

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**ESTIGMA INTERNALIZADO EN RELACIÓN AL DIAGNOSTICO
CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA 2014**

Borrador de Tesis presentada por la Bachiller:

MARIA DEL PILAR VIZCARRA CHOCANO

Para obtener el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi Madre, por todo el esfuerzo y sacrificio para brindarme todo el amor y comprensión, el apoyo incondicional y la confianza en cada momento de mi vida.

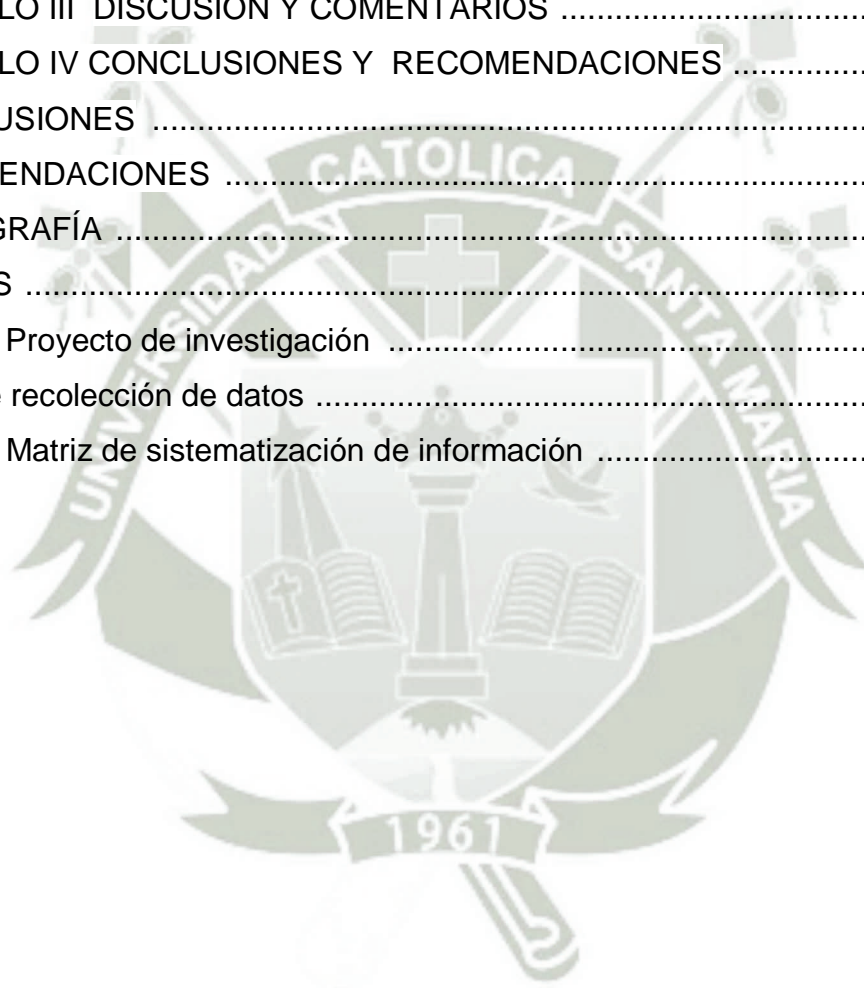
A mi Padre, por enseñarme a luchar hacia delante, por su gran corazón y su apoyo.

A la memoria de mis abuelos, por su amor y su sabiduría que influyeron en mí para lograr uno de los objetivos que hoy se cumple.

MARIA DEL PILAR

ÍNDICE GENERAL

	Págs.
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	10
CAPÍTULO II RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	39
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	49
Anexo 1 Proyecto de investigación	50
Ficha de recolección de datos	78
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	83



RESUMEN

Actualmente al referirse a los trastornos psiquiátricos nos encontramos con una de las condiciones más estigmatizadas; no solo es desacreditante para la sociedad sino también indigno para el individuo que la padece de ello deriva la importancia de esta investigación siendo el objetivo principal identificar el estigma internalizado de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Se utilizó la técnica del cuestionario para ambas variables, como instrumento la escala de King, la cedula de preguntas para datos sociodemográficos y la historia clínica para el diagnóstico.

La investigación se realizó en el centro de Salud mental Moisés Heresi, las unidades de estudio fueron constituidas por 100 pacientes compensados entre las edades de 15 a 44 años, el estigma internalizado encontrado en la población de estudio fue de 77%, en cuanto a las dimensiones de discriminación la presencia de estigma fue del 77%, en la dimensión de Divulgación fue de 62% y en la dimensión de aspecto fue del 74%, el diagnóstico clínico de mayor prevalencia fue la esquizofrenia con un 32,2%, depresión con un 30,5% y otros diagnósticos con el 13,6%, El tiempo de enfermedad de la mayoría de pacientes fue de 2 a 5 años con un tratamiento farmacológico predominante de neurolepticos, antidepresivos y ansiolíticos. En referencia a las características sociodemográficas el grupo etario que predomina es de más de 44 años de edad con un 30% y siguiendo el de 15 a 20 años con un 21%. La mayoría proceden de Arequipa con un 70%, viven con la Madre con un 34% y con un estado civil de soltero de 67%, siguiendo el estado civil de casados con un 22%. En cuanto a la ocupación una cuarta parte de los pacientes son desempleados con un 25% y un grado de instrucción de secundaria completa que corresponde a un 47%, un ingreso económico de los familiares mayor al básico con un 68%.

Se muestra que la mayoría de los pacientes estudiados presentan estigma internalizado. El diagnóstico de mayor frecuencia encontrado en la población de estudio es la Esquizofrenia, seguido de la depresión y trastorno bipolar, con un tiempo de enfermedad de 2 a 5 años y un tratamiento con neurolépticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo. Los hallazgos muestran que en referencia a las características sociodemográficas la edad predominante es de más de 44 años siguiendo el grupo etario de 15 a 20 años, la mayoría proceden de Arequipa conviven con la Madre, de estado civil soltero, con ocupación de desempleado y con un grado de instrucción de secundaria completa y con un ingreso familiar de más del básico. Estadísticamente existe relación del estigma internalizado con la ocupación, con el estado civil, con la convivencia, el lugar de procedencia, la edad y el diagnóstico clínico.

PALABRAS CLAVE: Estigma internalizado, discriminación, estereotipo.



ABSTRACT

Currently, referring to psychiatric disorders we find one of the most stigmatized conditions; It is not only discrediting for society but also unworthy of the individual who suffers from it derives the importance of this research , the main objective is to identify internalized stigma of psychiatric patients Mental Health Center Heresi Moses.

The questionnaire technique for both variables and as an instrument scale King and the writ of questions for sociodemographic and clinical history for the diagnosis was used.

The research conducted at the center of Mental Health Moses Heresi, the study units were made up of 100 patients offset between the ages of 15-44 years, the stigma internalized found in the study population was 77%, as the dimension of the presence of stigma discrimination was 77%, in the dimension of Disclosure was 62% and the dimension of appearance was 74%, the most prevalent clinical diagnosis was schizophrenia with 32.2% 30.5% depression and other diagnoses with 13.6% of the time most patients disease was 2-5 years with a predominant pharmacological treatment of neuroleptics, antidepressants and anxiolytics. Referring to the sociodemographic characteristics predominant age group is over 44 years old with 30% and following the 15 to 20 years with 21%. Most come from Arequipa with 70% living with the mother with a 34% and a civil state party of 67%, following the filing status married with 22% .As the occupation quarter of patients are unemployed with 25% and level of education completed secondary corresponding to 47%, an income of more familiar to basic with 68%.

The results show that most of the patients have internalized stigma. The diagnosis most often found in the study population is Schizophrenia, followed by depression and bipolar disorder, with a time of 2 5-year disease and treatment with neuroleptics, antidepressants and mood stabilizers. The findings show that in reference to the prevailing socio-demographic characteristics age is over 44

years following the age group of 15-20 years, most come from Arequipa coexist with Mother, single marital status, with occupation of unemployed and a degree of full secondary education with a family income of more basic. Statistically there is internalized stigma related to occupation, marital status, with coexistence, place of origin, age and clinical diagnosis.

KEYWORDS: Internalized stigma, discrimination, estereotipo.



INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental afectan a un gran número de personas generando un alto grado de sufrimiento. En nuestra cultura existen numerosas creencias erróneas sobre la enfermedad mental que estigmatizan a las personas que la padecen, colaborando a aumentar su sufrimiento y el de sus familias, esta atribución estereotipada de valores y conductas los lleva a una situación de discriminación que dificulta a un más sus posibilidades de recuperación, rehabilitación e inclusión social.

Organismos internacionales como la OMS sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales igualmente las estrategias en salud mental consideran fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma.

Se ha definido el estigma como un atributo profundamente desvalorizado, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo, Jones et al. propuso que el estigma pueda considerarse como una marca que vincula a la persona con características indeseables (esteriotipos).

Vivir continuamente en una sociedad que ampliamente asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a estos a internalizar estas ideas y a creer que son menos valiosas a causa de su trastorno psiquiátrico, lo que tal vez sea uno de los efectos más nocivos del estigma, llevando a condicionar el comportamiento de llevar una vida independiente al aislamiento social o a la limitación de contactos sociales con otras persona que también padecen de enfermedad mental.

La literatura encuentra que con respecto a las estrategias más frecuentes que las personas con enfermedad mental emplean para afrontar el estigma aparecen algunas de carácter positivo como buscar apoyo social e implicarse en organizaciones y acciones para educar a la sociedad acerca de la enfermedad mental. Pero también aparecen estrategias de carácter

desadaptativo como por ejemplo mantener en secreto la enfermedad, retraerse a nivel social o aislarse como forma de evitar el rechazo.

Por tanto es importante conocer el estigma internalizado del paciente psiquiátrico para brindar un abordaje más integral y completo permitiendo mejorar la relación médico paciente, favoreciendo su adaptación social y pronostico.

Para poder planificar acciones eficaces de sensibilización y lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental en nuestra realidad peruana es necesario conocer mejor las múltiples dimensiones de este fenómeno en el propio contexto social que se desarrolla y así poder establecer propuestas que colaboren en la disminución del rechazo social del paciente psiquiátrico contribuyendo a una mejora de la situación de las personas que la padecen y a su reinserción social.





1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. Técnicas e instrumentos:

Para la variable **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DIAGNOSTICO CLÍNICO**, se utilizará la técnica del cuestionario y la observación. Y como instrumento la cédula de preguntas y la ficha documental (Historia Clínica).

Para la variable **ESTIGMA INTERNALIZADO**, se utilizará la técnica del cuestionario y como instrumento la escala de estigma de King versión en español, la cual consta de 4 sub escalas: discriminación, divulgación y aspectos positivos y consta de 28 ítems.

Escala de estigma internalizado de King et al. (ISS):²² Compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma. A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.

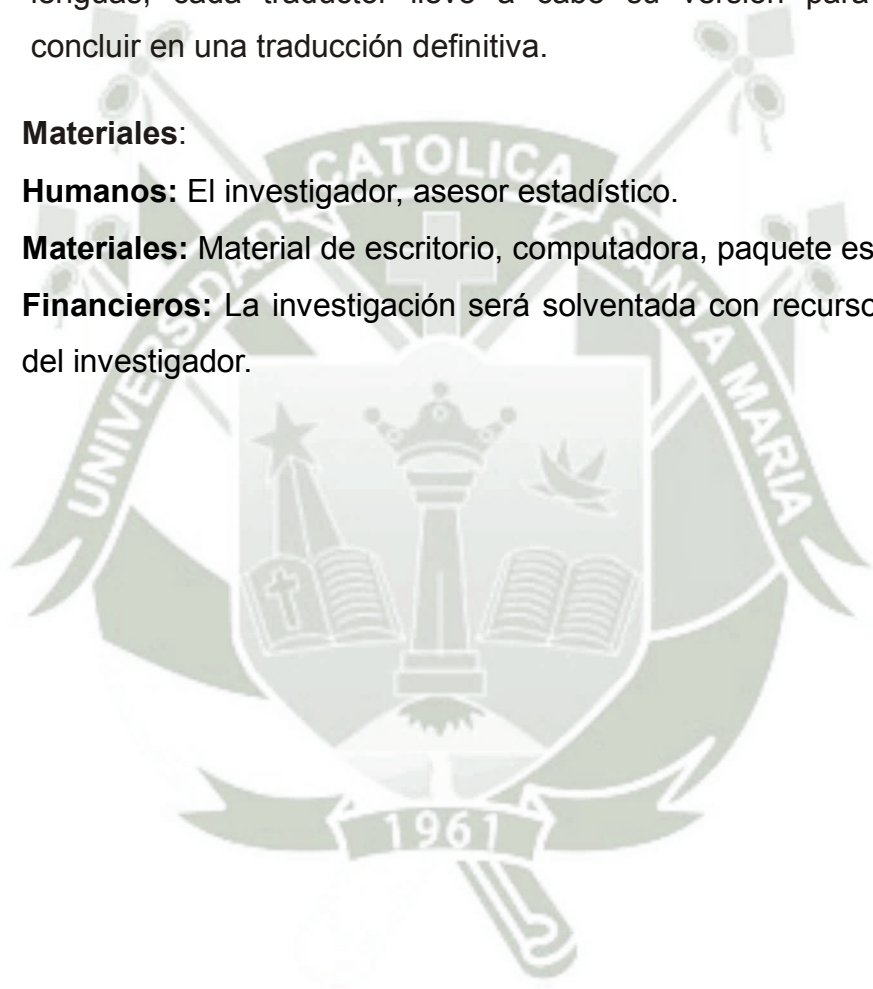
La ISS original (en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes alpha de Cronbach de 0.87 para el total, de 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la

de aspectos positivos. Además el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explica el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, el 7.24%.

Se realiza la traducción – retraducción Inglés-Español de la escala de King por profesionales de la salud mental con dominio de ambas lenguas, cada traductor llevo a cabo su versión para después concluir en una traducción definitiva.

1.2. Materiales:

- **Humanos:** El investigador, asesor estadístico.
- **Materiales:** Material de escritorio, computadora, paquete estadístico.
- **Financieros:** La investigación será solventada con recursos propios del investigador.



2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación Espacial

La investigación se realizó en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cual se encuentra ubicado en la Avenida Pumacahua – Cerro Colorado y cuenta con los servicios de Hospitalización, Consultorios Externos y el Programa de Salud Pública.

2.2 Ubicación Temporal

El estudio es coyuntural para el 2014 – 2015.

2.3 Unidades de Estudio

Las unidades están constituidas por todos los pacientes psiquiátricos, atendidos en el mes de Diciembre, en número de 100 (cien), constituyendo todo el universo.

2.4 Criterios de Inclusión

Pacientes compensados que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

Pacientes que acepten participar en la investigación.

2.5. Criterios de Exclusión

Pacientes con deterioro cognitivo.

Pacientes que no deseen participar en la investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 Organización

- Autorización del Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

- Coordinación con la enfermera de consultorios externos y de Hospitalización.
- La recolección de datos se realizó en el horario de mañanas

3.2 Recursos

De personal: investigador, diseñador del proyecto y asesor.

Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.

Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en el archivo del Centro de Salud Mental.

Económicos: aportados íntegramente por el autor.

3.3 Estrategias para manejar resultados

Se creó una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 17.0. Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran en tablas y gráficos de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión. Para la asociación se utilizará la prueba de X^2 para variables categóricas y t de Student para Variables numérica.



