:** Trabajo descriptivo en 87 pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas en una institución pública. El instrumento utilizado fue el *Internalized Stigma of Mental Illness* adaptado previamente.

**Resultados:** En la muestra se identificaron puntuaciones que indican un estigma internalizado moderado a severo en 17 de los 29 ítems de la escala. Además, se observaron mayores indicadores de estigma en pacientes que declararon consumir solo alcohol, que en 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 solo alcohol.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

**Palabras clave:** Estigma social; Consumo de drogas; Alcoholismo; Discriminación social

## Abstract

**Aim:** To determine internalized stigma in people who use psychoactive substances and are under rehabilitation treatment in the city of Córdoba.

**Methods:** The study was descriptive in 87 inpatients over 18 years, who are under rehabilitation treatment for psychoactive substance use. The instrument was the *Internalized Stigma of Mental Illness* previously adapted.

**Results:** In the sample, there were identified scores that indicate moderate to severe internalized stigma in 17 of the 29 items of the total scale. Also, it was observed higher stigma indicators in patients who reported consuming only alcohol, than patients who reported multiple substances consumption.

\* Autor para correspondencia: Enrique Barros esq Górdillo Gómez, Ciudad Universitaria. Córdoba (5000). Argentina.

Correo electrónico: [ariabeldanho@gmail.com](mailto:ariabeldanho@gmail.com) (R.A. Abeldaño).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.06.003>

2007-4719/Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

**Conclusions:** Internalized stigma is a common problem among people who use psychoactive substances; moreover, stigma can be more severe in people who consume only alcohol, than people who consume alcohol in combination with other substances.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

**Keywords:** Social stigma; Drug use; Alcoholism; Social discrimination

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 (Abeldaño, Fernández, Ventura y Estario, 2013). Pero las personas que consumen sustancias psicoactivas padecen, 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 (Brown, 2011). 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 que consumen sustancias psicoactivas no solo tienen que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que simultáneamente también deben de establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma que tradicionalmente pesa sobre ellas (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillen, 2009).

Goffman (1963) definió el 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 esas marcas se hacen visibles, o 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 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 (Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2005); 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 de salud tratan el problema pueden influir 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 (Corrigan, 2004).

En la literatura se aprecia un creciente desarrollo de los estudios del estigma internalizado asociado principalmente a los trastornos psicóticos (Muñoz, Sanz y Pérez-Santos, 2011) 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 (Goffman, 1963).

Corrigan et al. (2005) plantean que 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; sin embargo, a pesar de que se aprecia un creciente interés por investigar el estigma hacia los usuarios de sustancias psicoactivas, solo 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 (Link, Yang, Phelan y Collins, 2004).

La escala de estigma internalizado desarrollada por Rítsher ha sido utilizada en una serie de estudios sobre trastornos mentales fundamentalmente enfocados hacia

los trastornos psicóticos (Botha, Koen y Niehaus, 2006; Ritscher y Phelan, 2003), y ha sido validada en diversos países y en otros idiomas fuera de su idioma original –el inglés– (Hwang, Lee, Han y Kwon, 2006); aparte del ámbito de la salud mental también ha sido utilizado en un estudio sobre estigma en personas con hanseniasis e infección por VIH (Stevellink, van Brakel y Augustine, 2011), pero no existe evidencia sobre su uso en Argentina, ni sobre su utilización en personas usuarias de sustancias psicoactivas, por lo cual este proyecto se enfoca hacia la validación de este instrumento en estas personas.

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de estigma internalizado en personas que consumen sustancias psicoactivas y que están bajo tratamiento de rehabilitación en la ciudad de Córdoba.

## Método

Se realizó un trabajo de tipo descriptivo en el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción de la ciudad de Córdoba durante el período comprendido entre octubre del año 2014 al mes de mayo de 2015.

### Participantes

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes mayores de 18 años de la mencionada institución, bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas. Se trabajó con una muestra intencional hasta cubrir la cuota de 87 pacientes que se presentan en este análisis. La unidad de análisis fue el paciente. Los criterios de inclusión que se utilizaron para integrar la muestra fueron los siguientes: tener más de 18 años de edad, que se encontraran bajo tratamiento de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas y que aceptaran participar del estudio. El único criterio de exclusión es que sean usuarios que, al momento de la aplicación del instrumento, se encuentren en una fase de intoxicación aguda por uso/abuso de sustancias psicoactivas.