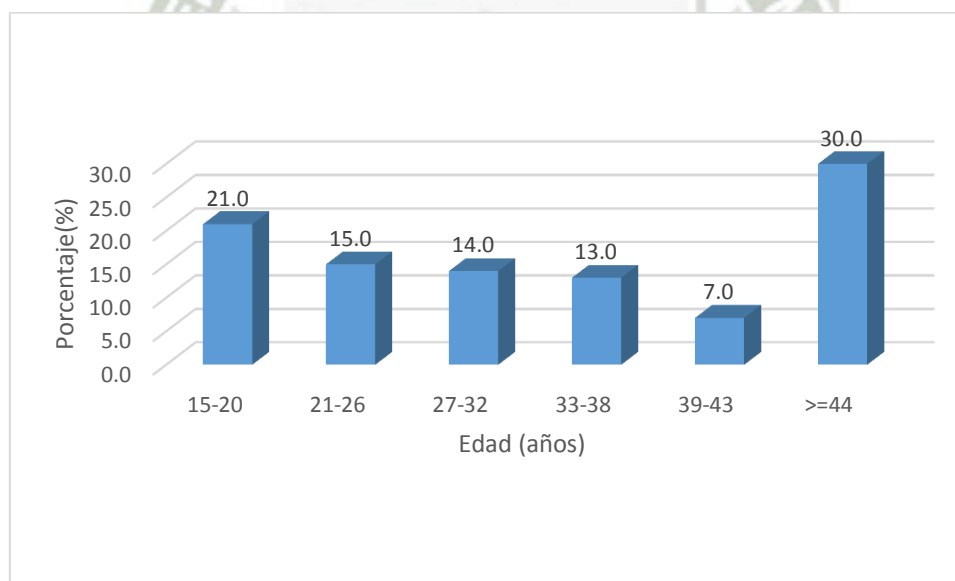
TABLA N°1.

EDAD DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI AREQUIPA 2014

Edad	N	%
15-20	21	21,0
21-26	15	15,0
27-32	14	14,0
33-38	13	13,0
39-43	7	7,0
>=44	30	30,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°1. Muestra que el 30% de los pacientes tienen una edad superior a los 44 años a más seguido por el 21% de ellos tienen una edad entre 15 a 20 años.

GRÁFICO N°1



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

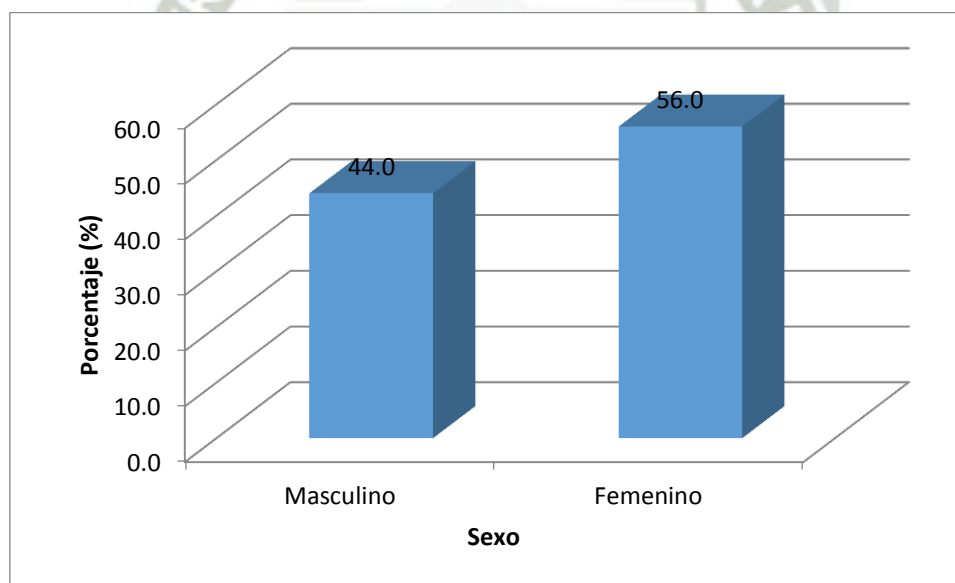
TABLA N°. 2.

POBLACIÓN DE ESTUDIOS SEGÚN SEXO PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Sexo	N	%
Masculino	44	44,0
Femenino	56	56,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°2, muestra que el 44,0% de los pacientes son de sexo masculino y el 56.0% de ellos son de sexo femenino.

GRÁFICO N°2



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

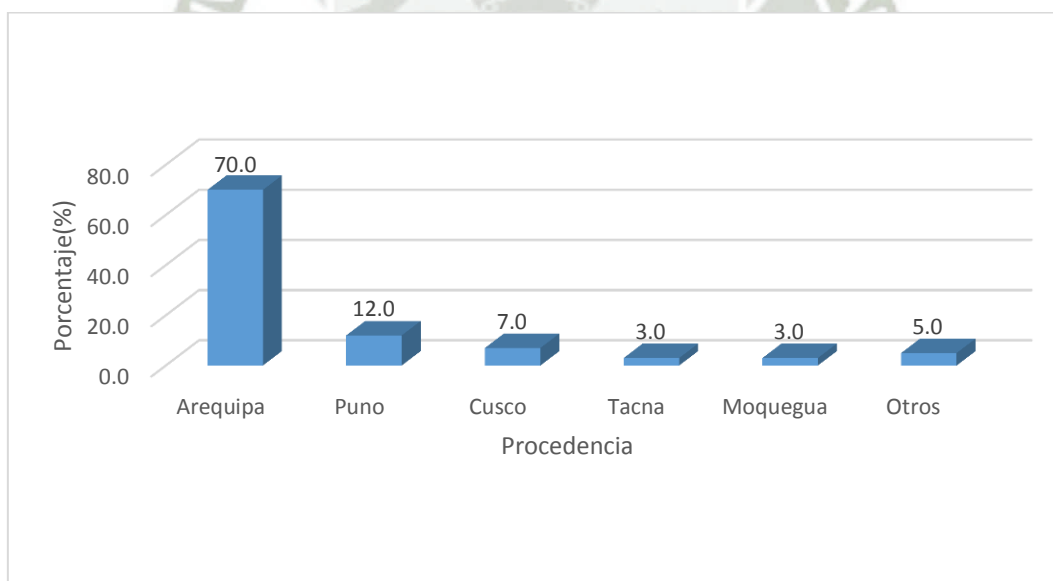
TABLA N°3.

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Procedencia	N	%
Arequipa	70	70,0
Puno	12	12,0
Cusco	7	7,0
Tacna	3	3,0
Moquegua	3	3,0
Otros	5	5,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°3. Muestra que el 70% de los pacientes son de Arequipa, el 12% de ellos son de Puno, un 7% provienen de Cusco, un 3% son de Moquegua o Tacna y el ultimo 5% son de otros lugares.

GRÁFICO N°3



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

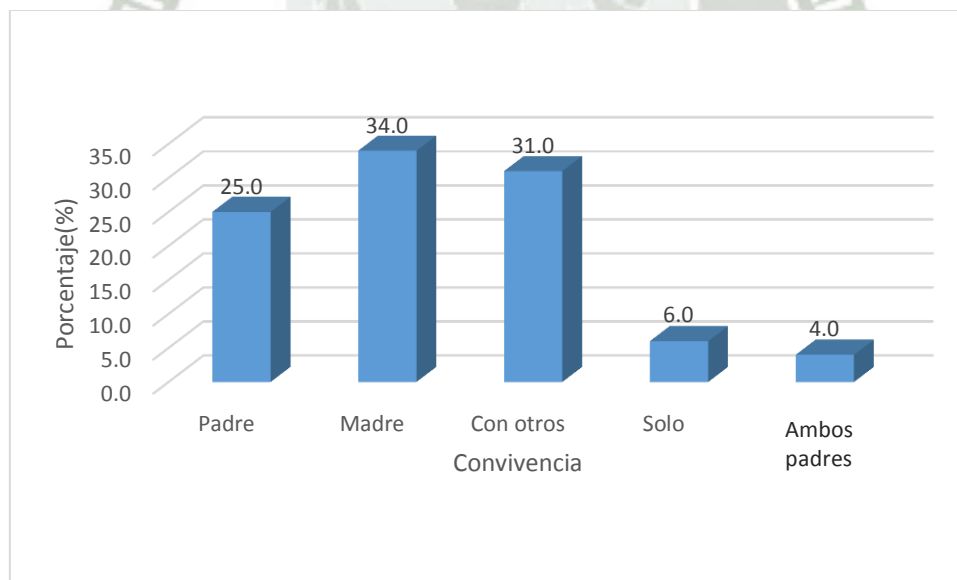
TABLA N°4.

CONVIVENCIA FAMILIAR DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Convivencia	N	%
Padre	25	25,0
Madre	34	34,0
Con otros	31	31,0
Solo	6	6,0
Ambos Padres	4	4,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°4. Muestra que el 34% de los pacientes conviven con sus madres, el 25% viven con sus padres, un 31% de ellos viven con otros familiares, el 6% de ellos viven solos y solo el 4% viven con otras personas.

GRÁFICO N°4



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

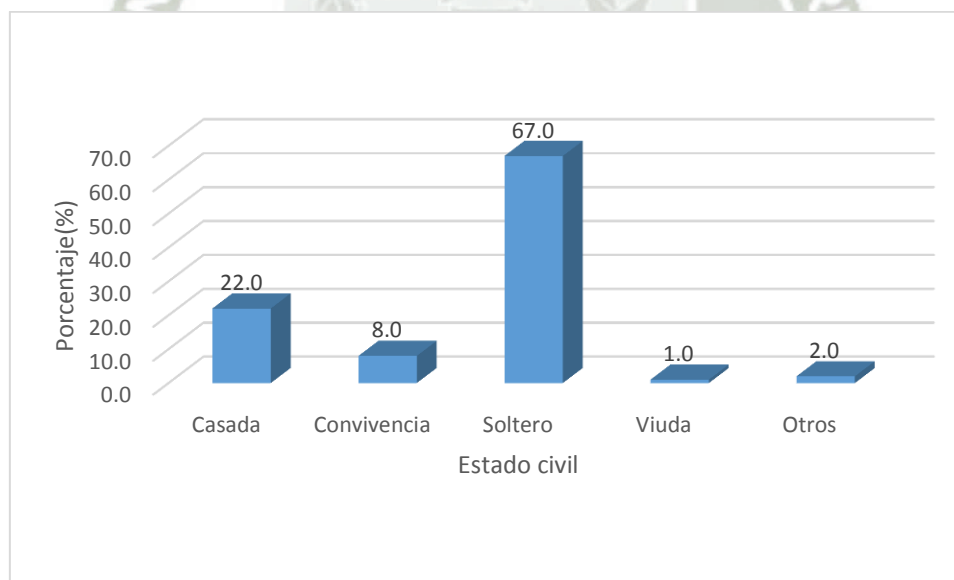
TABLA N°5.

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Estado civil	N	%
Casado	22	22,0
Convivencia	8	8,0
Soltero	67	67,0
Viuda	1	1,0
Otros	2	2,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°5. Muestra que el 67% de los pacientes son solteros, el 22% de ellos están casados, un 8% conviven con sus parejas y solo el 1% son viudos.

GRÁFICO N°5



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

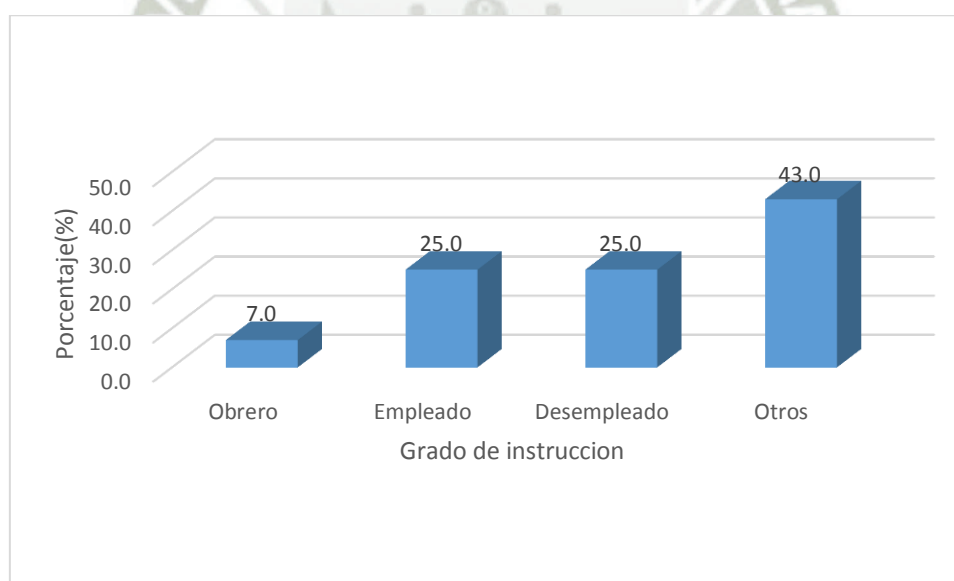
TABLA N°6.

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

OCUPACIÓN	N	%
Obrero	7	7,0
Empleado	25	25,0
Desempleado	25	25,0
Otros	43	43,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°6. Muestra que el 7% de los pacientes son obreros, el 25% de ellos son empleados o desempleados y el 43% presentan otro tipo de ocupación laboral

GRÁFICO N°6



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

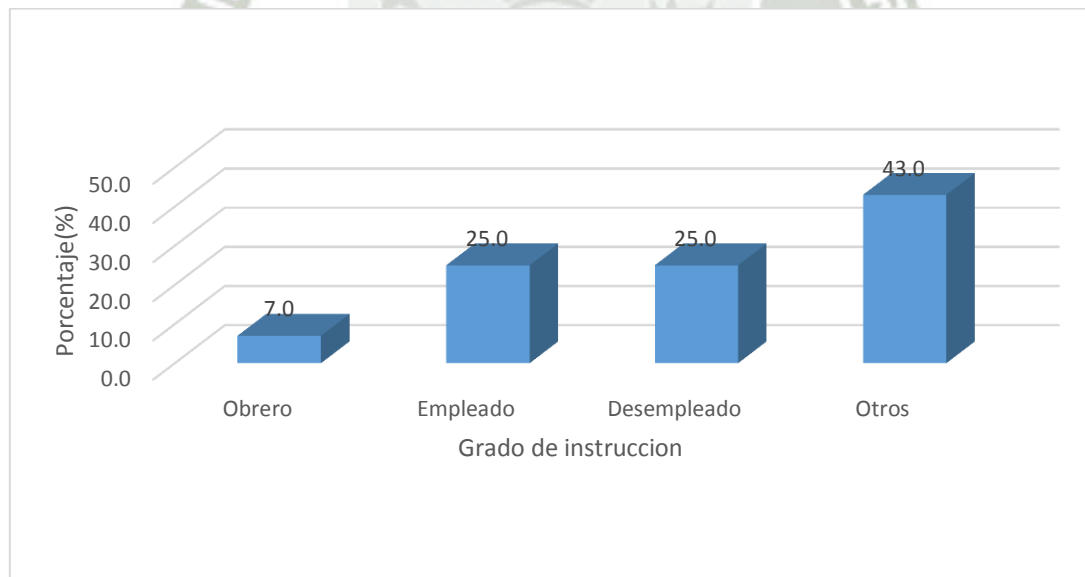
TABLA N°7.

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

GRADO INSTRUCCIÓN	N	%
Primaria completa	10	10,0
Primaria incompleta	9	9,0
Secundaria completa	47	47,0
Secundaria incompleta	12	12,0
Superior	22	22,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°7. Muestra que el 47% de los pacientes terminaron la secundaria, seguido del 22% de ellos tienen estudios superiores (ya sea universitario o técnico).

GRÁFICO N°7



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

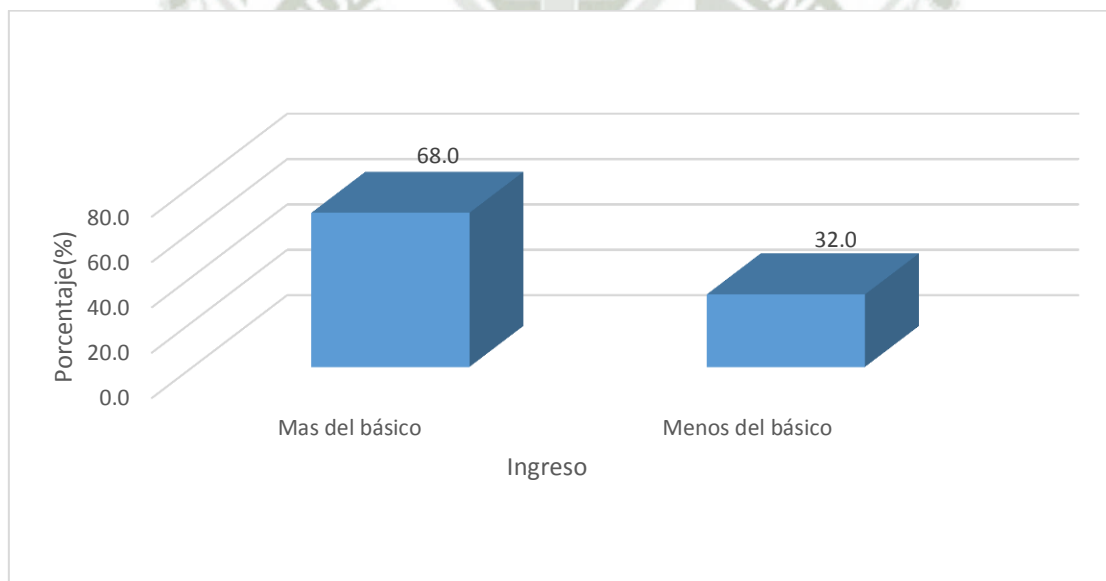
TABLA N°8.