Se entrevistaron 87 pacientes en el Instituto Provincial de Alcoholismo y Drogadicción de Córdoba. La edad media de los pacientes fue de 37.4 años (DE = 12.5) años; los años de educación formal se calcularon con una media de 10.9 años (DE = 3.9).

La edad media de inicio en el consumo de sustancias fue a los 19.6 años (DE = 7.5); mientras que el tiempo medio en tratamiento por consumo de sustancias que declararon los pacientes fue de 26.4 meses (DE = 47.8). Con relación al tipo de consumo, el 35.6% de las personas declararon consumir únicamente alcohol y el

Tabla 1

Distribución porcentual de las características de la muestra (n = 87)

Variable	Categorías	n	%
Sexo	Mujer	4	4.6
	Varón	83	95.4
Situación conyugal	Soltero/a	43	49.4
	Casado/a o juntado/a	28	32.2
	Separado/a o divorciado/a	14	16.1
	Viudo/a	2	2.3
Situación laboral	Trabaja	56	64.4
	Busca trabajo	20	23
	No trabaja ni busca trabajo por ser estudiante, ama de casa o jubilado/a	11	12.6
Primera sustancia declarada (n = 87)	Alcohol	67	77
	Cocaína	14	16.1
	Marihuana	5	5.7
	Fármacos	1	1.1
Segunda sustancia declarada (n = 43)	Alcohol	1	2.3
	Cocaína	25	58.1
	Marihuana	13	30.2
	Fármacos	4	9.3
Tercera sustancia declarada (n = 25)	Alcohol	2	8
	Marihuana	11	44
	Fármacos	8	32
	Otras sustancias	4	16
Tipo de consumo	Solo alcohol	31	35.6
	Alcohol y otras sustancias	56	64.4

64.4% declararon consumir alcohol y otras sustancias (tabla 1).

### Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue la entrevista personal. Mientras que para captar el estigma internalizado se aplicó la escala *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI) desarrollada por Ritscher, Otilingam y Grajales (2003), la cual fue traducida al idioma español por un estudio en España (Muñoz et al., 2009) y adaptado a la realidad latinoamericana por un grupo de investigación en México (Mora, Bautista, Natera y Pedersen, 2013). La adaptación local del instrumento para ser utilizado en personas que consumen sustancias psicoactivas se realizó mediante una rueda de expertos en esta área del conocimiento, mientras que su validez fue determinada a través del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach.

La escala consta de 29 reactivos que se agrupan en 5 subescalas que reflejan las siguientes dimensiones:

*Alienación:* contiene 6 reactivos, mide la experiencia subjetiva de sentirse menos que un miembro de pleno derecho de la sociedad.

*Asignación de estereotipos:* consta de 7 reactivos, mide el grado en que los encuestados están de acuerdo con los estereotipos más comunes sobre las personas con una enfermedad mental.

*Discriminación percibida:* con 5 reactivos, mide la percepción de los encuestados con relación a cómo tienden a ser tratados por los demás.

*Aislamiento social:* con 6 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 enfermedad mental».

*Resistencia al estigma:* esta subescala tiene 5 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 con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 = totalmente en desacuerdo; 2 = en desacuerdo; 3 = de acuerdo; 4 = muy de acuerdo).

### Variables

Las variables utilizadas fueron las siguientes: Sexo: masculino; femenino; Edad: medida en años; Estado civil: soltero/a; casado/a; unión de hecho; separado/a; divorciado/a; viudo/a; Nivel educativo: medido en años de educación formal; Estado ocupacional: trabaja; busca trabajo; no trabaja ni busca trabajo por ser estudiante, jubilado o ama de casa; Edad al inicio en consumo de drogas; Tiempo de permanencia en tratamiento.

Para interpretar el nivel de estigma en la muestra se consideraron las recomendaciones de [Ritsher et al. \(2003\)](#), asumiendo como indicadores de estigma a las puntuaciones con una media superior a 2.5 puntos.

### Análisis estadístico

Se evaluó la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente  $\alpha$  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* (SPSS).

### Consideraciones éticas

El proyecto que dio lugar a 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.º de Repis 11, protocolo 19-12-13v2.

## Resultados

La escala utilizada para captar el estigma internalizado en los pacientes tuvo un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach global de 0.94. Para la dimensión alienación el coeficiente fue de 0.84, para la dimensión asignación de estereotipos fue de 0.78, para la dimensión discriminación percibida fue de 0.85, para la dimensión aislamiento social fue de 0.89, y para la dimensión resistencia al estigma fue de 0.65. Con estos elementos se interpretó que este es un instrumento válido para evaluar el estigma con las adaptaciones semánticas realizadas.