INGRESO ECONÓMICO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

INGRESO	N	%
Más del básico	68	68,0
Menos del básico	32	32,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°8. Muestra que el 68% de los familiares de pacientes tienen un ingreso económico superior al básico y el 32 % tiene un ingreso económico inferior al básico.

GRÁFICO N°8



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

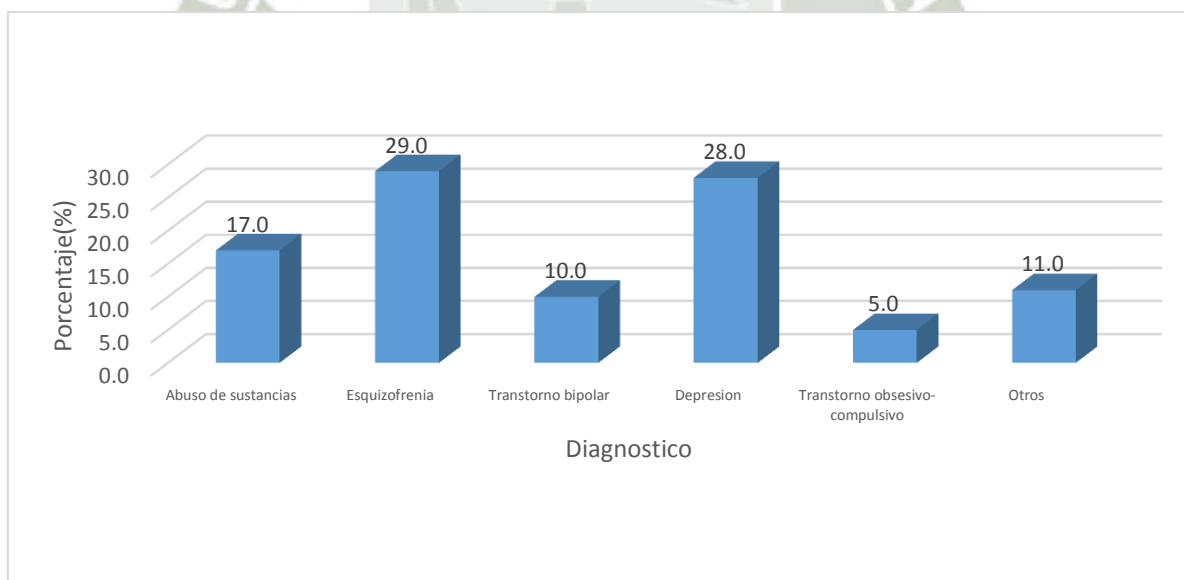
TABLA N°9.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Diagnóstico Clínico	N	%
Abuso de sustancias	17	17,0
Esquizofrenia	29	29,0
Trastorno bipolar	10	10,0
Depresión	28	28,0
Trastorno Obsesivo-compulsivo	5	5
Otros	11	11,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°9. Muestra que el 29% de los pacientes presentan esquizofrenia, el 28% de los pacientes presentan trastorno del estado de ánimo, un 17% consumen droga o alcohol,

GRÁFICO N°9



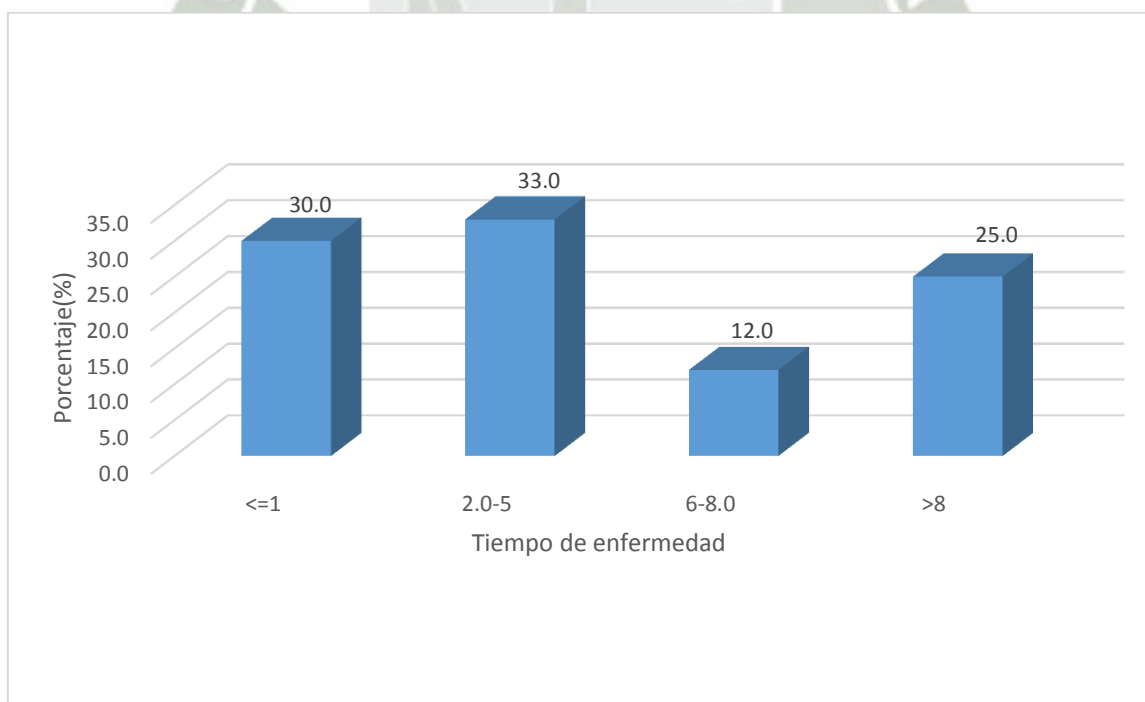
Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°10.
TIEMPO DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Tiempo de enfermedad (años)	Nº	%
<=1	30	30,0
2-5	33	33,0
6-8	12	12,0
>8	25	25,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°10. Muestra que el 33% de los pacientes padecen con la enfermedad un tiempo de 2 a 5 años, el 30% sufre con la enfermedad un lapso menor a un año, el 12 % de ellos tienen entre 6 a 8 años con la enfermedad y el 25% de ellos padecen de la enfermedad más de 8 años.

GRÁFICO N°10



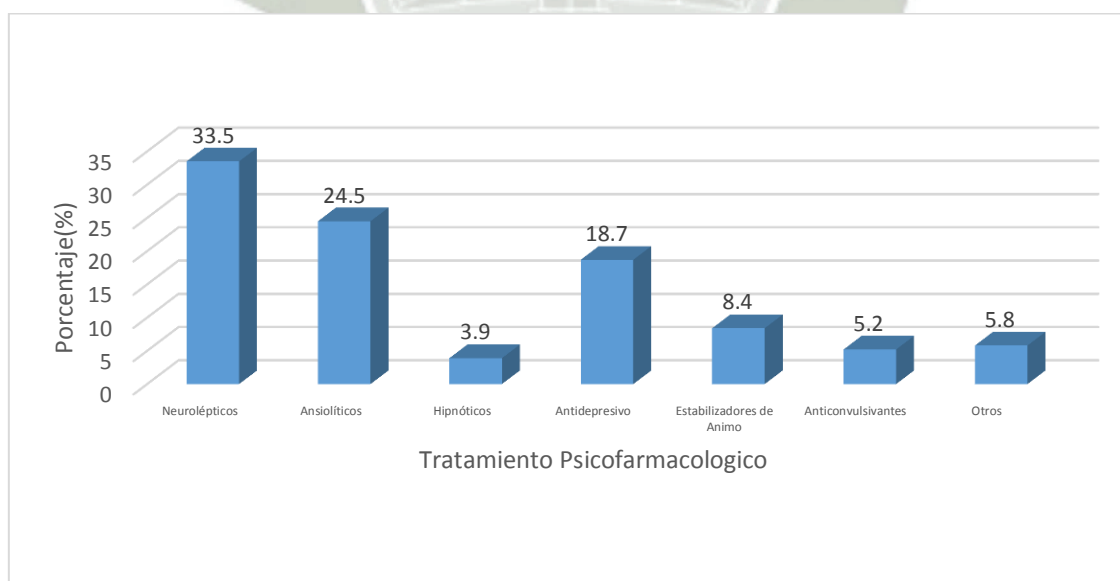
Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°11.
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Tratamiento Psicofarmacológico	N	%
Neurolépticos	52	33,5
Ansiolíticos	38	24,5
Hipnóticos	6	3,9
Antidepresivo	29	18,7
Estabilizadores de Animo	13	8,4
Anticonvulsivantes	8	5,2
Otros	9	5,8
Total	155	100,0

La tabla y gráfico N°11. Muestra que el 33,5% de los pacientes consumen neurolépticos seguido del 24,5% de ellos consumen ansiolíticos, el 18,7% consumen antidepresivos, un 8,4% reciben un tratamiento con estabilizadores de ánimo, el 5,2% y 3,9% consumen anticonvulsivantes e hipnóticos respectivamente y el 5,8% consumen otro tipo de fármaco.

GRÁFICO N°11



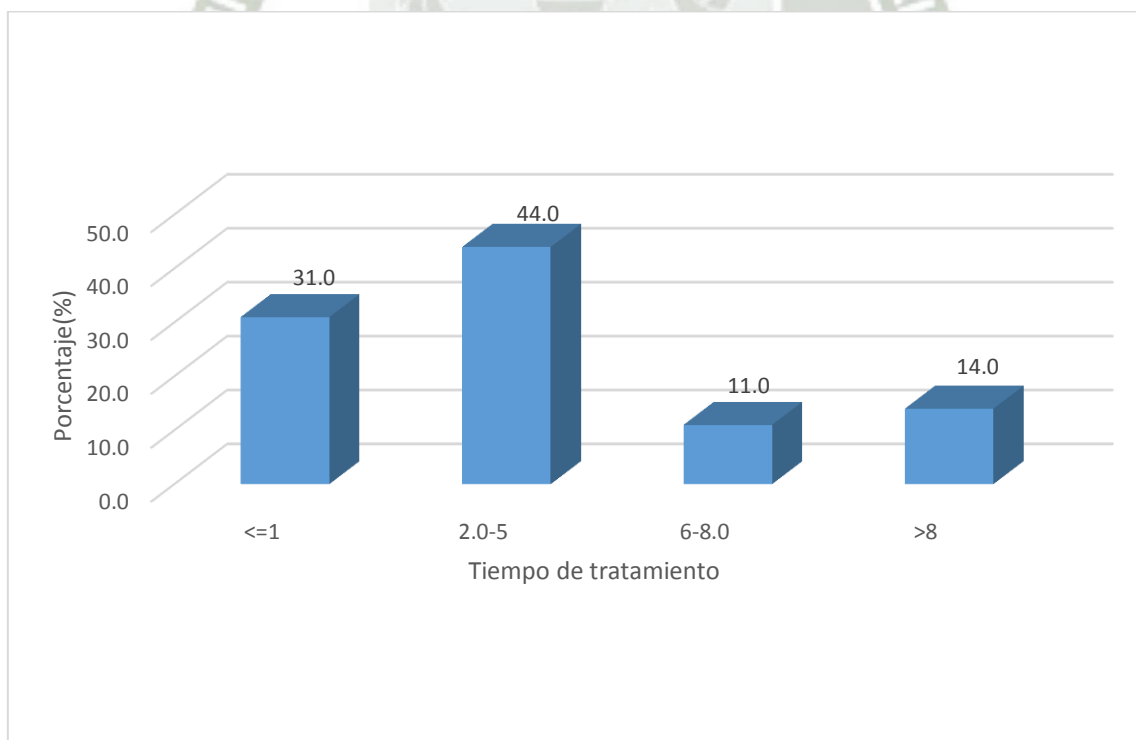
Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°12.
TIEMPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Tiempo de tratamiento (años)	N	%
<1	31	31,0
2-5	44	44,0
6-8	11	11,0
>8	14	14,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N°12, muestra que el 44% de los pacientes conllevan el tratamiento en un periodo de 2 a 5 años, el 31% de los pacientes están con el tratamiento menos de un año, y solo el 11% tienen el tratamiento de a 6 a 8 años.

GRÁFICO N°12



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

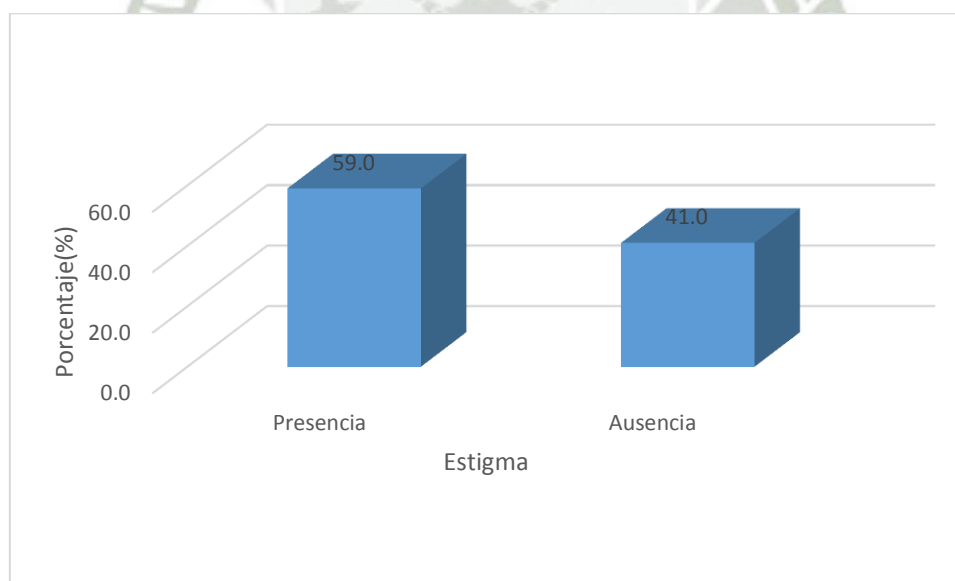
TABLA N°13.

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO PACIENTES
PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Estigma	N	%
Presencia	59	59,0
Ausencia	41	41,0
Total	100	100,0

La tabla y gráfico N° 13, muestra que el 59% de los pacientes presentan estigma y el 41% no lo presentaron.

GRÁFICO N°13



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°14.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIMENSIONES DEL ESTIGMA
INTERNALIZADO PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI

Estigma Internalizado	N	%
Discriminación		
Presencia	57	57,0
Ausencia	43	43,0
Divulgación		
Presencia	52	52,0
Ausencia	48	48,0
Aspecto Positivo		
Presencia	53	53,0
Ausencia	47	47,0
Total	100	100,0

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

La tabla N° 14, muestra que el 57% de los pacientes presentaron estigma en la dimensión de discriminación, el 52% de ellos presentaron estigma en la dimensión divulgación y un 53% de ellos presentaron estigma en la dimensión aspecto.