En la [tabla 2](#) se muestran los reactivos correspondientes a la dimensión «resistencia al estigma» (reactivos 25, 26, 27, 28 y 29); fueron calculados invirtiendo las puntuaciones, de acuerdo a la construcción original del instrumento.

En la [tabla 3](#) se presentan los resultados del estigma internalizado entre los participantes. Las medias de las puntuaciones de los reactivos oscilaron entre 2.18 y 3.39 puntos. Mientras que los principales elementos de estigma internalizado (puntuaciones por encima de una media de 2.5) fueron los reactivos: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 25, 27, 28 y 29.

La media de la escala global para todos los pacientes fue de 74.5 puntos (DE = 16.3). Por su parte, para el grupo de pacientes que solo declararon consumir alcohol, la media de la escala global fue de 80.5 puntos (DE = 10.2); mientras que para el grupo de pacientes que declararon consumir alcohol en combinación con otras drogas (policonsumo) fue de 71.2 puntos (DE = 18.2) ( $p = 0,03$ ). Además, se identificó una media superior en el subgrupo de pacientes que solo consumen alcohol en 15 de los 29 reactivos totales de la escala de estigma internalizado (ver [tabla 3](#)).

## Discusión

Este estudio representa una primera aproximación a la evaluación del estigma que experimentan las personas que consumen sustancias psicoactivas mientras se encuentran bajo tratamiento de rehabilitación por el 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

Tabla 2

Distribución porcentual de las respuestas a los 29 reactivos del instrumento ISMI (n = 87)

Reactivos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo drogas/alcohol	13.8	29.9	42.5	13.8
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida	6.9	20.7	41.4	31
3. La gente que no consume drogas/alcohol simplemente no me entiende	4.6	32.2	43.7	19.5
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol	9.2	24.1	40.2	26.4
5. Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol	19.5	37.9	26.4	16.1
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol	12.6	12.6	44.8	29.9
7. Los estereotipos negativos acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí	12.6	27.6	52.9	6.9
8. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol	18.4	32.2	35.6	13.8
9. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta	8	35.6	44.8	11.5
10. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí	19.5	40.2	31	9.2
11. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena	11.5	21.8	36.8	29.9
12. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse	27.6	35.6	24.1	12.6
13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol	25.3	28.7	32.2	13.8
14. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol	9.2	33.3	33.3	24.1
15. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol	11.5	25.3	52.9	10.3
16. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol	12.6	18.4	60.9	8
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), solo por el hecho de consumir drogas/alcohol	18.4	33.3	39.1	9.2
18. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol	18.4	39.1	28.7	13.8
19. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol	17.2	24.1	42.5	16.1
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»	18.4	24.1	34.5	23
21. Los estereotipos negativos me mantienen aislado del mundo «normal»	19.5	40.2	33.3	6.9
22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos	26.4	34.5	33.3	5.7
23. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado	19.5	41.4	32.2	6.9
24. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado	16.1	48.3	29.9	5.7
25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol	10.3	27.6	46	16.1
26. Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero	25.3	32.2	36.8	5.7
27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol	14.9	27.6	29.9	27.6
28. La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad	6.9	26.4	39.1	27.6
29. Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido	3.4	8.0	34.5	54

Tabla 3

Medias y desviaciones estándar de las puntuaciones para cada reactivo en la muestra total y en los subgrupos de pacientes según tipo de consumo de sustancias (n = 87)