TABLA N°15.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO Y
DIAGNOSTICO CLÍNICA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Diagnóstico Clínico	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Abuso de sustancias	5	8.5	12	29.3	17	17.0
Esquizofrenia	19	32.2	10	24.4	29	29.0
Trastorno bipolar	7	11.9	3	7.3	10	10.0
Depresión	18	30.5	10	24.4	28	28.0
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	3.4	3	7.3	5	5.0
Otros	8	13.6	3	7.3	11	11.0
Total	59	100.0	41	100.0	100	100.0

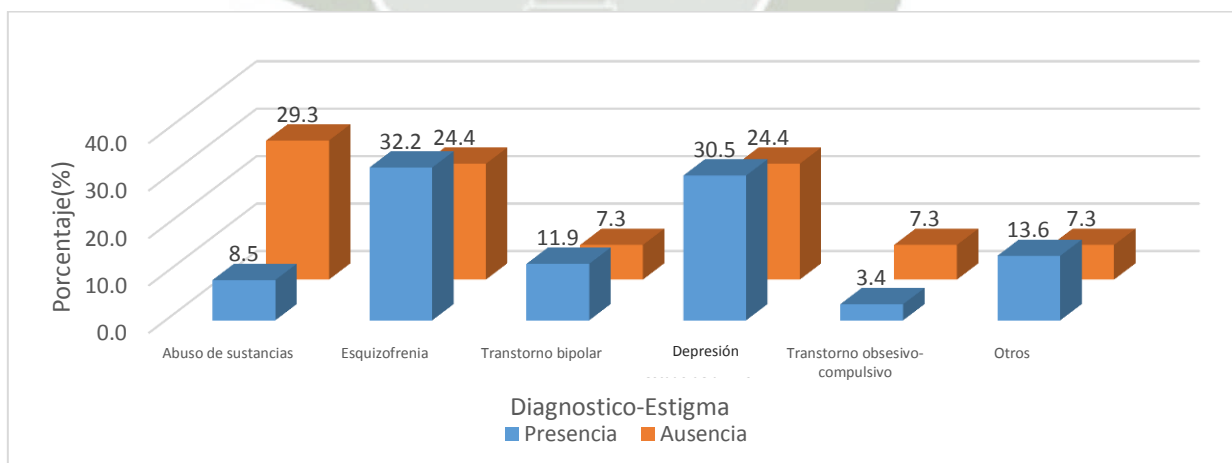
$\chi^2 = 17.768$

$P < 0.05$

La tabla y gráfico N°15, muestra que la frecuencia del estigma según el diagnóstico de los pacientes, presento diferencias estadísticas significativas ($P > 0.05$).

Asimismo se observa que el 32.2% de los pacientes que presentaron estigma tienen esquizofrenia frente al 24.4% de los pacientes que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°15



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°16.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO Y EDAD
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI

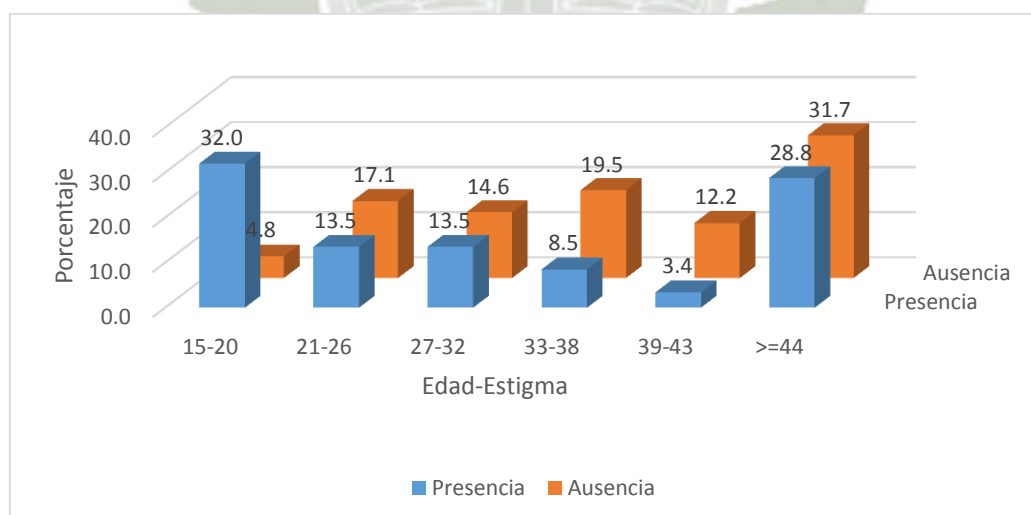
Edad	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
15-20	19	32.0	2	4.8	21	21.0
21-26	8	13.5	7	17.1	15	15.0
27-32	8	13.5	6	14.6	14	14.0
33-38	5	8.5	8	19.5	13	13.0
39-43	2	3.4	5	12.2	7	7.0
>=44	17	28.8	13	31.7	30	30.0
Total	59	100	41	100	100	100.0

$\chi^2 = 13.833$ $P < 0.05$

La tabla y gráfico N° 16 muestra que la edad de los pacientes y el estigma presento relación estadística significativa ($P < 0.05$)

Asimismo se observa que el 32% de los pacientes que presentaron estigma tienen entre 15 a 20 años frente al 4.8% de ellos que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°16



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°17.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO Y
PROCEDENCIA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE
SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

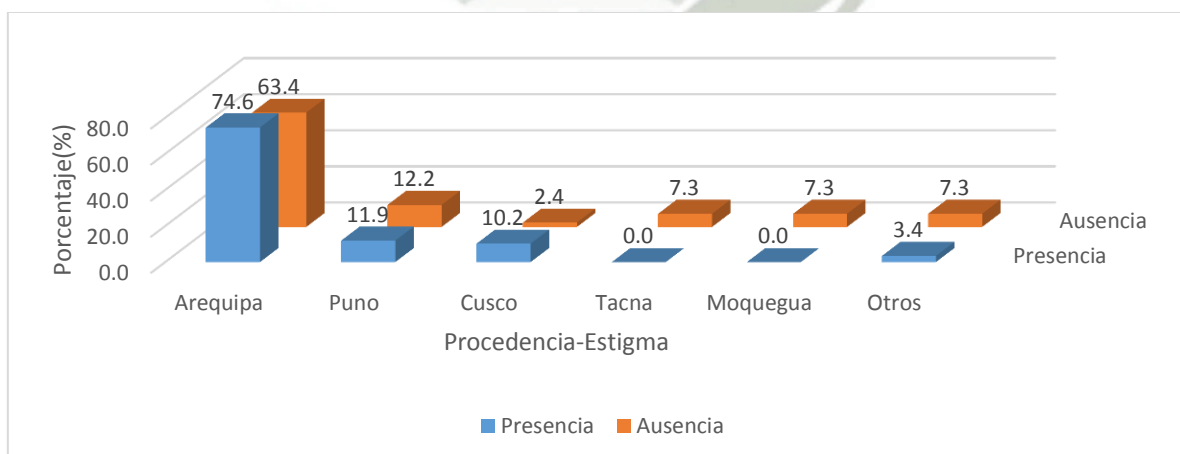
Procedencia	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Arequipa	44	74.6	26	63.4	70	70.0
Puno	7	11.9	5	12.2	12	12.0
Cusco	6	10.2	1	2.4	7	7.0
Tacna	0	0.0	3	7.3	3	3.0
Moquegua	0	0.0	3	7.3	3	3.0
Otros	2	3.4	3	7.3	5	5.0
Total	59	100.0	41	100.0	100	100.0

$\chi^2 = 11.878$ $P < 0.05$

La tabla y gráfico N° 17 se aprecia que la procedencia de los pacientes y el estigma presento relación estadística significativa ($P < 0.05$)

Asimismo se observa que el 74.6% de los pacientes que presentaron estigma son del departamento de Arequipa frente al 63.4% de ellos que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°17



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°19.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO Y ESTADO
CIVIL PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI

Estado Civil	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Casada	7	11.7	15	36.6	22	22.0
Convivencia	4	6.8	4	9.7	8	8.0
Soltero	47	79.7	20	48.8	67	67.0
Viuda	1	1.7	0	0.0	1	1.0
Otros	0	0.0	2	4.9	2	2.0
Total	59	100.0	41	100.0	100	100.0

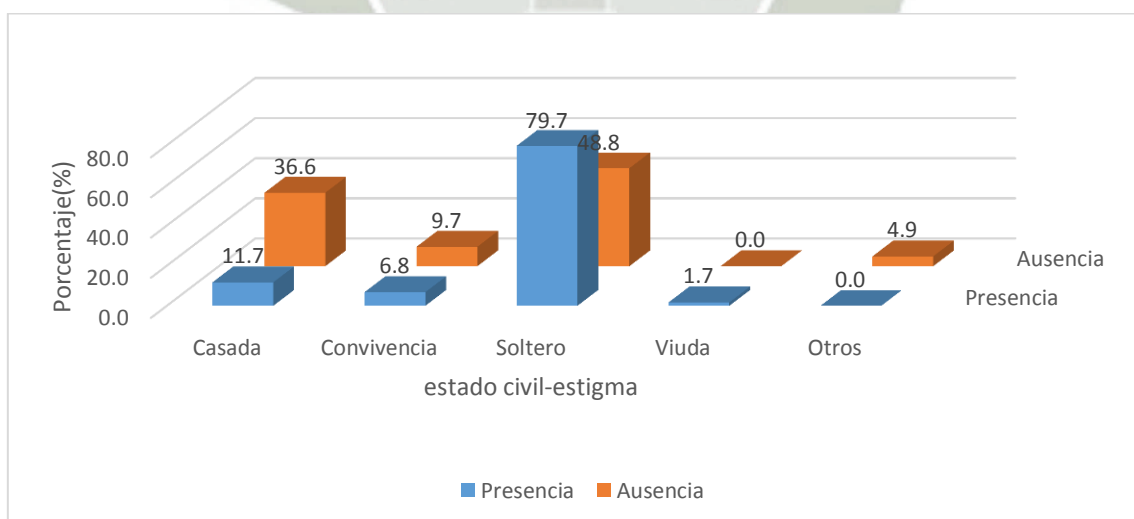
$X^2 = 14.003$

$P < 0.05$

La tabla y gráfico N° 19 se muestra que la convivencia de los pacientes y el estigma presento relación estadística significativa ($P < 0.05$)

Asimismo se observa que el 79.7% de los pacientes que presentaron estigma son solteros frente al 48.8% de ellos que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°19



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°20.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO Y
OCUPACIÓN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI

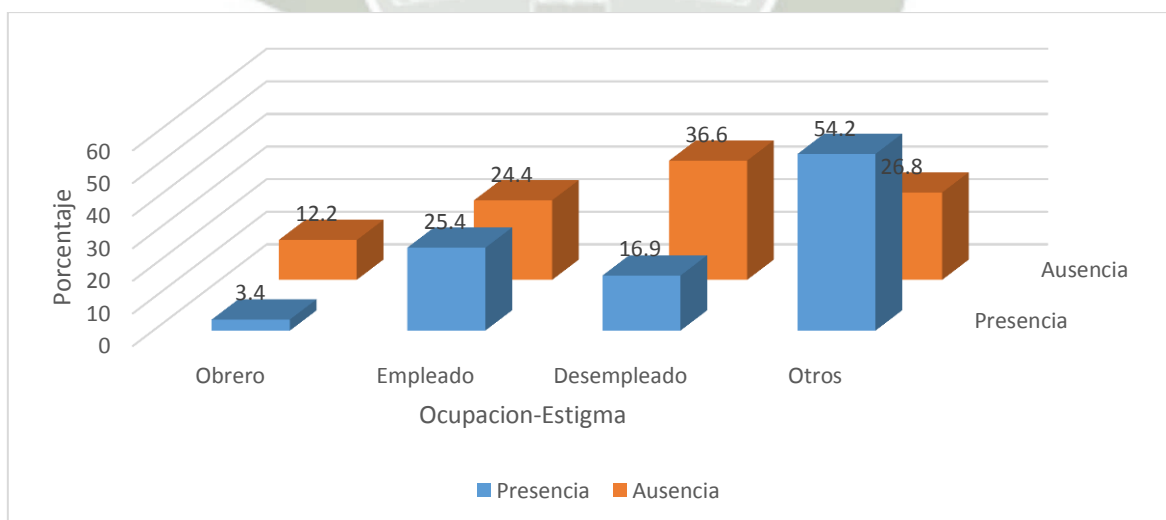
Ocupación	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Obrero	2	3.4	5	12.2	7	7.0
Empleado	15	25.4	10	24.4	25	25.0
Desempleado	10	16.9	15	36.6	25	25.0
Otros	32	54.2	11	26.8	43	43.0
Total	59	100.0	41	100.0	100	100.0

$\chi^2 = 10.646$ $P < 0.05$

La tabla y gráfico N° 20 se aprecia que la convivencia de los pacientes y el estigma presento relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Asimismo se observa que el 54.2% de los pacientes que presentaron estigma tienen otro tipo de ocupación frente al 26.8% de ellos que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°20



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°21.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO Y GRADO
DE INSTRUCCIÓN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD
MENTAL MOISÉS HERESI

Grado de instrucción	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria completa	3	5.1	7	17.1	10.0	10.0
Primaria incompleta	4	6.8	5	12.2	9.0	9.0
Secundaria completa	32	54.2	15	36.4	47.0	47.0
Secundaria incompleta	7	11.9	5	12.2	12.0	12.0
Superior	13	22.0	9	21.9	22.0	22.0
Total	59	100.0	41	100.0	100.0	100

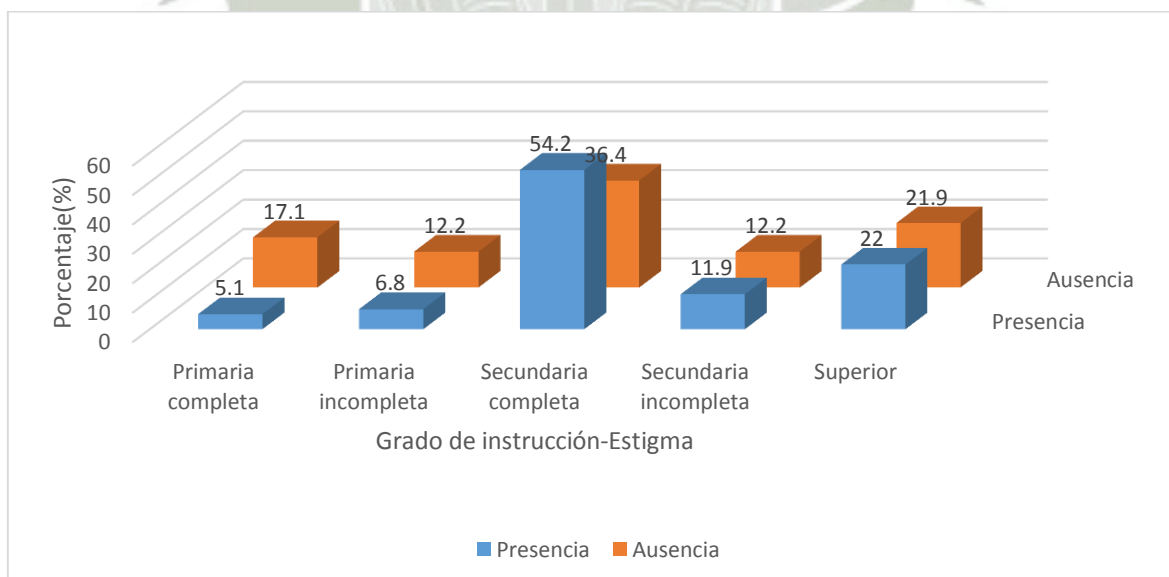
$X^2 = 5.870$

$P > 0.05$

La tabla y gráfico N° 21 se aprecia que el grado de instrucción de los pacientes y el estigma no presentó relación estadística significativa (>0.05)

Asimismo se observa que el 54.2% de los pacientes que presentaron estigma terminaron su secundaria frente al 36.4% de ellos que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°21



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N°22.
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTIGMA INTERNALIZADO E INGRESO
ECONÓMICO FAMILIARES PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO
DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI

Ingreso	Estigma					
	Presencia		Ausencia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Más del básico	42	71.2	26	63.4	68	68.0
Menos del básico	17	28.8	15	36.6	32	32.0
Total	59	100.0	41	100.0	100	100.0

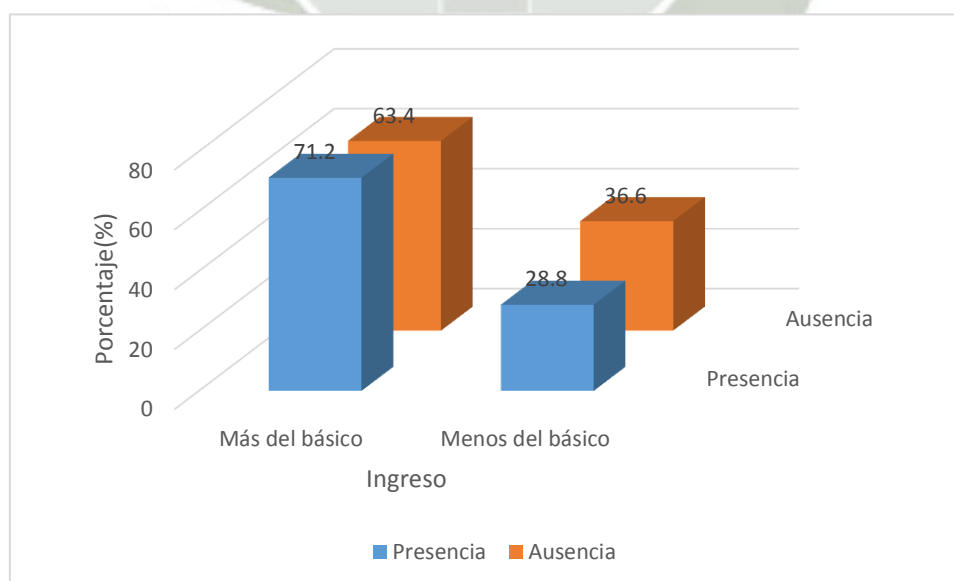
$X^2 = 0.671$

$P > 0.05$

La tabla y gráfico N° 22 se muestra que el ingreso económico de los pacientes y el estigma no presento relación estadística significativa ($P > 0.05$)

Asimismo se observa que el 71.2% de los pacientes que presentaron estigma tienen ingresos económicos sobre el básico frente al 28.8% de ellos que no presentaron estigma.

GRÁFICO N°22



Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

TABLA N° 23.
RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL ESTIGMA
INTERNALIZADO PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
MOISÉS HERESI

Características	Estigma				Estadísticos	
	Presencia		Ausencia			
	N°	%	N°	%	X ²	Sig
EDAD						
15-20	19	32.0	2	4.8	13.833	P<0.05
21-26	8	13.5	7	17.1		
27-32	8	13.5	6	14.6		
33-38	5	8.5	8	19.5		
39-43	2	3.4	5	12.2		
>=44	17	28.8	13	31.7		
PROCEDENCIA						
Arequipa	44	74.6	26	63.4	11.878	P<0.05
Puno	7	11.9	5	12.2		
Cusco	6	10.2	1	2.4		
Tacna	0	0.0	3	7.3		
Moquegua	0	0.0	3	7.3		
Otros	2	3.4	3	7.3		
CONVIVENCIA						
Padre	19	32.2	6.0	14.6	10.472	P<0.05
Madre	17	28.8	17.0	41.5		
Con otros	20	33.9	11.0	26.8		
Solo	3	5.1	3.0	7.3		
Otros	0	0.0	4.0	9.7		
ESTADO CIVIL						
Casada	7	11.7	15	36.6	14.003	P<0.05
Convivencia	4	6.8	4	9.7		
Soltero	47	79.7	20	48.8		
Viuda	1	1.7	0	0.0		
Otros	0	0.0	2	4.9		
OCUPACIÓN						
Obrero	2	3.4	5	12.2	10.646	P<0.05
Empleado	15	25.4	10	24.4		
Desempleado	10	16.9	15	36.6		
Otros	32	54.2	11	26.8		
GRADO INSTRUCCIÓN						
Primaria completa	3	5.1	7	17.1	5.870	P>0.05
Primaria incompleta	4	6.8	5	12.2		
Secundaria completa	32	54.2	15	36.4		
Secundaria incompleta	7	11.9	5	12.2		
Superior	13	22.0	9	21.9		
INGRESO						
Más del Básico	42	71.2	26	63.4	0.671	P>0.05
Menos del Básico	17	28.8	15	36.6		
SEXO						
Masculino	21	35.5	23	56.1	4.128	P<0.05
Femenino	38	64.5	18	43.9		
TOTAL	59	100	41	100		

Fuente: Instrumento Aplicado por la Investigadora

La tabla N° 23, muestra que la prueba estadística del chi cuadrado es significativa en la relación de la edad, procedencia, convivencia, estado civil, ocupación y sexo.

CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio está dirigido a identificar el estigma internalizado y su relación con el diagnóstico clínico y las características sociodemográficas.

En la tabla y gráfico número 1 se muestra que el grupo etareo que predomina es de 44 años a más con un porcentaje de 30% siguiéndole un acumulado de 36% entre las edades de 15 a 26 años contrastando con la literatura este grupo es el más vulnerable ya que estas enfermedades se presentan en esta etapa.

En la tabla y gráfico número 2, el sexo que predomina es el femenino con un 56%, seguido del sexo masculino un 44%. La literatura enuncia que el sexo femenino es más vulnerable que el sexo masculino, pero algunos autores refieren que el sexo masculino tienen mayor vulnerabilidad en algunas patologías.

En la tabla y gráfico número 3, se muestra que el mayor porcentaje, 70% proceden de Arequipa siguiendo los pacientes de la ciudad de Puno con un 12% y de otras provincias como Cuzco, Tacna y Moquegua con un acumulado de 18 %.

En la tabla y gráfico número 4, en relación a la convivencia familiar nos muestra que el mayor porcentaje de 34% viven con la Madre, siguiendo un 31% con otros familiares y un 25% conviven con el Padre, lo cual demuestra que la madre generalmente es el principal soporte en la enfermedad de estos pacientes.

En la Tabla y gráfico número 5, los resultados muestran que el 67% de los pacientes son solteros siguiendo un 22% de los pacientes que son casados, observándose que casi las tres cuartas partes de los pacientes son solteros, probablemente tienen esta condición por la enfermedad que padecen y por las situaciones conflictivas que presentan.

En la tabla y gráfico número 6, los hallazgos encontrados en esta tabla evidencian que el 43% de los pacientes son desempleados, siguiendo un acumulado del 50% de pacientes empleados y con otras ocupaciones, dichos resultados tienen relación, ya que la patología que presentan podría condicionar su desempeño laboral.

En la tabla y gráfico número 7, se muestra que el 47% de los pacientes han completado un grado de instrucción de secundaria completa, seguido por un 22% que ha recibido educación superior ya sea universitaria o técnica, un 10% de primaria completa, 12% que no terminaron la secundaria y un 9% con primaria incompleta, contrastando con el marco conceptual observamos que la mayoría de los trastornos mentales se presentan en la primera juventud.

En la tabla y gráfico número 8, se muestra que el 68% de los familiares de los pacientes psiquiátricos tienen un ingreso superior al básico y el 32% tienen un ingreso inferior al básico, este distractor es importante ya que se relaciona directamente con el tratamiento farmacológico que recibe el paciente siendo este costoso.

En la tabla y gráfico número 9, los hallazgos muestran que el 29% de pacientes presentan esquizofrenia, el 28% de los pacientes presentan depresión, un 17% presentan abuso de sustancias, 10% trastorno bipolar un 5% trastorno obsesivo compulsivo y un 11 % presentan otras patologías (TAC, epilepsia, retardo mental), la mayoría de los pacientes en la institución son pacientes psicóticos.

En la tabla y gráfico número 10, se muestra que el 33% de los pacientes padecen la enfermedad en un lapso de 2 a 5 años, el 30% presentan la enfermedad en un periodo menor a un año, y un acumulado de 37% en un periodo de 6 a 8 años o más, observándose que estos pacientes son crónicos.

En la tabla y gráfico número 11, los hallazgos nos muestran que el 33,5 % de los pacientes utilizan como medicación neurolépticos, el 24,5% consumen ansiolíticos, el 18,7% utilizan antidepresivos, un 8,4% reciben un tratamiento

con estabilizadores del ánimo, el 5,2% y el 3,9% consumen anticonvulsivantes e hipnóticos respectivamente y el 5.8% consumen otros tipos de fármacos.

En la tabla y gráfico número 12, se muestra que el 44 % de los pacientes se encuentran en tratamiento de 2 a 5 años, seguido por el 31 % en un periodo menor a un año y un acumulado de 6 a 8 años o más de 25%, por lo que se considera también que son pacientes crónicos.

En la tabla y gráfico número 13, en referencia a la presencia de estigma vemos que un porcentaje de 59% lo presentan, y un 41% no lo presentaron, estos hallazgos verifican la presencia de estigma en pacientes con trastornos mentales, según Santiago Portocarrero el estigma y la discriminación contra los enfermos mentales ha existido a lo largo de toda la historia, pese a los cambios conceptuales de la enfermedad mental.

En la tabla y gráfico número 14, en referencia al estigma internalizado en sus diferentes dimensiones observamos que en la dimensión de discriminación el 57% de las unidades de estudio presentan estigma internalizado, en la dimensión de divulgación la presencia de estigma es del 52% y en la dimensión del aspecto positivos el porcentaje de estigma es de 53%, que al contrastar con la literatura se da la presencia de estigma en los pacientes que presentar enfermedades de enfermedades mentales.

En la tabla y gráfico número 15, los resultados según el diagnóstico y el estigma muestran que un 32,2% presentan estigma en el diagnóstico clínico de la esquizofrenia, un 30,5% en los cuadros de depresión, un 13,6% en otras patologías (TAC, retardo mental y epilepsia), 11,9% en el trastorno bipolar, 8,5% en el abuso de sustancias y un 3,4% en el trastorno obsesivo compulsivo, concluyendo que los pacientes psicóticos con esquizofrenia y los cuadros de depresión son los que presentan mayor estigma , en el estudio de Héctor Manuel Paredes se encuentra que los trastornos psiquiátricos el estigma internalizado difiere , lo cual se puede deber a que el paciente al darse cuenta de su condición , es víctima de prejuicios y etiquetas impuestas por la sociedad.

En la tabla y gráfico número 16, según la edad y el estigma observamos que el 32% con presencia de estigma se encuentra en la edad de 15 a 20 años, un 28,8% en la edad de más de 44 años, siguiendo un acumulado 38,9% entre las edades de 21 a 43 años, resaltando que la edad de más de 44 años es la que presenta menor estigma, según Manuel Muñoz – Eloisa Perez- Maria Crespo se evidencia que el estigma se asocia con la edad.

En la tabla y gráfico número 17, los resultados según la procedencia y el estigma se observa que el 74,6% con presencia de estigma proceden de la ciudad de Arequipa, seguido del 11,9 % de pacientes con presencia de estigma que proceden del departamento de Puno, resaltando que los pacientes que presentan menos estigma.

En la tabla y gráfico número 18 en referencia a la convivencia familiar y al estigma observamos que el 33,9% que viven con otros familiares presentan mayor estigma siguiendo los que viven con el padre y la madre en un 32,2% 28,8% respectivamente, concluyendo que el soporte familiar es importante en la presencia del estigma.

En la tabla y gráfica número 19, en cuanto al estado del estigma y el estado civil, que el 79,7% de pacientes solteros presentan estigma, siguiendo un 11.7% con pacientes que son casados, observándose que el estado civil estadísticamente es significativo.

En la tabla y gráfica número 20, los hallazgos encontrados en relación al estigma y la ocupación se encuentra que el mayor porcentaje de 54% que tienen otras ocupaciones (estudiantes, trabajos eventuales, amas de casa) hay más presencia de estigma siguiendo los que tienen como una ocupación empleados con un 25,4%, en contraste con el marco teórico vemos que los pacientes psiquiátricos tienen mucho conflicto con la ocupación , según el estudio de Manuel Muñoz – Eloisa Pérez- María Crespo , el principal ámbito de discriminación fue el laboral con las consiguientes repercusiones económicas.

En la tabla y gráfica número 21, referente al grado de instrucción y estigma los resultados muestran que el 54,2% con secundaria completa presentan mayor estigma, el 22% a pesar de tener educación lo presentan.

En la tabla y gráfica número 22 los hallazgos encontrados en relación al ingreso económico de los familiares y el estigma, a pesar de tener un ingreso más del básico hay mayor presencia de estigma en 71,2%, se muestra en el estudio de Manuel Muñoz – Eloisa Pérez- María Crespo que al presentar mayor discriminación en el ámbito laboral va a tener repercusión económica.

En la tabla y gráfica número 23, estadísticamente tiene relación de significancia las características sociodemográficas de edad, procedencia, convivencia, estado civil, ocupación y sexo.





CAPÍTULO IV
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

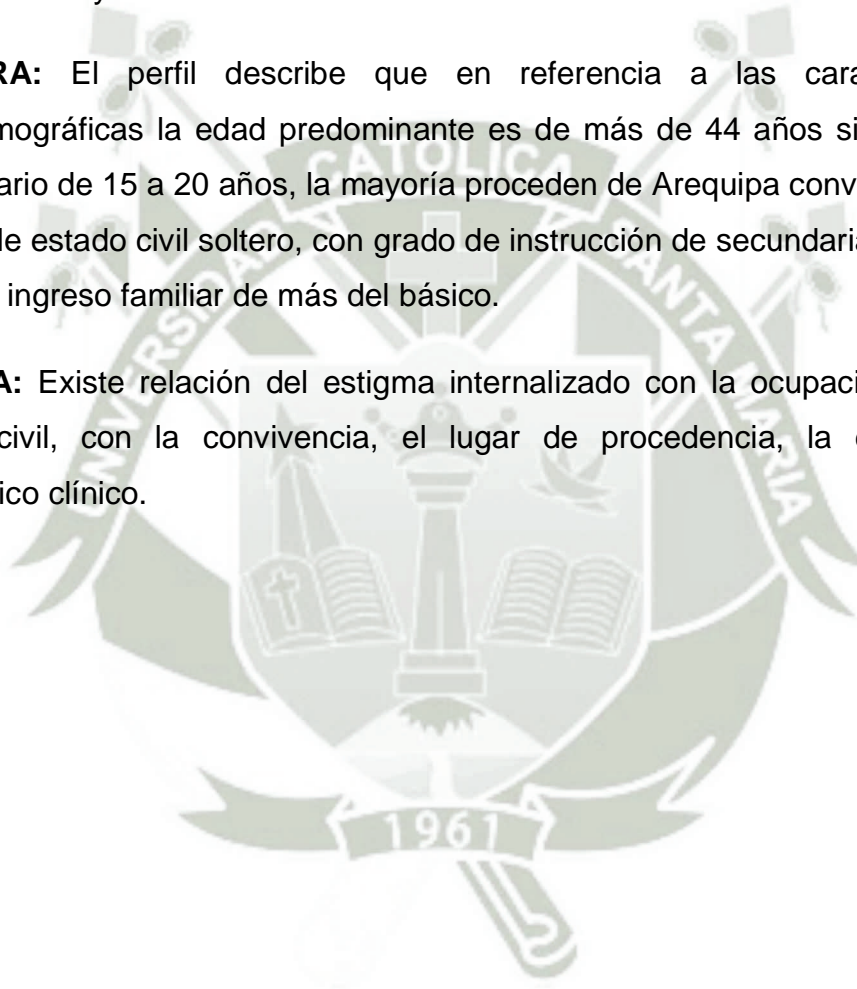
CONCLUSIONES

PRIMERA: La mayoría de los pacientes estudiados presentan estigma internalizado.

SEGUNDA: El diagnóstico de mayor frecuencia encontrado en la población de estudio es la Esquizofrenia, seguido de la depresión y trastorno bipolar, con un tiempo de enfermedad de 2 a 5 años y un tratamiento con neurolépticos, antidepresivos y estabilizadores del ánimo.

TERCERA: El perfil describe que en referencia a las características sociodemográficas la edad predominante es de más de 44 años siguiendo el grupo etario de 15 a 20 años, la mayoría proceden de Arequipa conviven con la Madre, de estado civil soltero, con grado de instrucción de secundaria completa y con un ingreso familiar de más del básico.