Reactivos	Todos los pacientes		Alcohol		Policonsumo		p
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
1. Me siento fuera de lugar en el mundo porque consumo drogas/alcohol	2.56	0.89	2.68	0.65	2.50	1.00	0.32
2. El consumo de drogas/alcohol ha arruinado mi vida	2.97	0.89	3.16	0.58	2.86	1.01	0.08
3. La gente que no consume drogas/alcohol simplemente no me entiende	2.78	0.81	2.84	0.63	2.75	0.89	0.59
4. Me apena o me avergüenza consumir drogas/alcohol	2.84	0.92	2.97	0.70	2.77	1.02	0.28
5. Me siento menos que la gente que no consume drogas/alcohol	2.39	0.98	2.65	0.79	2.25	1.04	0.05
6. Me siento decepcionado conmigo mismo por consumir drogas/alcohol	2.92	0.96	3.19	0.65	2.77	1.07	0.02
7. Los estereotipos negativos acerca de los consumidores de drogas/alcohol se pueden aplicar a mí	2.54	0.80	2.81	0.70	2.39	0.82	0.01
8. Por mi aspecto, la gente puede darse cuenta de que consumo drogas/alcohol	2.45	0.94	2.81	0.87	2.25	0.93	0.01
9. La gente que consume drogas/alcohol tiende a ser violenta	2.60	0.79	2.74	0.63	2.52	0.87	0.17
10. Por mi consumo de drogas/alcohol, la mayoría de las veces necesito que los demás decidan por mí	2.30	0.89	2.58	0.67	2.14	0.96	0.01
11. La gente que consume drogas/alcohol no puede vivir una vida gratificante y plena	2.85	0.98	3.13	0.80	2.70	1.04	0.03
12. La gente que consume drogas/alcohol no debería casarse	2.22	0.99	2.71	0.86	1.95	0.96	0.01
13. No puedo aportarle nada a la sociedad por consumir drogas/alcohol	2.34	1.01	2.68	0.70	2.16	1.10	0.01
14. La gente me discrimina porque consumo drogas/alcohol	2.72	0.93	2.87	0.88	2.64	0.96	0.26
15. Los demás piensan que no puedo lograr mucho en la vida porque consumo drogas/alcohol	2.62	0.82	2.61	0.71	2.63	0.88	0.94
16. La gente me ignora o me toma con menos seriedad solo porque consumo drogas/alcohol	2.64	0.80	2.74	0.57	2.59	0.91	0.34
17. Con frecuencia la gente me sobreprotege o me trata como un(a) niño(a), solo por el hecho de consumir drogas/alcohol	2.39	0.89	2.55	0.62	2.30	1.00	0.16
18. Nadie se interesaría en convivir conmigo porque consumo drogas/alcohol	2.38	0.94	2.65	0.79	2.23	0.99	0.03
19. No hablo mucho acerca de mí porque no quiero molestar a otros con mi consumo de drogas/alcohol	2.57	0.96	2.61	0.76	2.55	1.06	0.76
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»	2.62	1.03	2.90	0.79	2.46	1.12	0.03
21. Los estereotipos negativos me mantienen aislado del mundo «normal»	2.28	0.85	2.58	0.67	2.11	0.90	0.01
22. Me mantengo alejado de actividades sociales para no avergonzar a mi familia y a mis amigos	2.18	0.89	2.55	0.76	1.98	0.90	0.01
23. Trato de no acercarme a la gente que no consume drogas/alcohol para evitar ser rechazado	2.26	0.85	2.39	0.71	2.20	0.92	0.28
24. Estar con personas que no consumen drogas/alcohol me hace sentir incómodo o inadecuado	2.25	0.79	2.35	0.60	2.20	0.88	0.32
25. Me siento cómodo si estoy en público con una persona que evidentemente consume drogas/alcohol	2.68	0.86	2.84	0.73	2.59	0.93	0.17
26. Por lo general soy capaz de vivir mi vida de la forma en que quiero	2.23	0.89	2.42	0.67	2.13	0.99	0.10
27. Puedo tener una vida plena a pesar de consumir drogas/alcohol	2.70	1.03	2.84	0.89	2.63	1.10	0.33
28. La gente que consume drogas/alcohol hace aportes importantes a la sociedad	2.87	0.90	3.03	0.79	2.79	0.94	0.20
29. Vivir con el consumo de drogas/alcohol me ha fortalecido	3.39	0.78	3.68	0.54	3.23	0.85	0.00

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  $\alpha$  más bajo que las otras dimensiones, tal como sucedió en el estudio original de [Ritsher et al., 2003](#), y con otras versiones del mismo instrumento en idiomas distintos del original y en muestras de pacientes sin trastornos mentales ([Chang, Wu, Chen, Wang y Lin, 2014](#); [Ersoy y Varan, 2007](#); [Hwang et al., 2006](#), [Sibitz et al., 2013](#)).

Con relación a los niveles de estigma observados en este trabajo, las puntuaciones obtenidas fueron más elevadas que las evidenciadas en estudio previos como el de [Ritsher et al. \(2003\)](#), el trabajo de [Muñoz, Sanz y Pérez-Santos \(2011\)](#), en España, y el trabajo de [Chang et al. \(2014\)](#) en Taiwán. Ocurre lo mismo al comparar las puntuaciones obtenidas con el mismo instrumento aplicado en otras poblaciones sin trastorno mental, como el estudio de [Taft, Ballou y Keefer \(2013\)](#) en pacientes con enfermedad hepática.