CUARTA: Existe relación del estigma internalizado con la ocupación, con el estado civil, con la convivencia, el lugar de procedencia, la edad y el diagnóstico clínico.



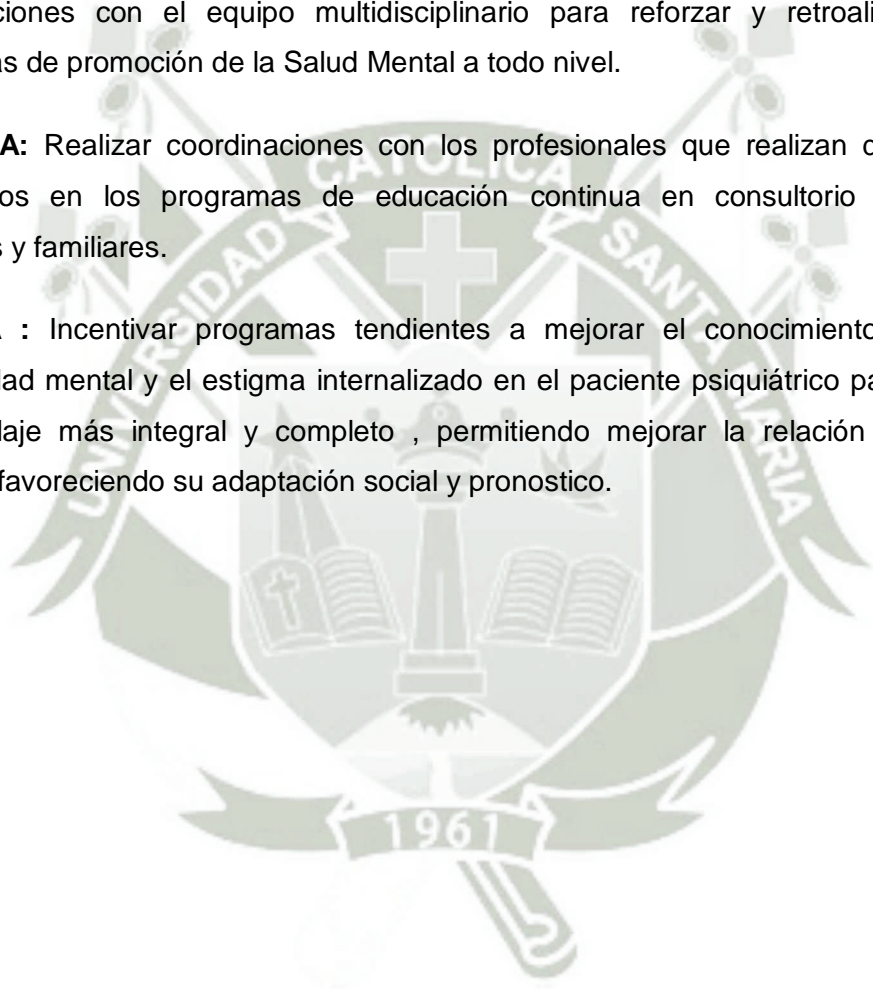
RECOMENDACIONES

PRIMERA: A la dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi coordinación con el equipo multidisciplinario para reforzar e incentivar el programa de Salud Pública a través de sus visitas domiciliarias individualizadas para brindar educación continua sobre el estigma y los derechos del paciente con trastornos mentales.

SEGUNDA: A la dirección del Centro de Salud Mental Moisés Heresi se realice coordinaciones con el equipo multidisciplinario para reforzar y retroalimentar la programas de promoción de la Salud Mental a todo nivel.

TERCERA: Realizar coordinaciones con los profesionales que realizan docencia e inmersarlos en los programas de educación continua en consultorio externo a pacientes y familiares.

CUARTA : Incentivar programas tendientes a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental y el estigma internalizado en el paciente psiquiátrico para brindar un abordaje más integral y completo , permitiendo mejorar la relación médico – paciente favoreciendo su adaptación social y pronostico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez HMP, Trejo GJ, Estupiñán MFV. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(2).
2. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010; 18: 75-86.
3. Yang L, Kleirman A, Link B, Phelan J et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*. 2007; 64: 1524-1535.
4. Goffman I. *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs; 1963.
5. Rosenfield S. Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*. 1997; 62(4): 660-672.
6. Markowitz FE. Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. In *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington D.C.: 2005. American Psychological Association.
7. Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: 2005. American Psychological Association.
8. Langer EJ, Abelson RP. A patient by any other name... : Clinician group difference in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42, 4-9.

9. Muñoz AA, Uriarte JJU. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud mental. 2013; 6(26).
10. Castro CT. Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del "Hospital Nacional Cayetano Heredia". *Acta méd. peruana*. 2013; 30(2): 63-69
11. León H. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 2005; (4) 1: 33-42.
12. Stucchi-Portocarrero, S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2014;76(4), 218.
13. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M. La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión *Mental Illness in the Media: An Empirical Study in Press, Radio and Television*. *Clínica y Salud*. 2011; 22(2), 157-173.
14. Chuaqui J. El estigma en la esquizofrenia
15. Badallo Carbajosa Adrian. Estigma y Salud mental.
16. Ramos Bernal Antonio. Stop al estigma de la Salud Mental.
17. Flores Reynoso, Medina Davalos. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales.
18. Cangas y Navarro. Sensibilización al estigma social en la Salud Mental.

FUENTES DE REFERENCIA

- <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/38901>





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**ESTIGMA INTERNALIZADO EN RELACIÓN AL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA 2014**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

MARIA DEL PILAR VIZCARRA CHOCANO

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

AREQUIPA - PERÚ

2015

ESTIGMA INTERNALIZADO EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA 2014

I. PREÁMBULO

Existen diversas aproximaciones a la hora de definir el concepto de estigma, muchos autores se inclinan por la definición de Goffman, quien considera el estigma como un atributo que es profundamente devaluador que degrada y rebaja a las personas portadora del mismo; otra definición influyente ha sido la de Jones que propusieron que el estigma podía considerarse como una marca que vincula a la persona con características indeseables.

El estigma en la enfermedad mental es por tanto un fenómeno complejo que presenta diferentes niveles de comprensión y análisis, habitualmente se ha distinguido entre el estigma público y el auto estigma, vivir continuamente en una sociedad que ampliamente asigna ideas estigmatizadoras sobre las personas con enfermedad mental puede llevar a estas a internalizar estas ideas y a creer que son menos valiosos a causa de su trastorno psiquiátrico, lo que tal vez sea una de las consecuencias más nocivas del estigma.

Por otro lado el estigma no solo afecta a las personas con una enfermedad mental, sino también a aquellos que se encuentran estrechamente relacionados con ella, este fenómeno que se denomina estigma por asociación, afecta fundamentalmente a las familias pero también a todos aquellos que de una u otra forma se relacionan con ellos.

La motivación para realizar este trabajo de investigación surgió de las prácticas pre profesionales en la asignatura de Psiquiatría donde pude percibir la discriminación con estos pacientes, pasando por alto que el paciente psiquiátrico tiene los mismos derechos y la dignidad de cualquier usuario con otro tipo de patología.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el estigma internalizado en relación al diagnóstico clínico y características sociodemográficas de pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2014?

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

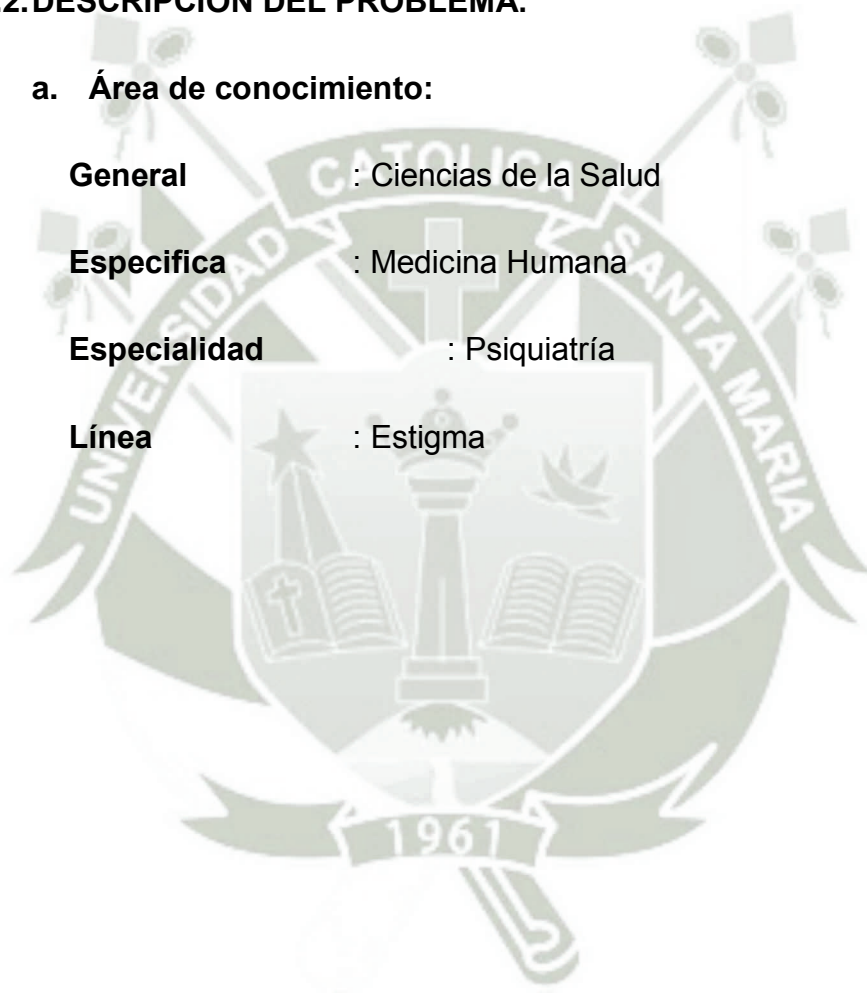
a. Área de conocimiento:

General : Ciencias de la Salud

Específica : Medicina Humana

Especialidad : Psiquiatría

Línea : Estigma



b. Análisis y Operacionalización de variables:

VARIABLE	INDICADOR	SUB INDICADOR
ESTIGMA INTERNALIZADO	- Dimensión de discriminación	Alto nivel de estigma internalizado
	- Dimensión de divulgación	Bajo nivel de estigma internalizado
	- Dimensión de aspectos positivos	
DIAGNOSTICO CLÍNICO	Tiempo de enfermedad	<= 1 año
		2 a 5 años
		6 a 8 años
		8 a más años
	Tiempo de tratamiento	<= 1 año
		2 a 5 años
		6 a 8 años
		8 a más años
	Tratamiento farmacológico	Neurolépticos
		Ansiolíticos
		Hipnóticos
		Antidepresivos
		Estabilizadores del ánimo
	Anticonvulsivantes	
	Otros	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad	De 20 – 25 años
		De 26 – 31 años
		De 32 – 37 años
		De 38 – 43 años
		De 43 a mas
	Genero	Masculino Femenino
	Lugar de Procedencia	Arequipa Puno Cuzco Moquegua Tacna
Convivencia familiar	Con padres Con padre Con madre Con otros familiares Solo	
Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado	
Ocupación	Empleado Obrero Oficinista Ama de casa Otro	

c. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es el estigma internalizado de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Qué diagnóstico clínico es el de mayor frecuencia?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?
- ¿Qué diagnóstico clínico presenta mayor estigma internalizado?
- ¿Cuál es la relación del estigma internalizado con el diagnóstico clínico y las características sociodemográficas de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

d. Tipo y Nivel de investigación:

Investigación de campo, descriptivo relacional, corte transversal

e. Justificación del Problema:

Hace algunos años, la sola situación de recibir un tratamiento psiquiátrico implicaba una prueba incuestionable de trastorno mental, visto en este sentido las enfermedades mentales no solo producen sufrimiento psíquico al paciente y a su familia si no también les causa vergüenza, humillación y aislamiento.

Las consecuencias más inmediatas son el ocultamiento de la enfermedad de parte del paciente y de la familia. El paciente sin lugar a dudas es quien sufre directamente el peso del estigma, al ser segregado de sus grupos de pertenencia se alteran sus relaciones sociales y queda paulatinamente aislado, es así que al trauma de experimentar el trastorno mental, se suma la experiencia negativa de la marginación, afectando cada vez su autoestima.

Los desórdenes mentales y los trastornos psiquiátricos incluidas a las manifestaciones depresivas, las psicosis, la epilepsia y el retraso mental, representan el 11% del total de las enfermedades en el mundo, según la OMS son 400 millones de personas afectadas y si no se emplean las medidas adecuadas, se elevará esta proporción hasta al 14% en el 2020, la

depresión llegara a ser en el 2020 la segunda causa de discapacidad en el mundo, después de las enfermedades coronarias y cerebro vasculares. El estigma ligado al a enfermedad mental y a la discriminación representa un obstáculo significativo para el desarrollo de los programas de salud mental. La falta de psiquiatras suficientes es otro aspecto de la estigmatización; en nuestro país es sabido que importantes departamentos no cuentan con un solo psiquiatra.

Este estudio es viable y factible ya que se tiene el apoyo de la institución donde se va a realizar la investigación; tiene relevancia humana porque debe emplearse estrategias para disminuir la estigmatización del enfermo mental , relevancia científica y social por que aportara nuevos conocimientos y las estrategias para la evidente necesidad de respetar la dignidad del paciente mental y proteger sus derechos humanos, siendo importante dar tratamientos que no contribuyan a la estigmatización de la enfermedad.

La motivación e interés personal de realizar esta investigación fue porque en mis prácticas pre profesional, observe que a los pacientes psiquiátricos la atención y la interacción personal es diferente a un paciente con diferente patología.

2. MARCO CONCEPTUAL

Los trastornos mentales constituyen un gran reto y una prioridad para la salud publica moderna debido a que están entre las causas más importantes de morbilidad produciendo una considerable discapacidad, igualmente por definición son entidades clínicas de larga evolución de inicio generalmente en la adolescencia tardía o adultez temprana con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo.

La prevalencia de los trastornos mentales ha sido estudiada desde la década de los 80 a partir de estudios poblacionales con diferentes metodologías que arrojaron variaciones regionales e internacionales en los resultados.

En latinoamérica los estudios transversales comunitarios informaron prevalencias globales de los trastornos mentales a lo largo de la vida del 45,9% y 26,8% en el último año. En el Perú en el año 2012 la ansiedad y depresión son los males centrales, solo en el primer semestre de ese año se atendieron 267 mil casos , según estadísticas de la dirección de salud mental del Minsa.

Los casos de trastorno ansioso diagnosticado suman 97, 604, mientras que los trastornos afectivos suman 74,238 de estos últimos 70,137 correspondieron a depresión.

2.1. Estigma y Tipos de Estigma

La palabra estigma proviene del latín estigma, término que se empleaba para denominar a las marcas que resultaban de los cortes o quemaduras, que se realizaban en los cuerpos de aquellos individuos que cometían una acción inmoral o ilícita, con la finalidad que la sociedad pudiera rechazarlos actualidad la palabra estigma se emplea para referirse alguna condición, atributo, rasgo o comportamiento que genera una respuesta negativa en los demás, y por consiguiente sea visto como inaceptable o inferior (1).

El estigma se encuentra constituido de tres principales elementos:

- Estereotipo: Creencia negativa que describe al individuo por poseer características que resultan inadecuadas o exageradas.
- Prejuicio: Reacción emocional negativa resultado de los estereotipos.
- Discriminación: Conducta negativa resultado de los prejuicios.

Estos tres elementos van a impactar, no solo en el estado social del individuo sino en su estado físico y psicológico, generando que su condición sea negativa tanto para la sociedad como para el individuo que la posee.

Así mismo, encontramos dos tipos de estigma en base a su respuesta: el estigma social y el estigma internalizado, se refiere a

las reacciones que tiene la sociedad hacia el grupo estigmatizado, haciendo una selección de las características que dividen a "ellos" de "nosotros" (1).

En cuanto al estigma internalizado, se refiere a las reacciones que presenta el individuo cuando se incorpora a la condición estigmatizada; dirigiendo las creencias y las conductas negativas en su contra.

Watson lo definen como el producto de la internalización de las burlas, la desesperanza, la culpa y el miedo a la discriminación, esto asociado a la enfermedad mental. Estigma podemos encontrar a los estereotipos, el prejuicio y la discriminación. (2)

2.1.1. Estigma Internalizado en Pacientes Psiquiátricos

Actualmente al hablar de los trastornos psiquiátricos nos encontramos con una de las condiciones más estigmatizadas; no solo es desacreditante para la sociedad, sino también indigno para el individuo que lo padece

El estigma internalizado no solo afecta el estado social del individuo, sino también su salud física y psicológica, teniendo múltiples consecuencias psiquiátricos baja autoestima, aumento de síntomas depresivos, menor integración con la comunidad y una pobre red de apoyo.

Debido al estigma internalizado, el individuo no busca atención de manera oportuna, esconde su condición, no continua con sus consultas de seguimiento, presenta pobre apego terapéutico e incrementa las complicaciones del cuadro psiquiátrico; y por lo tanto llega a disminuir la adaptación social del paciente (3).

Actualmente, la mayor parte de los estudios que se realizan sobre el estigma en los pacientes psiquiátricos, se enfocan en el estigma social dejando a un lado al estigma internalizado. Debido a esta situación consideramos realizar el presente estudio con el objetivo de medir el estigma internalizado y

determinar su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos.

2.2. MODELOS QUE EXPLICAN EL PROCESO DE ESTIGMATIZACIÓN

2.2.1. MODELOS TEÓRICOS

Desde los años ochenta, se han formulado diversos modelos teóricos con el objetivo de comprender y explicar los procesos de estigmatización que sufren las personas que padecen una enfermedad mental. Estos modelos se enmarcan bajo dos aproximaciones diferentes, pero complementarias, al fenómeno del estigma: un enfoque más centrado en los aspectos sociológicos de la estigmatización, y un enfoque centrado especialmente en los aspectos psicológicos y psicosociales del fenómeno. Ambos tipos de modelos son necesarios a la hora de entender el complejo fenómeno del estigma. A continuación se repasan las principales teorías desarrolladas dentro de cada uno de estos enfoques.

2.2.2. MODELOS SOCIOLÓGICOS

Una parte sustancial de la investigación acerca del estigma ha sido contribución de la sociología, cuyo enfoque en la investigación sobre el estigma de la enfermedad mental está representado fundamentalmente por la denominada “teoría del etiquetado” (4). Este marco teórico considera que una etiqueta psiquiátrica pone en marcha una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados al individuo que la padece, por parte de los demás pero también por la propia persona. Estas imágenes devalúan a las personas con enfermedades mentales y acaban provocando su discriminación. Es la etiqueta, más que el comportamiento per se de la persona, lo que determina las consecuencias estigmatizadoras de la enfermedad mental (5).

Posteriormente, esta teoría fue modificada para subrayar que la devaluación y la discriminación creadas por la etiqueta interfieren sobre un amplio rango de áreas vitales, incluyendo el acceso a los recursos sociales y económicos y los sentimientos generales de bienestar. La etiqueta que se aplica a la persona con una enfermedad mental conduce a la pérdida de oportunidades y las dificultades a la hora de alcanzar objetivos vitales básicos.

En particular las dificultades de estas personas hacen referencia a la obtención de trabajos competitivos y bien remunerados, y la vida independiente que, a su vez, se relaciona con las posibilidades de acceso a la vivienda.

En una conceptualización más reciente se define el estigma como un proceso en el que convergen cinco componentes. En el primer componente, la gente tiende a distinguir y etiquetar las diferencias humanas. En el segundo, las creencias culturales dominantes en ocasiones vinculan a las personas etiquetadas con características indeseables, con estereotipos negativos. Como señala Markowitz, la enfermedad mental es quizá uno de los atributos personales más devaluadores, ya que está estrechamente vinculada a un conjunto de estereotipos negativos, es poco comprendida por parte del público general y frecuentemente es presentada de modo incorrecto y negativo en los medios de comunicación. En el tercer componente del modelo, las personas etiquetadas son situadas en categorías diferentes con el fin de conseguir cierto grado de separación entre “nosotros” y “ellos”. En cuarto lugar, experimentan una pérdida de estatus y discriminación que les lleva a resultados de desigualdad social (6).

Finalmente, la estigmatización es totalmente contingente al poder social, económico y político. Estos autores aplican así el término estigma cuando los elementos de etiquetado,

aplicación de estereotipos, separación, pérdida de estatus y discriminación concurren en una situación de poder que permite el desarrollo de los componentes del estigma (6).

2.2.3. MODELOS PSICOSOCIALES.

La psicología social también ha aportado líneas de investigación que suponen un gran avance en la comprensión de los procesos de estigmatización. Desde este enfoque, el estudio del estigma asociado a la enfermedad mental constituye un ejemplo o aplicación específica de la investigación sobre estereotipos, prejuicios y discriminación.

Bajo esta perspectiva, los modelos psicosociales que se han desarrollado para explicar el fenómeno del estigma pueden dividirse en tres categorías básicas (7):

Los modelos que enfatizan el papel del afecto. Consideran que el prejuicio se origina como una respuesta emocional negativa, por lo que la raíz del problema se relacionaría con las emociones. La formación de esta respuesta emocional se produce mediante:

- Condicionamiento clásico, esto es, cuando se experimentan, directa o vicariamente, repetidas asociaciones entre un determinado grupo social y estímulos aversivos (e.g. cuando los padres muestran desagrado ante una persona con enfermedad mental o cuando los medios de comunicación hablan de personas con enfermedad mental en relación con acontecimientos violentos).
- Malas atribuciones de determinados estados emocionales que llevan a que los estados afectivos provocados por un estímulo aversivo se atribuyan erróneamente a otro estímulo (e.g. el gesto de

desagrado de la madre causa malestar en el niño, quien lo atribuye al modo de actuar de la persona con enfermedad mental, o el malestar causado por la noticia de un asesinato se atribuye la persona con enfermedad mental mencionada en la misma).

- Desplazamiento de la agresión desde el agente que provoca la ira a otro estímulo, situación o persona. Este fenómeno sucede cuando la reacción ante el agente que provoca la ira es imposible o altamente problemática, y suele llevar a reacciones ante otros agentes que se perciban como provocadores o cuya conducta pueda interpretarse como provocadora, que se encuentren en marcos de referencia desagradables y marginados dentro de la sociedad (tal y como sucede con las personas con enfermedad mental).
- Los modelos que enfatizan el papel de la motivación. Consideran que el prejuicio sirve a algunas necesidades motivacionales. En concreto se propugna:
- Hipótesis del mundo justo: la motivación para percibir justicia en el mundo es una poderosa fuerza que puede influir en la reacción ante un amplio rango de circunstancias desafortunadas, entre las que se incluiría la enfermedad mental. De este modo para mantener la asunción de que el mundo es justo, se establece que cada uno recibe lo que merece, lo cual lleva a culpar a la víctima (en este caso la persona con enfermedad mental). En última instancia, esta motivación descansa en el deseo de seguridad, que conduce a intentar reducir los sentimientos de vulnerabilidad (así, si mediante atribuciones defensivas se hace al enfermo responsable de su enfermedad, la persona se puede sentir a salvo respecto a la enfermedad mental).

- Las diferencias individuales en factores tales como autoritarismo y dominancia social. Quienes poseen una orientación que enfatiza la competitividad y el estatus prefieren una estructura social jerárquica que mantenga las diferencias de poder entre los distintos grupos y lleva a que los grupos dominantes generen prejuicios y discriminación hacia otros grupos, especialmente las minorías que ocupan un estatus social bajo, tal y como sucede con las personas con enfermedad mental.
- Las personas poseen además de su identidad individual una identidad social que están motivados a mantener. Este sentido de identidad social va a influir en cómo perciben tanto a los miembros del grupo como a quienes no pertenecen al mismo, generando actitudes más favorables hacia los primeros. Desde este punto de vista las personas con enfermedad mental son vistas por la población no clínica como personas de “fuera del grupo” que son evaluadas de manera menos favorable que la gente “normal”. Esta motivación afecta también a la cognición generando distorsiones cognitivas respecto a los demás.

Los modelos que enfatizan el papel de la cognición, utilizando la categorización como concepto clave para la explicación del estigma y la formación de prejuicios. Los seres humanos tendemos a agrupar los objetos y personas en categorías. Dada la diversidad de personas con las que nos encontramos, buscamos principios generales que caractericen cada tipo de personas en un intento de ganar capacidad de predicción y control sobre situaciones sociales. Se trata, pues, de extraer y aplicar una visión genérica a un grupo de personas, lo que se conoce como estereotipización, que a su vez lleva a una excesiva e inadecuada generalización. El proceso de diagnóstico clínico es un análogo

interesante de la estereotipización. A través de este proceso cada persona forma una serie de expectativas respecto a los distintos grupos; expectativas que a su vez llevan a la introducción de una serie de sesgos auto confirmatorios. En estudios se constató que cuando se mostraba un vídeo de una entrevista a una serie de personas, sus valoraciones de la adecuación de la conducta del entrevistado variaban considerablemente dependiendo de que se les hubiera dicho que se trataba de un candidato a un puesto de trabajo o de un paciente. En general, estos sesgos tienden a interpretar los comportamientos ambiguos de modo consistente con las generalizaciones implícitas en el estereotipo. No hay que olvidar que lo que percibimos de los demás no es una estimación objetiva de ellos, sino más bien una construcción subjetiva que, en diversos grados, se ve influida no sólo por los datos sino también por los conceptos previos. Una consecuencia importante de las expectativas asociadas a los estereotipos es su capacidad para modificar los comportamientos: como se espera un determinado comportamiento del otro, se actúa de tal modo que se facilita la aparición de ese comportamiento, produciéndose entonces lo que se denomina, una profecía auto cumplida (8).

Aquellas personas que tienen internalizados valores relacionados con los no-prejuicios, se ven motivadas a no aplicar los estereotipos; sin embargo, aun deseando no hacerlo, no siempre pueden controlar que los estereotipos afecten su modo de procesar la información acerca de los demás. En el caso concreto de las personas con enfermedad mental, mucha gente puede experimentar cierto conflicto a la hora de evaluar las características y cualidades de las personas con enfermedad mental. En consecuencia, dicha valoración se caracteriza con frecuencia por la ambivalencia, la cual puede tener dos implicaciones importantes: en primer lugar, se ha constatado que las personas con sentimientos ambivalentes hacia grupos estigmatizados con frecuencia muestran comportamientos

extremos hacia ellos, lo que se denomina amplificación de respuesta (como medio para reducir el malestar generado por la ambivalencia); en segundo lugar, dado que la actitud predominante hacia el grupo estigmatizado va a variar en función del contexto, el modo de tratarlo o de comportarse ante ese grupo va a ser altamente inconsistente y dependiente de la situación (8).

Por otro lado, el intento de suprimir los estereotipos resulta en muchas ocasiones infructuoso dando lugar a lo que se denomina un efecto rebote: al intentar suprimir un pensamiento con frecuencia este aparece con más frecuencia e intensidad. Esto lleva a que el intento de suprimir los estereotipos lleve a su mayor accesibilidad e incremente su disposición para acceder a la consciencia.

En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que, en su mayor parte, estos modelos se han puesto a prueba en el laboratorio con grupos artificiales e investigando estereotipos y prejuicios referentes a grupos étnicos o raciales, por lo que su aplicación específica en el caso de la enfermedad mental requeriría de más investigación (8).

2.3. ESTIGMA Y ESQUIZOFRENIA

Los estereotipos en el caso de la enfermedad mental aluden a su peligrosidad y relación con actos violentos por el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio a su incompetencia e incapacidad para tareas básicas como es el autocuidado la impredecibilidad de su carácter y la falta de control.

La asociación psiquiátrica Americana lleva desde el año 1998 un programa internacional para combatir el estigma ligado a la esquizofrenia donde señala que no solo el público en general sino los profesionales de la salud tienden a sostener una imagen estereotipada del paciente esquizofrénico compartiendo ciertos mitos:

- Nadie se recupera de la esquizofrenia.
- La esquizofrenia es intratable.
- Los esquizofrénicos pueden contagiar a otros su “locura”.
- La esquizofrenia es el resultado de una debilidad de carácter.
- La gente con esquizofrenia no está habilitada para tomar decisiones.
- Los pacientes esquizofrénicos no pueden trabajar.
- Es culpa de los padres.

El miedo, temor, desconfianza y sentimientos de rechazo que se generan a partir de estas creencias aíslan a quienes padecen una enfermedad mental, limitan sus relaciones sociales, laborales y su ámbito social, circunscribiéndolo solo a otras personas que padecen enfermedad mental, en todos los casos los procesos estigmatizadores ponen a las personas con esquizofrenia ante situaciones de exclusión que no solo dificultan su integración y la de sus familiares sino que se asocian a otros riesgos psicológicos como son los comportamientos autoexcluyentes, problemas cognitivos y conductas de riesgo

ESTIGMA Y DEPRESIÓN

La Depresión, en la era actual, es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad, incluso mayor que muchas enfermedades físicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida.

Reconociendo, en primera instancia, la importancia que reviste la Depresión en sus aspectos epidemiológicos, sociales, laborales, familiares y personales, corresponde un completo análisis de dicha temática, profundizar en otro aspecto que gravita sobre este tipo de paciente, la estigmatización.

Se plantea que el estigma puede ser una causa principal de preocupación para las personas que sufren de Depresión. Aunque se han presentados varios estudios relacionados con el estigma y los trastornos psiquiátricos, solamente una minoría han focalizado sobre los factores predictores de la relación de ambos. En la población general, las actitudes estigmatizadoras en la depresión difieren por características demográficas.

Los pacientes con depresión deben enfrentarse no sólo al sufrimiento emocional y físico que conlleva la enfermedad sino también al estigma social. Esto supone un obstáculo para desarrollar su vida personal, profesional y familiar con normalidad y dificulta la adherencia al tratamiento, un factor clave para superar la Depresión.

2.4. LAS CONSECUENCIAS DEL ESTIGMA

En lo que a la enfermedad mental se refiere, el público general parece prestar amplio apoyo a los estigmas. Esto es cierto para muchos países, aunque los niveles de estigmatización puedan diferir entre naciones. Por desgracia, las investigaciones indican que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas. Así, las percepciones de que las personas mentalmente enfermas son violentas o atemorizantes han aumentado sustancialmente (9).

El estigma público se traduce en discriminaciones en la vida diaria que las personas con enfermedad mental encuentran tanto en las interacciones personales como en los estereotipos e imágenes negativas de enfermedad mental en los medios de comunicación.

Se han analizado diversos materiales filmados e impresos de los medios de comunicación y se han detectado abundantes reportajes sensacionalistas, siendo común el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos. Se identifican principalmente tres

concepciones erróneas falsas sobre las personas con enfermedad mental, con sus respectivos impactos en la sociedad:

- Son maniacos homicidas a los que hay que temer. La consecuencia social a la divulgación de esta idea es Temor y Exclusión: se debe temer a las personas con enfermedad mental grave y, por consiguiente, se las debe mantener fuera de la comunidad. Como ejemplo de esta asociación típica de violencia y enfermedad mental podríamos mencionar la recientemente estrenada película titulada “Skizo”.
- Son espíritus libres y rebeldes. La consecuencia social en este caso sería el
- Autoritarismo: las personas con enfermedad mental grave son irresponsables, así que otros deben tomar sus decisiones vitales.
- Tienen percepciones sobre el mundo análogas a las infantiles que deben ser maravillosas.

Consecuencia de ello es la Benevolencia: las personas con enfermedad mental grave son como niños y necesitan que los cuiden.

- La discriminación estructural incluye instituciones privadas o públicas, que de forma intencionada o no, restringen las oportunidades de personas con enfermedad mental. Ejemplo de ello sería la asignación de recursos financieros comparativamente menores para el sistema de salud mental que para el sistema médico somático.
- No obstante, en este apartado nos centraremos concretamente en las consecuencias negativas del estigma relacionadas directamente con la reacción de las personas ante la experiencia de ser estigmatizada:
 - Auto estigma y fortalecimiento.
 - Temor al estigma como razón para evitar el tratamiento.