Los resultados muestran que el estigma internalizado en la muestra analizada es una problemática frecuente entre las personas que consumen sustancias psicoactivas ([Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan y Kubiak, 2003](#); [Kulesza, Ramsey, Brown y Larimer, 2014](#)). Como también se observó que el estigma puede ser más elevado en las personas que consumen solo alcohol que en las personas que consumen alcohol en combinación con otras sustancias, tal como fue demostrado por otros autores ([Schomerus et al., 2011](#)). El hecho de que el alcoholismo sea más estigmatizante que otras condiciones de salud ya fue abordado por [Corrigan et al. \(2005\)](#), quienes argumentaron que esto puede darse por 2 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 a los individuos que consumen alcohol como víctimas de su abuso de alcohol estarán propensas a experimentar lástima hacia ellos ([Corrigan et al., 2003](#)).

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 muestra 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 ([Ritsher y Phelan, 2003](#)).

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 ([Ritsher y Phelan, 2003](#)).

En virtud de que los resultados de este estudio son preliminares, se asumen algunas limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra que puede resultar reducido, y la composición de la muestra por sexo, que impide la desagregación de resultados de manera estratificada.

## Financiación

El proyecto que dio lugar a este trabajo tuvo apoyo económico de beca postdoctoral de CONICET y un subsidio de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Referencias

- Abeldaño, R., Fernández, A., Ventura, C. y Estario, J. (2013). Psychoactive substance uses in two regions of Argentina and its relationship to poverty. *Cad. Saúde Pública*, 29(5), 899–908.
- Botha, U., Koen, L. y Niehaus, D. (2006). Perceptions of a South African schizophrenia population with regards to community attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 619–623.
- Brown, S. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug and Alcohol Dependence*, 116, 137–141.
- Chang, C.-C., Wu, T. H., Chen, C. Y., Wang, J. D. y Lin, C. Y. (2014). Psychometric evaluation of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for patients with mental illnesses: Measurement invariance across time. *PLoS One*, 9(6), e98767.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614–625.
- Corrigan, P., Lurie, B., Goldman, H., Slopen, N., Medasani, K. y Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol. *Psychiatr. Serv.*, 56, 544–550.
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., Watson, A. C., Rowan, D. y Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 162–179.
- Ersoy, M. A. y Varan, A. (2007). Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(2), 163–171.

- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hwang, T., Lee, W., Han, E. y Kwon, E. (2006). 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*, 45, 418–426.
- Kulesza, M., Ramsey, S., Brown, R. y Larimer, M. E. (2014). Stigma among individuals with substance use disorders: Does it predict substance use, and does it diminish with treatment? *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 15(1), 1000115, 3.
- Link, B., Yang, L., Phelan, J. y Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 511–541.
- Mora, J., Bautista, N., Natera, G. y Pedersen, D. (2013). Adaptación cultural de instrumentos de medida sobre estigma y enfermedad mental en la Ciudad de México. *Salud mental*, 36, 9–18.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, E. y Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Muñoz, M., Sanz, M. y Pérez-Santos, E. (2011). El estado del conocimiento sobre el estigma internalizado desde el modelo socio-cognitivo-comportamental. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 07, 41–50.
- Ritsher, J., Otilingam, P. y Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 121(1), 31–49.
- Ritsher, J. y Phelan, J. (2003). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. y Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*, 20(8), 529–539.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. y Angermeyer, M. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105–112.
- Sibitz, I., Friedrich, M. E., Unger, A., Bachmann, A., Benesch, T. y Amering, M. (2013). Internalized stigma of schizophrenia: Validation of the German version of the Internalized Stigma of Mental Illness-Scale (ISMI). *Psychiatr Prax*, 40, 83–91.
- Stevelinck, S., van Brakel, W. y Augustine, V. (2011). Stigma and social participation in Southern India: Differences and commonalities among persons affected by leprosy and persons living with HIV/AIDS. *Psychology, Health & Medicine*, 16(6), 695–707.
- Taft, T., Ballou, S. y Keefer, L. (2013). A preliminary evaluation of internalized stigma and stigma resistance in inflammatory bowel disease. *J Health Psychol*, 18(4), 451–460.