Estas dos últimas consecuencias son muy pertinentes para los profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental. Con esto no se quiere decir que el estigma de la enfermedad mental sea un problema sólo personal, sino que primordialmente es un problema social que ha de tratarse con enfoques públicos.

Sin embargo, hasta que el estigma se haya reducido en la sociedad, los profesionales clínicos deben ser conscientes de su significado y de sus consecuencias para los individuos con enfermedad mental.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Antecedentes Nacionales

TÍTULO: Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden al Consultorio Externo del Hospital Cayetano Heredia 2012 (10)

AUTOR: Castro Cubas Pedro – Raquel Segura Carrillo

Objetivos: Describir los conocimientos y estigmas sobre salud mental y evaluar la asociación entre características demográficas, conocimientos de salud y estigmas. **Material y Método:** Estudio descriptivo transversal. Se redactaron tres viñetas describiendo un caso típico de depresión, trastorno de pánico y esquizofrenia y se formularon preguntas sobre ellas. Las viñetas y sus preguntas se validaron por juicio de expertos. Se aplicó cada viñeta y sus preguntas a 151 familiares de pacientes no psiquiátricos de consulta externa, incluyéndose un total de 453 individuos. **Resultados:** Para el caso de trastorno de pánico, se prefirió que el paciente sea visto por un médico especialista no psiquiatra (76,0 %) y se consideró que podía morir de una enfermedad física no diagnosticada (57,3 %). Para el caso de depresión y esquizofrenia el profesional considerado como el más indicado para tratarlo fue el psicólogo (41,7 % y 45,0 %, respectivamente). Para el caso de esquizofrenia, se encontró asociación entre ir al psiquiatra o presentar una enfermedad mental y considerarlo una amenaza para los demás ($p=0,003$ y $p.<.0,001$,

respectivamente). **Conclusiones:** Un alto porcentaje recomendaría que pacientes con sintomatología de esquizofrenia o depresión sean tratados por un psicólogo. Por otro lado, se considera con frecuencia, que pacientes con trastorno de pánico tienen una enfermedad física que no ha podido ser diagnosticada y deben ser tratados por un médico no psiquiatra.

TITULO: Estigma y enfermedad mental. Un punto de vista histórico social (11).

AUTOR: Héctor León Castro.

CONCLUSIONES: las consecuencias de padecimientos mentales son aislamiento, vergüenza y ocultamiento de la enfermedad de parte del paciente y de la familia.

3.2. Antecedentes internacionales

TITULO: Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos, España 2012 (1).

AUTOR: Héctor Manuel Paredes

Los trastornos psiquiátricos son uno de los principales problemas de salud y una de las condiciones más estigmatizadas dentro de la sociedad. El estigma internalizado se refiere a la manera en que el paciente con trastorno psiquiátrico siente y vive su condición; integrando la vergüenza, la culpa y el miedo a la discriminación generada por las etiquetas, los estereotipos y los prejuicios que tiene la sociedad hacia él y su padecimiento. El objetivo de este estudio fue medir el estigma internalizado y determinar su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y comparativo en pacientes de la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital de Especialidades de CMN SXXI. Se aplicó un Cuestionario Sociodemográfico, la Escala de Adaptación Social y la Escala de

Estigma Internalizado. Se realizó el análisis estadístico univariado para observar la distribución de las variables de interés; así mismo se llevó a cabo el análisis bivariado para obtener las relaciones entre grupos, estos datos se analizaron en el paquete estadístico SPSS 20. Se estudiaron un total de 80 pacientes psiquiátricos quienes obtuvieron en la Escala de Estigma Internalizado de King una media de 25.09, los pacientes con esquizofrenia (33.00), consumo de sustancias (30.62) y trastorno bipolar (29.71) obtuvieron mayores puntajes que los grupos de trastornos de ansiedad (24.28) y trastorno depresivo unipolar (22.82). Se encontró una correlación negativa entre el estigma internalizado y la adaptación social de -0.375 ($p=0.001$).

Encontramos que el estigma internalizado difiere en los trastornos psiquiátricos, lo cual puede deberse a que la esquizofrenia, el consumo de sustancias y el trastorno bipolar son condiciones más estigmatizadas dentro de la sociedad, generando una menor adaptación social. Esto puede deberse a que el paciente al darse cuenta de su condición, es víctima de los prejuicios y las etiquetas impuestas por la sociedad, decide esconderse y negar su condición, disminuye la búsqueda oportuna de atención, incrementa los síntomas y empeora el pronóstico.

Por tanto, es importante conocer el estigma internalizado en el paciente psiquiátrico para brindar un abordaje más integral y completo, permitiendo mejorar la relación médico-paciente, favoreciendo su adaptación social y su pronóstico.

TÍTULO: Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental (12)

AUTOR: Santiago Stucchi Portocarrero

CONCLUSIONES: El estigma y la discriminación contra los enfermos mentales ha existido a lo largo de toda la historia, pese a los cambios conceptuales de la enfermedad mental (13).

TÍTULO: Estigma social y enfermedad mental

AUTORES: Manuel Muñoz – Eloisa Perez Santos – Maria Crespo

CONCLUSIONES: Existe cierta confusión de enfermedad mental con retraso mental, el nivel de estigma se asocia con la edad, el principal ámbito de discriminación hacia las personas con enfermedad mental, fue el laboral, con sus consiguientes repercusiones económicas.



4. OBJETIVOS

4.1.OBJETIVO GENERAL

Identificar el estigma internalizado de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Precisar el diagnóstico clínico de mayor frecuencia de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Identificar los diagnósticos que presentan mayor estigma internalizado.
- Identificar los diagnósticos de mayor frecuencia de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Precisar las características sociodemográficas que presentan los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Establecer la relación que existe entre el estigma internalizado, el diagnóstico clínico y las características sociodemográficas de los pacientes psiquiátricos del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1. Técnicas e instrumentos:

Para la variable: **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DIAGNOSTICO CLÍNICO**, se utilizará la técnica del cuestionario y la observación. Y como instrumento la cedula de preguntas y la ficha documental (Historia Clínica)

Para la variable **ESTIGMA INTERNALIZADO**, se utilizará la técnica del cuestionario y como instrumento la escala de estigma de King versión en español, la cual consta de 4 sub escalas: discriminación, divulgación y aspectos positivos y consta de 28 ítems.

Escala de estigma internalizado de King et al. (ISS):22 Compuesta por 28 reactivos que se evalúan con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» (0 a 4); para integrar tres subescalas (discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental). La subescala de discriminación contiene reactivos que se refieren a las reacciones negativas de otras personas, incluye actos de discriminación realizados por personal de salud, empresarios y policías. La subescala de divulgación interroga acerca de la vergüenza o el temor a divulgar o manejar la información acerca de la enfermedad para evitar la discriminación. La última subescala, la de aspectos positivos, determina cómo la gente acepta su enfermedad y muestra la forma en que los sujetos se perciben menos afectados por el estigma. A mayor puntaje total más alto es el nivel de estigma internalizado del paciente, pues se invierten las calificaciones de los reactivos que evalúan los aspectos positivos.

La ISS original (en inglés) cuenta con adecuada consistencia interna con puntajes alpha de Cronbach de 0.87 para el total, de 0.87 para la subescala de discriminación, 0.85 en la de divulgación y 0.64 en la de aspectos positivos. Además el análisis factorial confirmó la estructura hipotetizada al arrojar tres factores: el primero (discriminación) explica el 25.4% de la varianza en la puntuación, el segundo (divulgación) un 10.08% y finalmente el tercero, de aspectos positivos, el 7.24%.

Se realiza la traducción – retraducción Inglés- Español de la escala de King por profesionales de la salud mental con dominio de ambas lenguas, cada traductor llevo a cabo su versión para después concluir en una traducción definitiva.

1.2. Materiales:

- **Humanos:** El investigador, asesor estadístico.
- **Materiales:** Material de escritorio, computadora, paquete estadístico.
- **Financieros:** La investigación será solventada con recursos propios del investigador.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

1.1. Ubicación Espacial:

La investigación se realizó en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi el cual se encuentra ubicado en la Avenida Pumacahua – Cerro Colorado y cuenta con los servicios de Hospitalización, Consultorios Externos y el Programa de Salud Pública.

1.2. Ubicación temporal:

El estudio es coyuntural para el 2014 – 2015

1.3. Unidades de estudio:

Las unidades estarán constituidas por todos los pacientes psiquiátricos, atendidos en el mes de Diciembre, en número de 100 (cien), constituyendo todo el universo.

1.4. Criterios de inclusión:

Pacientes compensados que se atienden en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi

Pacientes que acepten participar en la investigación

1.5. Criterios de Exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes que no deseen participar en la investigación

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- Autorización del Director del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.
- Coordinación con la enfermera de consultorios externos y de Hospitalización.
- La recolección de datos se realizó en el horario de mañanas

3.2. Recursos:

- De personal: investigador, diseñador del proyecto y asesor.
- Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- Historias clínicas: proporcionadas por personal que labora en el archivo del Centro de Salud Mental.
- Económicos: aportados íntegramente por el autor.

3.3. Estrategias para manejar resultados:

Se creó una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 17.0. Se realizara un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentaran en tablas y gráficos de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión. Para la asociación se utilizará la prueba de X^2 para variables categóricas y t de Student para Variables numérica.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015
Búsqueda de bibliografía	X		
Plan de tesis	X		
Aprobación del Plan de tesis		X	
Ejecución e Informe final		X	X

Ficha de recolección de datos
Escala de Estigma de King et al. Versión en español

Instrucciones: Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija en qué proporción está de acuerdo o en desacuerdo con que esto le sucede a usted

Enunciado	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1 He sido discriminado en mi vida escolar (primaria, secundaria, preparatoria o profesional), debido a mis problemas de salud mental.					
2 Algunas veces siento que se me da por mi lado debido a mis problemas de salud mental.					
3 El haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más comprensiva.					
4 No me siento mal por haber tenido problemas de salud mental.					
5 Me preocupa decirle a la gente que recibo tratamiento psicológico.					
6 Algunas personas con problemas de salud mental son peligrosas.					
7 La gente ha sido comprensiva con mis problemas de salud mental.					
8 He sido discriminado por la policía debido a mis problemas de salud mental.					
9 He sido discriminado por mis patrones o jefes en el trabajo debido a mis problemas de salud mental.					
10 Mis problemas de salud mental me han convertido en alguien que acepta mejor a los demás.					
11 Con mucha frecuencia me siento solo debido a mis problemas de salud mental.					
12 Me asusta cómo reaccionarán los demás si se enteran que tengo problemas de salud mental.					
13 Habría tenido mejores posibilidades en la vida si no tuviese problemas de salud mental.					
14 No me preocupa que la gente de mi vecindario sepa que he tenido problemas de salud mental.					
15 Diría que he tenido problemas de salud mental cuando estoy solicitando un trabajo o empleo.					
16 Me preocupa decirle a la gente que tomo medicamentos o tabletas para mis problemas de salud mental.					
17 Las reacciones de la gente hacia mis problemas de salud mental me hacen callarme cosas para mi mismo.					
18 Estoy enojado con la manera en que la gente ha reaccionado a mis problemas de salud mental.					
19 No he tenido ningún problema con los demás debido a mis problemas de salud mental.					
20 He sido discriminado por profesionales de la salud debido a mis problemas de salud mental.					
21 La gente me ha evitado debido a mis problemas de salud mental.					
22 La gente me ha insultado debido a mis problemas de salud mental.					
23 Haber tenido problemas de salud mental me ha convertido en una persona más fuerte.					
24 No me siento avergonzado debido a mis problemas de salud mental.					
25 Evito decirle a la gente acerca de mis problemas de salud mental.					
26 Haber tenido problemas de salud mental me hace sentir que la vida es injusta.					
27 Siento la necesidad de esconder a mis amigos mis problemas de salud mental.					
28 Se me hace difícil decirle a la gente que tengo problemas de salud mental.					

CUESTIONARIO

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Qué edad tiene usted:

15-20 años	<input type="checkbox"/>	33-38 años	<input type="checkbox"/>
21-26 años	<input type="checkbox"/>	39-43 años	<input type="checkbox"/>
27-32 años	<input type="checkbox"/>	44 a más	<input type="checkbox"/>

Sexo

Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------

Lugar de procedencia:

Arequipa	<input type="checkbox"/>	Tacna	<input type="checkbox"/>
Puno	<input type="checkbox"/>	Moquegua	<input type="checkbox"/>
Cuzco	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Con quien vive usted:

Padre	<input type="checkbox"/>	Solo	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Con otros familiares	<input type="checkbox"/>		

Estado Civil:

Casado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>
Conviviente	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Soltero	<input type="checkbox"/>		

Ingresos económicos

Más del básico	<input type="checkbox"/>	Menos del básico	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------------	--------------------------

¿Qué ocupación tiene usted?

Obrero	<input type="checkbox"/>	Desempleado	<input type="checkbox"/>
Empleado	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

2. DIAGNÓSTICO MÉDICO

Tiempo de enfermedad		5-8 años	<input type="checkbox"/>
6-1 año	<input type="checkbox"/>	8 a más	<input type="checkbox"/>
2-5 años	<input type="checkbox"/>		

Presencia de reacciones
extrapiramidales

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Tratamiento farmacológico

Neurolépticos	<input type="checkbox"/>	Estabilizadores del ánimo	<input type="checkbox"/>
Ansiolíticos	<input type="checkbox"/>	Anticonvulsivantes	<input type="checkbox"/>
Hipnóticos	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

Antidepresivos

Tiempo de tratamiento		5-8 años	<input type="checkbox"/>
6-1 año	<input type="checkbox"/>	8 a más	<input type="checkbox"/>
2-5 años	<input type="checkbox"/>		

Grado de instrucción:

Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

FORMATO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO

Yo.....

Autorizo a la investigadora, para que me tome en cuenta como unidad de estudio en la investigación titulada: **“ESTIGMA INTERNALIZADO EN RELACIÓN AL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI – AREQUIPA 2014”**.

Declaro que participo en dicha investigación sin coacción ni influencia de ninguna naturaleza; que he sido informado debidamente del carácter, objetivos, fines y alcances del estudio.

Arequipa,..... del 2015

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez HMP, Trejo GJ, Estupiñán MFV. Medición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(2).
2. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*. 2010; 18: 75-86.
3. Yang L, Kleirman A, Link B, Phelan J et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc Sci Med*. 2007; 64: 1524-1535.
4. Goffman I. *Stigma, notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall Englewood Cliffs; 1963.
5. Rosenfield S. Labeling mental illness: The effects of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*. 1997; 62(4): 660-672.
6. Markowitz FE. Sociological models of mental illness stigma: Progress and prospects. In *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. Washington D.C.: 2005. American Psychological Association.
7. Ottati, V., Bodenhausen, G. V., y Newman, L. S. Social psychological models of mental illness stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: 2005. American Psychological Association.
8. Langer EJ, Abelson RP. A patient by any other name... : Clinician group difference in labeling bias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42, 4-9.
9. Muñoz AA, Uriarte JJU. Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud mental*. 2013; 6(26).

10. Castro CT. Conocimientos y estigmas sobre salud mental en familiares de pacientes que acuden a consultorio externo del "Hospital Nacional Cayetano Heredia". *Acta méd. peruana*. 2013; 30(2): 63-69
11. León H. Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico-social. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. 2005; (4) 1: 33-42.
12. Stucchi-Portocarrero, S. Estigma, discriminación y concepto de enfermedad mental. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2014; 76(4), 218.
13. Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M. La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión Mental Illness in the Media: An Empirical Study in Press, Radio and Television. *Clínica y Salud*. 2011; 22(2), 157-173.
14. Chuaqui J. El estigma en la esquizofrenia
15. Badallo Carbajosa Adrian. Estigma y Salud mental.
16. Ramos Bernal Antonio. Stop al estigma de la Salud Mental.
17. Flores Reynoso, Medina Davalos. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales.
18. Cangas y Navarro. Sensibilización al estigma social en la Salud Mental.

FUENTES DE REFERENCIA

- <http://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/38901>
- <http://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788474919806.pdf>
- <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>